



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“LA FAMILIA COMO EJE PRINCIPAL DE LA PREVENCIÓN EN LA FARMACODEPENDENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE 10 A 18 AÑOS”

TRABAJO RECEPCIONAL

SEMINARIO DE ÁREAS SUSTANTIVAS DE TRABAJO SOCIAL

“ESTUDIO SOCIAL DEL DELITO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

RICARDO MALDONADO QUEZADA



DIRECTOR DEL TRABAJO:

MTRO. SALVADOR ALVARADO GARIBALDI

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

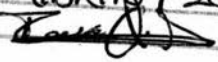
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**LA FAMILIA COMO EJE PRINCIPAL DE LA PREVENCIÓN
EN LA FARMACODEPENDENCIA EN LOS
ADOLESCENTES DE 10 A 18 AÑOS"**

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

NOMBRE: Ricardo Maldonado
Quezada

FECHA: 2/ Febrero / 2004

FIRMA: 

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	4
CAPITULO I	
Las toxicomanías en la Sociedad Contemporánea.....	8
1.1 Adicciones, Historia.....	10
1.1.2 Aspectos generales.....	12
1.1.3 Clasificación de drogas de acuerdo a su importancia en el mundo por la Organización mundial de la salud. (OMS).....	21
1.2 El consumo de droga y sus implicaciones sociales.....	30
1.3 Las adicciones como un problema de la sociedad.....	32
CAPITULO II	
La Familia y la Farmacodependencia.....	33
2.1 El consumo de drogas de los hermanos mayores incide en el consumo de los hermanos menores.....	37
2.2 Padres, dejando de lado la directividad y asumiendo la permisividad.....	38
2.3 Factores de riesgo Individuales, familiares y sociales.....	41
2.4 Explicación del fenómeno por medio de la teoría ecológica.....	50
2.4.1 Explicación de la teoría ecológica en la prevención de la Fd.....	52
2.4.2 Establecimiento y aplicación de normas contra el uso de drogas de acuerdo a la teoría ecológica.....	52
CAPITULO III	
Factores psicosociales y socioculturales en el consumo de la droga.....	53
3.1 Estudio sobre detección temprana de factores de alto riesgo para el consumo de sustancias ilícitas.....	57
3.1.1 Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a tratamiento en CIJ, 1998.....	58
3.1.2 Encuesta Nacional de Adicciones 1998.....	70
3.1.3 Tendencias en el consumo de drogas: comparativo Encuestas Nacionales de Adicciones 1988 – 1993 – 1998.....	81
3.1.4 Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar.....	87
3.1.5 Análisis de la información.....	97
3.2 Factores de protección Individuales, familiares y sociales.....	99

CAPITULO IV

Niveles preventivos, y el ajuste del mismo en el ámbito de la farmacodependencia y la ubicación en tiempos y estadios del fenómeno.....	101
4.1 Niveles de prevención, Principios básicos de los programas de prevención.....	109
4.2 Esquema de Niveles de prevención.....	114

CAPITULO V

Propuesta de intervención del Trabajador Social.....	115
Conclusiones.....	120

INTRODUCCION

La familia es la institución donde los seres humanos se desarrollan desde el momento del nacimiento hasta la muerte. En ella se aprende y se socializan normas, valores y tradiciones.

“En el núcleo familiar conviven distintas personas con características físicas, emocionales y sociales diferentes. Lo físico se refiere a todo aquello que está relacionado con el cuerpo, lo emocional tiene que ver con la manera de reaccionar ante diversas situaciones. Mientras que lo social está constituido por todos los contactos que se tienen con otros seres humanos”.¹

Los padres funcionan como modelos de aprendizaje para sus hijos. Si se toma en cuenta que gran parte del aprendizaje es por imitación, las conductas de los padres ejercerán gran influencia sobre los hijos.

Está demostrado que “si los padres consumen alcohol y otras drogas se incrementa el riesgo de que los hijos también las usen”.²

Por tal motivo es necesario que en la familia y principalmente los padres sean los generadores de la prevención de la farmacodependencia, ya que en el seno familiar están algunas de las soluciones a este problema, en el entendido de que el siguiente paso es la constitución de redes sociales de prevención dentro de las comunidades.

Es evidente que el aumento de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, que nos impacta en la actualidad, ha despertado finalmente un alto índice de conciencia social al respecto.

De hecho ha motivado que diversos autores e instituciones opinen acerca de las múltiples causas del fenómeno y propongan examinar los profundos desajustes sociales que estamos viviendo. Sin embargo, es frecuente encontrar la actitud de esperar que alguien o algo nos resuelva este problema que sabemos que puede afectarnos a nosotros directamente o a los hijos y familiares.

En este contexto se nos olvida, a veces, que todos tenemos la responsabilidad social de formar parte de la solución, no solo con palabras, sino con hechos.

Cuando revisamos el ámbito de acción más asequible a todos nosotros, para poder actuar en prevención del consumo de drogas en los niños y jóvenes en formación, es necesario volver una y otra vez a la misma a la misma premisa: la familia es la entidad donde debemos comenzar nuestros esfuerzos.

Pues, con nuestra propia familia podemos comenzar de inmediato a planificar e implementar acciones concretas que lleven a preparar a los menores para tomar decisiones apropiadas en cuanto a consumo de drogas se refiere.

Es cierto que solo decirles que digan no a las drogas, no es suficiente. También es verdad que el no hacer nada, es peor, por ello, es necesario contar con ayuda de profesionales en la atención de las toxicomanías, pues el problema, por la gravedad que ha adquirido requiere no sólo de buena voluntad, sino de programas elaborados por profesionales en la atención de problemas sociales.

¹ Leñero, Luis, *La familia* Anuis, México 2001”. Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C. México, Pág. 17.

² Chevaili – Arroyo. *Factores familiares y sociales que intervienen en la farmacodependencia*. 1992, Pág. 45

Los enfoques modernos en prevención indican que la prevención por amenaza o castigo tampoco es efectiva. En este sentido, se considera que los esfuerzos, básicamente deben fundarse en el fortalecimiento de los valores y habilidades humanas; la comunicación, la educación, el respeto mutuo y el cuidado familiar. Así como en el establecimiento de normas firmes, pero viables.

En los últimos años, el consumo de drogas ha aumentado y la población más vulnerable se encuentra en la adolescencia, pues es en esta etapa de la vida en la que el ser humano experimenta una serie de cambios mentales, físicos y emocionales y por supuesto sociales lo cual los coloca en una situación de riesgo. En virtud de estos hechos, son los "padres de familia quienes deben vigilar de manera más cercana el desarrollo de los hijos que se encuentran en el periodo de la adolescencia. Por ello es pertinente la exploración de los elementos que permitan la comprensión de la realidad juvenil, no como un fenómeno acabado y homogéneo, sino por el contrario, como un hecho en constante cambio y diversidad".³

Con base en fuentes de información epidemiológica en materia de adicciones⁴ existentes en México, puede señalarse que el consumo de sustancias psicoactivas ha adquirido en los años recientes, no sólo una mayor magnitud sino también perfiles cada vez más complejos.

En México estamos convencidos de que las adicciones son problemas de salud grave que afectan el desarrollo de nuestros niños y jóvenes, vulneran la integración de nuestras familias y deterioran el bienestar y la seguridad de toda sociedad y que existe una serie de condicionantes sociales que predisponen su aparición así como, su remedio, lo cual sólo es posible por la acción coordinada de los diversos componentes de nuestra sociedad.

La comprensión de una sociedad en cuanto a sus procesos y manifestaciones requiere de un análisis de aquellos grupos que la conforman pero, en este caso, en especial de la familia como institución, pues es a través de ella que el individuo obtiene en un primer momento, no sólo los elementos necesarios para asegurar su supervivencia, sino también y principalmente por ser el lugar donde el sujeto tiene los primeros conocimientos y contactos con el grupo social al que pertenece.

Por tal motivo es importante entender que la familia, al efectuar tales acciones responde a una estructura y dinámica propia, que se define ante todo por las características de personalidad de sus integrantes así como por las relaciones que guardan entre sí; pero además por las normas que de grupo le impone el sistema económico, político y cultural. La familia se convierte de esta manera en un grupo que al presentar cambios en su interior influye en la formación del individuo y en consecuencia en la dinámica social, aunque es influenciada también en gran medida en su accionar por ciertos factores sociales.

³ Alvarado Garibaldi Salvador "Jóvenes y Drogas", Procuraduría General de la República y Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM. México 1995. P.p 8-45

⁴ La Encuesta Nacional de Adicciones, levantada en hogares en 1988, 1993 y 1998, por la Secretaría de Salud. La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar (estudiantes de educación media básica y media superior), cuya última aplicación en el nivel nacional data de 1991, aunque se dispone de información más reciente correspondiente a la ciudad de México. Esta encuesta es conducida por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud.

El Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ, a cargo de la Subdirección de Investigación de CIJ y cuyos resultados se integran de manera anual.

En cualquier sentido será el individuo quien experimente las consecuencias de dichos cambios y responderá a ello conforme a sus posibilidades.

Es siguiendo esta línea que podemos observar en la actualidad, que ciertos fenómenos o problemas sociales tienen una relación directa con los cambios que se dan en la familia, ya sean estos una consecuencia de su misma evolución o resultado de exigencias del medio social.

Particularmente, esta situación se manifiesta de la siguiente manera; la familia se ha visto afectada en forma reciente por varios fenómenos como: "el trabajo de la mujer, la migración extraordinaria de las familias o de algunos de sus miembros que van principalmente del campo a la ciudad, el proceso que proporciona a los hijos una infraestructura cultural superior que la de los padres, la proletarianización que cambia el régimen de economía y de empresa familiar por uno de grandes fábricas"⁵, así como la adquisición de nuevas formas de conducta o la creación de nuevas necesidades o metas difíciles de alcanzar, provocadas principalmente por los incesantes mensajes de los medios masivos de comunicación (radio, Tv., cine) que han traído consigo una serie de situaciones particulares en la familia: menor convivencia con los hijos, ruptura de comunicación con ellos y la pareja y problemas de tipo económico, lo cual en su conjunto produce con frecuencia estados de frustración y angustia en los integrantes de la familia; "quienes reaccionan de diferentes maneras en la búsqueda de su solución, siendo una de ellas, el consumo de drogas, hecho que afecta tanto a los padres como a los hijos, ya sea utilizando: tranquilizantes, bebidas alcohólicas u otras drogas como inhalables (thinner, "cemento"), marihuana, o cocaína la cual es la manifestación de un problema de tipo social"⁶.

"La familia aunque interviene en gran medida en el surgimiento de este problema es el ámbito donde se encuentra el mayor apoyo para su prevención"⁷, debido a la gran influencia que la familia ejerce en los cambios de conductas y actitudes de sus miembros por lo que es un instrumento idóneo para realizar acciones que ayuden a frenar el problema de la farmacodependencia.

Este estudio monográfico se dirige a la prevención y como tal el objetivo es propiciar con base a la comprensión de la realidad social de la familia, la reflexión, a fin de reconocer los factores de riesgo que pueden propiciar la farmacodependencia y los factores protectores ante la misma que se efectúa a través del esclarecimiento y la sensibilización en la familia, acerca de los factores de riesgo que provocan o inducen al consumo de drogas, sobre todo aquellos que se generan en su interior con el objeto de promover en sus integrantes una actitud más favorable respecto a los factores protectores contra la farmacodependencia. Acción que exige a su vez, tanto de una revisión teórica (conceptualización)⁸ como de un acercamiento a la familia para conocer su contexto y características propias (contextualización) de modo que puedan ser aprovechadas en el trabajo de prevención.

⁵ Leñero Otero, Luis. "Investigación de la familia en México". Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C. México, 1979 Pág. 23.

⁶ Durkheim. Emilio. "Las reglas del método sociológico". Cáp. I ¿Qué es un hecho social, y Cáp. III Reglas relativas a la distinción entre lo normal y lo patológico. Ed. Quinto Sol México 1981, bibliografía Seminario Agosto-septiembre 1986.

⁷ Para mayor precisión, véase: el artículo "Familia y farmacodependencia, una revisión bibliográfica" de David Cardeña Gómez, Juan José Vernet Vera. Ed. CIJ Serie Técnica. Pp. 49

⁸ Vera, Juan José. Op. cit. Pág. 2.

En consecuencia, el presente Estudio Monográfico es de carácter documental y comprende un ejercicio comparativo sustentado en series estadísticas, las cuales se refieren a las siguientes variables: edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, edad de inicio, drogas de inicio, prevalencia total y tipo de familia, asimismo, engloba variables adicionales como son: características sociodemográficas, tipos de usuarios e información sobre factores de riesgo y de protección. Para la realización del estudio y la elaboración de las series estadísticas hacemos un corte temporal que va de 1988 a 1998, periodo que no se establece de manera arbitraria sino que obedece a la disposición de información sobre el particular, pues hasta antes de 1988 no se había efectuado un estudio de alcance nacional.

Así, las principales fuentes de consulta para la construcción de series estadísticas que habrán de compararse son: **Encuesta Nacional de Adicciones** de la Secretaría de Salud, en sus versiones 1988, 1993 y 1998; la **Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar** (estudiantes de educación media básica y media superior), cuya última aplicación en el nivel nacional data de 1991, aunque se dispone de información más reciente correspondiente a la ciudad de México. Esta encuesta fue realizada por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud y el **Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ**, a cargo de la Subdirección de Investigación de CIJ y cuyos resultados se integran de manera anual.

En el capítulo primero se destaca los aspectos generales de las toxicomanías y su implicación social, En el capítulo segundo se abordan los factores de riesgo y todo lo que conlleva el mismo, así como la teoría ecológica en el entendido de la prevención dentro de la familia. En el capítulo tercero tenemos los factores psicosociales y socioculturales así como los factores de protección individuales, familiares y sociales, y los datos resultados de diversos estudios recientes que básicamente han confirmado o refutado los hallazgos de investigaciones anteriores. En este caso, la descripción se ha hecho de manera más amplia, incluyendo algunos de los métodos de intervención preventiva desarrollados en los últimos años, así como la evaluación de su efectividad en la remoción o disminución de factores de riesgo del consumo de drogas. En el capítulo cuarto se maneja los niveles de prevención y los principios básicos de los programas de prevención En el capítulo quinto, tenemos la propuesta de intervención del Trabajador Social, donde se manejan los elementos que auxilien a conocerse a sí mismo a los jóvenes y habilidades de comunicación que le lleven a la adecuada relación con los sujetos y grupos y se donde se tiene a la escuela como un componente esencial.

CAPITULO I

LAS TOXICOMANÍAS EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA.

Ante el problema del consumo de drogas y de las diferentes adicciones presentes en la sociedad moderna existe una gran variedad de lecturas, no obstante destaca la falta de literatura sobre el contexto cultural -en el sentido antropológico del término- en el cual la adicción se inscribe, pues son pocos los autores que han contextualizado este problema (comúnmente conocidos como toxicomanías y drogodependencias). A pesar de que algunos autores como "Oriol Romani"⁹ y "Markez"¹⁰ han subrayado el carácter arbitrario y social de la droga como problema, aun a la fecha las adicciones se siguen entendiendo fundamentalmente como un problema individual. A ello Francisco Garrido responde de la siguiente manera:

"la definición de droga es una definición estructural de cualquier antología moderna, capitalista. Detrás de esta definición se esconde, como detrás del estereotipo de la droga, la fascinación esencial de los tiempos modernos, la fascinación por el fetichismo de la mercancía"¹¹

Más allá del individuo aislado de su contexto, algunos autores como "Charro"¹² han intentado cercar a la familia del adicto, intentando explicar cómo dicha problemática se inscribe dentro del contexto familiar. En esta misma perspectiva, también están incluidos aquellos estudios que hablan del entorno social, especialmente el de los amigos y de la influencia que éstos ejercen.

Poco se ha dicho sobre el contexto cultural y social- más amplio. Un acercamiento culturalista del fenómeno adictivo distingue dos corrientes que de alguna manera interaccionan. Una, que hace referencia a los propios valores que la sociedad promueve y en la cual destacamos, el libro de Anne Wilson Schaef (1987) *When society becomes an addict* (Cuando en la sociedad deviene una adicción). Esta autora no solamente refiere a las adicciones como un problema común en nuestra cultura moderna sino que va más allá afirmando que el sistema en el cual estamos inmersos es adictivo: "un sistema adictivo es un sistema que llama hacia los comportamientos adictivos". Hanna Arendt¹³ nos describe perfectamente este ciclo adictivo

⁹ Oriol Romani (1997) *Antropología de la salud y de la medicina*. La Laguna, Asociación Canaria de Antropología. Pp. 185

¹⁰ Markez *et al.* Los agentes sociales ante las drogas 1998 Edit Difusa. Pp. 45

¹¹ Garrido Peña, La droga como figura contemporánea del mal 1998 Pp. 165

¹² Charro Baena b. y Martínez Díaz m.p. *Dinámica personal y familiar de los Toxicómanos*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas Madrid 1995 P.p 125

¹³ Hanna Arendt *La condición del hombre moderno*. 1961 P.p 150-180

cultural de la sociedad moderna protagonizado por el *homo laborans*. La modernidad ha convertido el trabajo de consumo en la actividad principal, asimilándola al proceso vital cuya característica principal es su continuidad.

El proceso laboral cimentado sobre el consumo se asemeja al metabolismo biológico. La perpetuidad del proceso laboral está garantizada por el retorno perpetuo de las necesidades de consumir.

En otras palabras, es un continuo llenar y vaciar lo que domina al ser moderno, apareciendo como un ser esclavo, recluso en la domesticidad laboral y consumista. Este proceso es devorador, en el sentido de remplazar, cada vez más deprisa, todo aquello que está en el mundo. Vivimos inmersos en "una sociedad de consumidores"¹⁴, consecuencia de la emancipación de la actividad laboral de su esfera privada y doméstica. La vida moderna gira en torno al trabajo y al consumo, dos estadios de un mismo proceso basado en las 'necesidades' nunca satisfechas. En este sentido, estamos inmersos, por así decirlo, en una cultura de la adicción.

La otra perspectiva, concierne a "los valores que la propia sociedad vincula hacia el propio proceso de adicción". En este sentido, destacamos el artículo de Ammon Suissa¹⁵ "Rituels sauvages" (Rituales salvajes) para quien el fenómeno adictivo -toxicomanía- no solamente «se inscribe fundamentalmente en la cultura», si no que además la cultura podría ser uno de los factores que favorece la adicción: "Uno de los factores culturales que contribuye justamente al aumento de la tasa de alcoholismo podría ser, paradójicamente, la concepción misma del alcoholismo como una enfermedad"¹⁶ En esta misma línea Dr. Eduardo Riquelme García¹⁷ "muestra cómo el contexto cultural -valores y creencias- puede condicionar el consumo de alcohol, ya sea favoreciendo su adicción o disuadiéndola, como es el caso de la cultura judía".

¹⁴ *ibidem* : 176

¹⁵ Ammon Suissa "Rituels sauvages" Rituales Salvajes McGraw Hill México 1990 P.p. 89

¹⁶ CIJ Informa Publicación de Centros de Integración Juvenil Alcoholismo Adicción Permitida año 8 N° 26 Octubre Diciembre 2002 pp 9-13

¹⁷ *Ibidem* pp 9

1.1 Adicciones, Historia

La penetración del opio en el círculo cultural de Occidente tuvo lugar en tiempos remotos, por medio de las más altas esferas literarias. Nada menos que con el canto cuarto de la *Odisea*, de Homero, en sus versos 219 a 233, nos describe entre líneas, al opio no sólo como narcótico sino también como un psicofármaco y el dolor que según el poema está llamado a mitigar, es de tipo espiritual, psíquico diríamos hoy.

El efecto del jugo extraído de las cápsulas inmaduras de la adormidera (papaverácea somnifera) era ya conocido en el país del Nilo desde muchos años antes. Ocho siglos antes de Homero, en 1600 a. de C. la traducción de un papiro nos dice que hubo un médico que recomendaba el opio como "un medicamento para mitigar el llanto exagerado de los niños pequeños".

Cuando Yago, en la tercera escena del tercer acto del *Otelo* de Shakespeare, habla sobre su intriga, menciona también dos drogas:

***Ni la adormidera ni la mandrágora
ni todos los adormecedores jugos de la naturaleza
te ayudarán a recuperar el dulce sueño
que hasta ayer fue tuyo.***

Que el opio y otras drogas sean mencionadas por Shakespeare más de doscientas veces no tiene nada que ver con una pasión personal del escritor -los sabios del Renacimiento, en todos los países, siempre estuvieron decididos a investigar de nuevo el mundo, y las drogas tenían para ellos un especial interés.

García Da Horta, refiere, en su **Historia de las drogas**, ciertas contradicciones: el opio es un "veneno estimulante que los turcos toman para vencer el cansancio, pero no como afrodisíaco, como algunos creen estúpidamente, pues el opio no sólo no aumenta el apetito carnal, sino que apacigua la llamada de la carne"¹⁸.

En ningún libro, hasta entonces, se mencionó el peligro de hábito que implica el consumo del opio. El primero en mencionarlo fue el sacerdote Samuel Purchas, contemporáneo de Shakespeare.

Actualmente la droga más extendida en el mundo libre occidental es, el "Valium"¹⁹: uno de cada tres hogares en la República Federal de Alemania la tienen en sus botiquines caseros. Y en el caso de abuso, si se toma una sobredosis, se puede sufrir de mareos y pérdida de conciencia. Los tranquilizantes son una droga legal, y aunque pueden producir algunos accidentes, los profesionales han sustituido a otros productos derivados del opio.

En Inglaterra la mayor parte de los libros que tratan las drogas, se basan en la apreciable cantidad de investigaciones e informes que en su época se editaron y, con ellos, se llega fácilmente a la impresión de que el opio fue un problema específico de las Islas Británicas. Esto no es cierto, si se tiene en cuenta la cantidad de opio consumido en Europa. En lo único que los ingleses superan al resto de los europeos es en la mayor precisión en los informes.

¹⁸ García de Horta *Historia de las Drogas* Edit. Trillas 1998 Pp. 79

¹⁹ Organización de Mundial de la Salud (OMS), *Fármacos* Vol 12 1998 Pp. 458

En el caso de las drogas alucinógenas como el hachís, repetidas veces se ha tratado de descubrir si existen "modelos de fantasía" que sean fruto específico de la droga. La mayoría de los científicos han llegado a la conclusión que "las drogas alucinógenas lo único que hacen es acentuar la capacidad de fantasía ya existente en la mente de ciertos grupos pero no son capaces de crear nada por sí mismas".²⁰ La droga cuyo uso está más extendido en occidente es el alcohol, y tiene al parecer, dos características peculiares: ayudar a superar el estado de stress y en los alcohólicos graves produce un oscurecimiento de su mundo representativo.

En 1898 la firma Bayer saca a la venta un producto, (probado por un período de apenas dos meses) con el nombre de HEROÍNA que según los científicos los resultados fueron:

- Contrariamente a la morfina, esta nueva sustancia produce un aumento de la actividad.
- Adormece todo sentimiento de temor:
- Incluso las dosis más pequeñas hacen desaparecer todo tipo de tos, hasta en los enfermos de tuberculosis.
- Los morfinómanos tratados con esta sustancia perdieron de inmediato todo interés por la morfina.

Ese mismo año, logran otro importante descubrimiento "ASPIRINAS" el sustituto de los salicilatos, y Heroína el medicamento ideal para eliminar la tos. Años después se descubrió que la Heroína de Bayer producía adicción y la empresa decidió dejar de vender este producto.

Aunque en México el consumo de drogas en sus inicios, tuvo un carácter médico o curativo y religioso, el periodo precolombino se caracterizó por el consumo de sustancias para buscar efectos placenteros y eufóricos, y claro como parte de experiencias rituales místicas y religiosas. Nuestros indígenas mexicanos hacían uso de una semilla llamada olloluiqui, que de acuerdo a las crónicas²¹ "emborracha y enloquece"; también unas "tunas de tierra conocidas como Péyotl, que son blancas, y quienes las comen o beben experimentan "visiones espantosas". En el México contemporáneo el fenómeno de la farmacodependencia se inicia como un mal social influenciado por la ola de los llamados "hippies" quienes provienen de los Estados Unidos y dejan en nuestro país diversas costumbres y drogas, despertando principalmente en los adolescentes curiosidad y deseo de probar estas sustancias.

En el transcurso del tiempo, y particularmente en las últimas tres décadas, esta práctica se ha diversificado, se ha extendido a grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de los países se ha convertido en un grave problema social que afecta particularmente a la población joven; es causa de daños a la salud, a la familia, a la escuela, al empleo, y representa un papel importante en accidentes y actos violentos y delictivos.

²⁰ Cervera, S. Un signo de nuestro tiempo: Las drogas. Ed. del Magisterio Español, Madrid, 1995 Pp. 38

²¹ Marquez Morales . EL alcoholismo en México, negocio y manipulación en nuestro tiempo Bernal Sahún México 1983 pp 10-20

1.1.2 Aspectos generales

Alucinógenos

Se sabe que gran cantidad de sustancias de muchas y variadas composiciones químicas "producen parecidos efectos psicoactivos en la mente humana"²². Algunos de estos compuestos son sustancias naturales, algunas extraídas de otras sustancias y algunas son sintéticas. Los efectos de este tipo de drogas "varían significativamente en cada persona"²³. Estas variaciones son en parte debidas a las expectativas y el ambiente de cada uno y a otros factores no farmacológicos.

Algunas drogas como el LSD se han utilizado anteriormente en psicoterapia. Hoy, se utilizan muy poco en ese terreno.

Estas drogas generalmente se toman por vía oral. La tolerancia a ellas se crea rápida y significativamente. Sus efectos varían desde algunos minutos hasta varias horas. Los efectos, favorables y desfavorables, son principalmente psicológicos. El LSD se descubrió en 1938 y sus efectos en el cerebro no fueron totalmente conocidos hasta 1943. Numerosas drogas con efectos parecidos han circulado desde tiempos prehistóricos y las plantas que las producen pueden crecer en casi todos los sitios. Se han utilizado estas drogas por todo el mundo. Con frecuencia, su utilización se consideraba un fenómeno místico o religioso que acercaba a las personas a los dioses y a la naturaleza.

Alucinógenos naturales. Las setas crecen por todo el mundo. Existen miles de tipos distintos, algunas son comestibles, algunas son venenosas y algunas contienen sustancias alucinógenas. El alucinógeno natural que contienen es una sustancia química llamada *psilocibina*. Estas setas se pueden comer, cocinar, secar o machacar. Generalmente se consumen por vía oral, en cápsulas o en tabletas. La psilocibina provoca la sensación de percibir cosas en lugares que no son normales. Con frecuencia se ven alucinaciones muy coloridas, se tiene la sensación de ligereza y mucha relajación. También causa diarrea y retorcijones, así como escenas retrospectivas. El efecto comienza aproximadamente a los quince minutos después de su ingestión y puede continuar hasta nueve horas.

El peyote es un cactus pequeño sin espinas con una parte central o botón y una raíz en forma de zanahoria. Crece en los desiertos de México y en el suroeste de los Estados Unidos. La parte central contiene una sustancia química llamada *mezcalina*. Esa parte central se corta en rodajas y se seca para formar un botón mezcal que se mantiene en la boca hasta que se ablanda y luego se traga o se utiliza para hacer té. La mezcalina también se puede obtener sintéticamente y se encuentra en forma de cápsulas o tabletas. Los efectos que produce son, cambios o interrupciones en las funciones normales del cerebro y alucinaciones. Alrededor de una hora después de su ingestión son frecuentes las náuseas y los vómitos así como respiración entrecortada, aumento del ritmo cardíaco y temblores. Estos efectos pueden durar hasta 12 horas y sus reacciones pueden ser variables. Efectos tipo calidoscopio, "ver" la música en colores u "oír" la pintura como si fuese música, representan algunas de las

²² Centros de Integración Juvenil, Opinión pública y farmacodependencia, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México, 1994 P.p 14 -30

²³ *Ibidem*, P.p 25

experiencias sensoriales de las que se tiene conocimiento. Los Aztecas en América del Sur utilizaban el peyote en sus ceremonias religiosas como hacían los americanos nativos.

Alucinógenos sintéticos. El LSD o *dietilamida del ácido lisérgico*, se conoce como ácido. En 1943, cinco años después de su descubrimiento, el Dr. Hoffman estaba trabajando en su laboratorio farmacéutico cuando empezó a sentirse enfermo. En el intento de repasar su trabajo sobre hongos, descubrió que había fabricado una sustancia el LSD-25, la cual se administró a sí mismo en pequeña cantidad y se sentó a tomar notas. Después de casi una hora, se sintió mareado, impaciente, con trastornos visuales y con una risa incontrolable. Estas notas fueron las últimas que escribió en su cuaderno y tuvo gran dificultad en escribirlas. El Dr. Hoffman continuó experimentando en un "viaje" de seis horas de LSD. Al día siguiente se sentía bien, pero muy cansado. Este es el primer caso de un informe documentado de los efectos del LSD.

Desde entonces el LSD ha sido utilizado por los militares para "lavados de cerebro" e incluso para incapacitar a las fuerzas enemigas. Se reemplazó rápidamente por otros compuestos más específicos y efectivos. Los médicos lo utilizaron en psicoterapia pero su utilización ha decaído desde mediados de los 60. En 1962 el LSD llegó a ser una droga muy popular en el mercado negro. Debido al estricto control de abastecimiento por los fabricantes y las regulaciones de las administraciones, se vio envuelto en el mercado negro muy deprisa. Este mercado aumentó el abastecimiento de esta droga hasta tal punto que se exportó fuera de los Estados Unidos. Desde 1966 no es legal la fabricación y distribución del LSD en Estados Unidos.

El LSD es una de las drogas sintéticas más poderosas. Una quinta parte de un gramo de una tableta (el tamaño de una aspirina), contiene suficiente LSD para producir efectos a tres mil personas. Es cien veces más fuerte que la psilocibina y más de cuatrocientas veces más fuerte que la mezcalina. El LSD es un polvo blanco insípido, incoloro e inodoro. Pueden hacerse tabletas, cápsulas o líquidos y generalmente se traga, y/o se inyecta en vena.

El LSD afecta a las funciones del cerebro, principalmente a los receptores de serotonina. El efecto empieza de treinta a noventa minutos después de su ingestión y puede durar hasta doce horas. Este efecto se denomina comúnmente como "viaje". Los efectos del LSD son muy similares a los que producen los alucinógenos naturales descritos anteriormente pero más intensos. Son comunes los cambios emocionales, esos son espantosos para el consumidor. También puede causarles la pérdida del sentido de "acciones normales" o sus consecuencias. El consumidor puede tender a realizar acciones sobrehumanas y sentirse sin control alguno. Las escenas retrospectivas pueden durar muchos años, aunque no se vuelva a consumir esta droga.

Los efectos físicos en el consumidor de LSD son sudores, pérdida de apetito, insomnio, boca seca y temblores. También puede aumentar el latido cardiaco, la temperatura y la presión sanguínea.

La *fenciclidina* se conoce a menudo como "polvo de ángel", es uno de los alucinógenos más peligrosos y también muy extendido. A diferencia de otros alucinógenos, la fenciclidina provoca adicción. La fenciclidina originariamente se desarrolló para su utilización como producto adjunto a la anestesia. Pronto se descubrió que causaba confusión, alucinaciones, ansiedad, ataques e incluso daños en el cerebro. Es un polvo cristalino puro y blanco. Con

frecuencia se traga en forma de cápsulas o tabletas, se esnifa o se inyecta. Generalmente se espolvorea o rocía sobre la marihuana, el tabaco o perejil triturado y se fuma.

Los efectos de la fenclidina comienzan de dos a cinco minutos después de ser ingerida, llegan al máximo en dos horas aproximadamente y pueden durar hasta seis horas. Los efectos residuales necesitan dos días para desaparecer. Las escenas retrospectivas son corrientes con la fenclidina y pueden ocurrir meses después de su ingestión. Bajo los efectos de esta droga las cosas se ven y se oyen de manera muy diferente. La fenclidina afecta a las funciones motrices normales como el andar o el hablar, aumenta los latidos cardiacos y la presión sanguínea. Los efectos secundarios más frecuentes son sudoración, vista borrosa, mareos, entumecimiento, nerviosismo, irritación, dificultad para concentrarse e impaciencia. Los efectos secundarios más graves van desde el estado de coma y convulsiones, hasta un fallo cardiaco o apoplejía. La fenclidina puede provocar cambios de comportamiento raros e impredecibles. Los adictos pueden intentar hazañas sobrehumanas o cometer violentos crímenes. A menudo padecen graves problemas mentales.

Cocaína y Crack

La *cocaína* es una droga alcaloide extraída de las hojas del árbol de la coca. Es un estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia (sensación de sentirse bien). El *crack* es una droga poderosa. Es una forma de cocaína más barata y muy disponible que se presenta en pequeños trozos con apariencia de jabón y se conoce vulgarmente como "perica" o "farlopa". Aquí nos referiremos a ella con el término genérico de cocaína.

Cuando se produce la inmunización temporal o la tolerancia a los efectos de la cocaína muchos consumidores tienden a aumentar la dosis. La cocaína se puede esnifar (aspirar), inyectar o fumar. Generalmente se mezcla con otras sustancias más baratas. El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo. Generalmente se fuma en una pipa de agua y es la forma de cocaína que causa más adicción.

En 1883 un físico militar alemán, el Dr. Theodor Aschenbrandt, consiguió un suministro de cocaína pura y lo distribuyó entre los soldados bávaros durante las maniobras de otoño. Informó del aumento de la capacidad de los soldados para soportar el cansancio.

Un lector que quedó fascinado con los informes del Dr. Aschenbrandt, fue un joven neurólogo vienés, de veintiocho años, el Dr. Sigmund Freud. Algunos de los descubrimientos iniciales de Freud sobre la cocaína, como el de ser una droga psicoactiva, quedaron ampliamente confirmados en investigaciones posteriores. Otras investigaciones revelaron que el uso repetitivo de grandes dosis de cocaína produce una psicosis paranoide característica en casi todos los que la utilizan y que aumenta la tendencia a su abuso. Una característica peculiar de esta psicosis son las alucinaciones como que hormigas, insectos o serpientes corren por encima de la piel.

En 1890 los efectos de la cocaína para crear adicción y psicosis eran bien conocidos. Se utilizaba frecuentemente como anestesia local. En los Estados Unidos, fue muy utilizada en la Coca-Cola, en tónicos y en otros medicamentos patentados. Se prohibió en 1914. La cocaína destruye las membranas mucosas, inflamando y agrandando las vías respiratorias. Estos efectos se dan más en las personas que esnifan cocaína, lo que todavía se practica. También es un estimulante que acelera el sistema nervioso, el latido cardiaco y la respiración.

La adicción a la cocaína se diferencia de otros tipos de adicción en al menos dos aspectos. Incluso después de la utilización de grandes dosis de cocaína, si se priva de la utilización de esta droga, no se sufre de crisis de abstinencia como el delirium tremens producido en los alcohólicos o el síndrome de abstinencia del opio. Los efectos físicos son diferentes. La falta de cocaína se caracteriza por una depresión para la cual dicha sustancia parece ser el único remedio. El impulso de reducir la utilización de cocaína es muy fuerte. Sobredosis de esta droga puede derivar en convulsiones e incluso la muerte.

Por otra parte, la adicción a la cocaína puede provocar graves psicosis bajo sus efectos. Esto es muy distinto a la mayoría de los síndromes de abstinencia que duran horas o días después de dejar la droga.

Grandes dosis de cocaína pura, producen sensación de gran tensión y un exceso de agitación. Los cocainómanos descubrieron que mezclando la cocaína con la morfina o la heroína se reducían estas sensaciones. Los que utilizan morfina o heroína descubrieron que la combinación aumenta los efectos y el buen humor producido por esas drogas. Esta mezcla se conoce como "speed"²⁴.

Estimulantes

La utilización de la *cafeína* en las distintas culturas tiene una larga historia. Todavía es una de las drogas que no recibe la suficiente atención a la hora de tratar el abuso y adicción a las drogas. Sin embargo, sus efectos fisiológicos y psicológicos en el organismo hacen evidente que la cafeína es una de las drogas de las que más se abusa y que puede causar adicción. No es probable que la cafeína se ponga bajo control gubernamental en un futuro inmediato, porque se considera, en general benigna y su uso es socialmente aceptable (incluso se incita a su consumo) y las fuentes de obtención de la cafeína están controladas por grandes sociedades alimenticias (que tienen un gran interés en mantener alto su nivel de consumo). Sin embargo, a nivel individual se debería ser consciente de los efectos de la cafeína y del potencial de su abuso.

Históricamente, la cafeína se ha utilizado durante muchos siglos en el Este y en la América precolombina antes de su introducción en Europa. Mientras en este último continente se favorecía el consumo de alcohol como la droga elegida (lo que explica la gran variedad de sus manifestaciones que existe en esta parte del mundo) no pasó mucho tiempo desde que los comerciantes y exploradores comenzaran a traer el café de Arabia y Turquía, el cacao del Nuevo Mundo, el té de China y la planta de cola del oeste de África. La cafeína tuvo una gran aceptación popular. Es importante resaltar que, desde su comienzo como bebida popular en Europa, la utilización del café aumentó a pesar de las advertencias gubernamentales, religiosas y médicas y sus esfuerzos por reprimirlo. En muchos aspectos, la llegada de la cultura en torno a la cafeína trajo consigo tanto histerismo como muchas de las drogas actuales.

La cafeína se encuentra hoy como se encontraba originalmente, en el café, té, chocolate, y algunas bebidas sin alcohol. También está disponible en pastillas que se venden para ayudar a mantenerse despierto y alerta, como afrodisíaco y como reductor del apetito. Aunque no se considera como una droga de la que se pueda abusar, un sorprendente número de defensores de la cafeína sostienen contradictoriamente que, aunque no es una droga y sólo

²⁴ Ibidem. Pp.-29

se toma para su disfrute, una taza de café es necesaria por las mañanas al despertarse o levantarse. En efecto, varios estudios han demostrado que "se puede ser adicto a la cafeína y que los síntomas que se manifiestan por la falta de cafeína son irritabilidad, pereza, dolor de cabeza, depresión y/o nerviosismo"²⁵. Además, en los tests en los que se ha pedido a personas no bebedoras que bebieran una cantidad de café o de té con los niveles de adicción comunes, han presentado nerviosismo y problemas gastrointestinales. Se puede llegar a abusar gravemente de la cafeína, incluso se pueden tomar de siete a quince tazas de café (o su equivalente) en una sesión. En situaciones tan extremas, se ha notado delirio, taquicardia, temblores y psicosis de cafeína, además de una alteración gastrointestinal aguda. Por ello, es evidente que la cafeína es una droga que crea adicción, afecta mentalmente y presenta el potencial de su abuso.

A pesar de estas consideraciones, la cafeína es relativamente benigna como droga que crea adicción. Estudios al respecto han demostrado que pequeñas dosis de cafeína mejoran la memoria a corto plazo, la puntuación en los tests que dependen del reconocimiento de un dibujo cerrado y la habilidad motriz. Tampoco se debe desestimar el aumento de la productividad en la sociedad actual por los efectos estimulantes de la cafeína. Sin embargo, se debe sopesar todo esto con los efectos que produce a largo plazo la utilización de cafeína. Las úlceras y otros trastornos digestivos son más frecuentes entre los consumidores de cafeína, así como los problemas relacionados con la propiedad estimulante de la cafeína (incrementa el riesgo de paro cardíaco, de hipertensión y problemas de personalidad). Muchos de los problemas a corto plazo que se presentan por sobredosis o abuso de la cafeína están bajo control al ser una droga legal. Sin embargo, se desconocen los efectos de larga duración.

Mariguana

La mariguana es el nombre común con el que se conoce a la planta *Cannabis sativa*. También es el nombre que se le da a la droga que se prepara con las hojas secas y la parte superior de las flores de esta planta. Estas hojas y flores contienen varios componentes químicos conocidos como canabinoicos. Una de estas sustancias químicas, la llamada TCH o delta-9-tetrahidrocanibinol, crea el estado conocido como "estar colocado" afectando a las funciones normales del cerebro. La potencia de la mariguana varía enormemente de un caso a otro.

La planta de mariguana ha existido desde hace más de 5.000 años y se ha utilizado de muchas maneras. En la antigua China se utilizaban las fibras de esta planta para tejer cuerdas y ropa. Los griegos y los romanos hacían medicinas con ellas. Otros han utilizado el aceite para fabricar jabón e incluso se ha utilizado como alpiste.

En la antigua China y Roma, la planta de mariguana utilizaban las fibras para hacer cuerdas y tejer sus ropas. En el siglo XIX la parte superior de la lona que cubría las armas estaba a veces hecha con las fibras de la planta de mariguana.

La utilización de la mariguana para "colocarse" llegó a ser muy popular en los Estados Unidos durante los años 20 y 30. Muchas personas tenían miedo de esta droga y se aprobaron leyes

²⁵ Centros de Integración Juvenil-Consejo Nacional contra las Adicciones, Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa, Secretaría de Salud y C.I.J., México, 1989. P.p 89

para controlar su utilización. En 1937 el Congreso de los Estados Unidos aprobó una ley que limitaba el uso de la marihuana en cualquier lugar del país.

En los años 60, la marihuana llegó a ser más popular que nunca. Los estudiantes universitarios y de las escuelas superiores comenzaron a utilizar la droga como una forma de demostrar lo maduros e independientes que eran. Los "hippies" y los "hijos de la flor" hicieron de la marihuana parte de su manera de vivir.

En los años 70 y 80, los estudios sobre el uso de la marihuana han demostrado que es, una droga muy perjudicial. Hoy día, es cada vez menos la gente que consume marihuana e incluso menos que la prueban aunque sea sólo una vez. Sin embargo, la marihuana es todavía la droga ilegal más extendida.

El extracto de cannabis, fue en su tiempo utilizado médicamente de forma extensiva y todavía tiene mínimas aplicaciones médicas en algunos países. La marihuana es única en cuanto a los efectos químicos y psicológicos que produce. El desarrollo de la tolerancia a la marihuana requiere "sentirse bien" o "llegar más alto". Se puede desarrollar una dependencia psicológica tan fuerte como la que provoca la cocaína. Las alucinaciones no son efectos secundarios de esta droga, pero con frecuencia es un síntoma de sobredosis.

Generalmente la marihuana se fuma, pero también se puede tomar por vía oral en las comidas o en las bebidas. Se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y en el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir los tejidos pulmonares y disminuir el sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos.

Narcóticos

Los narcóticos han sido las drogas fundamentales en las subculturas y en las sociedades respetables a través de los años. En 1885, los opiáceos estaban disponibles en preparados que no necesitaban prescripción. Incluso en los refrescos más comunes presentaban derivados del opio como ingredientes. Aunque algunos lo consideraban inmoral, la utilización de los preparados de opio, -como el láudano o fumar opio- estaba legalizado. En 1942 el Congreso Americano prohibió a nivel nacional el cultivo de la amapola de opio o adormidera. En el siglo XIX la adicción no se consideraba como la desgracia social que se considera hoy.

Las parejas no se divorciaban por causa de adicción a los narcóticos y los trabajadores no eran despedidos por esta causa. Sin embargo, desde entonces se ha descubierto la verdadera naturaleza de la adicción y se han conocido sus terribles consecuencias, tanto para los individuos como para la sociedad. Hoy en día la clase de drogas denominadas "narcóticos" incluyen algunas de las más peligrosas, con más adicción y más abuso en la sociedad moderna.

Formalmente, el término "narcóticos" se refiere a los derivados de la adormidera que actúan como hipnóticos o tranquilizantes".²⁶ Los derivados más conocidos incluyen el *opio*, la *morfina*, la *codeína* y la *heroína*. Los tres primeros aparecen de forma natural en la adormidera, mientras que el último, la heroína, está hecha de morfina acetilada. Todos ellos se han utilizado médicamente en algún momento de la historia, la morfina y la codeína todavía se utilizan extensamente como analgésicos. Se creyó que la heroína era un tratamiento viable contra la adicción de la morfina (un problema muy extendido a finales del siglo XIX y hasta la mitad del siglo XX). Como resultado, la heroína produjo más reticencia, adicción y daños psicológicos que la morfina a la que supuestamente reemplazaba. La codeína es quizás la última de estas drogas, siendo el opiáceo de acción más suave, pero también crea adicción y presenta el potencial de su abuso. De hecho, haciendo la consideración que muchas más personas tienen acceso legal a la codeína (con receta) que a la heroína (que no se prescribe), es muy posible que el número de adictos y el abuso de la codeína sean superiores a los de heroína, que es más difícil de conseguir. Aunque el abuso de los narcóticos se centra en sus efectos, que proporcionan un placer momentáneo, muchas personas se han introducido en ese mundo a través de tratamientos médicos.

El valor medicinal de los narcóticos es inestimable. La morfina y la codeína se han utilizado como analgésicos en pacientes para los que sería cruel tratarlos con calmantes más suaves, como la aspirina y el paracetamol. Para los dolores postoperatorios, crónicos y los traumatismos agudos inductores de dolor, la codeína ha encontrado muchos partidarios y con frecuencia se combina con analgésicos más suaves que proporcionan a los pacientes un alivio de amplio espectro.

El principal efecto de los narcóticos es deprimir las funciones del sistema nervioso central disminuyendo la transmisión de los signos de dolor al cerebro. Sin embargo, resultan comprometidas otras funciones del SNC (Sistema Nervioso Central) como el control involuntario de los músculos, del sistema motriz y la coordinación. Una sobredosis de cualquier narcótico ocasiona confusión, delirio, pérdida de fluidez verbal, estado de coma y muerte. Por consiguiente, es absolutamente indispensable seguir las indicaciones del médico al tomar cualquier narcótico o sustancia sintética análoga bajo prescripción facultativa. El efecto a largo plazo de los narcóticos, incluso recetados, es una dependencia física.

Esta dependencia física no va siempre acompañada de degradación hepática, renal o neurológica rotunda u observable, se manifiesta mediante invariables síntomas de abstinencia que incluyen graves dolores de cabeza (que para calmarlos requieren fuertes dosis de narcóticos), convulsiones o temblores, fiebre y/o escalofríos y delirio. Lo que hace que la heroína sea particularmente una terrible droga, es su capacidad para crear adicción después de una única dosis. Los síntomas de abstinencia descritos, pueden ocurrir incluso después de la primera experimentación con heroína, aumentando las posibilidades de una fuerte adicción. Además, la adicción plantea un dilema incluso a las personas con más sentido moral: deben decidir entre practicar el robo para proveerse de una dosis de heroína o sufrir la angustia del síndrome de abstinencia en su estado más terrible. En muchos casos forzados (como cuando no se encuentra otra dosis o se está encarcelado), el síndrome de abstinencia es tan fuerte que llega a ocasionar la muerte. Estos casos ilustran el grave peligro de la heroína, aunque los casos de adicción que puede provocar una única dosis de heroína son excepcionales, del 3 al 5%. Muchos han sido consumidores ocasionales de opio o de

²⁶ *Ibidem*. P.p 98

morfina que se han pasado a la heroína, generalmente por vía intravenosa. Después de varias semanas, en que la frecuencia de consumo se incrementa de una vez al mes a los fines de semana, pronto se llega a consumir heroína diariamente y no se puede dejar sin pasar por una grave experiencia debilitando los síntomas de abstinencia.

El heroínómano tiene que comprar droga continuamente y permanecer fuera del colegio o trabajo mientras esté bajo sus efectos. Los adictos a la heroína generalmente pierden sus amistades, trabajos, no descansan lo suficiente, no tienen una seguridad financiera u otras comodidades que proporciona un estilo de vida autosuficiente mientras estén dominados por esa adicción.

Se ofrecen varias vías para el que desee "*deshacerse del vicio*" del consumo de los narcóticos. Una sería abandonarlo rotundamente y de repente, lo que ocasiona el denominado "MONO". Sin embargo, este método es casi imposible para la mayoría de los adictos pues los síntomas de abstinencias que tienen lugar son tan fuertes e intensos, que es probable que el adicto elija volver a la utilización de la droga en vez de sufrir esa agonía. Además, enfrentarse al síndrome es sólo la primera parte de la lucha contra la adicción. Seguidamente aparecen los síntomas de abstinencia más intensos, lo que se conoce como "SÍNDROME DE POSTADICCIÓN". Es durante este período, que puede durar varias semanas o meses, cuando los adictos en fase de recuperación experimentan depresión, ansiedad y anhelo. Con frecuencia, durante este tiempo vuelven a caer en el consumo de la droga. Otra opción son los programas de mantenimiento, aunque a muchos adictos no le solucionan su problema.

"La *metadona* (una sustancia sintética análoga a la heroína) se prescribe con frecuencia como droga a utilizar para apartar la adicción a la heroína. Los programas de mantenimiento con metadona están prosperando en la ayuda del síndrome de abstinencia y de postadicción para miles de adictos a la heroína. Por sus efectos análogos, aunque más suaves que los de la heroína, se puede llegar a abusar de la metadona, y de hecho se abusa. Con todo, el sistema de soporte que acompaña a los programas de mantenimiento con metadona ayudan a prevenir la recaída de los adictos y es, pensándolo bien, una bendición para muchos miles de ex-adictos".²⁷

Drogas Sintéticas

Las 'Drogas de Diseño o sintéticas', hacen referencia a un grupo de sustancias psicoactivas elaboradas por síntesis activa en laboratorios clandestinos, según detalla la A.F.I. (Agencia Federal de Investigación).

Son estimulantes, derivados anfetamínicos, que han sufrido un cambio estructural de las moléculas de una droga para crear una sustancia nueva. Se las conoce como 'Synthetic heroin', 'goodfella' o 'pastillas'. Por todo esto, se trata de productos novedosos y generalmente poco conocidos.

²⁷ Ibidem. P.p. 96

Éxtasis o MDMA: Se ha convertido en la más popular en las fiestas nocturnas y de más demanda. Es la más común de las conocidas como 'Drogas de Diseño'. Se le conoce con los nombres de XTC, Adam, MDMA, 'la píldora del amor', 'eva', etc.

El origen de drogas como el éxtasis lo encontramos en productos farmacéuticos que habían sido retirados por falta de uso terapéutico. Su origen reside en Alemania, donde patentó en sustancia los laboratorios Merck como supresor del apetito aunque nunca llegó a comercializarse.

El tráfico de los principales productores son europeos y Holanda aparece como centro. Tanto el material como los conocimientos para elaborarla son elementales, algo que facilita su producción en cualquier parte.

¿Cómo se consume?, sólo hay una forma de consumo: oral, debido al formato con el que se comercializa la sustancia; en pastillas normalmente, pero también en tabletas o polvos. En el caso de las pastillas se presentan con gran variedad de tamaños, formas y colores.

La gran parte de los consumidores son jóvenes de entre 18 a 25 años, como destacan las instituciones sobre drogas. De todas formas el abanico de usuarios se extiende más ampliamente desde los 14 a los 50 años.

La tolerancia permite ir aumentando la dosis, si bien no reduce de modo alguno el riesgo de accidentes mortales.

El PCP (Fenilciclohexilpiperidina) es quizás la más peligrosa de todas estas drogas. En un principio se usó como anestésico veterinario llamado Semil. El PCP se puede fumar, comer, inyectar o inhalar. Entre sus efectos más moderados se cita una desorientación general. Entre los peores figuran tremendas alucinaciones, psicosis de tipo esquizofrénico, violencia, convulsiones, coma y muerte.

Una de las drogas sintéticas más letales es la surgida en 1967 en San Francisco, en cuanto droga no alcanzó auge hasta 1975. Conocida como **polvo de ángel**, es una droga que mata e induce a matar.

1.1.3 CLASIFICACIÓN DE DROGAS DE ACUERDO A SU IMPORTANCIA EN EL MUNDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS)²⁸

Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (S.N.C.)

A. Depresoras del S.N.C.

Familia de sustancias que tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las más importantes de este grupo son:

- Alcohol
- Opiáceas: heroína, morfina, metadona, etc.
- Tranquilizantes: pastillas para calmar la ansiedad
- Hipnóticos: pastillas para dormir

B. Estimulantes del S.N.C.

Grupo de sustancias que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, entre las que se pueden destacar:

- Estimulantes Mayores: Anfetaminas y Cocaína
- Estimulantes Menores: Nicotina y Xantinas (cafeína, teobromina, etc.)

C. Perturbadoras del S.N.C.

Sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.

- Alucinógenos: LSD, mescalina, etc.
- Derivados del cannabis: hachís, marihuana, etc.
- Inhalantes: acetonas, bencenos, etc.
- Drogas de síntesis: éxtasis, Eva, etc.

Por su peligrosidad

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha clasificado las drogas según su peligrosidad, definida de acuerdo con los siguientes criterios:

A. Más Peligrosas

- Las que crean dependencia física.
- Las que crean dependencia con mayor rapidez
- Las que poseen mayor toxicidad

B. Menos Peligrosas

- Las que crean solo dependencia psíquica
- Las que crean dependencia con menor rapidez
- Las que poseen menor toxicidad

²⁸ Organización de Mundial de la Salud (OMS), *Clasificaciones de Drogas* Tomo 11 1998. Pp. 458

Con base a estos criterios, clasifica las drogas en cuatro grupos:

Grupo 1: Opio y derivados (morfina, heroína, etc.)

Grupo 2: Barbitúricos y alcohol.

Grupo 3: Cocaína y anfetaminas.

Grupo 4: LSD, cannabis, etc.

Por la codificación sociocultural de su consumo

A. Drogas institucionalizadas

Aquellas que tienen reconocimiento legal y un uso normativo, cuando no una clara promoción (publicidad, etc...), a pesar de ser los que más problemas sociosanitarios generan. Entre nosotros serían, principalmente, el alcohol, el tabaco y los psicofármacos.

B. Drogas no institucionalizadas

Su venta está sancionada por la ley, teniendo un uso minoritario entre diversos colectivos para los que juegan un rol identificador. A pesar de su consumo restringido son las que más alarma social generan como consecuencia de los estereotipos con los que se correlacionan (delincuencia, marginalidad, etc.)

CLASIFICACIÓN DE DROGAS DE ACUERDO A SU CONSUMO EN EL MUNDO (O.M.S)²⁹

Droga	Origen	Uso social	Vía administración	Acción
Tabaco	Natural (planta)	Aceptado	Inhalado (fumado)	Estimula sistema nervioso central
Alcohol	Etanol (planta)	Aceptado	Oral	Depresor sistema nervioso central
Psicofármacos Barbitúricos	Químico	Aceptado	Oral	Activadores Sistema nervioso central
Psicofármacos anfetaminas	Químico	Aceptado	Oral	Depresores sistema nervioso central
Cannabis (marihuana)	Natural	Prohibido	Inhalado (fumado)	Enfermedades pulmonares, destructor de glóbulos blancos
Narcóticos Opiáceos (heroína)	Químico (morfina)	Prohibido	Ultravenosa o pernasal	Depresor sistema nervioso central Analgésico
Alucinógenos (LSD)	Químico (ácido lisérgico)	Prohibido	Oral	Distorsión sistema nervioso central (alucinaciones)
Cocaína - Crack	Natural Hojas de coca	Prohibido	Pernasal o intravenosa	Estimulador sistema nervioso central, anestésico local
INHALANTES (colas, disolventes)	Químico (industrial)	Prohibido	Inhalación	Depresión sistema nervioso central (euforia)
Estimulantes menores (Cafeína, Teína)	Natural (café, cacao)	Aceptado	Oral	Estimulante sistema nervioso central

²⁹ Organización de Mundial de la Salud (OMS), Clasificaciones de Drogas Tomo 11 1998. P.p 525

CLASIFICACION DE ACUERDO A DROGAS DEPRESORAS Y ESTIMULANTES. (O.M.S)³⁰

	TIPO DE DROGA	EJEMPLOS	USOS MÉDICOS	DEPEND. PSICOLÓGICA	DEPEND. FÍSICA	TOLERANCIA
D E P R E S O R E S	Alcohol	Cerveza, licor, vino	Ninguno	Alta	Moderada	Sí
	Barbitúricos	Amytal, Butisol, Nembutal, Fenobarbital	Para ansiedad, tensión alta e insomnio	Alta	Alta	Sí
	Inhalantes	Aerosoles, gasolina, colas	Ninguno	Alta	Ninguna	Posible
	Tranquilizantes	Valium, Librium, Equanil, Altiván	Para ansiedad, tensión e insomnio	Moderada	Moderada	Sí
	Narcóticos de Origen Natural	Codeína	Para la tos y analgésicos	Alta	Moderada	Sí
		Heroína	Ninguno	Alta	Alta	Sí
	Narcóticos de origen sintético	Morfina	Analgésico	Alta	Alta	Sí
		Demerol	Analgésico	Alta	Alta	Sí
Metadona		Sistemas de abstinencia de la heroína y analgésico	Moderada	Alta	Sí	
Cannabis	Mariguana, Hashish	Bajo investigación	Moderada	Desconocida	Sí	
E S T I M U L A N T E S	Alucinógenos de origen natural	Mezcalina	Ninguno	Baja	Ninguna	Desconocida
		Hongos				
	Alucinógenos de origen sintético	L.S.D.	Ninguno	Baja	Ninguna	Desconocida
	Anfetaminas	Benzedrina, Dexedrina.	Para obesidad	Alta	Moderada	Sí
	Cafeína	Café, cola	Dolores de cabeza	Baja	Ninguna	Sí
	Cocaína	Cocaína, Crack	Anestesia local	Alta	Posiblemente	Sí
	Nicotina	Cigarros, puros, pipas	Ninguno	Alta	Moderada	Sí

³⁰ Ibidem P.p. 529

**CLASIFICACION DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
POR DEPRESORES Y ESTIMULANTES Y SUS CONSECUENCIAS (O.M.S)³¹**

DEPRESORES				
TIPO DE DROGA	EJEMPLOS <i>(nombre común)</i>	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Cannabis	<input type="checkbox"/> Mariguana <i>(toque, mota, hierba, chora, grifa, chuby, churro, flexo, bacha, juanita, material).</i> <input type="checkbox"/> Hashish <i>(Hash)</i>	<input type="checkbox"/> Fumada. <input type="checkbox"/> Puede ser consumida en galletas o pasteles	<input type="checkbox"/> Hierba de olor semejante a orégano quemado <input type="checkbox"/> Sustancia gomosa de color negro-café	<input type="checkbox"/> Posibles daños al Sistema Nervioso por las sustancias usadas para su cultivo <input type="checkbox"/> Síndrome de desmotivación. <input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad creativa e intelectual. <input type="checkbox"/> Esterilidad en el hombre. <input type="checkbox"/> Trastornos en el ritmo ovulatorio de la mujer. <input type="checkbox"/> Factor de riesgo para cáncer 8 veces superior al del tabaco.
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/> Valium, <input type="checkbox"/> Lexotán, <input type="checkbox"/> Ativán, <input type="checkbox"/> Rohypnol, <input type="checkbox"/> Rivotril. <i>(pingas, pastas, chochos).</i>	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Pastillas y tabletas	<input type="checkbox"/> Promiscuidad sexual <input type="checkbox"/> Desinhibición de los impulsos agresivos. <input type="checkbox"/> Deterioro en los procesos de pensamiento, atención y memoria. <input type="checkbox"/> Cambios desfavorables en actitudes escolares y sociales.

³¹ Ibidem P.p. 533

<p>Alcohol</p>	<p><input type="checkbox"/> Cerveza, <input type="checkbox"/> Vino, <input type="checkbox"/> Tequila, <input type="checkbox"/> Licor</p>	<p><input type="checkbox"/> Bebido</p>	<p><input type="checkbox"/> Líquido</p>	<p><input type="checkbox"/> Detención y/o deterioro del crecimiento físico, mental y emocional.</p> <p><input type="checkbox"/> Desinhibición de impulsos agresivos y sexuales.</p> <p><input type="checkbox"/> Alto riesgo de accidentes al conducir.</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento social.</p>
<p>Opiáceos (narcóticos) de origen natural</p>	<p><input type="checkbox"/> Heroína (<i>chiva, heroica</i>)</p>	<p><input type="checkbox"/> inyección: subcutánea, intravenosa, intramuscular</p> <p><input type="checkbox"/> fumada</p> <p><input type="checkbox"/> inhalada</p>	<p><input type="checkbox"/> Piedra o polvo café amarillento o blanco.</p>	<p><input type="checkbox"/> Deterioro en el pensamiento, atención y memoria.</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios drásticos en actitudes escolares y sociales.</p> <p><input type="checkbox"/> Síndromes de supresión violentos.</p> <p><input type="checkbox"/> En la supresión o en periodos de no consumo estados anímicos centrados en insatisfacción y frustración.</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición a contagio de enfermedades infecciosas (hepatitis, SIDA)</p>
<p>Opiáceos (narcóticos) de origen sintético y análogos</p>	<p><input type="checkbox"/> Codeína</p> <p><input type="checkbox"/> Nuvaín</p> <p><input type="checkbox"/> Darvón</p>	<p><input type="checkbox"/> Oral</p> <p><input type="checkbox"/> Intravenosa</p>	<p><input type="checkbox"/> Jarabes</p> <p><input type="checkbox"/> Pastillas, cápsulas.</p> <p><input type="checkbox"/> Soluciones inyectables</p>	<p><input type="checkbox"/> Alto nivel adictivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Suprimen el hambre.</p> <p><input type="checkbox"/> Estados de desnutrición.</p>

	<input type="checkbox"/> Temgesic <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Fentanil			<input type="checkbox"/> Apatía ante la vida. <input type="checkbox"/> Deterioro de la capacidad de pensamiento. <input type="checkbox"/> Agresión en la supresión <input type="checkbox"/> Problemas escolares, laborales y sociales
Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Pentobarbital, <input type="checkbox"/> Secobarbital <i>(pastas, nembus, muñecas, barbas)</i>	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Cápsulas de color rojo, amarillo o azul.	<input type="checkbox"/> Alto riesgo de intoxicación cruzada con alcohol <input type="checkbox"/> Riesgo de paro respiratorio. <input type="checkbox"/> Apatía ante las actividades cotidianas.
Inhalables	<input type="checkbox"/> Tonsol (<i>toncho</i>), <input type="checkbox"/> Thinner, <input type="checkbox"/> Resistol (<i>chemo, pegue, FZ-10, flan, activo, vainilla</i>) <input type="checkbox"/> Gasolina, <input type="checkbox"/> Nitrito de amilo (<i>poopers, rush</i>)	<input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Líquido transparente de olor penetrante <input type="checkbox"/> Pegamento amarillo	<input type="checkbox"/> Conductas agresivas. <input type="checkbox"/> Depresión del sistema inmunitario del organismo. <input type="checkbox"/> Síndrome de supresión intenso. <input type="checkbox"/> Experimentación de estados anímicos de frustración y depresión. <input type="checkbox"/> Deterioro de los procesos mentales. <input type="checkbox"/> Aislamiento.

ESTIMULANTES 2ª PTE.

TIPO DE DROGA	EJEMPLOS <i>nombre común)</i>	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cocaína (<i>coca, blanca nieves, perico</i>) <input type="checkbox"/> Crack (<i>base, baserola</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inhalada, fumada, inyectada <input type="checkbox"/> fumada 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polvo blanco amarillento <input type="checkbox"/> Piedras o cristales blancos con olor dulce 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fantasías paranoides. <input type="checkbox"/> Deterioro en el proceso del pensamiento. <input type="checkbox"/> Impotencia sexual. <input type="checkbox"/> Se presenta inseguridad. <input type="checkbox"/> Deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje. <input type="checkbox"/> Alteraciones cardiovasculares. <input type="checkbox"/> Alteraciones en la actividad cerebral.
Alucinógenos de origen natural	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hongos (<i>pajaritos, san isidros, derrumbes</i>) <input type="checkbox"/> Peyote (<i>cabeza, botones</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oral 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Similar a champiñones <input type="checkbox"/> Tubérculo amorfo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alto riesgo de rompimientos psicóticos. <input type="checkbox"/> Exposición a accidentes. <input type="checkbox"/> Deterioro en la capacidad de pensamiento. <input type="checkbox"/> Apatía hacia las actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> Aislamiento. <input type="checkbox"/> Explosiones de agresión. (especialmente con el consumo de PCP) <input type="checkbox"/> Cambios desfavorables en actitudes escolares, familiares y sociales <input type="checkbox"/> Vacío existencial.

Alucinógenos de origen sintético y análogos	<input type="checkbox"/> LSD (<i>ácidos, micropuntos</i>) <input type="checkbox"/> PCP (<i>polvo de ángel</i>)	<input type="checkbox"/> Oral (en azúcar, calcamonías o pedazos de papel) <input type="checkbox"/> Inyectado	<input type="checkbox"/> Líquido e incoloro <input type="checkbox"/> Líquido, cápsulas píldoras o polvo blanco cristalino	
Anfetaminas y análogos	<input type="checkbox"/> Ionamín, <input type="checkbox"/> Esbelcaps, <input type="checkbox"/> Ritalín, <input type="checkbox"/> Tonoate <input type="checkbox"/> dospan <i>(anfetetas)</i>	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Pastillas o cápsulas	<input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad de atención, concentración y atención.
Metanfetamina y análogos	<input type="checkbox"/> Cristal (<i>cristina</i>) <input type="checkbox"/> Ice, Crank	<input type="checkbox"/> Oral, <input type="checkbox"/> Inyectado <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Píldoras, polvo blanco o como pedazos de cera.	<input type="checkbox"/> Generan una dependencia muy intensa. <input type="checkbox"/> Complicaciones orgánicas como daño al hígado, pulmón, riñón, irritación cerebral, pérdida de peso, desnutrición, deficiencias en el sistema inmunológico.

1.2 El consumo de droga y sus implicaciones sociales.

La drogadicción es un grave problema social. El adolescente, su familia, amistades y la comunidad donde se desarrolla este, son los principales perjudicados por esta actividad. El que cerca de "200 mil farmacodependientes"³² mueran al año en el mundo indica el preocupante aumento en el número de personas que ingieren drogas ocasionalmente o que ya son adictos y que están fuertemente relacionadas con el aumento de la violencia social y la comisión de delitos.

Existen muchos ejemplos para hacer evidente el peligro social que representan las drogas, y que permiten afirmar con absoluta certeza que, por un lado la sociedad esta jugando un papel protagónico en la influencia sobre los adolescentes, y por el otro que es la misma sociedad quien con su apatía discrimina, corroe y humilla a los adolescentes que necesitan de su apoyo y limitan en sus capacidades para desarrollarse íntegramente.

Nos adherimos al enfoque de la Organización Mundial de la Salud que, para explicar el problema de la toxicomanía señala tres aspectos:

- La droga
- El medio ambiente
- La personalidad

El primero concierne al producto o productos utilizados, es decir la acción de las sustancias consumidas. El segundo, al medio ambiente social, a las relaciones de producción, las pautas de comportamiento, la influencia de los demás, la familia, la pobreza, el entorno sociocultural donde vive el toxicómano.

El tercero se refiere a la estructura de la personalidad, los aspectos afectivos que se encuentran en la persona que consume, su forma de ser, sentir, sus vivencias, actuaciones, sus fallas de identificación, su relación con la ley y la trasgresión, su omnipotencia maníaca su regresión depresiva y suicida, o el espacio desarticulado de la angustia psicótica.

Con estos tres elementos podemos partir de una visión naturalista y objetivista moderna, en donde todo revierte en un proceso natural, lo que acentúa la sensación de vacuidad del mundo humano. La vida es concebida como un proceso natural igual que el trabajo. Ante este panorama, "el ser moderno se revela contra la sociedad moderna, naciendo así sus conflictos: incapacidad de vivir tanto en sociedad como fuera de ella, humores cambiantes, subjetivismo radical de la vida emotiva"³³. El espectro del vacío hace su aparición en el teatro humano contemporáneo.

Estando sumidos en un proceso de pérdida generalizada de aquello que nos condiciona como humanos como es la cultura, los rituales, el mundo común, la dimensión simbólica, el terreno de las adicciones avanza. "La desmesura de la adicción está presente en todas las

³² Organización de Mundial de la Salud (OMS), Clasificación de Drogas y Resultados Tomo 13 Pp 456. 1998

³³ Arendt Estrada Lauro El Ciclo Vital de la Familia Grijalbo, México 1998 P.p 86

esferas cotidianas del ser moderno³⁴, convirtiéndose así en un modo de vida, caracterizado por "la ideología productivista del progreso y la producción incesante y acelerada"³⁵

La adicción deviene un modo de vida organizado, obsesiva y compulsivamente, alrededor de la consumición y dicho proceso caracteriza el estilo de vida de la modernidad. En este sentido, podemos decir que "la sociedad moderna es adicta".³⁶

Un estilo de vida, además de expresar una solución a la propia existencia, "es a su vez una manera de ver las cosas; una orientación general de cara a la vida, a la existencia, al mundo"³⁷ Dicho estilo de vida significa que ésta se organiza alrededor de la consumición, ya sea ésta una sustancia, una actividad o una relación.

La vida moderna, se caracteriza por un sentimiento profundo de vacuidad que hay que llenarlo como sea. Domina así la estructura de fondo de toda adicción: "un continuo llenar y vaciar, reproduciéndose así el llamado ciclo de la dependencia"³⁸ "cuanto más se intenta llenar el vacío, más vacío se siente uno, para lo cual busca algo que lo llene."

Esta sensación de vacío, cultural, sigue a la desaparición de las dos dimensiones existenciales de la vida humana: la vida cotidiana y la vida festiva, lo que los griegos denominaban la vida activa y la vida contemplativa. La vida del ser humano oscila entre estas dos dimensiones discontinuas. En la vida cotidiana predomina un tipo de vida dominada por la necesidad de supervivencia para la cual se debe trabajar. En dicho contexto predominan las relaciones de tipo utilitario³⁹. Dicha forma de vida tiene sentido si tenemos en perspectiva la otra dimensión, la festiva. En esta otra vida, el mundo se transforma. Las relaciones entran en la esfera humana y cultural de intercambios. En esta esfera se crean las historias, que se den sentido a la vida. Ello supone "una transformación, operada a través de rituales, momentos de paso, umbrales que permiten la transformación justamente de la forma cotidiana a la festiva."⁴⁰

³⁴ Guillermo Kraft Sociología y Filosofía, Ed. Buenos Aires 1998. P.p 980

³⁵ Garrido Garrido Peña, La droga como figura contemporánea del mal 1998 P.p 87

³⁶ Anne Wilson Schaefer Cuando la sociedad se convierte en adicta 1987. Pp 45

³⁷ Cormier Toxicomanías y estilos de Vida 1984 P.p. 32

³⁸ Peele La experiencia del farmacodependiente Québec 1982.. Pp. 10

³⁹ Jager Fenomenología en la exploración del Tiempo, *Journal of Phenomenological Psychology*, Pp. 196-234 1997.

⁴⁰ *Ibidem* P.p 225

1.3 Las adicciones como un problema de la sociedad.

A pesar de que el uso de drogas puede encontrarse en todas las épocas, es reciente en los años '60 cuando se lo comienza a considerar un "problema social". Empiezan entonces a ponerse en práctica mecanismos de control institucional que se relacionan con la imagen social del usuario de drogas.

La comprensión de una sociedad en cuanto a su proceso y manifestaciones (fenómenos o problemas sociales) requiere de un análisis de aquellos grupos que la conforman, pero en especial de la familia como grupo, pues a través de ella que el individuo obtiene en un primer momento, no sólo los elementos necesarios para asegurar su supervivencia, sino también y principalmente por ser el lugar donde el sujeto, tiene los primeros conocimientos y contactos con el grupo social al que pertenece. Para esto es importante entender que la familia al efectuar tales acciones responde a una estructura y dinámica propia, que se define ante todo por las características de personalidad de sus integrantes así como por las relaciones que guardan entre sí; pero además a las normas que el grupo de acuerdo a su sistema económico, político y cultural le impone.

La familia se convierte de esta manera en un grupo que al presentar cambios en su interior influye en la formación del individuo y en consecuencia en la dinámica social, aunque es influenciada también en gran medida en su accionar por ciertos factores sociales. En cualquier sentido será el individuo quien experimente las consecuencias de dichos cambios y responderá a ello conforme a sus posibilidades. Dicho esto de otra manera tenemos que la familia como célula de la sociedad en donde si un integrante es adicto a las drogas genera desajustes en su sociedad.

Otra cuestión muy importante en cuanto a los problemas de la sociedad es la situación de atraso y escaso desarrollo del país, que crean una gran marginalidad social, donde muchos jóvenes se encuentran aburridos por el ocio obligado, una ruptura del espejismo ciudadano de muchas cosas que pueden ver y que no pueden tener y una realidad que es segregadora.

Pareciera que en nuestro país amplios sectores sociales están atravesando lo que Merton llama la **anomia social**, es decir: se nota "la falta de un sistema de convicciones morales arraigadas colectivamente, no existe un equilibrio adecuado entre valores y normas, existe un debilitamiento general de la conciencia en la cual se ven poco claros los fines del actuar, se constata un mal funcionamiento de la estructura social y un fracaso evidente en el control social".⁴¹ La mala integración de la estructura social y cultural provoca un estado de confusión en el individuo, la fuente de la riqueza ya no sería el trabajo, el esfuerzo y el ahorro, sino más bien, toda actividad al margen de la ley; la honradez, y la solidaridad son desmerecidas, existe un franco debilitamiento de los medios legítimos, se toleran y se valoran las actividades ilegales por el dinero y el prestigio que reportan, la droga circula con mucha facilidad con gran tolerancia social.

⁴¹ Merton, Robert. Teoría y estructura sociales. México, F.C.E., 1970, P.p 399

CAPITULO II

LA FAMILIA Y LA FARMACODEPENDENCIA.

En la historia de la humanidad, el consumo de drogas ha obedecido a usos y costumbres propios de los distintos grupos culturales. Estos usos y costumbres, desde luego, se modificaron al paso del tiempo, de tal forma que "las sustancias empleadas, las formas de empleo y más aún, la intencionalidad, es decir, la finalidad inmersa en tal conducta (el qué, cómo y para qué) cambia, se modifica, no es la misma y consecuentemente la connotación moral y social de dichos comportamientos también será diferente".⁴²

En este sentido es importante destacar que, de acuerdo con "Helm Stierlin"⁴³, la familia evidencia ser el sistema central donde se dan las más relevantes identificaciones del hombre e incorpora los más importantes valores y objetivos, así su adaptación social se remite a lo que sucedió y sucede en la familia.

Del mismo modo Gregory Bateson en su obra "Pasos hacia una Ecología de la Mente"⁴⁴ "señala que lo que aprendemos en la familia para comportarnos de determinada manera se orienta por los que él denomina "Marcadores de contexto", gracias a ellos aprendemos que ante circunstancias y en presencia de determinadas figuras significativas (personas, ideas, cosas o situaciones), o bien, que ante la necesidad de orinar, se acuda al cuarto de baño (W.C.) y no a la cocina para satisfacer dicha necesidad biológica. Entonces lo que los padres enseñan a los hijos durante su crianza es el reconocimiento y la diferenciación de los marcadores de contexto, de ahí, tal vez, como lo decía el Dr. Santiago Ramírez⁴⁵ (psicoanalista ya desaparecido) "infancia es destino". Ahora bien, volviendo al punto de inicio ¿qué pasa con la familia y el consumo de sustancias tóxicas?

Conforme los hijos van desarrollándose, se observa, cómo el niño o la niña hacen o dicen cosas de la manera en como uno las dice o las hace, en muchas de las ocasiones no es uno el que se percata de tales acontecimientos, si no lo hace el otro progenitor o algún familiar. ¿Pero qué tiene de importante eso?, lo importante es que ninguna o casi ninguna de esas conductas se propuso inconscientemente que el menor las aprendiera con tanta fidelidad al modelo (¡eres igualito a tu padre!).

⁴² Centros de Integración Juvenil, Opinión pública y farmacodependencia, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México. 1994. P.p 89

⁴³ Helm Stierlin Que hay detrás de la puerta de la familia. Gedisa, 1990.-P.p 220

⁴⁴ Gregory Bateson Pasos hacia una Ecología de la Mente Editorial: Paidós 2000 P.p 458

⁴⁵ Dr. Santiago Ramírez La función del "Yo observador" en el proceso analítico. Asociación Psicoanalítica Mexicana Cuadernos de Psicoanálisis., P.p 78

Así es como gran parte del comportamiento, las actitudes y las habilidades que matizan la vida de relación de una persona se gestan. Aunque claro que el resto de nuestro repertorio conductual también es transmitido al individuo de manera consciente, propositiva o intencional, de forma tal que responda a las expectativas que los padres tienen sobre la formación de sus hijos. A todo esto se agrega " la influencia de las demás instituciones socializadoras propias de la cultura en la que está inmerso, con lo cual se delinean los rasgos, que más tarde conformarán la personalidad de un individuo adulto".⁴⁶

A manera de ejemplo de lo antes dicho, piénsese que propositivamente a un niño se le enseña a usar los cubiertos como instrumentos útiles para alimentarse, del mismo modo que se le enseña a conducir una bicicleta o bien a que escriba y lea el idioma en el que nos comunicamos. Así por el contrario, rara vez a un niño se le enseña a enojarse, o a tratar a las mujeres o a los hombres en condición de pareja, o preferir ciertos ambientes cómodos o gratos, etcétera.

Ahora bien, la relación que puede establecerse con las sustancias de abuso (alcohol, tabaco, medicamentos y otras drogas) se aprende en la familia, consciente o inconscientemente. **Esto no significa que en la familia se aprenda a ser adicto**, "se aprende a relacionarse con algunas sustancias y/o drogas con una finalidad e intención distinta a la de intoxicarse, dicho de otra manera, buscando tener los efectos psicofisiológicos por ellos mismos, o sea, a relacionarse con las sustancias aceptando el riesgo de caer en una relación de dependencia a la droga o adicción."⁴⁷

Sin duda alguna hay familias y hogares donde los patrones de consumo de drogas son de alto riesgo o simplemente obedecen a la adicción de alguno de sus miembros para ser más específico considérese un joven que los fines de semana consume bebidas alcohólicas hasta alcanzar un estado de intoxicación aguda, éste pudo haber aprendido que "beber bien" es perder el control psicomotor y llegar a la inconsciencia porque sus familiares siempre lo han hecho así, entonces lo que aprendió es un patrón de consumo de bebidas alcohólicas de alto riesgo para volverse alcohólico.

De manera similar, enseñamos a los niños o adolescentes a consumir determinados medicamentos para atenuar diversos tipos de dolores o molestias, medicamentos que sólo apagan los malestares pero no curan a la persona, entonces lo que aprenden los menores es que cuando tengan algo que los incomode, les duela, les desagrade, etc., lo mejor es buscar una medicina que por lo menos "con sus efectos tales" les posibiliten olvidar, evadir, encubrir y/o distorsionar lo que les sucede en realidad. Una vez aprendida esta conducta de alto riesgo (automedicación) la distancia con las adicciones es menor, con este proceder no se resuelve la enfermedad o el problema, por el contrario, sólo se pospone su solución.

Debe quedar claro que lo antes descrito "no significa que la familia enseña a sus miembros a ser adictos, lo que aprenden estos son formas de consumo más o menos riesgosas a través de las cuales un individuo establece cierto tipo de relación con las drogas que al interactuar"⁴⁸, en un momento, con los demás factores causales (individuales, familiares y

⁴⁶ Ibidem. P.p 80

⁴⁷ Centros de Integración Juvenil-Consejo Nacional contra las Adicciones, Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa. Secretaría de Salud y C.I.J., México, 1998 P.p 79

⁴⁸ Daniel Stanton, 1998 "La farmacodependencia o Adicción Edit. Limusa Mexico (1998) P.p 95

sociales) "se gestan bases del principio de compulsión-transgeneracional que marca la dinámica de la adicción y la coadición en la familia, según D. Stanton"⁴⁹, (1998), "La farmacodependencia o adicción"; es un proceso cíclico que involucra a 2 ó más individuos, comúnmente al adicto y a sus dos padres quienes forman un sistema íntimo e interpersonal, que cuando ve amenazado su equilibrio (por ejemplo en un proceso de divorcio) el adicto se activa creando una situación que dramáticamente concentra la atención en el adicto, siendo éste el regulador (mantenedor homeostático) de las transacciones familiares".⁵⁰

El desarrollo de cada individuo está directamente relacionado con el de la familia y el de la comunidad que le rodea. "El grupo familiar funciona como un todo a partir de las normas, valores y creencias que posee."⁵¹ Por eso, cuando aparece algún problema, como lo es el de la farmacodependencia, lo resienten tanto el individuo como su familia.

"Ante la detección de la farmacodependencia en alguno de los miembros de la familia, por lo general surgen sentimientos de confusión, culpa, coraje, vergüenza y dolor que en ocasiones, motivan a los familiares a realizar acciones o a tomar decisiones como el castigo físico, la reclusión o la expulsión del farmacodependiente del hogar, lo que en lugar de ayudar a la recuperación del enfermo, agudiza su problema".⁵²

También se llegan a presentar situaciones en las que, por ejemplo, los padres se culpan mutuamente por la aparición de este problema, y los hijos sienten que los padres (sobre todo la madre) protegen al farmacodependiente.

A partir de esta falta de entendimiento se dificulta encontrar soluciones, por lo común, sólo se busca a "los responsables" de que existan "vicios" en la familia.

La farmacodependencia, vista así, es un problema respecto del cual los padres y hermanos se encuentran confundidos y por ello prefieren, equivocadamente, entenderlo como un "vicio que se contrae en forma de epidemia y que -piensan- es en los grupos callejeros de niños, adolescentes o adultos en donde lo transmiten".⁵³

En este sentido es importante aclarar que los grupos de amigos no sólo son modelo de conductas negativas. "Representan también un espacio en el cual los niños y jóvenes, al expresar sus ideas y sentimientos sin temor a ser criticados o ridiculizados, aprenden a relacionarse".⁵⁴

⁴⁹ Ibidem P.p 98

⁵⁰ Ibidem P.p 99

⁵¹ Leñero, Luis, *La familia Anuis*, México 1996. P.p 58

⁵² Organización Mundial de la Salud, *Evaluación de programas de salud, normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*, Colección OPS/OMS, Serie "Salud para todos", No. 6, Ginebra, 1991 P.p 1040-1200

⁵³ Centros de Integración Juvenil-Consejo Nacional contra las Adicciones, *Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa*, Secretaría de Salud y C.I.J., México, 1998. P.p 89

⁵⁴ Polit, D., y B. Hungler. *Investigación científica en ciencias de la salud*, Ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 5a. ed., México, 1997 P.p 89

Sin embargo, cuando el farmacodependiente se aleja demasiado de la familia para convivir con un grupo de amigos, provoca en sus padres y hermanos sentimientos de preocupación, enojo, frustración y desorientación. Los familiares no saben cómo actuar ante esta conducta del usuario de drogas y, a veces, al no comprender lo que sucede, prefieren desinteresarse respecto de la curación del enfermo.

La familia ante la farmacodependencia, esboza ciertas conductas que pueden presentarse en cualquier medio social, ya que es natural la aparición de dificultades para hallar la solución al problema del abuso de drogas. No obstante, es de suma importancia que la familia tome conciencia de su responsabilidad.

2.1 El consumo de drogas de los hermanos mayores incide en el consumo de los hermanos menores.

Los modelos a seguir van cambiando de acuerdo con la edad que se tenga. En la infancia los modelos principales se refieren a los padres, por lo que es común escuchar expresiones como: "quiero ser como mi papa" o "cuando sea grande voy a ser doctor como tú". En la adolescencia se desarrollan patrones de conducta influenciados por otros modelos, como son otros adolescentes y adultos.

Ante esta situación, "los hermanos mayores tienen una responsabilidad, ya que de su conducta las imitaciones pueden afectar la de los hermanos menores, tenemos que recordar que en la familia todas las acciones que se realizan influyen en los demás".⁵⁵

La evidencia indica que en los adolescentes, "la influencia de los hermanos mayores y el grupo de personas de la misma edad del sujeto, resulta mayor que la que ejercen los padres ya que se han demostrado por medio de los indicadores".⁵⁶

Por lo tanto, si los hermanos mayores o amigos consumen drogas, tendrán gran influencia sobre los hermanos menores.

Los hermanos y otros familiares menos próximos como, por ejemplo, los primos, también pueden jugar un papel importante a la hora de facilitar o dificultar el abuso de las drogas de alguno de los hijos.

Especialmente los hermanos mayores pueden constituir, al igual que los padres, un modelo de identidad a imitar por parte de los hermanos menores, en particular, los del mismo sexo.

Tener un hijo mayor farmacodependiente o un familiar próximo puede favorecer el que los otros hijos terminen cayendo también en la trampa de las drogas, debido a este proceso de imitación, o bien por inducción directa a través de este hermano o familiar.

Los padres deben estar alerta en estos casos para evitar que se pueda producir este posible influjo negativo. Sin embargo, en otros casos sucede precisamente lo contrario, y es algo que cada vez se observa con mayor frecuencia.

⁵⁵ Leñero, Luis, *La familia Anuís*, México 1996. P.p 89

⁵⁶ Centros de Integración Juvenil, *Opinión pública y farmacodependencia*, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México, 1994. P.p56

2.2 Padres, dejando de lado la directividad y asumiendo la permisividad.

"En la familia conviven personas diferentes. Las diferencias están determinadas por la edad, el papel que se juega (mama, papá e hijos), el sexo (masculino o femenino) y la personalidad de sus integrantes".⁵⁷

Lo anterior posiblemente determina los estilos de vida, en algunas ocasiones existen conductas de los hijos con las que no están de acuerdo los padres.

De alguna manera los padres tienen la función de orientar el comportamiento de los hijos. Existen problemas para establecer el punto intermedio entre lo que permite y lo que se prohíbe, sobre todo tomando en cuenta las conductas de los hijos con las que se está de acuerdo.

En esta decisión, los padres tienen la responsabilidad de ser flexibles, evitando una excesiva permisividad.

Actualmente sabemos que "el consumo de drogas entre niños y adolescentes aumenta día con día"⁵⁸. Es frecuente observar "en las calles a menores haciendo uso de inhalables, fumando cigarrillos o ingiriendo bebidas alcohólicas"⁵⁹; este tipo de comportamiento señala que estas sustancias se pueden convertir en los amos de su pensamiento y en los tiranos de su vida. Muchos de los niños y jóvenes que utilizan drogas se angustian secretamente y se aíslan de su familia porque se sienten avergonzados o temerosos de pedir ayuda, y los padres por esta razón tienen que tener más convivencia con sus hijos.

En el medio social existe poca información o información distorsionada sobre las drogas y sus efectos, esta escasa preocupación por informar y educar sobre temas de salud mental, hace que se tenga una visión equivocada sobre las drogas, y también pretende pasar por alto el hecho de que muchos niños y jóvenes ya conocen estas sustancias y la forma en que se utilizan.

Se evita hablar de temas como la drogadicción debido a que genera un gran temor y como consecuencia, en familias se da una tendencia a negar la realidad social y familiar en que se vive, se hace lo imposible para negar problemas que no se sabe como solucionar porque no se han preparado para ello; pero sobre todo, existe una "ceguera" emocional cuando uno de los miembros de la familia tiene un problema de salud mental, de alcoholismo o farmacodependencia.

Existen muchas razones que llevan a "esconder" o a "ocultar" una situación que socialmente no es bien vista, que se considera como un vicio o una aberración, y los amigos o familiares de una persona enferma, buscan varias formas de evitar que los demás se enteren de que son sus parientes o que se tienen lazos de amistad con este enfermo.

⁵⁷ Moscovici, S., et al., *La influencia social inconsciente*, Ed. Anthropos, Barcelona, 1991. P.p 45

⁵⁸ CONADIC, *Cuadernos Estadísticos* 1998 P.p 15-35

⁵⁹ *Ibidem*. P.p 34

En el pasaje de la niñez a la adolescencia, la falta de comunicación, los cambios en la vida emocional, el temor, la frustración, ansiedad y depresión, son tan sólo algunas situaciones que los jóvenes tienen que enfrentar solos.

Ser padre es una de las tareas más importantes para la mayoría de los seres humanos aunque exista poca preparación para cumplir con esta función. La mayoría aprenden a ser padres a través de la experiencia y siguiendo los ejemplos que a su vez aprendieron de sus padres. Los modelos de comportamiento que los hijos adquieren dentro del seno familiar son con mucho, los factores más importantes que llevan a que uno o más de los hijos puedan tener un problema adictivo en etapas tempranas de su vida.

“La mayoría de las personas con problemas de adicciones tienen antecedentes de consumo de sustancias en sus respectivos hogares⁶⁰, y a su vez, la ansiedad y el estrés vivido por una familia cuando uno de sus integrantes es alcohólico o usa drogas puede llevar a otro de sus miembros a iniciarse en el uso de estas sustancias. El ejemplo que como padres se les da a los hijos les permitirá identificar estilos de vida responsables y sanos.

Los padres, se cuestionan la habilidad para guiar a los hijos hacia una vida saludable y productiva. Educar a un cierto número de hijos implica un reto que ocasiona temor en la medida en que crecen. En esta experiencia se presentan situaciones y temas que requieren ser discutidos, por ejemplo, el sexo seguro, el uso y los daños que produce el alcohol y otras drogas. Estos temas son importantes, sin embargo, frecuentemente se evita discutirlos abiertamente con los hijos por temor o bien por desconocimiento.

Como padres, se debe valorar la opinión de los hijos permitiéndoles tomar algunas decisiones, aunque en ocasiones se den cuenta de que no son las más adecuadas, ya que esto favorecerá su aprendizaje para tomar decisiones en la vida. Se debe entonces permitir que tomen la iniciativa, excepto en aquellos casos en que su decisión no sea saludable y también en situaciones poco éticas o cuando represente una amenaza para su vida.

Los padres, deben manifestar a sus hijos que los quieren, que los valoran y que son importantes para todos los familiares y sociedad y para lograrlo es importante construir formas de relación familiar más fuertes, maduras y amorosas con ellos; se debe enseñar a distinguir entre lo que hace daño y lo que es saludable, entre lo bueno y lo malo, jerarquizar o dar un orden de importancia a ciertas normas de comportamiento, principios y valores predominantes para una familia y para la sociedad.

Los hijos que tienen una mayor autoestima, es decir, que se cuidan a sí mismos y que se sienten valiosos y seguros, están menos propensos a tener conductas adictivas tanto por que se saben escuchados y apreciados, así pueden adquirir habilidades saludables para tomar decisiones que serán de gran valor durante sus años de adolescencia y en la edad adulta.

⁶⁰ Centros de Integración Juvenil-Consejo Nacional contra las Adicciones, Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa, Secretaría de Salud y C.I.J., México, 1998. P.p 59

En este sentido, es importante preguntarse: ¿qué puedo hacer como padre para evitar que mis hijos lleguen a ser farmacodependientes.?

Una primera respuesta tiene que ver con los aspectos sobresalientes de la niñez y la adolescencia.

Como padre se tiene que desempeñar un papel determinante, en este sentido es de gran importancia el conocimiento sobre las drogas, sobre la infancia y la adolescencia y reconocer que tiene la capacidad para participar en la solución, de esta manera se tiene que fortalecer la directividad y superar la permisividad.

Los padres comprensivos y afectuosos que muestran una sincera preocupación por lo que le sucede al niño o al adolescente, que valoran y aceptan de manera genuina las capacidades de sus hijos, que manifiestan apoyo a sus hijos en situaciones difíciles, que comparten su tiempo con ellos y que fijan límites flexibles de acuerdo a cada ocasión, tienen menores probabilidades de que exista un problema de adicciones en el ámbito familiar.

2.3 Factores de riesgo individuales, familiares y sociales.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que están presentes en el consumo de drogas se encuentran en la sociedad, en la familia y en el individuo, y aumentan la probabilidad de que la farmacodependencia ocurra en el desarrollo de la persona, específicamente "durante la adolescencia, que es una etapa donde el joven busca su identidad, se rebela ante la autoridad, lucha por su propia independencia, busca ser aceptado por sus compañeros y pasa rápidos cambios físicos, sociales y emocionales."⁶¹

La adolescencia es una etapa de búsqueda y aceptación o rechazo de valores. Hay conflicto entre los valores propios y los padres, amigos y maestros. También entre lo que se tiene y lo que se quiere tener, entre lo que son y lo que les gustaría ser.

Por otra parte, en el aspecto social, el adolescente, concede mucha importancia a las amistades y muchas veces influyen fácilmente en él. Además, se ve y se siente diferente. Todo este mundo tan ambivalente lo lleva, en muchas ocasiones, a conflictos consigo mismo y con los demás, especialmente con su familia. Todo esto lo convierte en un ser vulnerable ante situaciones como el alcoholismo, la drogadicción y la sexualidad irresponsable o paternidad no deseada.

En el fenómeno de la farmacodependencia se presentan diferentes factores de riesgo que predisponen al consumo de drogas y estos son clasificados en factores de tipo individual, familiar y social

Factores individuales

Se refieren a las características de la personalidad, y están conformados por la historia personal de cada individuo, así como por la información biológica heredada, lo cual viene a constituir la base de la conducta particular que nos diferencia de los demás y nos hace proclives o no al consumo de drogas.

Entre los factores individuales se pueden mencionar los siguientes:

- Baja autoestima
- Temores y dificultades para establecer relaciones interpersonales
- Dificultad para expresar emociones
- Falta de habilidad para resolver problemas
- Baja tolerancia a la frustración, al fracaso y al dolor
- Inseguridad
- Timidez
- Inestabilidad emocional
- Búsqueda de sensaciones nuevas
- Conflicto con las figuras de autoridad
- Deseo de cambio e independencia
- Crisis por desarrollo y crecimiento
- Imitación a líderes o personajes famosos

⁶¹ Leñero, Luis, La familia Anuis, México 1996 P.p 98

- Desorientación
- Necesidad de conocer nuevas experiencias
- Presión del grupo de pares
- Ignorancia y falsas creencias
- Confusión de valores.
- Falta de control sobre los impulsos.
- Agresividad
- Ansiedad, miedo, depresión

Así mismo, hay factores fuertemente ligados con los individuales de entre los que destacan: los Factores Psicodinámicos. "Las teorías psicodinámicas contemporáneas correlacionan la farmacodependencia con la organización subyacente de la personalidad"⁶².

En términos simples esto es que podríamos pensar que la imagen corporal es un fenómeno social: nuestra imagen corporal no es posible sin la imagen corporal de otras personas. Un cuerpo es la expresión de un yo y una personalidad, y está dentro del mundo. La construcción progresiva del otro como objeto de la experiencia es necesaria para que el niño pueda convertirse en un objeto respecto de sí mismo. Se destacan los factores adaptativos y del desarrollo que ejercen influencia sobre la experimentación y regulación de los afectos, relaciones sociales, autoestima, juicio y capacidad para manejar el estrés.

Estas teorías resaltan la importancia de los rasgos de carácter de tipo oral y el efecto que tienen las drogas sobre estos impulsos primitivos. El uso de drogas se inicia durante una crisis severa en la cual las capacidades adaptativas del sujeto se encuentran alteradas con la consecuente vulnerabilidad narcisista.

La dependencia de drogas puede desarrollarse como una forma de regresión a etapas primitivas del desarrollo, o cuando la droga provee una apariencia de funcionamiento normal. También se experimentan dificultades como escasa habilidad para relacionarse afectivamente, disminución de la autoestima, imágenes objetales pobremente integradas, defensas rígidas, inmaduras, y dificultad para contener con hechos y situaciones de la vida cotidiana.

En la revisión de literatura especializada se ha comentado que los farmacodependientes utilizan la droga para medicar estados afectivos dolorosos, para disminuir la intensidad de sentimientos agudos y crónicos de agresividad, ira y hostilidad, donde las drogas calman y enmascaran estos sentimientos⁶³.

⁶² Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotropicós Centros de Integración Juvenil A.C. México 1997 P.p 108

⁶³ Ibidem.

Factores Familiares

El individuo desarrolla su personalidad en el seno familiar: es allí donde se sientan las bases para una adecuada salud física y emocional, también le transmite valores que le permiten ver e interpretar la realidad. Una familia disfuncional puede ser un agente causal que haga proclive a un sujeto al uso o abuso de fármacos, ya que los conflictos provocan un desarrollo inadecuado que dificulta fortalecer la autoestima y facilita la inestabilidad emocional y por tanto, una forma de decisiones inadecuada.

Entre los factores familiares se pueden mencionar los siguientes:

- Desintegración Familiar
- Ausencia de manifestaciones afectivas
- Conflictos y desacuerdos de la pareja
- Figuras paternas ambivalentes
- Falta de convivencia
- Violencia intrafamiliar
- Dificultad para aceptar los cambios de comportamiento de los hijos debido a su crecimiento y desarrollo
- Falta de confianza.
- Falta de autoridad moral de los padres
- Familia sin comunicación o con comunicación defectuosa.
- Dificultad para jerarquizar
- Confusión de valores.
- Dificultad para marcar límites
- Cambio de roles

En los Factores de riesgo de la Familia se tienen, la muerte así como por divorcio, por enfermedades graves o por abandono del hogar de alguno de sus integrantes, la falta de autoridad moral de los padres cuando tienen conductas deshonestas que favorecen la patología mental. Una de las funciones más importantes de la familia es la de transmitir valores, actitudes ante la vida, formas de enfrentar situaciones existenciales críticas, etc. Sin embargo, se observa que los padres descuidan con frecuencia esta función, transmitiendo mensajes contradictorios o rechazando la comunicación.

A menudo los padres muestran dificultad para jerarquizar en forma adecuada los valores que promueven el correcto desarrollo de los jóvenes, por ejemplo, conceden excesiva importancia a aspectos externos como el tipo de ropa, forma en que lleva el pelo, uso de accesorios de vestir, gusto por la música, llevándolos al rango de factores prioritarios, a la vez que descuidan y omiten los verdaderos valores, lo cual conduce a la confusión de valores, pues en muchas familias existe un orden y jerarquía de valores que no necesariamente son prioritarios para otras familias. Así podemos percatarnos que en ocasiones y al interrogar sobre los valores para una familia determinada, otorgan prioridad a valores tales como: tener una casa propia, tener automóvil, disponer de recursos económicos para contender con situaciones que no se consideran como verdaderas necesidades, acceder a un estrato social más alto, dejando en último lugar situaciones que se relacionan con la salud familiar, con la salud mental, con la felicidad, el amor, la comunicación, etc. Dificultad para marcar límites. (familias flexibles, rígidas o inconsistentes).

Las actitudes familiares pueden agruparse en tres tipos:

1. Las que marcan límites exageradamente rígidos,
2. Las que establecen límites demasiado permisivos, y
3. Las inconsistentes, es decir, las que en ocasiones pueden ser muy rígidas en tanto que en otras situaciones con características semejantes se muestran demasiado flexibles.

En las familias bien integradas cada miembro tiene una función específica que cumplir, pero cuando por algún motivo estas funciones se alteran emerge una confusión en sus roles y en sus responsabilidades provocando la desintegración de la familia o alguna manifestación de disfuncionalidad. Por ejemplo cuando la madre toma el papel y función del padre cuando éste se comporta como una figura paterna débil o con dificultad para asumir el papel que socialmente le ha sido asignado.

"Se han realizado diversos estudios con familias de pacientes adictos y se ha detectado una gran constelación de elementos que sugieren la importancia que la familia desempeña en la génesis y perpetuación de las adicciones en algún miembro de la familia, entre ellas destacan:"⁶⁴

1. La madre está involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora y abiertamente permisiva con el adicto que ocupa la posición de un hijo favorecido. La madre declara que fué el hijo más fácil de criar y generalmente era bueno cuando niño.
 2. Las madres de los adictos tienen necesidades simbióticas y se "atoran" en una edad temprana de la crianza de este hijo y tienden a aferrarse a él y tratarlo como si fuera menor de lo que es.
 3. La experiencia de euforia del adicto se considera como análoga a un apego o función simbiótica con la madre, una especie de saciedad regresiva infantil. A través de la droga el adicto puede ser apegado e infantil y ciertamente no autónomo.
 4. La droga puede funcionar de manera simbólica sobre la incompetencia del adicto y su consecuente incapacidad para abandonar a la familia, o la incapacidad de la familia para liberarlo.
 5. La mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Por lo menos dos tercios de ellos y menores de 35 años, viven con la gente que los crió, manteniendo por lo menos un contacto semanal con sus figuras parentales.
 6. Las relaciones de matrimonio o unión libre en que se involucran los adictos, son una repetición de las relaciones del núcleo familiar originario, con roles y patrones de comportamiento similares a las vistas en el progenitor del sexo opuesto.
 7. Aunque el adicto intenta huir hacia el matrimonio, a menudo existe atracción e aliento para regresar con la familia de origen.
 8. Tanto el adicto como su familia le temen a la separación, se trata pues de un proceso interdependiente, donde el fracaso sirve como función protectora para mantener la cercanía familiar.
 9. La presión es tan poderosa que la familia soporta e incluso alienta las mentiras, robos y otras conductas en vez de adoptar una posición firme.
- Cuando el adicto empieza a triunfar en su trabajo, en sus relaciones matrimoniales o en el tratamiento, se encamina en cierto modo hacía el abandono de la familia; lo interesante es que en estas situaciones se presenta una crisis o un conflicto familiar: posible separación de

⁶⁴ Centros de Integración Juvenil, Opinión pública y farmacodependencia, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México, 1994 P.p 96

los padres, riñas entre ellos, emergencia de otro hermano problema, etc. y en consecuencia el adicto retoma su conducta de fracaso y posteriormente los problemas familiares se disipan.

Factores Sociales

En nuestro entorno existen diversas circunstancias que pueden influir directa o indirectamente en el fenómeno de la farmacodependencia. Estas condiciones pueden presionar a una persona y son de orden económico, cultural, político, etc.

- Disponibilidad de drogas en cualquier parte de una comunidad.
- Modas y penetración de estilos de vida a través de los medios masivos de comunicación
- Inseguridad en la comunidad
- Corrupción dentro de la comunidad.
- Problemas económicos y extrema pobreza
- Desempleo o insuficientes opciones para la capacitación laboral
- Insuficientes alternativas para la recreación y la práctica deportiva
- Migración y marginación
- Falta de servicios públicos asistenciales
- Insuficientes e inadecuadas opciones educativas
- Negación e intolerancia de la comunidad hacia el problema
- Información inadecuada e incongruente con la realidad del problema
- Reducción del espacio vital
- Crecimiento demográfico
- Insatisfacción de ideales.
- Rapidez del cambio social
- Factores políticos y económicos
- Competencia profesional

Los factores Sociales de Riesgo como la Reducción del espacio vital, se presenta en las grandes ciudades. Sabemos que el individuo necesita disponer de un espacio adecuado que le permita una existencia agradable y un desarrollo armonioso. Se ha demostrado que la reducción de este espacio provoca en el ser humano muestras importantes de agresión, tal es el caso de las unidades habitacionales con una o dos recámaras y con familias numerosas; en ellas la farmacodependencia, violencia y agresión ejemplifican la influencia de esta situación, por otro lado, la sobrecarga de estímulos físicos y emocionales la concentración de grupos familiares en las grandes ciudades provoca un exceso de estímulos físicos dañinos, como el ruido, el esmog, la contaminación ambiental, etc., que alteran la percepción del individuo.

Si a ello le agregamos la sobrecarga de información contradictoria de los medios masivos de comunicación que lanzan a cada momento ideas, normas, sugerencias y mensajes contradictorios, mismos que con frecuencia provocan en el individuo una gran confusión respecto al mundo en que viven; por ejemplo, programas de prevención del abuso de drogas y proliferación de anuncios que incitan a su consumo.

De igual manera el crecimiento demográfico representa un factor importante en la medida en que aunado con las escasas posibilidades de empleo a nivel rural, favorecen la emigración a las grandes ciudades con la idea de mejorar su actual situación económica y en consecuencia hacerse de recursos para sufragar los gastos que demanda su familia y concatenado tenemos la insatisfacción de ideales, se refiere a aquellas situaciones que no reflejan los objetivos y metas que se habían planteado imaginariamente. Este rubro se ejemplifica con el hecho de no haber alcanzado una autosuficiencia económica antes de los 30 años de edad, de tener que restringir los gastos a lo indispensable, de no disponer de otros satisfactores de tipo económico y social ante una realidad que confronta al sujeto día con día sobre sus habilidades y capacidades para el trabajo.

La rapidez del cambio social, es una situación que genera confusión ante la rapidez con que se efectúan modificaciones y reestructuraciones en el ámbito social, creando nuevas necesidades de adaptación y funcionamiento ante normas y formas de comportamiento que pueden no tener validez en el momento actual.

Es importante considerar que los factores individuales, familiares y sociales se encuentran relacionados y en constante interacción; al coincidir, dichos factores provocan que una persona sea más vulnerable al uso indebido de drogas, la farmacodependencia no es uní-causal sino que son varios los factores que inciden para que una persona consuma drogas.

En otro orden de ideas, no todos los seres respondemos de igual manera ante un estímulo; situaciones que para unas personas resultan irresistibles, para otras son de fácil manejo, porque somos seres únicos, con vivencias significativas diferentes. por ello es necesario dirigir nuestros esfuerzos hacia aquellos factores que pueden hacer vulnerables a los niños y a los adolescentes, que sirvan para prevenir tanto la proclividad hacia la farmacodependencia y en ocasiones, al delito.

Por otra parte esta relación entre factores de riesgo y de protección no es tan simple como parece, pues en realidad no es una sola relación, sino que en conjunto lleva implícitas seis tipos de relaciones distintas: las de cada tipo de factor entre sí (relaciones bipolares) y las que establecen los dos tipos de factores (relaciones combinadas).



En el esquema anterior⁶⁵ tenemos una relación hexaédrica con dos relaciones bipolares y cuatro relaciones combinadas, a saber las siguientes:

Relaciones bipolares:

1. Exposición-no exposición a factores de riesgo.
2. Presencia-no presencia de factores de protección.

Relaciones combinadas:

3. No exposición a factores de riesgo-no presencia de factores de protección: mixta A.
4. Exposición a factores de riesgo-presencia de factores de protección: mixta B.
5. Exposición a factores de riesgo-no presencia de factores de protección: maligna.
6. No exposición a factores de riesgo-presencia de factores de protección: benigna.

EJES DE FACTORES DE RIESGO SOCIALES:

1. Percepción y actitudes ante las drogas.
2. Estereotipos sociales sobre las drogas.
3. La presencia social y la oferta de las drogas.
4. Condicionamiento del ambiente social en el consumo de drogas.
5. Modelos de ocupación del ocio y el tiempo libre (el de riesgo).
6. Influencia de las modas y valores culturales en las percepciones y comportamientos ante las drogas.
7. Impacto de la publicidad sobre los discursos sociales y los consumos de drogas legales.

⁶⁵ Medina Mora, María Elena. "Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas". Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario. SSA, CONADIC, México 1992.

Situación social (personal y familiar): educativa, ocupacional, condiciones laborales, clase social.

EJES DE FACTORES DE PROTECCIÓN:
EN LOS FACTORES SOCIALES:

1. Los valores sociales alternativos.
2. Las conductas sociales alternativas.
3. Los modelos de ocio alternativo.

EN LOS RESTANTES FACTORES:

4. La integración escolar.
5. El desarrollo personal.
6. La integración familiar.
7. La integración laboral.
8. El entorno comunitario y la acción institucional.

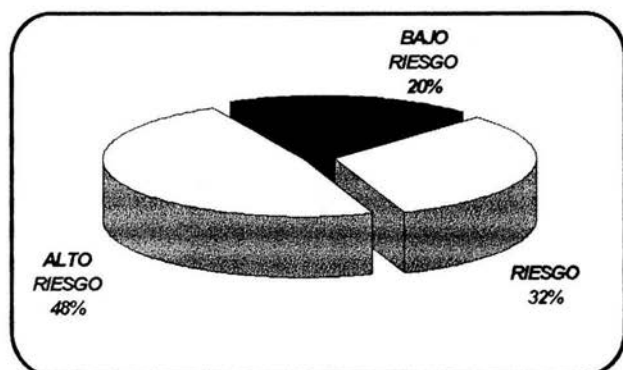
Aunado a lo anterior, Centros de Integración Juvenil ha elaborado el *Estudio de Riesgos Macrosociales* basado en el análisis y ponderación de indicadores sobre diversas variables de factores de riesgo que suelen estar asociadas al problema de las adicciones. Este estudio precisa los municipios prioritarios a ser atendidos. En su revisión más reciente⁶⁶ de 1998, identifica 247 Municipios y Delegaciones de alto riesgo en el país, de los cuales se cubre al 74% de ellos a través de la red operativa actual.

Esta distribución ha sido confirmada por el panorama epidemiológico encontrado en las *Encuestas Nacionales de Adicciones* de 1988 y 1993, efectuadas por la Secretaría de Salud.

⁶⁶ Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México. Plan Rector Institucional 1998-2000. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1997 P.p 10

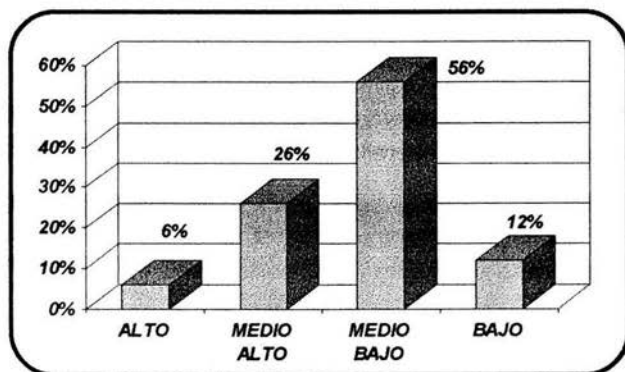
“En 1998, el Dr. Juan Ramón de la Fuente presidió la presentación de los Estudios Básicos de la Comunidad”⁶⁷. Estos estudios documentan el panorama de cada localidad en la que existe un Centro de Integración Juvenil, y a través de diversos instrumentos identifica 3,607 colonias de riesgo y alto riesgo, además de relevar recursos comunitarios.

Los resultados de 1998 indican que se atendieron en prevención a 1.5 millones de personas, de las cuales el 80% se encuentra en zonas de riesgo y alto riesgo identificadas en los mencionados estudios.



Fuente: Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México. Plan Rector Institucional 1998-2000. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1997 P.p 10

En los estudios de CIJ, se menciona como uno de los factores de riesgo vivir en precarias condiciones de vida. En concordancia con ello, se encuentra que más de dos terceras partes del total de personas atendidas en 1998 corresponden a los estratos socioeconómicos medio bajo y bajo, lo cual no quiere decir que se presenten en otros estratos sociales.



Fuente: Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México. Plan Rector Institucional 1998-2000. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1997

⁶⁷ Reunión Nacional de Adicciones: Análisis y Líneas de Acción Municipal, en Órgano Informativo de Centros de Integración Juvenil, A. C., número especial, diciembre de 1996. Pp 5- 69

2.4 Explicación del fenómeno por medio de la teoría Ecológica.

En la teoría Ecológica, desarrollada por Bronfenbrenner, se aborda la interacción dinámica entre el individuo en desarrollo y el ambiente, es decir, "el individuo se encuentra en un permanente proceso de adquisición y confrontación con el ambiente que le rodea"⁶⁸.

El citado autor plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia crucial que da al estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él.

El postulado básico del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner sostiene que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

El propio autor aclara esta definición resaltando varios aspectos. En primer lugar, señala que hemos de entender a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive. Precisamente por ello, como se requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona, Bronfenbrenner señala que la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por su reciprocidad. Por último, el autor señala que el concepto de "ambiente" es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencia que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Por ello, concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente, y postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del farmacodependiente:

- **Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.
- **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).
- **Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).

⁶⁸ Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona: Paidós, 1987). P.p 25

· **Macrosistema:** se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- Modelo Ecológico / exo-) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes”.⁶⁹

Así dentro de la sociedad y en virtud de las relaciones entre el individuo y su entorno, convergen múltiples influencias ambientales que conforman la vida de las personas, lo que permite distinguir cuáles son los ámbitos de intervención efectiva que ayudan a modificar las conductas individuales. De acuerdo a este enfoque “la conducta de una persona está en función de sus características y del medio ambiente con el que se interactúa en el transcurso de su vida”.⁷⁰ Ver cuadro abajo.



⁶⁹ Véase: Bronfenbrenner, *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona: Paidós, 1987). pp 11-12

⁷⁰ *Ecological system theory* en *Annals of Chile Development USA*. 1989, PP., APUD. Verónica Martínez Solares, *Manual de Prevención del delito*. 2002 pp 11,12

2.4.1 Explicación de la teoría ecológica en la prevención de la farmacodependencia.

De acuerdo a la teoría ecológica entendemos que existen situaciones y condiciones que protegen a la familia contra el consumo de drogas, incrementan la resistencia y disminuyen el riesgo de uso, y atenúan los factores que pueden desencadenar una adicción.

Es muy importante que en los hogares se identifiquen y fortalezcan estos elementos protectores, de otra manera la influencia que ejercen los amigos en el sujeto, puede potencializar que éste ejecute conductas parecidas o similares a las de ellos, en el ámbito grupal se dan ciertos fenómenos, entre los que se encuentra el sentido de pertenencia del mismo. Este sentido está determinado por la participación en actividades conjuntas. En los grupos que utilizan drogas estas actividades están relacionadas con la droga o con un consumo. Ante esta situación, los padres deben estar pendientes de los grupos de los que forman sus hijos.

2.4.2 Establecimiento y aplicación de normas contra el uso de drogas de acuerdo a la teoría ecológica.

Como vimos en la teoría ecológica se tienen diferentes niveles de participación y para tener una prevención efectiva necesitamos que participen diferentes actores esto es, todos en conjunto y la organización de las redes sociales.

Los padres tienen la responsabilidad de señalar las normas que los hijos tienen que seguir, en el caso de uso de alcohol y otras drogas éstas deben ser estrictas para proteger el bienestar de la familia. Si las reglas no son cumplidas deben estar preparados para imponer sanciones.

La manera de cómo hacerlo, podemos mencionar que sería:

- ser específico
- ser consistente
- ser razonable

Se tiene que actuar de acuerdo a la edad de los hijos.

Ante todo esto podemos decir que de acuerdo a la teoría ecológica tenemos que contemplar las relaciones entre el entorno y el individuo, y de acuerdo con lo anterior la conducta de una persona está en función de sus características personales y del medio ambiente con el que interactúa.

Por lo anterior tenemos que el mesosistema donde interactúa el joven está conformado principalmente por su familia y su entorno inmediato donde actúa, como la escuela y su grupo de amigos, y por consecuencia es aquí donde se tiene que aplicar la prevención de la farmacodependencia, al unísono que como agente principal tendremos a la familia nuclear y por esto debemos entender a una familia donde se tengan tutores y hermanos.

En el Mesosistema es donde se corre el mayor riesgo de conocer cualquier tipo de drogas lícitas y claro las ilícitas, ya que es en éste donde se tienen pequeños sistemas que se forman y se extienden a medida que la persona en desarrollo se mueve hacia nuevos ámbitos y por lógica nuevas experiencias y es aquí donde los padres tienen gran valor al problema, junto con la prevención.

CAPITULO III

FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIOCULTURALES EN EL CONSUMO DE LA DROGA.

Conuerdo con Kaplan, cuando mantiene que los factores psicosociales nos muestran el riesgo potencial al cual está expuesta la población para el consumo de las drogas, pues los problemas psicosociales están relacionados a los aspectos de tipo sociocultural, económico, demográfico y geográfico que influyen de manera determinante en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos.

Algunos factores de bienestar psicosocial, son tales como el respeto y apoyo mutuos, así como la adopción de actitudes asertivas, veraces y de tolerancia en la relación con los demás, de tal manera algunos factores psicosociales en el consumo de la droga desde una visión psicosocial, del comportamiento de una conducta desviada, se entiende como el resultado de la interacción social de experiencias desagradables al individuo en el curso de su vida, que lo llevan a resignificar sus valores en correspondencia al medio social.

“Con las influencias nocivas de orden general, que presionan al individuo y al grupo para asumir esta conducta desviada”⁷¹. (Algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas en la sociedad para que sigan una conducta inconformista y no una conducta conformista), este planteamiento tiene una aparente apertura en la comprensión del problema de la desviación —el hombre no es culpable sino víctima de presiones del sistema social- pero su análisis no va más allá, hacia la completa relación hombre-sociedad; qué provee esta última, cómo y qué pide a cambio. Merton con el origen de la conducta desviada —que él denomina no conformista- está en la diferencia entre los objetivos y fines que toda cultura plantea a sus integrantes y los medios lícitos para aspirar a ello que la estructura social permite. Lo ideal sería la exacta concordancia entre ambos, que daría por resultado una conducta conformista/ adaptada, funcional para el sistema social y que no generaría resistencia entre los individuos. Esta es para Merton “la conducta más común y más ampliamente difundida”.

Estas influencias ambientales repercuten en la resistencia de la población para que asuma experiencias patógenas y conductas desviadas. Merton, quien identificó la anomia con la desviación⁷² como el conflicto que sufre el individuo ante la contradicción que surge entre los fines o metas que se ha propuesto y los medios existentes, en función del lugar que ocupe en

⁷¹ Merton, Robert. *Teoría y estructura sociales*, México, F.C.E. 1970, p.141.

⁷² *Ibidem* pp. 209

la estratificación social. Merton define 5 modos de adaptación: conformidad (aceptación de fines y medios), innovación (rechazo de los medios), ritualismo (rechazo de las metas), rebelión (rechazo de ambos, pero con una propuesta alternativa) y retraining (rechazo de ambos sin propuesta alternativa).⁷³

En el caso particular de los jóvenes la situación de atraso y escaso desarrollo del país, que genera una gran marginalidad social, donde prevalece el desempleo y donde muchos jóvenes se encuentran aburridos por el ocio obligado y son presa de un gran resentimiento social ante la ruptura del espejismo ciudadano de "muchas cosas que pueden ver y que no puede tener".

Estas características del comportamiento social, crean condiciones favorables al comportamiento desviado, el consumo de las drogas y la huida de la realidad. Se tiene la impresión que el problema del consumo de la droga y sus consecuencias, tienden a aumentar en nuestro país. La situación es compleja, responde a factores estructurales propios de la pobreza y el atraso del país, generan como consecuencia factores psicosociales y socioculturales que favorecen la circulación y el consumo de las drogas, que amenazan gravemente la salud mental y la calidad de vida, estimulando conductas agresivas.

Se tiene que aceptar esta realidad y tratar de enfrentarla de la mejor forma posible para limitar el daño y sus consecuencias médico sociales.

Debemos ser conscientes que vamos a enfrentar cada vez mayores dificultades con el consumo de droga y la farmacodependencia, hechos que nos obligan a reflexionar y actuar en la adopción de políticas que ataquen la pobreza e integren y desarrollen la comunidad. Prevenir y tratar a los farmacodependientes afectados por su enfermedad, conscientizar y comprometer a toda comunidad sobre los riesgos de la droga y movilizarla en torno a la prevención, inserción y la rehabilitación. Por tanto debemos trabajar en la construcción de respuestas alternativas que contribuyan a dar nuevas oportunidades a los jóvenes, devolverles la esperanza, la fe en la vida y la sociedad, el sentido y la confianza en su existencia.

Son numerosos los trabajos de sociólogos, psicólogos y otros especialistas en ciencias de la conducta que han destacado la interdependencia existente entre los contextos sociales, la familia y la subjetividad. Algunos estudiosos actuales han hecho hincapié en las modalidades por las cuales "las crisis sociales y contextos de pobreza erosionan y desarticulan los dispositivos básicos de contención emocional de los miembros que la componen"⁷⁴. Los efectos deletéreos que provocan la frustración crónica de necesidades, la promiscuidad, el desamparo, la exclusión y la marginación van socavando el tejido familiar, cuestionando roles parentales que habían cumplido una función directriz en la conformación de la subjetividad. La situación se agudiza en el caso de franjas poblacionales sometidas a situaciones de marginación y extrema pobreza. En estos bolsones de miseria se reproducen los circuitos de inequidad que tienden a excluir a los miembros más jóvenes de oportunidades de acceso a

⁷³ Ibidem pp. 219-235

⁷⁴ ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA., Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Cuarta edición. Director de la edición española: Juan J. López-Ibor Aliño. Ed. Masson. Barcelona, 1996 P.p 35

procesos educativos y laborales calificados. Aparecen en estas poblaciones aquello que el "Dr. León Pérez calificara como síndrome de amputación de futuro"⁷⁵.

Las características esenciales de este estado es que la persona se encuentra inhabilitada para elaborar proyectos que ordenen su existencia, y su vida se reduce al tránsito del mero presente. Es el aquí y ahora el que adquiere valor absoluto, y en la medida en que el futuro es un imposible desaparece también el pasado. Al no poder proyectarse el sujeto anula su memoria, cercena su historia. El mundo humano, social y cultural ha perdido sentido y de lo que se trata es de subsistir en la fugacidad de lo momentáneo. Esta condición halla su expresión en los discursos tan en boga en estos sectores donde se escucha: ¡ya fue!, ¡está todo bien!, ¡no hay más historia!, etc.

En estas condiciones las drogas aparecen como la resultante inevitable de este proceso que cercena posibilidades de desarrollo a miles de jóvenes. En un reciente trabajo Emilio Tenti Fanfani nos advierte sobre las consecuencias nefastas de ese círculo vicioso que es la exclusión laboral, que según el autor es la madre de todas las exclusiones sociales. Así dirá: "estos chicos que no estudian ni trabajan están en la calle, sometidos a una serie de riesgos. No tienen trabajo pero tienen otras posibilidades de hacerse de ciertos recursos económicos: la droga y la delincuencia"⁷⁶.

Pero aclaremos que esta problemática no es exclusiva de estos sectores sociales, sino que compromete y atraviesa a familias de distinto signo social. Es que en esta era posmodernista se han operado una serie de cambios en la dinámica y por ende en las funciones de los grupos familiares. Señalemos algunos de estos fenómenos que han llamado la atención de especialistas. Uno de ellos surge de "la trascendencia y magnitud, actual y existente desde hace bastante tiempo, de los medios masivos de comunicación, para muchos estudiosos hoy las instituciones hegemónicas del mundo presente. "En consecuencia resultó imperioso estudiar el aporte de ellos al proceso de constitución del modelo de Sujeto Psíquico que cada marco social requiere..."⁷⁷ (Será también Wright Mills quién señalará: "Los medios masivos de comunicación le dicen al hombre quién es (le prestan una identidad); le dicen qué quiere ser (le dan aspiraciones); le dicen cómo lograrlo (le dan una técnica); le dicen cómo puede sentir que es así, incluso cuando no lo es (le dan un escape)"⁷⁸

⁷⁵ El Dr. León Pérez perteneció a siete sociedades internacionales y a seis sociedades médicas nacionales, en tres de las cuales fue presidente; fue Vicepresidente en la Asociación Americana de Salud Pública En reconocimiento a su aportación científica y académica, recibió el Premio de Fisiología de la Sociedad Mexicana de Medicina Interna, la Medalla al Mérito Médico por el Departamento de Salud Pública y Asistencia, y la Medalla al Mérito Sanitario por la Sociedad Mexicana de Salud Pública; También recibió el Premio por Fundación y Servicios Distinguidos por la Comisión Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y la Medalla Eduardo Liceaga a la Excelencia en Salud Pública y Medicina Participante activo de eventos científicos de la más alta importancia en diversas partes del mundo y autor de más de 50 trabajos científicos, el Dr. León Pérez, Fundador de la Asociación y pilar de la salud pública en el Área de la Investigación Científica, falleció el pasado 6 de agosto en la Ciudad de México, D. F.

⁷⁶ Entrevista a E. Tenti Fanfani Página 12, Buenos Aires, 8 de febrero de 1999 Docente e investigador en diversas universidades y centros de investigación en Colombia, México, Francia y Argentina. Ha publicado libros y artículos en revistas especializadas en la Argentina, Colombia, México y Francia. Entre los primeros, pueden citarse: *El arte del buen maestro*, Pax-México, México 1999; *Una escuela para los adolescentes* (Buenos Aires, Losada 2000); *La escuela vacía. Deberes del Estado y responsabilidades de la sociedad*. Losada, Buenos Aires. (primera edición en 1993 y reeditado en 1994 y 1995); *La Argentina de los jóvenes* (con Ricardo Sidicaro), Losada, Buenos Aires 1998; *Estado y pobreza en la Argentina. Estrategias típicas de intervención*. CEAL, Biblioteca Política Argentina. Dos volúmenes, Buenos Aires, 1989; *Estado democrático y política social* (en colab.), Eudeba, Buenos Aires, 1989; *El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis* (en colaboración), Miño y Dávila Editores, Buenos Aires, 1991; *Universidad y profesiones* (en colab.), Miño y Dávila Editores, Buenos Aires 1987; *Universidad y empresa* (compilador); Miño y Dávila Editores, 1993. También ha publicado artículos en numerosos libros y revistas especializadas en Ciencias Sociales

Enrique Guinsberg, *Familia y Tele en estructuración del sujeto y su realidad*, México 1999. P.p 85

⁷⁸ Wright Mills. *La élite del poder*, Fondo de Cultura Económica, México 1997 P.p 99

En general estos estudios destacan el rol relevante que han pasado a tener otras instancias sociales en la producción de la subjetividad, relativizando la función que otro cumplía en la familia de los mismos. Esto de ninguna manera implica desconocer la función esencial que le cabe a la familia en la constitución de lo subjetivo, tan es así que hemos visto que cuando esta institución está ausente o erosionada su capacidad de soporte de los procesos de la subjetividad, es que se verifican serias fallas que se expresan en personas con tendencias al consumo y a la violencia.

Pero también queremos destacar que son los medios los que propagan o inducen modelos que exaltan el triunfalismo, el individualismo, la justicia por mano propia, el desprecio a los derechos humanos, etc. Si reflexionamos sobre algunos estereotipos promocionados como son los Rambo, los Duros de Matar, Robocop, Terminator, y otras series donde predomina la violencia, el consumo, las deslealtades, etc. Nos encontramos personajes en el mundo de las imágenes, que impregnan y generan una realidad virtual donde todo está para ser consumido. Como bien acota Castoriadis: "hoy cada uno dice: soy un individuo, ¿y luego qué hace?. "Lo que hace todo el mundo: zapping en su televisor o shopping en las tiendas, comprando lo que la publicidad incita a comprar"⁷⁹.

Golpeada en sus funciones fundantes de la subjetividad por la crisis social, y ahogada por el creciente poder de los medios, las estructuras familiares han pasado a pertenecer al escenario de la crisis, y por tanto cuestionadas en su rol de productores de personalidades equilibradas. J. Burner citando a Kagan y Moss dice: "Parece que el patrón que conduce con más probabilidad a la participación en el logro intelectual de las niñas es la protección materna temprana,... siguiendo nuestro mejor criterio para estimular los patrones que resaltan más convenientes a seguir con niños pequeños, seguimos pensando que la inteligencia superior se fomenta con calor, apoyo y abundantes ocasiones y recompensas para el logro y la autonomía. Además, probablemente sea importante "brindar figuras paternas y maternas activas, cálidas y orientadas hacia los logros, en función de los cuales puedan establecerse los patrones de roles adecuados."⁸⁰ (Con esto podemos esclarecer que es central para el tipo de prevención que es la siguiente: en la cuestión del consumo de drogas el problema no está en las sustancias, sino en los sujetos que requieren su consumo para soportar una existencia displacentera).

⁷⁹ Ibidem (67) Castoriadis pp. 158

⁸⁰ J. Burner. Pobreza e infancia, Paidós Educador, Buenos Aires, 1987. P.p 82

3.1 Estudio sobre detección temprana de factores de alto riesgo para el consumo de sustancias ilícitas.

El objetivo del presente apartado es revisar en términos históricos el comportamiento del consumo de sustancias tóxicas a fin de conocer el estado de gravedad del problema por atender. En México existen pocas investigaciones acerca de factores de alto riesgo para el consumo de sustancias ilícitas, por lo que **Centros de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J)**, institución especializada en la prevención y tratamiento de adicciones, se propuso realizar un estudio considerando las variables mencionadas en la literatura internacional y las observadas en sus propios pacientes: edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, edad de inicio, drogas de inicio, prevalencia total y tipo de familia, asimismo, engloba variables adicionales como son: características sociodemográficas, tipos de usuarios e información sobre factores de riesgo y de protección, publicación que nos permite conocer la magnitud del problema que como jóvenes deberán enfrentar

Así mismo, en este capítulo nos referiremos a los principales resultados sobre el consumo de drogas en la población general de México obtenidos a través de la reciente **Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998)**, llevada a cabo por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, en la cual se incluye una descripción de los procedimientos y la muestra obtenida; así como las prevalencias de consumo por tipo de droga a nivel nacional, regional y por ciudades, analizadas por edad y sexo. Y correlacionalmente se hace una comparación de la información de las Encuestas Nacionales de 1988, 1993 y 1988 para observar las tendencias del consumo.

De manera complementaria, se revisan los datos de la **Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar**. El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública han venido realizando mediciones epidemiológicas sobre el uso de sustancias adictivas en la población estudiantil de enseñanza media y media superior, con el propósito de conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas, así como proporcionar las bases para el desarrollo y evaluación de los programas de prevención del Sector Educativo.

3.1 Estudio sobre detección temprana de factores de alto riesgo para el consumo de sustancias ilícitas.

El objetivo del presente apartado es revisar en términos históricos el comportamiento del consumo de sustancias tóxicas a fin de conocer el estado de gravedad del problema por atender. En México existen pocas investigaciones acerca de factores de alto riesgo para el consumo de sustancias ilícitas, por lo que **Centros de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J)**, institución especializada en la prevención y tratamiento de adicciones, se propuso realizar un estudio considerando las variables mencionadas en la literatura internacional y las observadas en sus propios pacientes: edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, edad de inicio, drogas de inicio, prevalencia total y tipo de familia, asimismo, engloba variables adicionales como son: características sociodemográficas, tipos de usuarios e información sobre factores de riesgo y de protección, publicación que nos permite conocer la magnitud del problema que como jóvenes deberán enfrentar

Así mismo, en este capítulo nos referiremos a los principales resultados sobre el consumo de drogas en la población general de México obtenidos a través de la reciente **Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998)**, llevada a cabo por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, en la cual se incluye una descripción de los procedimientos y la muestra obtenida; así como las prevalencias de consumo por tipo de droga a nivel nacional, regional y por ciudades, analizadas por edad y sexo. Y correlacionalmente se hace una comparación de la información de las Encuestas Nacionales de 1988, 1993 y 1998 para observar las tendencias del consumo.

De manera complementaria, se revisan los datos de la **Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar**. El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública han venido realizando mediciones epidemiológicas sobre el uso de sustancias adictivas en la población estudiantil de enseñanza media y media superior, con el propósito de conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas, así como proporcionar las bases para el desarrollo y evaluación de los programas de prevención del Sector Educativo.

3.1.1 Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ, 1998

El presente informe responde al interés de ampliar el conocimiento del consumo de drogas y de las características de los pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (C.I.J.) Primero, a través de la identificación de diferencias entre las características de distintos grupos de usuarios.

De acuerdo con lo anterior se analiza y compara la información sociodemográfica y de consumo de distintos grupos de pacientes, establecidos a partir del uso *actual* de las principales sustancias reportadas, a fin de identificar las características distintivas de los usuarios actuales de las diferentes drogas y valorar las diferencias que los distinguen.

El análisis comparativo se realizó con base en los datos obtenidos en la entrevista inicial de los pacientes que solicitaron tratamiento en C.I.J. durante 1998 (N=12,374 casos), y que reportaron haber utilizado por lo menos una de las siguientes sustancias, *en el transcurso de los 30 días previos al tratamiento*: marihuana, inhalables, cocaína, depresores con utilidad médica (DUM), heroína y metanfetaminas.

Los grupos de usuarios quedaron constituidos de la siguiente manera: usuarios actuales de marihuana (n=5,493), inhalables (n=2,921), cocaína (n=2,440), depresores con utilidad médica (n=1,406), heroína (n=480) y metanfetaminas (n=204).⁸¹

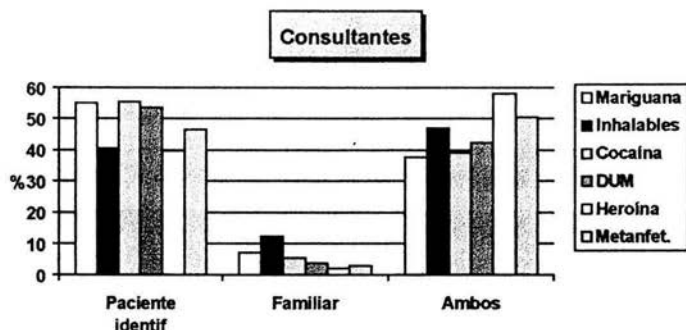
La comparación de los grupos de 'usuarios actuales' de cada sustancia con el resto de la población —es decir, con aquéllos que no reportaron el consumo actual de la droga en cuestión— se llevó a cabo por medio de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, con la excepción de las variables de "edad de ingreso" y "de inicio del uso de drogas", para las cuales se utilizó la prueba de la mediana. Debido al reducido número de casos de usuarios actuales de heroína y metanfetaminas, se determinó utilizar en su caso la prueba de probabilidad exacta de Fisher. Todas las variables se categorizaron dicotómicamente a fin de realizar las comparaciones.

Para el análisis de este apartado sólo se consideraron los casos que refirieron el uso inicial de las sustancias con las más elevadas tasas de prevalencia total, a saber, marihuana, inhalables, cocaína, depresores de uso médico (DUM) y heroína.

⁸¹ Los pacientes que reportaron el consumo actual de dos o más sustancias fueron incorporados a los grupos correspondientes a las distintas sustancias que refirieron consumir. Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ, 1998. P.p 85

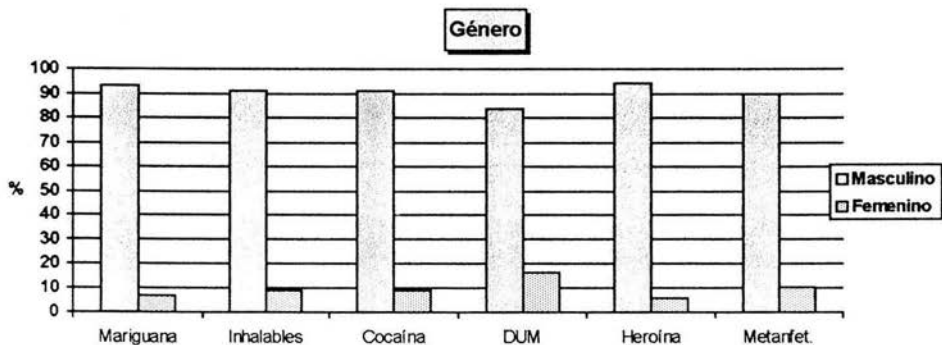
Consultantes

En términos generales predominan los pacientes que asisten solos (48.6%), o bien, que acuden acompañados por sus familiares (37.9%). Sin embargo, los usuarios actuales de marihuana, cocaína y DUM acuden solos con mayor frecuencia (alrededor del 55%), mientras que los usuarios de heroína y metanfetaminas acuden en una mayor proporción acompañados por sus familiares (58.1% y 50.5%, respectivamente).



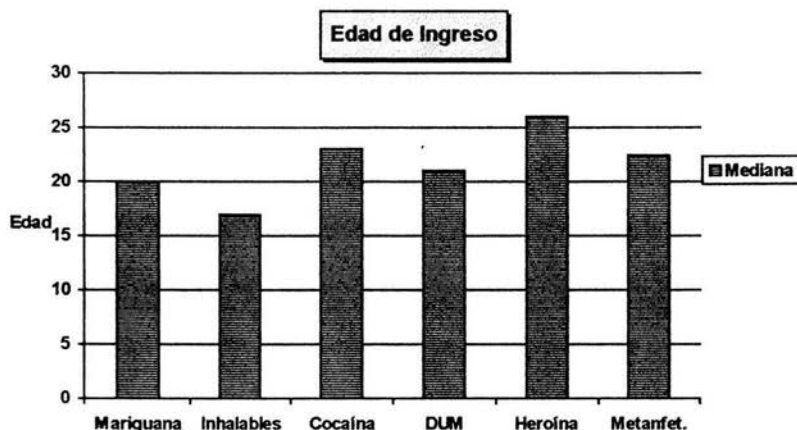
Género

En general predomina la afluencia de la población masculina (8.8 hombres por cada mujer), pero la razón se incrementa aún más entre los usuarios actuales, particularmente entre quienes reportan el consumo de heroína (16.8 por cada mujer) y marihuana (14.2 por cada mujer). Por el contrario, la proporción de varones es menor entre los usuarios de DUM* (5.3 por cada mujer).



Edad de Ingreso

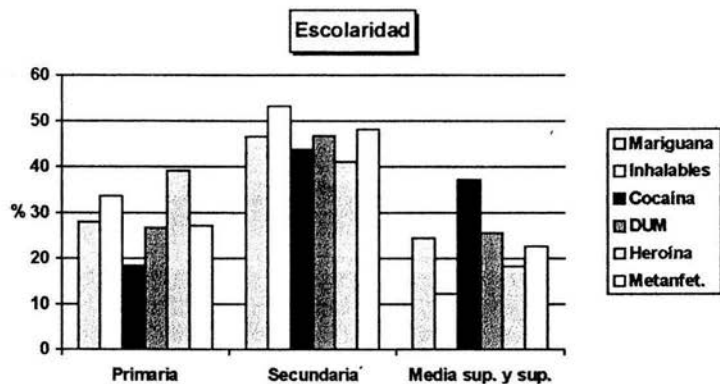
La mediana de la edad de ingreso a tratamiento de la población total de pacientes se ubica en los 20 años.⁸² Entre los usuarios actuales de inhalables se observa que ingresan a una menor edad (mediana=17 años), en contraste, los usuarios de heroína ingresan a mayor edad (mediana=26 años); les siguen los usuarios de cocaína (mediana=23 años) y de metanfetaminas (mediana=22.5 años).



Escolaridad

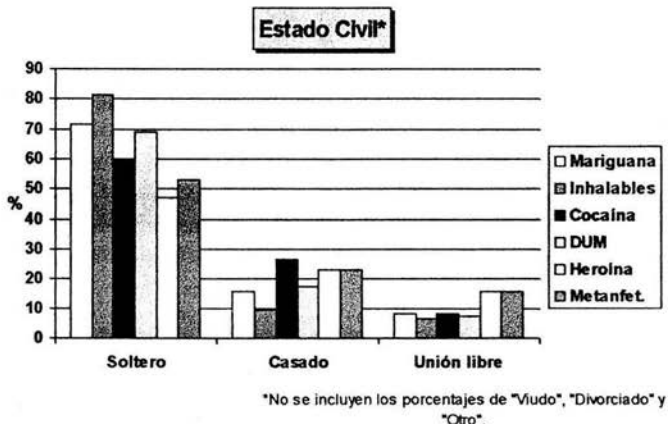
En relación con el nivel de escolaridad observado en el total de pacientes, 25.7% cuenta con instrucción primaria y 46.9% con secundaria, mientras que el 25.7% agrupa a casos con estudios de enseñanza media superior y superior (bachillerato, carrera técnica o profesional). Los usuarios actuales de heroína presentan los niveles más bajos de escolaridad (39.1% cursó únicamente estudios de educación básica), seguidos por los inhaladores (33.6% con instrucción primaria). En contraste, los usuarios de cocaína (37.3%, dijeron cursar o haber cursado algún año de instrucción media superior o superior).

⁸² Se utilizó la mediana como medida de tendencia central que mejor representa a la población, debido a que la distribución presenta un sesgo importante hacia las menores edades. Para determinar la significación estadística de las diferencias entre los grupos se aplicó, consecuentemente, la prueba de la media. Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ, 1998. P.p 84



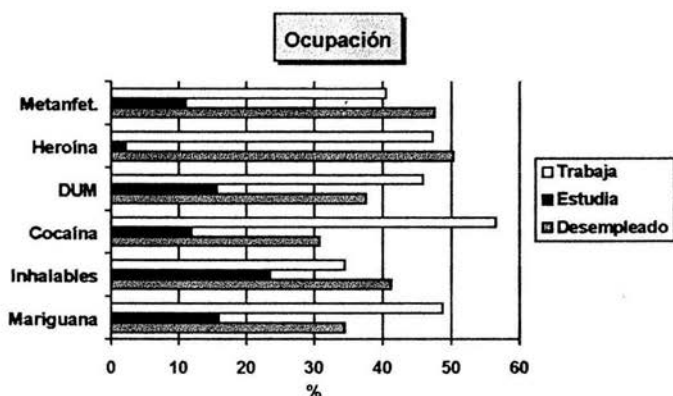
Estado Civil

En la población general predominan los sujetos solteros (71.2%), seguidos por los casados (17%) y en unión libre (7.3%). Empero, entre los usuarios actuales de inhalables se observa una mayor proporción de solteros (81.4%); mientras que los casados representan una mayor proporción entre los usuarios de cocaína (26.7%) y de heroína o metanfetaminas (ambos con 23.2%), entre quienes se observa además el índice más alto de personas que viven en unión libre (ambos con 15.8%).



Ocupación

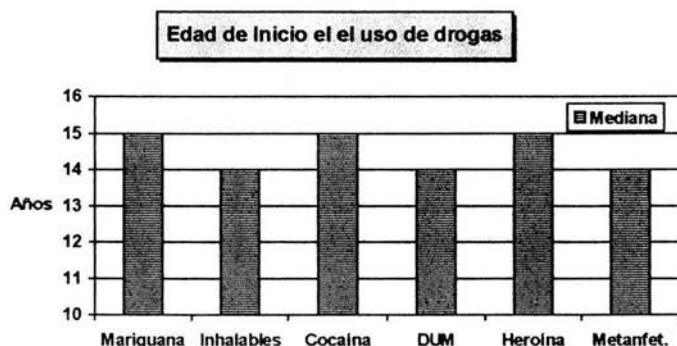
La mayor proporción de sujetos que trabajan se encuentra entre los usuarios actuales de cocaína (56.5%), mientras que entre los usuarios de inhalables predominan los estudiantes activos (23.5%). Por otra parte, el promedio de estudiantes entre los usuarios de heroína resulta notablemente bajo (2.2%), además de que la mayor proporción de desempleados se presenta entre éstos últimos y los usuarios de metanfetaminas (53.3% y 47.5%, respectivamente).



Edad de Inicio del Consumo de Drogas

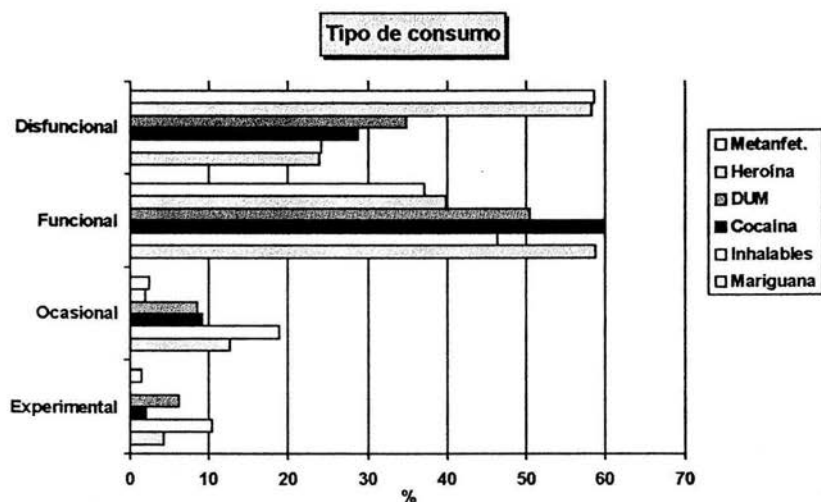
La mediana de la edad de inicio en el consumo de drogas es de 15 años en la población global. No obstante, entre los usuarios actuales de inhalables y DUM se presentan promedios menores (mediana=14 años).

Por otro lado, aun cuando el promedio de la edad de inicio entre los usuarios actuales de marihuana es el mismo que el de la población global, la prueba de la mediana indica que el número relativo de casos con 15 años o menos es mayor ($p < .01$). Por el contrario, entre los usuarios actuales de cocaína el número relativo de casos por arriba de la mediana es significativamente mayor ($p < .01$). Los usuarios de heroína y metanfetaminas no presentaron diferencias significativas en relación con el promedio global.



Tipo de Consumo

Entre los consumidores actuales de inhalables predominan los casos diagnosticados como usuarios "ocasionales", es decir, usuarios que recurren al uso de sustancias frecuentemente y con propósitos de convivencia y socialización (18.9%). Entre los usuarios de cocaína y mariguana la mayor proporción corresponde a usuarios de tipo "funcional" (muestran síntomas de dependencia psicológica y/o de neuroadaptación sin que su vida de relación se vea afectada seriamente), con puntajes cercanos al 60%. Finalmente, entre los usuarios actuales de metanfetaminas y heroína el consumo "disfuncional" (usuarios dependientes que han visto afectado más o menos seriamente su desempeño psicosocial) alcanza puntuaciones cercanas también al 60%.

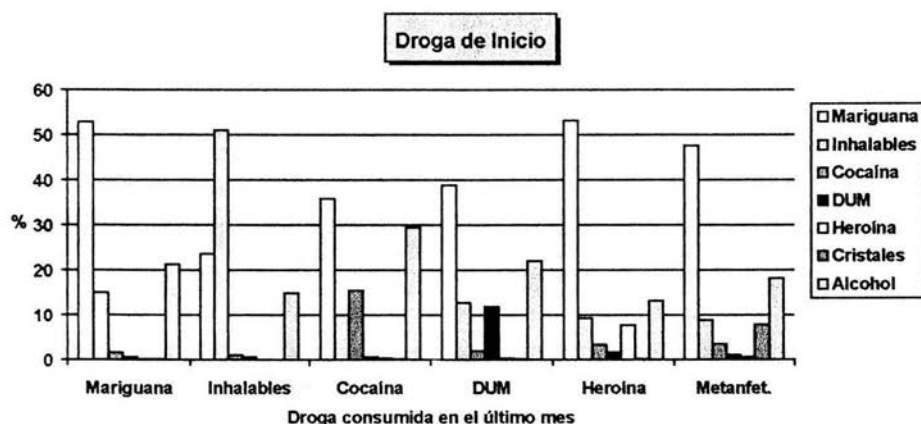


Droga de Inicio⁸³

La marihuana presenta la tasa más elevada (36.7%) entre las drogas de inicio referidas por los pacientes, situación que igualmente prevalece entre los usuarios actuales de las distintas sustancias consideradas en el presente estudio —con la excepción de los usuarios actuales de inhalables entre quienes el consumo de estas mismas sustancias como drogas de inicio es mayor.

Entre los distintos grupos de usuarios actuales, los promedios más elevados del uso de marihuana como droga de inicio se presentan entre los que actualmente consumen heroína (53.1%), marihuana (52.8%) y metanfetaminas (47.5%), lo cual implica que alrededor de la mitad de los usuarios actuales de estas sustancias habrían iniciado el consumo con marihuana. A diferencia de lo anterior, entre los consumidores actuales de inhalables la droga de inicio corresponde en una mayor proporción a estas mismas sustancias (51%).

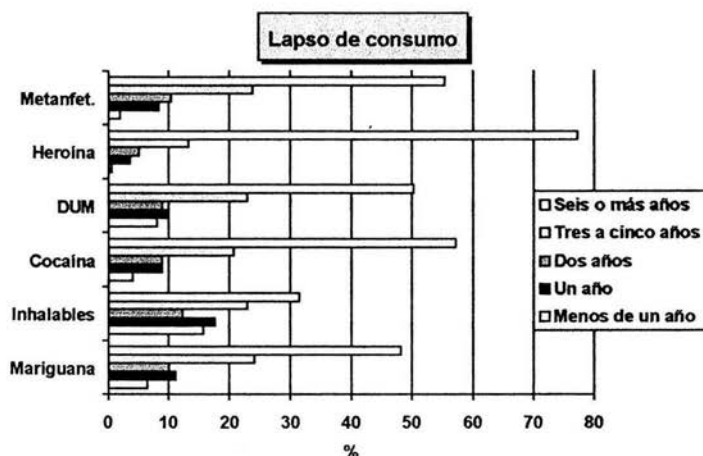
Por otra parte, entre los consumidores actuales de cocaína, el alcohol (29.4%) y la cocaína (15.4%) aparecen con mayores tasas como droga de inicio. De igual modo, entre los usuarios actuales de DUM, los depresores mismos presentan la más elevada tasa de uso inicial (11.9%); finalmente, los usuarios actuales de heroína y metanfetaminas presentan las tasas más elevadas de uso inicial de heroína (7.7%) y metanfetaminas (7.8%).



⁸³ El alcohol y el tabaco se incluyen como drogas de inicio, aunque debe considerarse la posible existencia de subregistro de estas sustancias. Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ, 1998. P. p 84

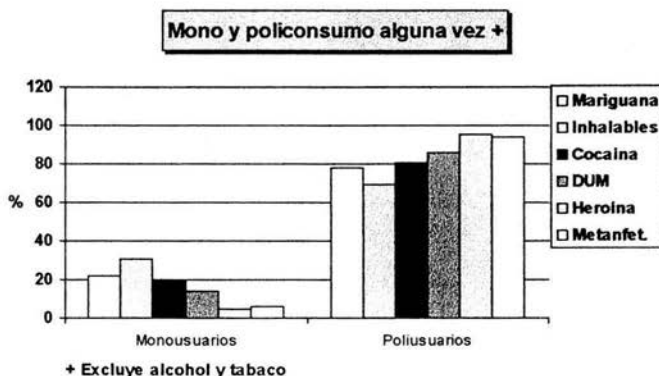
Lapso de Consumo

Con relación al lapso transcurrido entre el inicio del uso de sustancias y la asistencia a tratamiento, los usuarios actuales de heroína (77.3%) se ubican entre quienes presentan un lapso mayor (seis años y más), seguidos por los usuarios de cocaína (57.2%) y de metanfetaminas (55.4%). A la inversa, entre quienes utilizan sustancias inhalables se registra la más alta proporción correspondiente a un lapso de consumo menor de un año (15.7%).



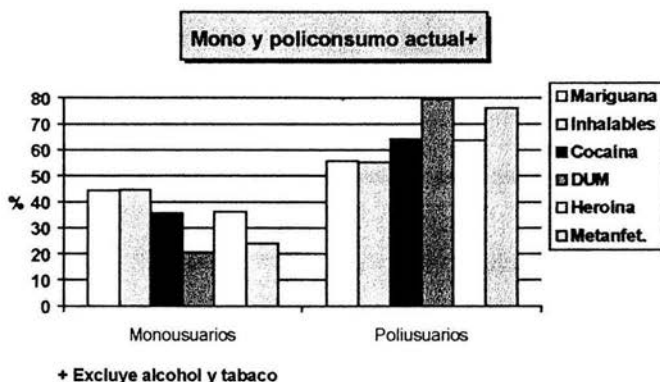
Consumo de Una o Más Sustancias Alguna Vez en la Vida

Entre los usuarios actuales de inhalables, marihuana y cocaína el uso de una sola sustancia (monoconsumo) observa una proporción de 30.6, 22 y 19.6%, respectivamente. En contraste, entre los usuarios actuales de heroína y metanfetaminas el policonsumo (uso de dos o más sustancias alguna vez en la vida) asciende a 95.4 y 94.1%, respectivamente.



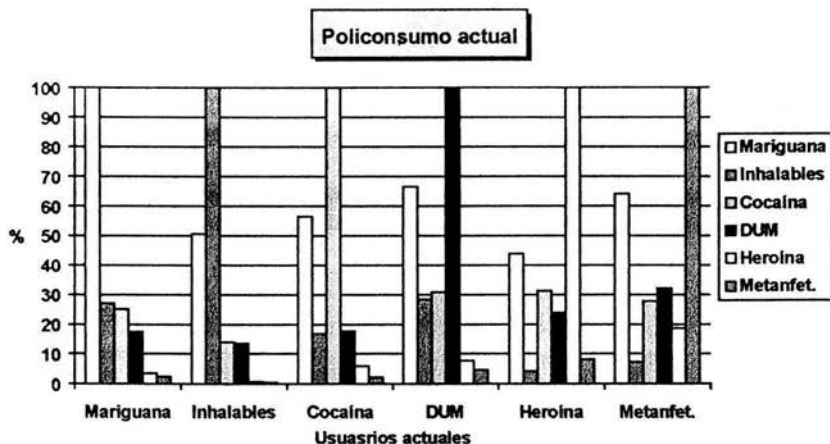
Consumo de Una o Más Sustancias en el Último Mes

Con relación al consumo de drogas en los últimos treinta días previos a la solicitud de tratamiento, el 60.1% de los usuarios actuales reportó consumir una sola sustancia, mientras que el 39.9% refirió la utilización de dos o más. Sin embargo, entre los usuarios actuales de DUM y metanfetaminas el uso de dos o más sustancias presenta proporciones más elevadas (79.5 y 76%, respectivamente), mientras que entre los consumidores actuales de inhalables y marihuana los monousuarios suman, respectivamente, el 44.6 y 44.3%.



Entre los poliusuarios actuales que reportaron consumir marihuana destaca el uso adicional de inhalables (27.1%), cocaína (25.1%) y DUM (17.4%). Correlativamente, la marihuana es la droga más frecuentemente reportada por los poliusuarios de las otras sustancias.

Entre los poliusuarios que dijeron consumir inhalables, se detectó además el uso de marihuana (50.6%), cocaína (14%) y DUM (13.5%). Quienes mencionaron consumir cocaína y otras sustancias en el transcurso del último mes, utilizaron también marihuana (56.6%), DUM (17.8%) e inhalables (16.9%). De manera similar, entre los consumidores actuales de DUM se destaca además el uso de marihuana (66.6%), cocaína (30.9%) e inhalables (16.9%). Los poliusuarios actuales que reportaron el consumo de heroína, refirieron también el de marihuana (27.1%), cocaína (31.3%) y DUM (23.8%). Finalmente, entre los poliusuarios que refirieron el uso actual de metanfetaminas, se destacó también el consumo de marihuana (64.2%), DUM (32.2%) cocaína (27.8%) y, en particular, un alto consumo de heroína (18.7%).



Síntesis. ⁸⁴

Con base en los resultados anteriores se presenta enseguida una integración del perfil característico de los usuarios actuales de las diferentes sustancias estudiadas.

Usuarios actuales de mariguana.

- Acuden con mayor frecuencia a solicitar consulta solos (55%).
- Son en una mayor proporción del género masculino (14 hombres por cada mujer).
- Tienen al ingreso a tratamiento una edad similar al promedio general (20 años).
- Iniciaron el consumo de drogas a menor edad al promedio general (15 años).
- El tipo de consumo corresponde en una mayor frecuencia (60%) al diagnóstico de consumo "funcional".
- El 53%, reportó a la mariguana como droga de inicio.
- Uno de cada cinco (22%) reportó como única droga consumida en su vida a la mariguana
- Del mismo modo, el 44% sólo utilizó esta sustancia durante los 30 días previos al tratamiento.
- Entre quienes reportaron haber utilizado otras sustancias en el transcurso del último mes previo al tratamiento, las sustancias adicionales de uso actual más frecuente fueron los inhalables (27%), la cocaína (25%) y los DUM (17%).

Usuarios actuales de inhalables.

- Muestran una edad de ingreso menor al promedio (17 años de edad).
- Uno de cada tres (34%) sólo cursó algún grado de enseñanza básica.
- De acuerdo con su menor edad son, en una alta proporción, solteros (81%).
- Presentan la mayor proporción de estudiantes activos (23%).
- La edad en que iniciaron el consumo de drogas es menor al promedio general (14 años).

⁸⁴ Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CLI, 1998 P.p 210

- Presentan una mayor proporción de usuarios “ocasionales” (19%).
- La mitad (51%) reportó el consumo de inhalables como primera droga de uso.
- Cerca de la mitad (45.7%) presentan un lapso de consumo de dos años o menos.
- Uno de cada tres (31%) reportó haber utilizado únicamente inhalables.
- Igualmente, el 45% reportó sólo haber consumido inhalables en el transcurso del último mes previo a la solicitud de tratamiento.
- Entre quienes reportaron el uso de dos o más sustancias en el último mes, las drogas adicionales de mayor consumo fueron la marihuana (51%), la cocaína (14%) y los DUM (13%).

Usuarios actuales de cocaína.

- Acuden con mayor frecuencia solos a consulta (55%).
- La mediana de la edad de ingreso (23 años) es mayor al promedio general.
- Uno de cada tres (34%) reportó haber cursado algún grado de enseñanza media superior superior.
- Presentan la mayor proporción de casados (27%).
- Presentan la mayor proporción de casos con ocupación productiva (57%).
- La mediana de edad de inicio (15 años) es mayor que el promedio general.
- Presentan la mayor proporción de usuarios con diagnóstico de uso “funcional” (60%).
- Refieren altas tasas de consumo de alcohol y cocaína como sustancias de inicio (29% y 15%, respectivamente).
- 57.2% reportaron un lapso de consumo de seis o más años.
- La quinta parte reportó haber consumido únicamente cocaína.
- Entre quienes reportaron el uso de dos o más sustancias durante el mes previo al inicio del tratamiento, las principales sustancias adicionales fueron la marihuana (57%), los DUM (18%) y los inhalables (17%).

Usuarios actuales de depresores con utilidad médica (DUM).

- Acuden, en una mayor proporción, solos a solicitar tratamiento (55%)
- La mediana de su edad de ingreso (21 años) es similar al promedio general.
- Presentan la menor proporción de usuarios del género masculino (5 hombres por cada mujer).
- La mediana de su edad de inicio en el uso de drogas (14 años) es menor al promedio general.
- Refieren altas tasas de consumo de marihuana y DUM como drogas de inicio (39% y 12%, respectivamente).
- Ocho de cada diez reportaron haber utilizado en el transcurso del último mes otras drogas además de los DUM.
- Entre quienes lo reportaron, las sustancias adicionales de mayor consumo fueron la marihuana (67%), la cocaína (31%) y los inhalables (17%).

Usuarios actuales de heroína.

- Acuden con mayor frecuencia a solicitar consulta acompañados de sus familiares (58%).
- Ingresan a tratamiento a una mayor edad (mediana=26 años).
- Presentan la mayor proporción de usuarios del género masculino (16 hombres por cada mujer).
- Dos de cada cinco (39%) sólo cursó algún grado de enseñanza básica.
- Comprenden una mayor proporción de sujetos casados o en unión libre (23% y 16%, respectivamente).
- La mitad (53%) reportó estar desempleado.
- Presentan la menor proporción (2%) de estudiantes activos.
- Tres de cada cinco (58%) fueron diagnosticados como usuarios "disfuncionales".
- Iniciaron el uso de drogas con marihuana y heroína (53% y 8%, respectivamente).
- Presentan la mayor tasa de quienes reportaron un lapso de consumo de seis años o más (78%).
- Muestran el más alto índice de uso de dos o más sustancias alguna vez en la vida (95%).
- Entre quienes reportaron utilizar más de una sustancia en el transcurso del mes previo a la solicitud de tratamiento, las sustancias adicionales de mayor consumo fueron la marihuana (44%), la cocaína (31%) y los DUM (24%).

Usuarios actuales de metanfetaminas.

- La mitad acude a solicitar consulta en compañía de familiares.
- La mediana de edad de ingreso (22.5 años) es ligeramente superior al promedio general.
- Comprenden una alta frecuencia de personas casados y en unión libre (23% y 16%, respectivamente).
- Cerca de la mitad (47%) reportó estar desempleada.
- Tres de cada cinco (58%) fueron diagnosticados como usuarios "disfuncionales".
- Reportan como droga de inicio principalmente la marihuana y las metanfetaminas (47% y 8%, respectivamente).
- 55.4% reportó un lapso de consumo mayor de cinco años.
- Junto con los usuarios actuales de heroína, presentan el índice más elevado de policonsumo alguna vez en la vida (94%).
- Tres de cada cuatro (76%) reportaron haber utilizado más de una sustancia en los 30 días anteriores al tratamiento.
- Entre quienes reportaron haberlo hecho, las sustancias adicionales de mayor consumo fueron la marihuana (64%), los DUM (32%), la cocaína (28%) y la heroína (19%).

3.1.2 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Los principales resultados sobre el consumo de drogas en la población general de México obtenidos a través de la reciente Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998), llevada a cabo por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, nos señalan la gravedad del problema.

Diseño de la muestra y procedimientos.

La ENA 1998 proporciona estimaciones de prevalencia del consumo en la población entre 12 y 65 años, que habita en regiones urbanas. El diseño permite obtener datos para población adolescente (12 a 17 años) y adulta (18 a 65 años) a nivel nacional y para tres regiones (Norte, Centro y Sur) e incluye información de ciudades de la frontera norte (Tijuana, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua, y Matamoros, Tamaulipas), y de tres grandes áreas metropolitanas (ciudad de México, Guadalajara y Monterrey).

El marco muestral utilizó la información del Censo de Población de 1995 y empleó un diseño de muestra estratificado y multietápico, con una selección de localidades, manzanas y segmentos de hogares. Se obtuvo información de todos los hogares en los segmentos seleccionados y se escogió la muestra de entrevistados en cada casa. El tamaño de la muestra fue estimado con base en una tasa de no respuesta de 16%, de prevalencia de 1% de cualquier tipo de sustancia y un nivel de precisión de 3% para estimación de tasas debajo del 25% y por arriba del 75% con un intervalo de confianza de 95%; se asumió un valor de efecto de diseño de 2.3 a 3.5 (DEFF) debido a los conglomerados derivados del diseño de muestra seguido. Estos estimadores determinaron un tamaño total de muestra estimada de 9 600 entrevistas.

Cuadro 1
Estimación de la población urbana, por grupos de edad y sexo,
México, 1998

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
12 - 17	4'859,333	5'141,470	10'000,803
18 - 34	8'750,506	12'357,293	21'107,799
35 - 65	6'950,394	9'688,052	16'638,446
T o t a l	20'560,233	27'186,815	47'747,048

Fuente: INEGI, Censo de Población, 1995

En cada hogar de la muestra obtenida, se aplicó un cuestionario breve para obtener información sobre las condiciones de la vivienda, así como una lista de los datos socioeconómicos básicos de todos sus habitantes. Con base en esta información fueron elaboradas dos listas independientes de personas, una para población adolescente (12 a 17 años) y otra para adultos (18 a 65 años). Se excluyó a los sirvientes, así como a las personas que no hablaran español o que tuvieran problemas mentales o de otro tipo que les impidiera contestar el cuestionario. Se seleccionó aleatoriamente a un adolescente en cada hogar elegible, mientras que los adultos lo fueron con probabilidad igual.

Viviendas visitadas: 13 288.

Entrevistas completas en: 12 015.

No respuesta: 1 273.

Adolescentes entrevistados: 3 882 (tasa de respuesta 86%).

Adultos entrevistados: 5 711 (tasa de respuesta 87%).

La información fue obtenida mediante un cuestionario estandarizado, llenado a partir de una entrevista cara a cara y que ha sido extensamente probado y utilizado en estudios previos; incluye preguntas contenidas en los cuestionarios de hogares llevados a cabo en otros países como Estados Unidos, a fin de facilitar la comparación de los datos

prevalencia del consumo de drogas ilegales

Si bien sólo se presenta la información sobre consumo de drogas ilegales, la Encuesta incluye también preguntas sobre el uso de otras sustancias, como el tabaco y las bebidas alcohólicas, cuyos resultados se publicaron por separado.

Las estimaciones de prevalencia del consumo son expresadas de la siguiente manera:

Alguna vez en la vida: es la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada (urbana de 12 a 65 años de edad) que reportó haber consumido alguna droga ilícita. Permite hacer una primera distinción en la población entre los que han usado y los que no han usado drogas, sin considerar si las consumen actualmente.

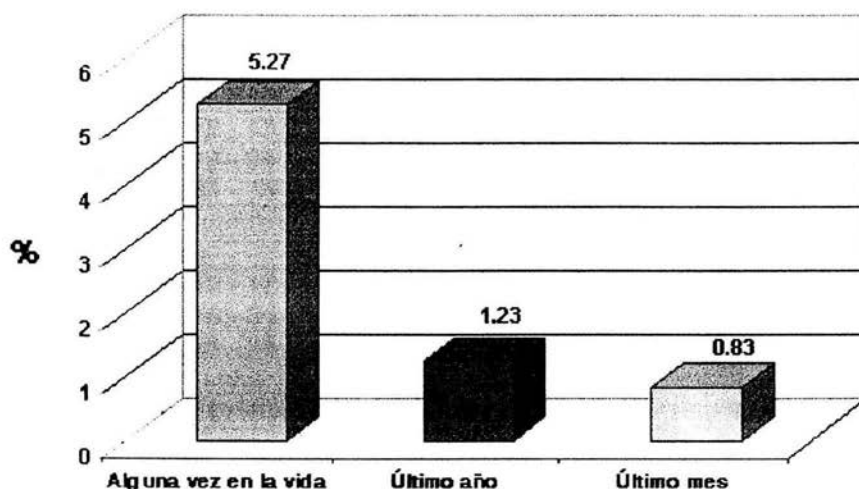
Último año: es la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga ilegal una o más veces dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista.

Último mes: esta prevalencia, conocida también como uso actual permite estimar qué proporción de la población utilizó drogas dentro de los 30 días previos al estudio.

Dado que los consumidores pueden reportar el uso de más de una droga ilegal, las estimaciones de prevalencia (de vida, último año y último mes) no suman el cien por ciento del uso de cada sustancia.

Datos nacionales: alguna vez, último año, último mes

Gráfica 1: Prevalencia del consumo de drogas ilegales *



*Marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

El 5.27% de la población urbana encuestada de 12 a 65 años ha consumido alguna vez drogas ilegales, lo que equivale aproximadamente a 2 y medio millones de personas.

El uso en el último año fue reportado por 1.23% de la población urbana de 12 a 65 años de edad, lo que representa más de medio millón de individuos.

Sólo el 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el mes previo a la entrevista, lo que equivale a casi 400 000 personas.

Falta página

N° 73

Cuadro 3

Consumo de drogas ilegales alguna vez, por tipo de droga, edad y sexo

Sexo/Edad	Mariguana %	Cocaína %	Inhalables %	Alucinógenos %	Heroína %
Hombres					
12 - 17	2.47	0.99	1.08	0.19	0.07
18 - 34	14.42	4.81	2.52	0.62	0.25
35 - 65	9.81	2.05	1.11	1.21	0.26
Subtotal	10.40	2.97	1.70	0.72	0.21
Mujeres					
12 - 17	0.45	0.22	0.20	0.06	0.01
18 - 34	0.79	0.56	0.17	0.18	---
35 - 65	0.62	---	---	---	---
Subtotal	0.66	0.29	0.11	0.09	0.00
T o t a l	4.70	1.45	0.80	0.36	0.09

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

La mariguana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con una prevalencia de 4.70 %, lo que representa más de dos millones de personas que dijeron haberla usado alguna vez.

El uso de mariguana es tres veces mayor que el de cocaína, ya que ésta fue usada alguna vez por sólo 1.45% de la población, es decir, casi 700 000 personas.

La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables.

Los alucinógenos y la heroína son las drogas con menores índices de haber sido usadas alguna vez (0.36% y 0.09% respectivamente); los que las han probado tienden a ser varones y de mayor edad.

Consumo por tipo de droga alguna vez, último año y último mes

Cuadro 4

Consumo por tipo de droga

Tipo de droga	Alguna vez %	Último año %	Último mes %
Mariguana	4.70	1.03	0.70
Cocaína	1.45	0.45	0.21
Inhalables	0.80	0.15	0.09
Alucinógenos	0.36	0.03	---
Heroína	0.09	0.02	----
Cualquier droga ilegal	5.27	1.23	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

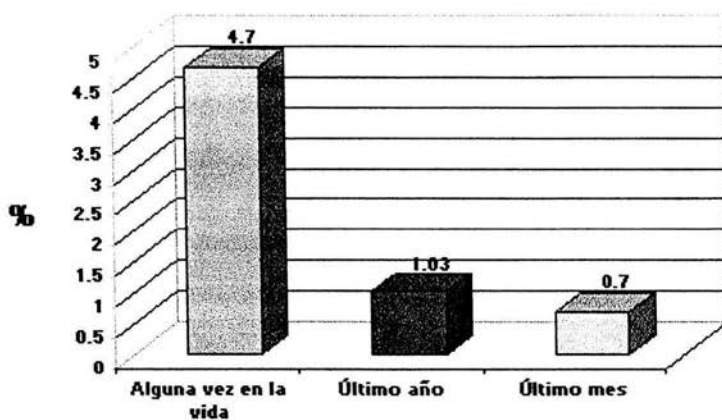
El uso en el último año de cualquier droga sólo fue registrado en el 1.23% de la población estudiada, lo que representa menos de la cuarta parte de los que consumieron alguna vez en la vida (el 5.27% de la población).

El consumo en el último mes fue menor al 1% de la población (0.83%). Nuevamente la mariguana es la principal droga usada en los últimos doce meses y en los últimos treinta días, seguida por la cocaína.

Los inhalables ocupan el tercer lugar de preferencia, con proporciones de 0.15% que los consumieron el último año y de 0.09% en los últimos treinta días.

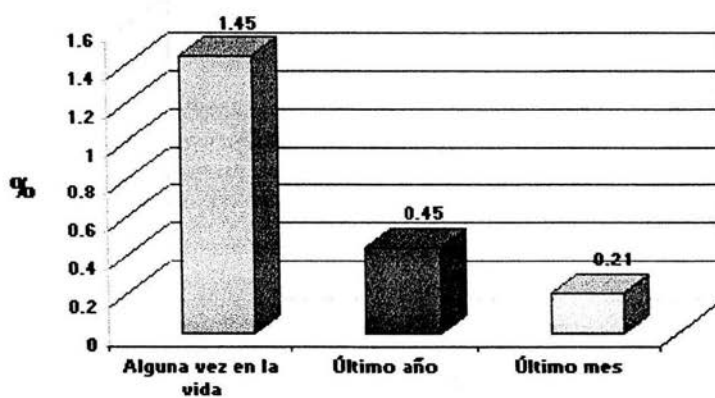
No se reportó consumo de alucinógenos ni de heroína durante los 30 días previos a la encuesta.

Gráfica 2: Prevalencia del consumo de marihuana



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Gráfica 3: Prevalencia del consumo de cocaína



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Variaciones regionales y por ciudades del consumo de drogas

Mapa 1

Variaciones regionales y locales del consumo de drogas Alguna vez en la vida



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA 1998.

Las regiones Norte y Centro del país presentaron prevalencias similares de consumo de drogas alguna vez (6% y 5.97%, respectivamente) y superiores al promedio nacional (5.27%); en la región Sur, en cambio, se observa un uso de drogas ilícitas menor (2.69%).

El consumo en Tijuana, Guadalajara, ciudad de México y Ciudad Juárez supera considerablemente tanto al promedio nacional como al de las regiones en que se encuentran localizadas. En cambio en Monterrey y Matamoros, fueron observadas prevalencias menores de uso alguna vez.

La ciudad de Tijuana presenta un nivel de consumo 2.8 veces mayor al promedio nacional y casi 2 y media veces superior al de su región. Ciudad Juárez, también localizada en la región Norte, casi duplica al promedio nacional y presenta un 50% más de consumo que el de esa región.

También la ciudad de México y Guadalajara superan, pero en menor medida, al promedio de la región Centro, donde se ubican, y al promedio nacional.

Cuadro 5
Consumo de drogas ilegales por regiones y sexo

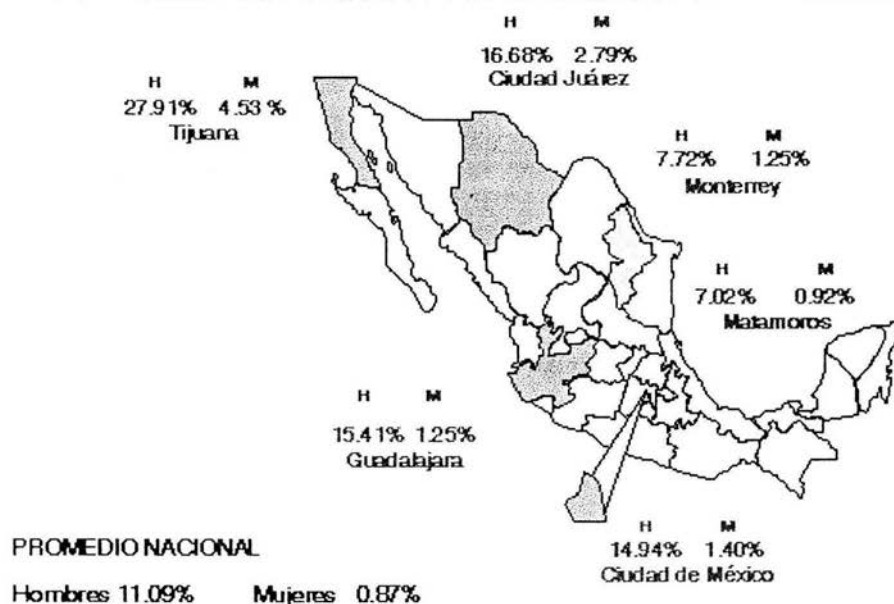
	Alguna vez		Último año		Último mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	11.09	0.87	2.62	0.18	1.78	0.12
Región Norte	12.28	1.14	3.79	0.14	2.89	0.12
Región Centro	12.61	0.96	2.74	0.19	1.64	0.17
Región Sur	5.96	0.29	0.68	0.19	0.56	---

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

En todas las regiones el consumo de drogas es superior entre los hombres. En el ámbito nacional, la relación entre ambos sexos para el consumo alguna vez es de 13 a 1, similar a la que se observa en la región Centro. En la región Norte, en cambio, se advierte una proporción algo mayor de mujeres consumidoras ya que por cada mujer lo hacen 11 hombres, mientras que en la Sur, por cada mujer que usa drogas lo hacen más de 20 hombres.

Mapa 2

Prevalencia del consumo de drogas ilegales, por sexo
Alguna vez en la vida



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA 1998.

Las diferencias por sexo en las ciudades estudiadas también son importantes: en Tijuana, por ejemplo, el consumo entre los hombres es sólo 6 veces mayor que entre las mujeres (27.91% de los hombres; 4.53% de las mujeres), lo que nos indica que en esa ciudad hay más mujeres consumidoras que en los otros sitios. En Ciudad Juárez y Monterrey también la razón de género es de 6 a 1, aunque con menores proporciones de consumo en ambos sexos. En Guadalajara y en la ciudad de México, aproximadamente 10 hombres por cada mujer consumieron drogas alguna vez.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Problemas emergentes

El consumo de nuevas sustancias como las metanfetaminas, nuevas presentaciones de drogas ya conocidas, como el crack, o de drogas médicas que previamente no habían sido utilizadas con fines de intoxicación, como el Refractyl Ofteno y el flunitrazepam (Rohypnol), se manifiesta como un problema aislado con poca representación en la población general.

El consumo de metanfetaminas es inferior al 0.01% de la población. Las personas que reportaron el uso de éstas fueron principalmente varones que además habían consumido marihuana y cocaína.

Una proporción un poco mayor de la población (0.1%) reportó el uso de crack; de ésta el 50% tenía menos de 18 años, mientras que en la población mayor de esta edad prevalecieron los varones (66% de los usuarios); entre los menores de edad se observó igual proporción de hombres y mujeres.

El uso no médico con fines de intoxicación y por vía nasal del Refractyl Ofteno, se reportó en el 0.1% de la población. El mayor índice se observó en el Distrito Federal, seguido por Chihuahua y Jalisco, con proporciones similares. El 80% de estos usuarios correspondió a varones poliusuarios.

Finalmente, el uso de flunitrazepam fue reportado por 0.2% de la población, de ellos el 42% era menor de edad, con igual índice de consumo en varones y mujeres, mientras que entre los adultos se presentó mayoritariamente entre los hombres.

3.1.3 Tendencias en el consumo de drogas: comparativo Encuestas Nacionales de Adicciones 1988 – 1993 – 1998

Al comparar los resultados de las tres Encuestas Nacionales de Adicciones, que abarcan un periodo de 10 años, se hacen evidentes aumentos considerables en la prevalencia nacional y por regiones del consumo alguna vez de drogas ilícitas, tendencia que se había ido perfilando desde la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993.

Cuadro 6

Uso de drogas alguna vez en la vida, comparación de resultados, 1988, 1993, 1998

Regiones	1988	1993	1998
Nacional	3.33	3.90	5.27
Región Norte	3.70	4.92	6.00
Región Centro	3.58	3.71	5.97
Región Sur	2.50	2.29	2.69

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1988, 1993, 1998

Cuadro 7

Tendencias del consumo de drogas ilegales alguna vez, por tipo de droga y regiones

Tipo de droga	Regiones											
	Norte			Centro			Sur			Nacional		
	1988	1993	1998	1988	1993	1998	1988	1993	1998	1988	1993	1998
Mariguana	3.48	4.37	5.25	3.28	3.30	5.40	1.96	2.02	2.37	2.99	3.32	4.70
Cocaína	0.76	0.80	1.84	0.27	0.52	1.82	0.07	0.33	0.50	0.33	0.56	1.45
Inhalables	0.56	0.79	0.51	0.90	0.50	1.14	0.68	0.13	0.35	0.76	0.50	0.80
Alucinógenos	0.30	0.28	0.14	0.30	0.27	0.58	0.15	0.04	0.12	0.26	0.22	0.36
Heroína	0.27	0.19	0.12	0.08	0.03	0.08	---	---	0.08	0.11	0.07	0.09
Cualquier droga ilegal	3.70	4.92	6.00	3.58	3.71	5.97	2.50	2.29	2.69	3.33	3.90	5.27

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1988, 1993, 1998

Las tendencias del consumo alguna vez por tipo de droga en las tres regiones del país hacen evidentes cambios en la dinámica y magnitud del problema entre 1988 y 1998. El aumento en la mariguana se había comenzado a identificar en 1993 con respecto a 1988; y en 1998 esto se confirma en las tres regiones, con incrementos semejantes al del nivel nacional.

La proporción de los que usaron alguna vez inhalables, en cambio, había ido descendiendo ligeramente entre 1988 y 1993, tanto en el ámbito nacional como en las regiones Centro y Sur, se registró sólo un leve aumento en la zona Norte del país. Para 1998, mientras en esta última se observa una disminución en el consumo de estas sustancias, en la región Centro la proporción de usuarios aumentó considerablemente.

Cuadro 8

Tendencias del consumo de drogas por tipo de sustancia

Tipo de droga	Alguna vez		Último año		Último mes	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Mariguana	3.32	4.70	0.58	1.03	0.32	0.70
Cocaína	0.58	1.45	0.22	0.45	0.09	0.21
Inhalables	0.50	0.80	0.17	0.15	0.11	0.09
Alucinógenos	0.22	0.36	0.04	0.03	0.02	---
Heroína	0.07	0.09	0.03	0.02	---	---
Cualquier droga ilegal	3.90	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83

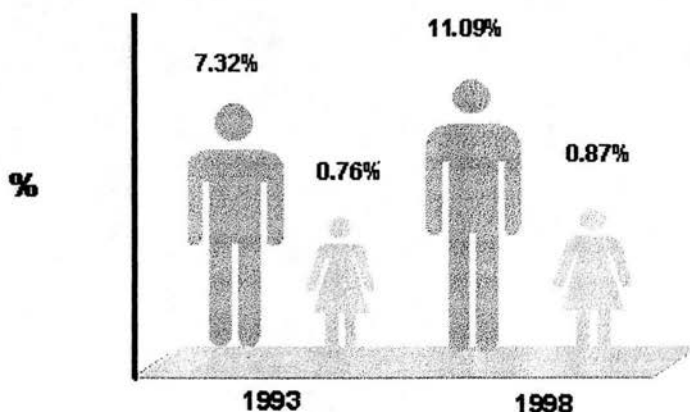
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993 y 1998

Al comparar los resultados de las mediciones 1993 y 1998, las prevalencias por tipo de droga encontradas a nivel nacional del uso alguna vez, último año y último mes, se observa que la cocaína es la droga que registra incrementos más importantes, al casi triplicarse el consumo alguna vez y duplicarse el del último año; también, el uso de esta droga en el último mes aumentó en 1998.

El uso de mariguana también se elevó significativamente entre las dos últimas encuestas. Aumentó ligeramente la proporción de los que usaron alguna vez inhalables, en cambio no fue reportado el uso de heroína en el último mes en 1993 ni en 1998.

Gráfica 4

Tendencias del consumo de drogas ilegales por sexo
Uso alguna vez en la vida



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA 1993 y 1998.

Las variaciones por sexo entre 1993 y 1998 indican que entre los hombres aumentó el consumo de manera marcada. Mientras en 1993 aproximadamente 7 de cada cien varones habían consumido alguna droga ilícita, en 1998 esta proporción creció hasta más de 11 de cada cien. Mientras en 1993 por cada mujer que usó drogas había 9 hombres, en 1998 esta relación pasó a 13 hombres por 1 mujer.

Al analizar las tendencias por sexo, se observa que en el país la proporción de hombres que reportaron usar alguna de las drogas alguna vez se elevó en un 50%; entre las mujeres el aumento fue de un 15%.

Variaciones 1993-1998 del consumo de drogas por ciudades, edad y sexo

Cuadro 9

Tendencias del consumo de drogas ilegales* por ciudades

Consumo	Tijuana		Ciudad Juárez		Matamoros		Monterrey		Ciudad de México		Nacional	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Alguna vez	10.12	14.73	8.95	9.20	5.80	3.62	2.86	4.19	3.98	7.28	3.90	5.27
Último año	2.02	4.39	2.70	1.56	2.43	0.58	0.36	1.30	0.86	1.40	0.75	1.23
Último mes	0.74	3.85	1.77	1.20	0.36	0.58	0.16	1.09	0.49	0.95	0.44	0.83

* Marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993 y 1998

Entre 1993 y 1998, se observan aumentos marcados del uso alguna vez de drogas en la ciudad de México, donde casi se duplicó la proporción de los que dijeron consumir alguna vez las principales drogas. En Tijuana aumentó alrededor del 45%, Ciudad Juárez y Monterrey mostraron también esa tendencia. Dado que en 1993 la ciudad de Guadalajara no fue estudiada específicamente, no se cuenta con información para comparar con 1998. La prevalencia del uso de drogas en el último año en el ámbito nacional, pasó de 0.75% en 1993, a 1.23% en 1998, representando un aumento de casi el 64%. Destaca Tijuana, donde en 1998 la proporción que usó drogas en los últimos doce meses fue más del doble que en 1993.

Con respecto a usuarios en el último mes, el promedio nacional de 1998 casi duplicó al de 1993, al pasar de 0.44% a 0.83%. En las ciudades estudiadas, el aumento mayor fue observado en Tijuana, cuyo consumo en 1998 fue 5 veces mayor al registrado en 1993.

Cuadro 10

Tendencias del consumo de drogas por grupo de edad y sexo

Sexo / Edad	Alguna vez		Último año		Último mes	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Hombres						
12 - 17	3.00	3.57	1.13	2.14	0.63	1.40
18 - 34	10.57	15.61	2.49	4.07	1.51	2.72
35 - 65	5.68	10.65	0.51	1.12	0.35	0.85
Subtotal	7.32	11.09	1.51	2.62	0.92	1.78
Mujeres						
12 - 17	0.43	0.60	0.13	0.45	---	0.31
18 - 34	1.03	1.18	0.15	0.20	0.04	0.13
35 - 65	0.55	0.62	0.07	---	0.05	---
Subtotal	0.76	0.87	0.12	0.18	0.04	0.12
T o t a l	3.90	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993 y 1998.

Es importante identificar a través del tiempo qué grupos de la población están en mayor riesgo de consumo de drogas, no sólo en cuanto al género sino también de acuerdo con su edad. El incremento de consumo en los varones se presenta de manera más significativa entre los de 35 - 65 años de edad (87%), seguidos de los de 18 - 34 años, quienes tuvieron casi un 50% de aumento entre 1993 y 1998.

Mientras en 1993 había en el país 23 hombres por cada mujer que usaron alguna droga ilegal en los 30 días previos a la encuesta, en 1998 esta relación fue de 15 a 1. Entre los hombres, el consumo en el último mes se incrementó en un 90% entre 1993 y 1998; las mujeres, aunque su consumo siempre es mucho menor que el de los hombres, en 1998 se triplicó la proporción de usuarias, especialmente entre las de 12 y 17 años de edad, que representan al grupo mayoritario de consumidoras en el último mes. Este grupo de edad del sexo femenino no había registrado casos de uso en el último mes en el estudio de 1993. Entre las ciudades analizadas, en 1998 sólo en Tijuana y en la ciudad de México se encontró reportes de ese consumo entre las menores de edad.

Los resultados de la ENA 1998 y su comparación con las encuestas realizadas en 1988 y 1993, presentados en los cuadros 11 y 12, nos indican que se registró un aumento, especialmente en los últimos cinco años, tanto del consumo experimental, o de alguna vez en la vida, como del último año y del uso actual o del último mes. La marihuana sigue siendo la principal droga consumida. Las sustancias que le siguen en importancia presentan proporciones mucho menores. Tal es el caso de los inhalables, que ocupaban el segundo lugar en 1988 y en los siguientes estudios fueron desplazados por la cocaína, cuyo aumento es notable. Estos tres tipos de sustancias son los más consumidos.

Cabe mencionar que hay una gran diferencia entre la cantidad de individuos que han probado drogas y los que continúan haciéndolo. También se observa que se ha incrementado más el uso entre los varones que entre las mujeres. En ciertas regiones y en algunas ciudades

analizadas específicamente se observa aumentos notables, como la ciudad de México, Ciudad Juárez y Tijuana.

El uso en los últimos doce meses de alguna droga ilegal en la región Norte (1.73%) fue algo superior al promedio nacional (1.23%), mientras que la región Centro no presenta diferencias importantes (1.29%). Pero al analizar las ciudades encuestadas, destaca nuevamente Tijuana (4.39%), que rebasa al promedio nacional en 3.6 veces y al promedio de la región donde se localiza en casi 3 veces. Las demás ciudades estudiadas no tienen niveles tan elevados de consumo en ese lapso.

3.1.4 Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar

Desde 1976, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública han venido realizando mediciones epidemiológicas sobre el uso de sustancias adictivas en la población estudiantil de enseñanza media y media superior, lo que corresponde a las escuelas secundarias, preparatorias y técnicas a las que asisten jóvenes, principalmente, de 12 a 19 años de edad. El objetivo es conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas, así como proporcionar las bases para el desarrollo y evaluación de los programas de prevención del Sector Educativo. Se ha llevado a cabo tres encuestas nacionales, en 1976, 1986 y 1991; además, fueron realizados estudios específicos de los escolares de la ciudad de México en el periodo de 1976 a 1997, mediante encuestas cada dos o tres años.

Principales tendencias del consumo de drogas en las encuestas nacionales

Con el fin de dar una justa dimensión a los datos que se desprenden de este tipo de encuestas, es útil tener en mente que, en nuestro país, población estudiantil no es sinónimo de población joven; existe un gran número de jóvenes, en los grupos de edad de más riesgo para consumir drogas, que no continúan sus estudios, sobre todo después del ciclo básico, por razones principalmente económicas. Los resultados de diferentes estudios señalan que asistir a la escuela es un factor protector del inicio del consumo. En la tercera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA1998) se observó que el índice de consumo de drogas entre los menores de 12 a 17 años que por alguna razón habían abandonado la escuela, es más de tres veces superior que el de quienes continúan estudiando.

Gráfica 1: Prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida en jóvenes de 12 a 17 años



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Las encuestas de estudiantes, por su parte, también señalan que el consumo entre los menores que abandonaron temporalmente sus estudios el año previo a la encuesta, pero que estaban matriculados en el momento en que se realizó, habían consumido drogas con más frecuencia que aquéllos que no dejaron de acudir a la escuela en el periodo lectivo anterior. En el estudio más reciente, efectuado en el Distrito Federal en, los reportes de consumo en el último mes son del 8% y 3% respectivamente.

La mayor parte de los estudiantes no prueba las drogas y aquéllos que lo hacen son en su mayoría experimentadores; así por ejemplo, en 1997 poco menos de 7 de cada 10 de los menores que habían usado sustancias como marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables, anfetaminas, opiáceos y otros estimulantes, sólo experimentaron con sus efectos entre una y cuatro veces, por factores asociados con la moda o con la presión de los pares.

Al igual que en la población general, en las encuestas nacionales los resultados indican que el alcohol y el tabaco son las principales sustancias adictivas consumidas. Este hecho es importante ya que en México existe la prohibición de venderlas a los menores. Además, diversas investigaciones han reportado que el consumo temprano de bebidas alcohólicas y tabaco aumenta el riesgo del uso de drogas ilegales.

El caso de los inhalables, que incluye sustancias conocidas genéricamente como tineres, pegamentos industriales y otros disolventes, es hasta cierto punto semejante, ya que son sustancias que tienen un uso legítimo en diferentes actividades laborales e industriales, y cuya venta a menores de edad está prohibida en México para evitar su uso con fines de intoxicación. Sin embargo, su uso como droga se observa principalmente entre los menores.

Tendencias nacionales y regionales

- A: Para realizar las encuestas, el país fue dividido en tres regiones:
Norte: Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Coahuila, Chihuahua, Tamaulipas y Nuevo León.
- B: Centro: Durango, San Luis Potosí, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Distrito Federal, Puebla, Veracruz y Guerrero.
- C: Sur: Campeche, Tabasco, Yucatán, Chiapas y Oaxaca.

Cuadro 1

Tendencias en la prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población estudiantil nacional 1976 - 1986

Tipo de droga	1976	1986
	n= 9,900	n= 9,967
	%	%
Inhalables	0.85	4.4
Mariguana	1.8	3.2
Alucinógenos	0.7	0.8
Cocaína	0.5	1.0
Heroína	0.3	0.5
Anfetaminas	2.0	3.5
Sedantes	1.2	0.9
Tranquilizantes	2.6	2.5

Fuente: SEP-IMP. Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, 1976 y 1986

Al comparar los resultados de las encuestas nacionales de escolares realizadas en 1976 y 1986, se observa que, con excepción de los alucinógenos y los tranquilizantes, todas las demás sustancias registraron aumentos en ese período. Los incrementos más notorios se encuentran entre los inhalables, la mariguana, la cocaína y las anfetaminas.

Cuando estos resultados nacionales se analizan por regiones se observa que, al igual que la población general estudiada través de las encuestas de hogares, los estudiantes de la región sur del país reportaron un menor consumo de sustancias adictivas, en comparación con las regiones Centro y Norte.

De 1976 a 1986, el uso alguna vez de inhalables entre los estudiantes se incrementó de manera importante en las tres regiones: en la Norte y en la Sur, prácticamente se quintuplicó y en la Centro aumentó 4.5 veces.

También la mariguana, en ese mismo periodo, aumentó en forma considerable en las tres regiones, pues en la Norte y la Sur prácticamente se duplicó su consumo, mientras que en la región Centro se triplicó.

Cuadro 2

Tendencias regionales del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población estudiantil nacional 1976 - 1986

Tipo de droga	Región Norte		Región Centro		Región Sur	
	1976	1986	1976	1986	1976	1986
	n=3,247	n=2,568	n=5,643	n=6,751	n=1,010	n=596
	%	%	%	%	%	%
Mariguana	1.9	3.7	1.0	3.1	0.9	1.6
Inhalables	0.8	4.2	1.0	4.5	0.8	4.1
Anfetaminas	2.8	3.5	2.0	3.4	1.7	2.6
Tranquilizantes	1.9	2.6	2.9	2.4	3.1	3.6
Sedantes	1.2	0.7	1.4	1.0	0.6	0.5
Alucinógenos	0.7	0.4	0.8	0.7	0.5	0.4
Cocaína	0.6	1.3	0.5	0.9	0.5	0.6
Heroína	0.2	0.5	0.4	0.5	---	---

Fuente: SEP-IMP. Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, 1976 y 1986

Las tendencias del consumo también nos indican cómo cambia el lugar de preferencia de ciertas drogas entre los jóvenes: así, en las encuestas de 1986 y 1991, la mariguana reemplazó a los inhalables en el primer lugar de preferencia y la cocaína aumentó su importancia al pasar al tercer lugar, que en 1976 ocupaban los alucinógenos.

En la tercera encuesta nacional de 1991, casi el 50% de los estudiantes dijo haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez y la tercera parte habían fumado tabaco.

Cuadro 3

Lugar de importancia de las principales drogas ilegales

Tipo de droga	1976	1986	1991
Mariguana	2º	1º	1º
Inhalables	1º	1º	2º
Alucinógenos	3º	4º	4º
Cocaína	4º	3º	3º
Heroína	5º	5º	5º

Fuente: SEP-IMP. Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, 1976, 1986 y 1991

El consumo de sustancias en el último mes de los escolares (uso actual), a excepción del tabaco y el alcohol, fue significativamente más bajo que el de alguna vez en la vida, lo que indica que para 1991, entre los estudiantes del país que habían experimentado alguna vez con las sustancias, sólo una pequeña proporción consumía drogas en los 30 días previos a la encuesta. Únicamente el uso de inhalables entre los varones rebasa el 1%.

Cuadro 4
Consumo de drogas entre estudiantes a nivel nacional
en el último mes 1991

Tipo de droga	Total %	Hombres %	Mujeres %
Inhalables	0.88	1.09	0.66
Antetaminas	0.75	0.75	0.74
Mariguana	0.39	0.62	0.13
Tranquilizantes	0.61	0.57	0.66
Cocaína	0.21	0.28	0.13
Alucinógenos	0.15	0.19	0.09
Sedantes	0.28	0.25	0.32
Heroína	0.08	0.11	0.04

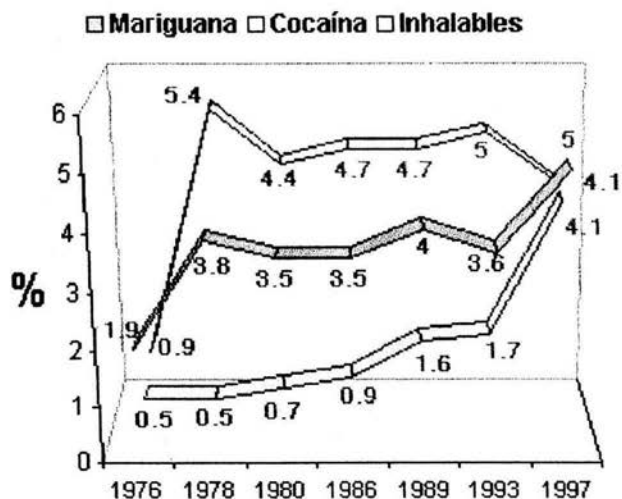
Fuente: SEP-IMP. Tercera Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, 1991

Los estudios realizados en la población escolar de la ciudad de México, desde 1976 hasta 1997, permiten observar los cambios en el consumo de las principales sustancias utilizadas por los estudiantes en la capital del país.

Se ven incrementos importantes en el consumo de cocaína, especialmente en 1997; la proporción de consumidores de inhalables, por el contrario, disminuye en ese año. En el caso de la cocaína, mientras en 1976 solo 0.5% de los estudiantes reportó haberla usado, 1997 alcanzó un 4%. Se presenta una primera etapa entre 1976 y 1986 de aumento leve (0.5% a 0.9%), sin embargo, se observan dos incrementos importantes en 1989 y en 1997.

El uso de drogas entre los varones supera al de las mujeres en todos los años en que se realizaron mediciones; en 1997, entre los estudiantes hombres hay más del doble de consumidores de las principales drogas que entre las mujeres.

Gráfica 2: Principales tendencias del consumo de drogas alguna vez en la vida, entre los estudiantes* de la ciudad de México



	1976	1978	1980	1986	1989	1993	1997
	%	%	%	%	%	%	%
Mariguana	1.9	3.8	3.5	3.5	4.0	3.6	5.0
Cocaína	0.5	0.5	0.7	0.9	1.6	1.7	4.1
Inhalables	0.9	5.4	4.4	4.7	4.7	5.0	4.1

* Estudiantes de enseñanza media y media superior

Fuente: IMP-SEP, Estudios en población escolar del D.F., 1976 -1977

Cuadro 5

Tendencias del consumo en el último año por tipo de droga en la población estudiantil de la ciudad de México por sexo, 1989 - 1997

Tipo de droga	1989			1993			1997		
	Total %	H %	M %	Total %	H %	M %	Total %	H %	M %
Mariguana	1.5	2.6	0.6	1.3	2.2	0.3	3.2	4.7	1.8
Cocaína	0.5	0.9	0.3	0.6	1.0	0.2	2.7	4.0	1.4
Inhalables	2.0	2.6	0.9	2.3	3.7	0.9	2.3	2.9	1.7
Alucinógenos	0.2	0.4	0.1	0.7	1.2	0.3	0.7	1.0	0.4

Fuente: SEP-IMP. Estudios en población escolar del D.F., enseñanza media y media superior, 1989 - 1997

Al analizar el consumo dentro de los últimos doce meses, por sexo y tipo de droga, se observa que, mientras en 1989 los varones usaron en proporciones similares inhalables y mariguana, para 1997 el consumo de esta última aumentó un 80%. En cambio, el de inhalables, presentó un primer incremento en 1993, seguido por una disminución en 1997.

Las tendencias en el uso de cocaína durante el último año por los varones hacen evidente, una vez más, la forma acelerada en que está incrementándose su consumo, más de 4 veces entre 1989 y 1997.

En el caso de las mujeres, aunque su consumo en el último año es mucho menor que entre los varones, se van observando tendencias a elevarse. El uso de mariguana, después de disminuir levemente en 1993, se eleva para ser casi 7 veces mayor en 1997. Entre estos jóvenes el consumo de inhalables en 1993 se mantiene estable con respecto a los estudios previos y se duplicó en 1997, por su parte, el de cocaína es 4.5 veces mayor.

Los alucinógenos son las sustancias menos consumidas entre las analizadas, y aunque se observa un aumento en 1993 para ambos sexos, en el periodo de 1993 a 1997, no se registran cambios.

Cuadro 6

Tendencias del consumo por tipo de droga en la población estudiantil de la ciudad de México en el último mes por sexo, 1989 - 1997

Tipo de droga	1989			1993			1997		
	Total %	H %	M %	Total %	H %	M %	Total %	H %	M %
Mariguana	0.6	1.1	0.2	1.2	2.1	0.3	1.3	1.9	0.6
Cocaína	0.2	0.5	0.2	0.6	0.9	0.3	1.1	1.8	0.4
Inhalables	1.0	1.3	0.6	1.1	1.7	0.4	1.1	1.6	0.6
Alucinógenos	0.2	0.2	0.1	0.7	1.1	0.3	0.3	0.4	0.2

Fuente: SEP-IMP. Estudios en población escolar del D.F., enseñanza media y media superior, 1989 - 1997

Cuando se analizan las tendencias del uso en el último mes por tipo de drogas en ambos sexos, destaca en especial el aumento en el consumo de cocaína por los varones; en 1997 esta droga alcanza casi las mismas proporciones de consumo que la mariguana, situación muy diferente a la de 1989, en la que el uso de ésta duplicaba al de la cocaína.

Entre las mujeres también se observan incrementos en el consumo actual de mariguana y cocaína, en el periodo de 1989 a 1997.

En las encuestas realizadas entre estudiantes, la proporción de usuarios de drogas tiende a incrementarse con la edad, tanto en el consumo alguna vez, como en el del último año y del último mes.

Cuadro 7

Tendencias del consumo de mariguana por edad en la población estudiantil de la ciudad de México alguna vez, último año y últimos 30 días, 1989 - 1997

Edad	1989			1993			1997		
	AV %	UA %	UM %	AV %	UA %	UM %	AV %	UA %	UM %
< 13 años	1.6	---	---	0.6	0.2	0.2	1.5	1.1	0.5
14 años	2.1	0.9	0.3	2.0	0.7	0.6	3.3	2.7	1.3
15 años	2.7	0.9	0.4	3.7	2.0	1.8	5.2	3.7	1.5
16 años	4.0	1.6	0.8	4.4	1.8	1.7	7.0	4.3	1.6
17 años	7.7	3.5	1.8	7.0	2.4	2.2	9.2	6.0	2.3
18 años	9.3	4.4	0.5	12.4	4.0	3.0	13.0	8.0	3.2
> 19 años	18.1	6.3	2.7	13.0	3.8	3.4	17.4	7.0	1.1

Fuente: SEP-IMP. Estudios en población escolar del D.F., enseñanza media y media superior, 1989 - 1997

En el caso de la marihuana se han registrado cambios en los años estudiados según la edad de los escolares: se hace evidente que ha ido en aumento el consumo entre los más pequeños tanto en el uso alguna vez, como en el último año y último mes.

Con el uso de cocaína también se observa esta situación: mientras en 1989 no se reportaba su consumo entre los estudiantes de 13 años o menos, en 1993 ya comienza a presentarse, tendencia que se confirma en 1997 con un incremento considerable en las prevalencias de uso alguna vez, último año y último mes.

Cuadro 8

Tendencias del consumo de cocaína por edad en la población estudiantil de la ciudad de México alguna vez, último año y últimos 30 días, 1989 - 1997

Edad	1989			1993			1997		
	AV %	UA %	UM %	AV %	UA %	UM %	AV %	UA %	UM %
< 13 años	---	---	---	0.3	0.2	0.1	1.2	0.8	0.4
14 años	1.0	0.2	0.1	1.3	0.4	0.4	3.0	2.3	1.2
15 años	1.1	0.3	0.1	1.4	0.3	0.3	5.0	3.4	1.4
16 años	1.4	0.6	0.6	1.6	0.8	0.8	5.6	3.3	1.2
17 años	2.7	0.6	0.6	3.3	1.4	1.3	5.7	4.0	1.5
18 años	5.5	4.4	1.6	5.0	2.1	0.5	9.6	6.9	2.3
> 19 años	6.8	1.8	0.9	6.7	2.3	2.3	15.3	8.3	3.2

Fuente: SEP-IMP. Estudios en población escolar del D.F., enseñanza media y media superior, 1989 - 1997

Cuadro 9

Consumo de drogas último año en la población estudiantil de la ciudad de México por edad y tipo de sustancia, 1997

Tipo de droga	< 14 años %	15 años %	16 años %	17 años %	> 18 años %
Inhalables	2.17	2.78	2.52	1.74	2.27
Marihuana	1.67	3.71	4.32	5.97	7.39
Cocaína	1.39	3.40	3.28	3.80	7.61
Alucinógenos	0.56	0.74	0.65	1.19	0.80

Fuente: SEP-IMP. Encuesta Prevalencia del Uso de Drogas y Alcohol en Estudiantes del D.F., enseñanza media y media superior, 1997

Cuadro 10

Consumo de drogas último mes en la población estudiantil de la ciudad de México por edad y tipo de sustancia, 1997

Tipo de droga	< 14 años %	15 años %	16 años %	17 años %	> 18 años %
Inhalables	1.01	1.30	1.22	0.76	1.36
Mariguana	0.08	1.54	1.63	2.28	2.16
Cocaína	0.69	1.36	1.22	1.52	2.73
Alucinógenos	0.27	0.19	0.41	0.33	0.34

Fuente: SEP-IMP. Encuesta Prevalencia del Uso de Drogas y Alcohol en Estudiantes del D.F., enseñanza media y media superior, 1997

Al analizar el consumo entre estos escolares en 1997, tanto dentro del último año como del último mes, se observa que los más jóvenes tienden a un mayor uso de inhalables, aunque como se dijo, ya se registran proporciones de uso de todas las drogas analizadas; entre los de mayor edad, se concentran los porcentajes más altos de usuarios de mariguana y cocaína. El uso de estas sustancias registra un primer aumento importante entre los jóvenes de 15 y 17 años de edad, y se eleva considerablemente entre los mayores.

El uso de otras sustancias como las metanfetaminas o el crack ha sido ya detectado en esta población. El último estudio efectuado en la ciudad de México en 1997, registró un 0.9% de estudiantes que habían experimentado con una metanfetamina conocida como éxtasis.

En los diversos estudios realizados en la ciudad de México, se hace evidente un aumento en el consumo de drogas por la población de estudiantes adolescentes. De la misma manera que en la población general, la mariguana sigue siendo la principal sustancia de uso, pero también se observan tendencias preocupantes de la cocaína, que se va situando en segundo lugar de preferencia. Los inhalables, aunque continúan entre las principalmente usadas, registran una tendencia a ir perdiendo importancia.

3.1.5 Análisis de la información

Los datos nos indican que las drogas están presentes en la población adolescente entre 12 y 17 años de edad, lo cual se manifiesta en las zonas urbanas de más de 2 500 habitantes en todo el país. Si bien los índices de consumo son mayores en la zona norte y en las grandes metrópolis, una parte importante de las diferencias con las ciudades y regiones con índices más bajos se debe en cierta medida a un menor uso entre mujeres, pues éstas siguen consumiendo en menor proporción que los varones. La cocaína ha ocupado un lugar preponderante en las preferencias de los adolescentes y cuando no han probado drogas antes de los quince años, y deciden experimentar, es probable que lo hagan con cocaína.

Al comparar los resultados de las diferentes encuestas se hacen evidentes considerables aumentos en la prevalencia nacional del consumo de drogas ilícitas, tendencia que se había perfilado desde la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993. De esta forma, el consumo de marihuana se elevó significativamente entre las dos últimas encuestas nacionales; mientras en 1988 el consumo encontrado fue de 2.99%, en 1998 se elevó a 4.70%. La proporción de los que usaron inhalables alguna vez había ido descendiendo ligeramente entre 1988 y 1993 (0.76 y 0.50%, respectivamente); sin embargo, en 1998 se observó un ligero incremento (0.80%). La cocaína es la droga que registra los incrementos más importantes, al casi triplicarse el consumo alguna vez en 1988 (0.33%), respecto a 1998 (1.45%). El uso de heroína casi no ha sido reportado en las tres encuestas nacionales (1988; 0.11%; 1993; 0.07%; 1998, 0.09%).

De lo anterior se observa cómo la marihuana sigue siendo la principal droga consumida y los inhalables, que ocupaban el segundo lugar en 1988, fueron desplazados por la cocaína, cuyo aumento es notable. En adolescentes de 12 a 17 años de edad el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida tuvo un aumento significativo que se elevó sobre todo entre 1993 y 1998. La asistencia a la escuela se convierte en un factor protector importante para el consumo, si bien las diferencias en los índices de consumo entre estudiantes y no estudiantes son importantes sólo en los varones, esta relación ha sido observada también en estudiantes cuando se comparan los índices de consumo entre aquellos que estudiaron el año anterior con los que no asistieron a la escuela, sugiriendo que aún perduran diferencias por género en el papel de la educación formal.

Una proporción importante, de los varones y de las mujeres, no consideran que sea peligroso usar drogas, si bien considerar esta conducta como peligrosa no limita el que los jóvenes decidan experimentar con drogas, sí previene que continúen usándolas después de haber experimentado los efectos, como lo hace la mayoría de los menores. Es por tanto importante trabajar para que una mayor proporción de menores que consideren que usar drogas es peligroso. Debe reforzarse la idea de que las drogas dañan la salud, ya que éste es el principal motivo que dan adolescentes para no acercarse a las drogas.

Una de los principales factores para el consumo de drogas como se detalló en este estudio monográfico son los amigos, con frecuencia los usuarios experimentales que no han sufrido las consecuencias del abuso, son quienes se presentan como la mejor prueba de que el riesgo de consecuencias adversas no es tan elevado. Esto implica un reto importante para la política en esta materia. La manera como los jóvenes obtienen la droga a partir de la venta, obliga a unir medidas de control de la demanda con el control de la oferta mediante intervenciones oportunas que protejan al menor de ulterior dependencia de las drogas,

problemas de salud y conductas antisociales y delictivas. Los menores obtienen frecuentemente sustancias inhalables en las casas de familias; el uso extendido de los productos susceptibles de ocasionar abuso por sus efectos psicotrópicos es elevado, y por ello es importante cuidar la disponibilidad dentro del hogar y concienciar a los padres de familia con el fin de que proporcionen adecuada orientación a sus hijos, sin incitar su curiosidad y vigilar su comportamiento como veremos en el capítulo cinco en la propuesta de intervención del Trabajador Social.

En cuanto a las dificultades, el entorno que rodea a nuestros jóvenes de 12 a 17 años indica que el consumo de drogas está cada vez más presente. Los índices de consumo se han incrementado, especialmente en la región norte del país y en las grandes metrópolis (Tijuana, Ciudad de México y Guadalajara, principalmente). Estos datos refuerzan la necesidad de desarrollar campañas que permitan detectar a los menores que tienen problemas emocionales y darles la atención apropiada para evitar que consuman drogas como un mecanismo para enfrentar problemas de esta naturaleza. Asimismo, es necesario identificar a los menores con mayor probabilidad de desarrollar dependencia, quienes requieren de intervenciones preventivas más intensas.

Cabe hacer mención que dentro de la comparación de las series estadísticas un factor común lo que, una de las Drogas mas utilizadas es la Marihuana, así como la droga de inicio y su numero de veces que se han consumido igualmente que la escolaridad de los consumidores se sitúa mayormente en el grado de secundaria, esto nos da una idea clara que los jóvenes entre una edad de 13 a 16 años son los sujetos mas propensos a consumir drogas. Por otra parte el grupo de edad y género en el que se observa mayor consumo de drogas es el de los varones y es de 18 a 34 años, dato que nos hace reflexionar que es el periodo donde el hombre tiende a ser más productivo laboralmente y por consecuencia la fuerza económica de un país. También cabe hacer mención nuevamente que las regiones Norte y Centro son las que más consumo de drogas tienen.

3.2 Factores de protección Individuales, familiares y sociales.

LOS FACTORES DE PROTECCIÓN : “son un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe y/o reduce la probabilidad de uso y abuso de drogas, o la transición en el nivel de las mismas”⁸⁵. Pertenecen a esta categoría y facilitan la promoción de estilos de vida saludables: la madurez, la responsabilidad, la seguridad, la capacidad de ser personas autónomos e independientes, el tener actitudes favorables hacia la salud y de rechazo hacia las drogas, el disponer de modelos que mantengan hábitos de vida sanos y sin consumo de drogas en los padres y madres o personas importantes, el poseer unos valores y normas de conducta, el pertenecer a una familia con adecuados niveles de integración social, el formar parte de un grupo de amistades que no consuman drogas, el establecimiento de vínculos y relaciones sociales adecuados.

Factores de Protección: En contradicción con los factores de riesgo, estos fortalecen al individuo ante el consumo de las drogas y se encuentran clasificadas de las siguientes maneras:

Factores de Protección	
INDIVIDUALES	FAMILIARES
Capacidad para expresar sentimientos, emociones y pensamientos asertivamente.	Mantener una buena interacción donde se detecten las problemáticas de los hijos y ayudar a resolverlas.
Canalizar la curiosidad e inquietudes en actividades deportivas, culturales y de aprendizaje.	Reforzar la confianza y apoyo materno y paterno.
Desarrollar su estado mental, espiritual y físico.	Participar con el joven en sus gustos, diversiones y tiempo.
Fortalecer las cualidades morales y logros.	Establecimiento de normas y valores.
El desarrollo de estilos de vida saludables.	La estimulación de búsqueda hacia logros personales valiosos y alcanzables.
Desarrollar metas a corto y largo plazo.	Comunicación abierta donde existía respeto a la intimidad.
Canalizar la energía negativa en actividades positivas.	Respeto de sentimientos, emociones y pensamientos.
ESCOLARES	SOCIALES
El maestro tenga conocimiento de intereses y motivaciones de cada alumno.	Instituciones que se dediquen a la prevención y tratamiento de las adicciones.
El ejercicio de disciplina racional y una autoridad firme, justa y comprensiva por parte del maestro.	Los centros recreativos y de esparcimiento familiar.
La participación del maestro en eventos	La publicidad que se emplea para la

⁸⁵ Centros de Integración Juvenil, Opinión pública y farmacodependencia, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México, 1994. P.p 74

académicos, de los problemas, para involucrarlos y brindarles oportunidades de reconocimiento y autoestima.	prevención de drogas.
Fomentar en los alumnos el deporte así como actividades culturales.	Leyes que prohíben el uso de sustancias.
Crear grupos de estudio y deportivos entre compañeros.	

Los factores de protección inciden en la vida del joven de manera definitiva ya que estos tienen una función primordial dentro de su ambiente, como lo vimos en la teoría ecológica. Dichos factores tienden de manera implícita a influir en la familia, la escuela, el grupo social y por supuesto los individuales pues estos factores apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables y que a su vez sirven como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Los factores de protección individual, apoyo emocional percibido, autoestima-control sobre situaciones, habilidades de comunicación adecuadas, habilidades para el trabajo en grupo adecuadas, valoración positiva de las relaciones, tolerancia a la frustración, conocimiento de recursos sociales, existencia de centros de interés habilidades y talentos especiales, juegan un relevante papel para evitar el consumo de drogas, pues si bien en la actualidad conviven varios enfoques que tiene en cuenta una pluralidad de factores, que condicionan la interacción del individuo con su ambiente a la hora de explicar las causas del consumo de drogas, se considera que el individuo se encuentra integrado y participa en una serie de ambientes con los que interacciona, y que se estructuran desde lo personal (las propias circunstancias, características y desarrollo de las personas), hasta el ámbito macrosocial, más genérico referido al contexto socio-cultural, la sociedad en que nos encontramos, con sus normas, valores, etc., pasando por los ámbitos micro y mesosociales más cercanos (familia, colegio, amigos, comunidad) y que tienen un papel crucial en el proceso de socialización. Todos estos ámbitos se encuentran interrelacionados e interactúan entre sí. Tanto en el ámbito personal como en los demás ámbitos, podemos encontrar una serie de factores o indicadores (psicológicos, sociales, etc.) que pueden influir de una u otra forma en el consumo de drogas.

Todos estos factores constituyen un campo de fuerzas que interactúan entre sí, operando tanto en el ambiente como en cada individuo. Por ello es importante que exista un equilibrio entre todos los factores, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado ya que de este equilibrio dinámico puede incidir favorablemente en evitar el consumo de tóxicos.

Así, cuando los factores de protección consiguen equilibrar o amortiguar los factores de riesgo es más improbable que se de una situación crítica; por el contrario cuando son los factores de riesgo los que predominan, y los factores de protección no los compensan, es más probable que surjan las conductas problemáticas.

CAPITULO IV

NIVELES PREVENTIVOS, Y EL AJUSTE DEL MISMO EN EL ÁMBITO DE LA FARMACODEPENDENCIA Y LA UBICACIÓN EN TIEMPOS Y ESTADIOS DEL FENÓMENO.

Para el tratamiento de la farmacodependencia existen distintos niveles de prevención mismos que se clasifican de la siguiente manera.

- Prevención Primaria: Se dirige a los consumidores y a usuarios ocasionales o sociales. Se trata de prevenir, en el sentido más amplio de la palabra. El objeto es evitar la aparición del problema. Se dirige por esto, a padres, docentes, jóvenes, etc.

- Prevención Secundaria: Su objetivo es descubrir para acabar con un problema lo antes posible o remediarlo parcialmente. Intenta, sobre todo, la detección precoz del consumo, así como la atención inmediata a sus posibles consecuencias.

- Prevención Terciaria: Pretende detener o retardar la evolución de un problema y sus consecuencias. Se dirigen a las personas que ya dependen física y/o psicológicamente de las drogas. En este sentido, abarca problemas sociosiquiátricos, terapia y rehabilitación psicológica, así como la reinserción social y profesional.

Las primeras preocupaciones en materia preventiva se remontan a 1909, cuando se llevó a cabo una reunión entre 13 países para discutir por vez primera a nivel multinacional el grave problema del consumo creciente de sustancias que dañan al organismo y causan adicción. El hecho de que esta conferencia llamara la atención de todo el mundo acerca del flagelo que ya se cernía sobre la población, fue un acierto indudable. Pero al mismo tiempo nació ahí una visión equivocada de las medidas que deben tomarse para combatir esta nueva plaga, al darle preferencia a la legislación represiva, a la lucha contra la siembra de estupefacientes (en ese momento el opio y la cocaína eran la mayor amenaza) y a la guerra contra el narcotráfico. Por supuesto que todo eso debe hacerse, pero quedó muy poco espacio para la realización de medidas preventivas basadas en la información y en la educación, únicas estrategias que podían escogerse en aquellos días dado el escaso conocimiento que se tenía de los factores biológicos y psicosociales que inciden en el fenómeno de la adicción.

Es difícil asegurar que la lucha contra las adicciones estuviera hoy ganada o si al menos hoy estaríamos hablando de un problema menor, si en aquella reunión de Shanghai se hubiera recomendado concentrar los esfuerzos en la *“reducción de la demanda de las drogas adictógenas”*, en vez de apostar todo a la *reducción de la oferta*. Hoy sabemos que la lucha

tiene que darse en los dos frentes, pero es un hecho histórico que durante muchos años se descuidó *la prevención del consumo*, por darle preferencia *al combate del narcotráfico*.⁸⁶

Es un hecho científicamente probado, que la prevención del consumo de drogas *es posible y es exitosa*. Sólo los mal informados y los pesimistas sostienen lo contrario, asegurando que la batalla está perdida. Nada de eso, "numerosas naciones han demostrado que con buenos programas se puede disminuir el uso de drogas ilegales a cifras epidemiológicamente manejables."⁸⁷ No se ve por ahora un trabajo preventivo tan exitoso como para desaparecer de la escena las sustancias prohibidas, por la vía de evitar totalmente su demanda. Pero la posibilidad de que la drogadicción deje de ser el grave problema de salud y social es una realidad.

"Los ejemplos de países como Suecia, Noruega y otros", que tienen adelantos muy buenos⁸⁸, deben proporcionarnos confianza y motivación suficientes para redoblar los esfuerzos preventivos. Los Estados Unidos de América tienen fama bien ganada de estar siempre entre los primeros lugares en el uso de drogas. Sin embargo, incluso esa nación ha logrado avances importantes: El consumo ha disminuido considerablemente en aquel país durante los últimos años. En 1979, un estudio reveló que 25 millones de estadounidenses (o sea, 14.1% de la población mayor de 12 años y el nivel más alto que se haya registrado jamás), había usado drogas ilícitas por lo menos una vez en el mes anterior a la fecha en que se realizó la encuesta. En 1999, la Encuesta Nacional sobre Drogas en los Hogares (National Household Survey on Drugs) descubrió esta práctica entre aproximadamente 14.8 millones de personas, lo que significa una reducción cercana a 50% en el transcurso de las últimas dos décadas. No se puede cantar victoria, es cierto, porque ya antes se han logrado éxitos indudables, que lamentablemente resultaron ser pasajeros. En todo caso, vale preguntarse: ¿Cuál ha sido la clave de esos logros? La respuesta es compleja e insegura, pero cada vez sabemos más sobre los caminos de la prevención y es un hecho que nuestros programas actuales tienen bases científicas indudables y cabe destacar el trabajo realizado por Centros de Integración Juvenil, donde se tiene uno de los mejores planes preventivos a nivel Mundial.

Después de no menos de 40 años de intentar acciones preventivas de diferentes órdenes, siguiendo las tendencias producidas por los conceptos de moda y a veces también por resultados de investigaciones serias, en la última década se ha realizado una evaluación cualitativa de los programas, sus políticas y sus estrategias. De ahora en adelante, no se justifica insistir en acciones pretendidamente preventivas que no han dado los resultados esperados, o dejar de lado aquellas otras que con certeza son exitosas. La causa principal de los fracasos ha sido invariablemente la falta de reconocimiento de un hecho básico: el fenómeno del consumo de drogas entre los jóvenes no tiene una causa simple, es un problema complejo, multifactorial y el momento histórico en el que se desarrolle.

En cada caso individual, alguno de los factores mencionados influye más que los otros, pero la explicación etiológica (de las causas) de la adicción *en general* no recae en uno, sino en todos los mencionados. Y faltaría decir que existen personas que, por razones no bien

⁸⁶ Ministerio de planificación y cooperación. "Plan regional de infancia y adolescencia, novena región" Editorial Universitaria. Santiago. 1994 P.p 65

⁸⁷ Véase Frenk, J., *et al.* Economía y salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México, Fundación Mexicana para la Salud. México. (1994) P.p 46

⁸⁸ Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999). "Estudio epidemiológico de la fármaco dependencia con pacientes de nuevo ingreso a tratamiento en 1999, Reporte Ejecutivo". C.I.J. Informe interno P.p 24

conocidas, no se inician en el consumo de drogas pese a exponerse a lo que llamamos factores de riesgo. Definitivamente, el fenómeno de la adicción es muy complejo y no responde a explicaciones simples. Como ha dicho un destacado experto, el "Dr. Griffith Edwards, Es impensable que una causa *única* explique el fenómeno de la adicción"⁸⁹.

Conviene dejar establecido que los gobiernos decidieron declarar ilegales a ciertas drogas que no son de utilidad médica, *justamente porque tienen características farmacológicas que dañan física y psíquicamente al hombre y sobre todo porque producen dependencia*. Este es el antecedente de su ilegalidad. Otros fármacos (fármaco y droga son sinónimos) que también son adictógenos (capaces de producir adicción o dependencia) tienen, sin embargo, utilidad médica. Es el caso, por ejemplo, de los tranquilizantes y de los hipnóticos. Éstos quedan regulados por la ley de tal manera que pueden ser adquiridos únicamente por prescripción médica. Cabe hacer notar que junto con los antipsicóticos y los antidepresivos, que no generan adicción, representan desde mediados del siglo XX un avance dramático de la medicina, en particular de la psiquiatría.

Si no fuera por esa característica de las drogas ilegales que las convierte en altamente peligrosas para la salud mental y física, podría discutirse sobre su posible uso bajo ciertas circunstancias ya que, efectivamente, son capaces de producir placer y bienestar ("euforia" es el término adecuado, del griego *eu*-bien y *phoros*-llevar). No vamos a describir otras consecuencias de su consumo, que pueden ser o no agradables, pero lo esencial es su potencialidad para generar adicción. Una vez alcanzada ésta, se deteriora la voluntad de suspender el consumo de la droga, so pena de sufrir graves trastornos psicofísicos y sufrimiento moral. Así, un acto de libertad personal como es el de optar por el consumo de una sustancia, lleva, por el uso repetido, a *la pérdida de la libertad de no consumirla*.

Si bien la prevención debe ser, como en el caso de otras enfermedades, primaria (evitar la aparición de nuevos casos), secundaria (diagnóstico "temprano" para dar atención oportuna) y terciaria (tratamiento especializado y reinserción social). Podríamos preguntarnos si en un problema tan complejo como el del consumo de drogas y la adicción, es aconsejable aplicar ese mismo esquema preventivo. Pues bien, tal enfoque es posible y deseable. Veamos por qué. 1) El diagnóstico es *seguro*, tanto al inicio, como una vez que se ha desarrollado la dependencia; 2) al detectar el consumo, la atención médico-psicológica es, en la mayoría de los casos, exitosa, y 3) el tratamiento institucional del adicto con los modelos actuales, también puede alcanzar la recuperación del paciente en muchos casos. Así pues, el modelo médico de la prevención funciona bien, siempre que en la estrategia empleada y en las acciones realizadas se acepte la participación plena de otras disciplinas no médicas.

Al estudiar la evolución del enfoque preventivo se pueden distinguir tres etapas más o menos definidas, que casi coinciden con cada una de las tres décadas transcurridas desde 1970. No ignoramos que una esquematización como la que ahora se presenta puede resultar simplista, pero tenemos la certeza de que es útil para comprender la historia de los programas preventivos y sus componentes básicos. Además, no se aparta de la verdad y considera los hechos más reconocibles ocurridos hasta ahora en esta materia.

⁸⁹ Griffith Edwards... Investigación evaluativa, métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción, Ed. Trillas, México, 1996. P.p 58

Si bien la prevención del consumo de drogas se inició de manera titubeante desde hace mucho tiempo, pero puede decirse que se plasmó en verdaderos programas hasta la década de 1950 del siglo XX. Pero estos programas eran considerados "los parientes pobres" de los gobiernos, más empeñados en combatir la producción y el flujo de las drogas en sus países. No sólo se destinaban escasos recursos a las tareas preventivas, sino que se partía de ciertas bases que más tarde resultaron sólo parcialmente válidas. Se pensó que los jóvenes se inician en el consumo "porque ignoran los daños que las drogas producen". La consecuencia lógica era que debíamos enseñarles la verdad sobre los riesgos y daños a los que se expone quien las usa, confiando en su buen criterio para actuar racionalmente. El paradigma era "demostración de información sobre las drogas" (en los programas escolares, en los sitios a los que acuden los adolescentes, en el seno familiar, etc.). Desafortunadamente, en la mayoría de los casos la divulgación de los conocimientos científicos que se obtenían se hizo de manera equivocada.

¿Por qué se afirmaba lo anterior? Porque predominó el tono alarmista con mensajes distorsionados que propiciaron la incredulidad entre los muchachos, y porque como resultado de este enfoque se creó también angustia, que es mala consejera de los padres de familia y de los adultos en general. Se magnificaron los riesgos del síndrome de abstinencia y de las sobredosis. En fin, se cometieron también errores en la técnica pedagógica favoreciendo los "cursos", conferencias y exposiciones con apoyo audiovisual pero con escasa participación de los jóvenes asistentes. La ineficacia de este esfuerzo sostenido durante años se demostró cuando se hicieron evaluaciones por seguimiento, lo cual necesariamente abarcó un tiempo prolongado. Pero no todo fue negativo, pese a haber suscitado en los jóvenes suspicacias y más preguntas que respuestas. El esfuerzo realizado logró llamar la atención sobre el problema y llevó a una toma de conciencia de la amenaza a la salud individual y a la sociedad que significa el consumo de sustancias adictivas. La mejor consecuencia fue que se preparó el clima para la utilización de nuevas técnicas preventivas obtenidas de la investigación científica y social, así como de la experiencia parcialmente negativa de esos años.

La segunda etapa se caracterizó por una actitud crítica, una vez que se aceptó, si no el fracaso total, sí una cierta desilusión por las esperanzas fallidas. Resultó equivocado, reconocieron los evaluadores de aquellos primeros programas, haber creído que basta con informar y educar sobre las drogas para detener el consumo. No sólo eso: señalaron también algunos de los riesgos que la divulgación de los hechos puede producir. Por ejemplo, el conocimiento de los efectos de la marihuana, en muchos adolescentes despertaba curiosidad que los conducía a probarla; también se comprobó que por muy objetivo y racional que el comunicador trate de ser, existe siempre el peligro de la mala interpretación de los conceptos y los hechos divulgados. Ante esta realidad, ganó terreno la idea de que el consumo de drogas es más bien el producto de una educación que ha olvidado la enseñanza de los valores humanos, del fortalecimiento de los lazos familiares y de la religión.

De acuerdo con el resultado de ciertas investigaciones, se dio gran importancia a la *falta de autoestima* o a la deficiente formación de este sentimiento, como antecedente muy frecuente en quienes llegaban a la adicción. Tuvo que pasar algún tiempo antes de que a tal "descubrimiento" se le diera su verdadero peso como un factor más entre los que inducen al consumo de drogas. Pero esta verdad parcial, junto con la idea de que es necesario "rescatar los valores", conforma buena parte de las nuevas tendencias en materia de prevención. Como suele suceder, esta reacción llevó a posturas diametralmente opuestas a las de la primera etapa. Dominó entonces la idea de no hablar más de las drogas y de sus efectos,

sino de concentrarse en la transmisión de los valores, exaltar la actividad creativa y deportiva, favorecer el diálogo con los padres, adquirir hábitos saludables, etcétera.

No cabe duda de que las nuevas tendencias eran muy valiosas, sobre todo porque al mismo tiempo contribuyeron a expandir el esfuerzo educativo hacia la familia y la comunidad, mediante la enseñanza extraescolar y extracurricular. No resultó positivo, sin embargo, que se decidiera no mostrar más a los muchachos el efecto dañino de las drogas. Es más riesgoso dejar que la instrucción sobre tales cosas provenga de un amigo "conocedor" que maneja conceptos equivocados y generalmente favorables al consumo. Además, lo que realmente había resultado mal respecto a la información sobre las drogas, no fue tanto *lo que se divulgó*, sino *cómo se divulgó*. Estudios de seguimiento demostraron, más allá de toda duda, que "la información sobre las drogas es parte importante de la prevención, siempre que en lugar de transmitir el conocimiento mediante pláticas, conferencias y material escrito, se realicen sesiones de intercambio de ideas, ordenadas y bajo ciertas reglas, con los muchachos de secundaria y preparatoria"⁹⁰

Durante la segunda etapa a la que nos estamos refiriendo, investigaciones cuidadosas realizadas tanto en los países pobres como en los industrializados, permitieron avanzar en el conocimiento de los llamados "factores de riesgo". Como vimos en el capítulo dos, este conocimiento de los antecedentes sociales, familiares e individuales que convierten en vulnerables a algunos niños y adolescentes, lleva a cambios positivos en las estrategias y los objetivos de los programas contra las adicciones.

Con los nuevos insumos, la prevención del uso de drogas adictivas se orientó hacia la creación de subprogramas elaborados específicamente para la escuela, la familia, los barrios, los clubes, las minorías culturales, etc., lo cual significó un notable avance. Se propusieron replanteamientos interesantes sobre los objetivos de la educación en general y se estimuló el interés por las investigaciones psicosociales, no sólo en torno al problema de las drogas. La etapa que comprende la década de 1980 y algo más, significó el reconocimiento de errores pasados, la decisión de conservar lo que sí parece eficaz y el reforzamiento del *enfoque integral* del problema. Más que en ningún otro momento, los países altamente consumidores reconocieron que lo único verdaderamente realista es abordar el problema atendiendo a los dos frentes: la oferta y la demanda de las drogas⁹¹. Lo anterior, por supuesto, ya se sabía, pero no se traducía en declaraciones abiertas y mucho menos en acciones.

¿Qué ha seguido después? Primero que nada. El progreso científico, incluyendo el que compete a las ciencias sociales no avanza a saltos, es más bien un proceso en el que los descubrimientos retroalimentan a nuevos estudios, que llevan a su vez a modificaciones progresivas. En el campo de la prevención del uso de sustancias adictivas, como en tantos otros, se avanza por el método del ensayo y el error. Pero se va creando un cuerpo de conocimientos útil que debe alentar los cambios positivos de los programas. Lo mínimo que diremos al tratar de dar respuesta a la pregunta sobre lo que procede hacer ahora, es: evitemos las estrategias y las acciones que *probablemente* no previenen el uso de sustancias dañinas, y enfoquemos nuestros esfuerzos en aquello que va demostrándonos su eficacia.

⁹⁰ Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (2001). "Estudio epidemiológico de la fármaco dependencia con pacientes de nuevo ingreso a tratamiento en 1995, Reporte Ejecutivo". C.I.J. Informe interno P.p 25 -45

⁹¹ Ibidem pp. 77

Actualmente, se prosigue en general con las estrategias y las acciones que caracterizaron a la etapa anterior, ampliando los subprogramas, sobre todo los que se aplican a la familia y a la comunidad. Haremos notar que, pese a las voces que sostienen sin fundamento lo contrario, se reafirma la posición internacionalmente sostenida de oponerse a la posible legalización de una o más (o de todas) las drogas, cuya producción y distribución han sido prohibidas hasta ahora. Es lógico que la legalización, cuyo objetivo sería impedir el narcotráfico, *mas no el consumo*, tendría que ser discutida en el seno de la Organización de las Naciones Unidas. El hecho real es que los organismos que dependen de la ONU y que se relacionan desde diversos campos con el problema del consumo de drogas, descartan explícitamente esa medida.

Para conocer a fondo la situación, no hay más que revisar lo que expresan las instituciones de referencia obligada: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA). Ninguno de los organismos citados ha propuesto que se discuta la posible legalización, y sí, en cambio, aportan argumentos para no hacerlo. Además, hasta ahora ni un solo país ha hecho una propuesta formal sobre el asunto en el seno de las asambleas ordinarias de la ONU, ni durante las sesiones extraordinarias dedicadas al análisis de la situación mundial en torno a las drogas.

Dos hechos más se pueden observar en la etapa actual de la prevención. Uno es el gran apoyo que se otorga a la investigación, principalmente en el campo de las neurociencias. Es una consecuencia lógica de los conocimientos ya obtenidos: se esperan grandes avances que permitirán elaborar medicamentos efectivos para disminuir la afección por la droga en los adictos, para desintoxicar al organismo, para antagonizar los efectos físicos y psicológicos de las sustancias adictivas, etc. Pensemos en lo que estos estudios podrán significar en los programas de prevención secundaria y terciaria. Pero también se hace investigación muy relevante para la prevención primaria. El mejor conocimiento de los aspectos genéticos de la adicción, la identificación cada vez más precisa de los mecanismos y procesos bioquímicos cerebrales que ocurren durante *la neuroadaptación*, proporcionan ya elementos básicos para nuevas tácticas preventivas.

El otro hecho es importante para todos los países, especialmente para las naciones pobres. Se trata del gran esfuerzo de coordinación y colaboración internacional, que sin duda favorecerá el desarrollo de programas actualizados y ajustados a la situación particular de cada nación. La mejor expectativa, en nuestra opinión, es que los expertos locales analicen con cuidado las recomendaciones de los organismos internacionales, efectúen los ajustes que el conocimiento de cada cultura aconseje, y como resultado de ello proyecten programas realmente aplicables en su medio. Pero es necesario abandonar ya el período, que se ha prolongado demasiado, de aceptar estrategias y acciones que no tienen el sustento de investigaciones serias y confiables.

Antes de describir los tipos de programas preventivos conocidos, aceptando la clasificación sugerida por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América (NIDA, por sus siglas en inglés), vale hacer una referencia a ciertos fenómenos recientes que condicionan y obstaculizan los esfuerzos. La mundialización y

homogeneización de la oferta y la demanda es uno de ellos. Ya no es acertado distinguir entre países productores y consumidores, y de hecho se han generalizado las rutas del narcotráfico. Por otro lado, los esquemas de consumo se han ido "occidentalizando", debido por lo menos en parte a la influencia del cine, de la televisión y de la Internet. Recientemente también se ha ido generalizando el uso de tres tipos de drogas: a) estimulantes (en particular la cocaína en sus varias formas); b) los narcóticos, específicamente la heroína, y c) las drogas inclasificables por sus efectos, como las sintéticas o "de discoteca" ("de diseño").

Los acontecimientos de los últimos años que estamos relatando, obligan a crear programas con estrategias que flexibilicen las acciones y que permitan llegar hasta los jóvenes con información realista. Un objetivo específico que cobra importancia es el de *la reducción de los daños*, sobre todo cuando vemos que el SIDA es ya una pandemia. Pero al afirmar lo anterior no estamos sugiriendo una estrategia que sustituya a la principal, que es la que sustenta como *objetivo general* la prevención primaria, es decir, la que trata de evitar que los jóvenes empiecen a consumir drogas.

Respecto a lo anterior, durante los últimos 10 años ha ganado terreno en algunos países la idea de sustituir ese objetivo general por el de la reducción del daño y el control de los riesgos. Ello significa un grave error, que además se basa en una disyuntiva inexistente. No es lo uno o lo otro, como lo ha planteado, por ejemplo, "el Gobierno de Australia, que ahora tiene un programa preventivo basado en la reducción de los daños"⁹². Quizás tendrán que pagar por el error que consiste en creer que la batalla contra las adicciones está perdida, como si se aceptara que no es posible disminuir el consumo y que, por tanto, sólo les queda luchar porque las drogas se usen "responsablemente". Tal enfoque olvida lo principal: las drogas ilícitas *causan adicción*, pese a las expectativas menos pesimistas de los consumidores. Este tiene bases científicas, pero hay otro de carácter ético que pondremos en forma de pregunta: ¿se puede ser "responsable" al consumir una sustancia que es *ilegal*?

Todo buen programa preventivo, por supuesto, debe considerar la disminución de los efectos negativos de las drogas. Ese es quizás, el más importante de los objetivos específicos. Pero el objetivo general debe ser el de evitar el consumo, aún a sabiendas de que el triunfo total no es concebible en el mediano plazo.

Sería muy conveniente que en alguna parte de la información que se proporciona a los jóvenes se diga que si consumen éxtasis, por ejemplo, deben preocuparse por estar bien hidratados, considerando que uno de los peores efectos producidos por esa droga es la pérdida de líquidos y de sodio. Pero el paradigma de la prevención es, debe ser, *no consumir*. Ambos objetivos, disminuir los riesgos y evitar el uso de sustancias adictivas, no se contraponen, y podríamos citar muchos ejemplos para sustentar tal afirmación.

En el caso del alcohol, *droga lícita* sujeta a normas, resulta prioritario, por el contrario, educar para el consumo responsable; un objetivo principal puede ser el de evitar los daños a la salud individual y a la sociedad que ocasiona el abuso de las bebidas alcohólicas. A pesar de que la nicotina del tabaco es también una droga legal, no podemos decir de ella lo que acabamos de afirmar del alcohol: fumar no tiene efectos benéficos para la salud física en ninguna dosis. Lo que deseamos resaltar es que los responsables de los programas preventivos contra las drogas deben ser muy cautelosos con las generalizaciones.

⁹² Cervera.S. *Un signo de nuestro tiempo: Las drogas*. Ed. del Magisterio Español, Madrid, 1995. P.p 45

Diremos algo sobre las diferencias entre los programas que hoy se aplican en distintos medios. Los expertos del NIDA (organismo citado antes), distinguen tres tipos de programas. Llamamos *universal* a aquel que se dirige a todos los miembros de una comunidad o grupo determinado (escuela, club, colonia, etc.), y que comprende tantos subprogramas como se estime necesario, con el objetivo básico de reducir la demanda de drogas entre los jóvenes. El programa *selectivo* se aplica a los grupos que ya han sido identificados como de alto riesgo, con la estrategia principal de contrarrestar los factores de peligro y reforzar los que protegen contra el uso de drogas. Este enfoque también comprende diferentes subprogramas. Finalmente, los programas *indicativos* son aquellos que, por los objetivos que persiguen, se enmarcan en la prevención secundaria. Se aplican a los adolescentes y jóvenes que ya han empezado a consumir drogas y que por esas y otras razones tienen problemas de conducta que pueden ser severos. Se incluyen acciones dirigidas a las familias, que son en este caso la parte protagónica de importancia decisiva.

Dijimos antes que una buena decisión es la de tener en cuenta, como asunto prioritario, las recomendaciones que en materia de prevención hacen los organismos que dedican grandes esfuerzos a la investigación para evaluar los programas y las acciones preventivas. Empezando el nuevo siglo, tenemos a la vista estudios muy demostrativos de las estrategias hasta ahora realizadas, que permiten seleccionar un buen número de principios de la prevención del uso de drogas. Nos referiremos a los que nos parecen más sobresalientes, y cuya aplicación se ve indispensable en los países en desarrollo.

4.1 Principios básicos de los programas preventivos.

1. *Los programas preventivos deben considerar a todas las drogas psicoactivas adictivas, las legales y las ilegales.* Los expertos que formulan esta recomendación nos dan razones conceptuales, técnicas y científicas, recordando que el modelo integral para la iniciación en el consumo, la adquisición del hábito y finalmente la adicción, vale para todas las sustancias adictivas. Pero existen también argumentos basados en la falta de recursos suficientes para aplicarse a la prevención en este campo. Otros rubros de la salud pública son más apremiantes en muchos países que viven la llamada "transición epidemiológica", pero que ya enfrentan el problema de las adicciones. Es obvio que los programas integrales ahorran gastos. Pero esa no sería razón suficiente si la integración de metas fuera en detrimento de la eficacia

2. *Deben reforzarse las actitudes sociales de rechazo al consumo de drogas y fortalecer la voluntad de la comunidad para actuar en ese sentido.* Este es el principio más importante para los países en desarrollo en los que el problema de las adicciones aún no alcanza niveles muy altos. Si la sociedad entera se pronuncia en actitud y en acciones en contra del consumo, *si se niega explícitamente a aceptar un papel permisivo y negligente* ante las drogas ilegales, el programa preventivo tiene grandes posibilidades de éxito. Suecia, es uno de los países que han logrado una baja progresiva y sostenida del consumo de esas sustancias, expresó lo siguiente en la Asamblea de las Naciones Unidas el 26 de octubre de 1993:

"Todas las medidas preventivas han llevado el mismo mensaje a los jóvenes de ese país: *nosotros no aceptamos ningún uso ilícito de drogas* y nunca aprobaremos la distinción que otros hacen entre drogas 'blandas' y drogas 'fuertes'...

se debe hacer notar, como lo hizo el representante de Suecia en aquella ocasión, que no se trata de un repudio a los consumidores. Ellos son considerados víctimas, personas que necesitan todo el apoyo médico y psicológico que se les pueda proporcionar, lo cual forma parte sobresaliente del programa preventivo de aquella nación.

¿Cómo se puede motivar a la sociedad en general, a las comunidades, a las familias, para que manifiesten su rechazo al consumo de drogas? parece que es un problema de educación en el que los medios de comunicación masiva deben jugar un papel esencial. Los contenidos a divulgar y los procedimientos deben ser establecidos por los expertos de cada país, pues es vital el conocimiento de la cultura y los valores nacionales. Pero la actitud de la sociedad entera de rechazo a las drogas, es un componente básico de la buena estrategia preventiva.

3. *Los programas preventivos deben diseñarse para fortalecer los factores protectores y debilitar los factores de riesgo.* Se ha llegado a un conocimiento suficiente de las circunstancias comunitarias, familiares e individuales que favorecen el inicio en el consumo de drogas entre los jóvenes. Lógicamente, puede esperarse que si las modificamos en un sentido positivo, cada vez serán menos los muchachos que deciden empezar a consumir una droga. Tal expectativa se ha cumplido en la práctica. Algunos expertos de los Estados Unidos de América sostienen que "el descenso en el consumo de marihuana ocurrido en los últimos veinte años en su país, es principalmente el resultado de esta política de debilitación de los

factores de riesgo y fortalecimiento de los que protegen contra el uso de sustancias ilegales.”

93

4. *La educación contra las drogas impartida a los jóvenes debe evitar, hasta donde sea posible el didactismo, pero ha de fomentar el método interactivo.* No vamos a repetir ahora lo que ya tocamos al hablar de los enfoques preventivos, sólo insistiremos en un punto: lo ideal sería que los maestros de escuela recibieran capacitación para el correcto manejo de las sesiones interactivas con sus alumnos. De lo que ya no hay duda es de que la sola exposición oral sin la participación de los muchachos, no es buen camino para informarlos sobre los efectos de las drogas y sobre los demás asuntos que atañen a su consumo.

5. *Siempre debe incluirse a los padres de familia en las actividades preventivas que se realicen con los jóvenes.* Si cumplimos con este principio estaremos favoreciendo también el acatamiento de los otros que llevamos citados. Es probable que la relación familiar mejore, lo cual representa un factor de protección; y podemos esperar también que los padres, mejor informados y más dispuestos a participar en actividades con sus hijos, aumenten su percepción de la responsabilidad que tienen en el enfrentamiento de este problema que ellos mismos conocieron en sus años juveniles. “Se contribuiría así al reforzamiento de esa tan necesaria actitud de rechazo hacia el consumo de drogas a la que hicimos referencia ya más de una vez.”⁹⁴

6. *Los programas deben considerar acciones a largo plazo, continuadas, sistemáticas y repetidas.* Es necesario dejar de hablar de las “campañas” contra esto o lo otro, que sólo hacen pensar que se trata de esfuerzos que empiezan y terminan en un determinado plazo. El problema que atacamos es crónico, y no hay manera de saber cuánto perdurará, a pesar de nuestras acciones educativas y de salud. Debemos acostumbrarnos a pensar que las estrategias preventivas deben formar parte *permanente* de los programas de gobierno. Y los expertos harán bien en organizarse para influir en los administradores y los políticos para que acepten esta verdad: los resultados positivos sólo se podrán ver en el mediano y el largo plazo, puesto que es asunto de generaciones. Pero lo que no debe hacerse es descuidar la lucha, bajar la guardia o debilitar el empeño. Puede ser, sin embargo, que se obtengan éxitos de investigación científica capaces de modificar en un sentido favorable el curso de esta pandemia que afecta tanto a la vida de los jóvenes. Pero no podemos apostar todo a la ciencia.

7. *Las acciones que se realizan en la comunidad deben tener a la escuela como un componente esencial.* El medio escolar es un factor protector indudable si se aprovecha a fondo el hecho de que en él confluyen los maestros, los alumnos, la familia y la autoridad. Además de las actividades directamente ligadas a la prevención (reuniones interactivas, contenidos curriculares, servicios psicopedagógicos, vigilancia y reglamentación, etc.), se realizan otras de influencia indirecta, como las deportivas y las creativas. Las evaluaciones periódicas de los programas preventivos y sus estrategias, señalan con certeza que la escuela debe ser un polo de concentración de las acciones en las que se hace participar a la comunidad. Este principio es, pues, muy importante. Resalta nuevamente la recomendación de capacitar suficientemente a los maestros y de favorecer el acercamiento de la familia a los planteles escolares. Es fácil comprender que justamente es en estos últimos en donde se

⁹² Departamento de educación de los Estados Unidos. *Creecer libre de drogas, guía de prevención para los padres de familia.*

Departamento de Educación de los Estados Unidos, EUA.. 1998 P.p 10

⁹⁴ *Ibidem.* Pp14

pueden identificar mejor casos de consumo inicial u ocasional, para darles el tratamiento oportuno. Es decir, es en la escuela en donde se puede actuar positivamente sobre los grupos en riesgo, tal como lo vienen señalando los investigadores desde hace algunos años.

8. *Los programas deben identificar a los problemas específicos de cada comunidad para actuar sobre ellos.* Este principio indica que además de las medidas generales hay que considerar otras dirigidas a situaciones que los miembros de cada comunidad señalan como las más riesgosas. Los ciudadanos se percatan de los peligros locales y aceptan con agrado las acciones que se planean para enfrentarlos. No sólo las aceptan, también se muestran partícipes y activos, pero hay que dejarles la iniciativa de manifestar sus propias preocupaciones y proponer las medidas. En no pocas ocasiones se verá que sus propuestas son razonables y armonizan con las estrategias de los expertos.

9. *La divulgación hacia a la comunidad debe incluir, siempre y con énfasis, las normas jurídicas contra el consumo de drogas.* Los especialistas han comprobado que el ciudadano común, más todavía los adolescentes y los jóvenes, tienen un bajo conocimiento de lo que la ley dispone acerca del consumo. Existe una confusión respecto a los términos "legal" o "lícito", "ilegal", "despenalizar", "legalizar", "sanción", etc. La recomendación que se propone, fundada en este principio, no es que se intente una real capacitación jurídica de la ciudadanía, pero sí que se dé a conocer de manera sencilla y comprensible el contenido de las leyes y reglamentos en torno al tráfico y el consumo de sustancias adictivas. La decisión de utilizarlas es, finalmente personal, pero es conveniente y justo que para decidir se cuente con el conocimiento mínimo indispensable, tanto de los efectos de las drogas a corto y a largo plazos, como de la normatividad relacionada con ese acto individual.

10. *Siempre que sea posible, los programas preventivos incluirán acciones específicas para cada etapa del desarrollo.* Este principio nació del conocimiento proporcionado por la psicología social acerca de la inoperancia de los mensajes educativos, cuando no se elaboran específicamente para grupos sociales determinados. Los contenidos de los textos difundidos por cualquier medio, deben ser elaborados por expertos, para que surtan el efecto deseado en cada grupo según las edades de sus integrantes. También existen mensajes que pueden ser leídos o escuchados por la comunidad entera, como cuando se dice "construye tu vida sin drogas", o "di no a las drogas". Pero es importante aceptar por convencimiento la recomendación que se desprende de este principio, aunque ello implique un esfuerzo y un costo económico mayores.

Este asunto de preparar acciones distintas para cada grupo de edad o para cada sector social, no solamente se refiere a los mensajes informativos. Tan importantes como éstos son las demás acciones preventivas. Las debe haber adecuadas para la familia, los jóvenes, la escuela, las instituciones religiosas, los clubes, etc. Lo que el principio resalta es la diversidad de actividades, considerando las diferencias entre los sectores sociales y los grupos.

Quedan con esto citados, aunque no plenamente desarrollados, los principios que deben seguirse al elaborar los programas preventivos del consumo de drogas..

Existe hoy día un frente de acción que promete buenos resultados, no sólo en este campo sino en el de la educación en general. Se ha identificado un factor protector que por mero sentido común fue mencionado hace años por psicólogos y educadores destacados. Hoy se ha comprobado su valor preventivo con base en las investigaciones de evaluación a las que

nos hemos referido. Lo expresamos así: "Si existen fuertes y positivas ligas emocionales en una familia *en la que priva una actitud pro-social* y que a su vez se relaciona con instituciones también pro-sociales, la posibilidad de que alguno de sus integrantes se inicie en el consumo de drogas es muy baja". Entendemos por "pro-social" toda conducta dirigida a proporcionar beneficios a las personas en desventaja social. Prácticamente, la expresión pro-social es sinónimo de altruismo.

Conviene detenernos un poco en este punto. Desde mediados del siglo XX, aún antes de que el consumo de drogas entre los jóvenes se convirtiera en un problema de salud pública, empezó a fraguarse un movimiento a favor de cambios muy significativos en los objetivos y las metas educativas. Nació principalmente del estudio psicopedagógico de las conductas altruistas (bondad, generosidad, cooperación), y de los valores y las motivaciones emocionales que conducen a los seres humanos a comportarse en forma positiva hacia los demás. Por esta vía teórica, pero con fundamentos científicos, que considera reglas morales y principios universales, se llega a la *prescripción de comportamientos*, más que a la prohibición de acciones tenidas por negativas. Tales conductas prescritas promueven el bienestar del hombre y son parte esencial de la educación pro-social. Ésta reconoce que el desarrollo de las tendencias positivas depende de la consolidación progresiva de características individuales tales como los valores propios, las motivaciones, la capacidad empática y la autoestima.

La participación de los niños y los jóvenes en tareas de cooperación y de apoyo a quienes están en desventaja, tiene importantes consecuencias psicológicas. Una de ellas es la mejor capacidad para las relaciones interpersonales y la satisfacción de formar equipo con otros seres humanos interesados en ayudar a quienes sufren. No debe extrañar que todo ello constituya un factor protector frente al uso de sustancias adictivas, como se ha reconocido en años recientes. Aplicados a tareas altruistas que dejan satisfacciones y generan autoestima, los jóvenes difícilmente se embarcarán en comportamientos que representan lo contrario de lo que ellos, con sus familias, realizan en la vida cotidiana.

"No hay mal que por bien no venga", reza un dicho popular. Como casi todas las expresiones que pretenden descubrir grandes verdades, ésta también es cierta sólo en parte, si la aplicamos al problema de las adicciones que son, efectivamente un mal, un gran mal. Pero para afrontarlo hemos tenido, entre otras cosas, que hacer investigación en diversos campos. Ello ha llevado al descubrimiento de aspectos insospechados de la actividad del cerebro, influencias socioculturales que actúan en el campo de la salud mental, factores psicológicos y farmacológicos de las adicciones, tratamientos eficaces que trascienden a otros campos de la psicopatología y, en fin, nos ha conducido a enfrentar más exitosamente problemas específicos y de fondo de la educación. Si esta plaga moderna nos lleva a un replanteamiento positivo de la educación en el mundo, se estará cumpliendo en parte la sentencia popular que hemos citado.

Otro producto de los esfuerzos preventivos es el de dar mayor importancia a la psicología escolar, que puede prestar grandes servicios en este campo y en el de la pedagogía general. También se encuentran los resultados a que han llevado los estudios sobre la influencia que la sociedad puede tener para cambiar el curso de fenómenos como el de las adicciones. Ya vimos cómo los programas más exitosos son los que convencen a una sociedad para que no acepte la práctica de consumir sustancias adictivas. Si entre todas las estrategias preventivas, sin duda una las más viables es ésta: ***Una sociedad no permisiva, una***

comunidad que no tolera el consumo de drogas ilegales, es una barrera moral de la mayor efectividad. la estrategia no debe confundirse con el repudio hacia quienes sufren la adicción. Se trata de seres humanos que tienen derecho a esperar apoyo, tratamiento adecuado y una actitud humanitaria que les permita su reinserción a la vida social y familiar.

Se entiende que los programas preventivos que involucran a la comunidad *bajo la premisa de la no permisividad*, se dirigen a las organizaciones cívicas, religiosas y gubernamentales, para crear y fortalecer las normas, reforzar las acciones preventivas de los medios de comunicación y establecer cada vez más espacios sin drogas.

4.2 Esquema de Niveles de prevención.

El siguiente cuadro nos facilitará la comprensión de los niveles mencionados anteriormente.

<u>Tiempo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Terminología</u>
Antes del consumo	<ul style="list-style-type: none">- Educación- Información- Alternativas del desarrollo personal o social.- Formación de grupos de orientación,	Prevención Primaria
En el principio del consumo	<ul style="list-style-type: none">- Intervención en el momento de crisis- Diagnóstico precoz- Recurso de urgencia- Orientación en la crisis.	Prevención Secundaria
Después del consumo	<ul style="list-style-type: none">- Tratamiento- Desintoxicación- Internación en establecimiento de salud.	Prevención Terciaria

CAPITULO V

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CUANTO AL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA Y LA PREVENCIÓN DENTRO DE LAS FAMILIAS.

La farmacodependencia tiene toda una historia, y es en la década de los 60 que se le considera como una enfermedad y va tomando una posición cada vez mas grave como un problema de salud publica debido a su manifestación y extensión a toda la sociedad. Debemos tener en cuenta que para abordar efectivamente la farmacodependencia es pertinente un abordaje desde la educación para la salud.

Así tenemos que las medidas relacionadas con la educación para la salud quedan incluidas principalmente dentro de los niveles de prevención primaria.

Como ya se ha mencionado, es en la adolescencia donde se presenta con mayor frecuencia el consumo de drogas, donde es básicamente experimental y/u ocasional, buscando el joven solucionar su problemática de identidad y autonomía que le permita relacionarse y enfrentarse a la etapa adulta.

La farmacodependencia no se origina ni se manifiesta en problemas individuales o desorganización familiar, estos fenómenos no tienen lugar en si, sino que como examinamos en la teoría ecológica están en función del ambiente humano, del conjunto de relaciones sociales que son las que permiten el surgimiento de situaciones individuales y de familia determinadas por el problema de la farmacodependencia.

La familia es el ambiente básico en que se puede desarrollar una acción preventiva eficiente, frente al consumo de drogas respecto de los hijos. El Trabajador Social tiene que analizar la importancia de la unidad familiar como grupo natural donde se aprende a amar respetar, aceptarse a si mismo y dar a los demás lo que se aprende. La familia es el núcleo social donde se forman nuestros jóvenes.

Es el grupo humano donde se transmiten los valores, sociales, etc., por medio del ejemplo. Pero hay una realidad y esta es que no todas las familias son ejemplares ni modelos dignos, y que en estos existen tabús y mitos que pueden derivar en una patología donde se observan extremos de rechazo, dependencia, sobreprotección, irresponsabilidad, familias que tienden a señalar lo negativo o poner énfasis y no en lo positivo de sus miembros, como los mensajes ambivalentes sin establecimiento de límites, poca comunicación adecuada y donde no se

desempeñan los roles familiares adecuadamente por lo que se requiere la intervención del Trabajador Social.

Para poder detectar esto, el Trabajador Social debe de llevar a cabo acciones que contemplen "el actuar antes" de y no limitarse a abordar el problema bajo sus efectos o consecuencias, que es donde más costoso y difícil resulta enfrentarlo. Para esto el Trabajador Social a través de el conocimiento de esta problemática y su incidencia social en la salud advierte la necesidad de integrar y hacer la referencia a toda una serie de conceptos relacionados con la problemática de la farmacodependencia.

El Trabajador Social dentro de la prevención de la farmacodependencia y en conjunto con un equipo interdisciplinario se encuentra determinado por su carácter de intermediario, ya que se interviene en la articulación entre el problema manifestado y la solución, para ello, necesitando una estrategia teórica metodológica que le permita conceptualizar el problema e intervenir en él.

Para poder dar una propuesta de intervención es necesario tener en cuenta que el joven o el adolescente sea concebido bajo la teoría general de sistemas ecológicos (teoría ecológica) como un ente capaz de adaptación e influir en su entorno social.⁹⁵ De acuerdo a los autores Germain y Gitterman 1980,⁹⁶ esta teoría ofrece un enfoque al Trabajo Social sustentado en el principio de que la gente depende de los sistemas de su entorno social inmediato, estos sistemas son informales o naturales, sistemas formales y los socializados, en el Trabajo Social se intenta detectar cuales son los elementos de las interacciones entre las personas y su entorno que causa problemas, pues es muy importante tener en cuenta que el problema puede que no este en las personas ni en el entorno sino en la interacción entre ellos.

Ante lo anterior podemos decir que el Trabajador Social tiene que proporcionar al adolescente y a su entorno social a través de un programa, los elementos que le auxilien a conocerse a si mismo, nuevas habilidades de comunicación que le lleven a una adecuada relación con los sujetos y grupos que le rodean para que le eviten caer en el consumo de drogas y la dependencia de estas, dicho en otras palabras informar, orientar y capacitar.

Las acciones que se realizan en la comunidad deben tener a la escuela como un componente esencial pues el medio escolar es un factor protector indudable si se aprovecha a fondo el hecho de que en él confluyen los maestros, los alumnos, la familia y la autoridad. Además de las actividades directamente ligadas a la prevención (reuniones interactivas, contenidos curriculares, servicios psicopedagógicos, vigilancia y reglamentación, etc.), se realizan otras de influencia indirecta, como las deportivas y las creativas. Es decir, es en la escuela en donde se puede actuar positivamente sobre los grupos en riesgo, en definitiva el como de las acciones se realizara por medio de las escuelas y por medio personas para que multipliquen el programa preventivo.

Reiterando, el lugar central para prevenir cualquier adicción, es la familia. Pero hay circunstancias en las que ésta necesita la colaboración de docentes y otros padres para poder cumplir su misión. Por tres razones fundamentales:

⁹⁵ Teorías contemporáneas del Trabajo Social, Una introducción Crítica Malcolm Payne Paidós España. 1991.P.p 185

⁹⁶ Ibidem pp185, 186

1) con mucha frecuencia los padres ven muy poco a sus hijos, sobre todo si trabajan y regresan a casa muy tarde o están absorbidos por otras preocupaciones que les dejan muy poco margen para comunicarse con sus hijos.

2) Además del tiempo real compartido, está la formación que pueden o no brindar.

3) Muy poco se habla del consumo irracional de drogas por parte de los padres. Si las adicciones se propagan en todas las franjas etáreas ¿qué autoridad pueden acreditar los padres consumidores ante sus hijos?

La manera de intervención en el sector escolar es por medio de la formación de una **“Escuela de padres”** que capacite en las problemáticas que afectan a los jóvenes y a la misma familia, sobre el consumo de drogas, y en la escuela es el ámbito necesario e insustituible, por naturaleza y por misión, para ofrecer estos medios. Esta tendrá que estar constituida por **un equipo promotor en la prevención de las adicciones conformado por padres, docentes y alumnos de la institución, y por supuesto un equipo multidisciplinario de profesionistas de la salud.** El manejo de la prevención en la farmacodependencia con los adolescentes estará regido desde la prevención primaria, que como se maneja en el cuadro se tienen:

ATENCIÓN PRIMARIA:

Antes del consumo

- Educación
- Información
- Alternativas del desarrollo personal o social.
- Formación de grupos de orientación.

El trabajo en escuelas exige un compromiso por parte de todos los integrantes, de los alumnos, de sus padres, del personal docente y de misma comunidad puesto que es necesario responder a las necesidades e inquietudes de los grupos respecto a situaciones que los pueden inducir al consumo y abuso de drogas.

Lo que facilita la labor preventiva, lo da el abordaje a la población desde Estructuras de Contención, bajo esta línea queda claro que alumnos, padres y profesores requieren de diferente abordaje y manejo tanto de la información como del grupo en sí.

Antes de abocarse a lo que implica el abordaje a cada sector poblacional, algunas premisas generales, indispensables para el trabajo informativo en una sesión. El facilitador deberá:

- a) Conocer generalidades sociales, culturales y psicológicas de la población comprendida en la zona de influencia de la comunidad, en especial la de alto riesgo y riesgo.
- b) Ir integrando durante la instrumentación del proyecto los conocimientos adquiridos con las experiencias que el trabajo va aportando.

- c) El contenido debe ser un medio de comunicación que informa y transforma, lo que requiere de la existencia de un código y un campo de experiencias comunes, tanto entre el equipo multidisciplinario y el público, lo que significa en primera instancia, conocer y manejar la misma terminología y en segunda, resignificarlos para explicarlos y ajustarlos a cada grupo, según edad, ocupación, cultura e ideología (de acuerdo con el generalidades sociales, culturales y psicológicas de la población comprendida en la zona de influencia de la comunidad, y al grupo mismo).

Dadas las características del problema de la farmacodependencia es de suma importancia el reforzar los siguientes campos de acción: grupos etéreos: niños, adolescentes y adultos, escenarios: escuela, familia y comunidad, Así como los factores de Autoestima, Asertividad, Apego Escolar, Afrontamiento de Estrés y Habilidades Sociales para implementarse en los proyectos preventivos.

En el nivel de información se tiene que sensibilizar a la población sobre factores de riesgo y protección en general, teniendo en las escuelas la particularidad de enfatizar Apego Escolar, a partir de técnicas interactivas, cuentos, dramatizaciones, preguntas y respuestas, sobre la percepción del uso de drogas, intereses, resolución de conflictos, etcétera.

Apego Escolar, Autoestima y Asertividad, son en extremo relevantes, pues considerando la etapa de desarrollo que niños y adolescentes atraviesan, por lo que en el trabajo se tienen que intencionar técnicas que permiten detectar el cómo se perciben, cómo los perciben los demás y cómo se relacionan o cómo resuelven conflictos. Afrontamiento del Estrés y Asertividad deben trabajarse en jóvenes y por la influencia de los hermanos mayores y el grupo de pares que resulta más significativa que la de los padres.

En el trabajo se tienen que utilizar técnicas de relajación, ejercicios de toma de decisiones y solución de problemas, con la intención de apoyar a niños y adolescentes.

Así Autoestima, Asertividad, Habilidades Sociales, Afrontamiento del Estrés y Apego Escolar deben fortalecerse dado que constituyen una de las principales estructuras de contención. El trabajo se tiene que realizar con técnicas vivenciales, dramatizaciones, resolución de problemas por medio de ejemplificaciones, para desarrollar las habilidades de los padres con objeto de apoyar y fortalecer los factores protectores en sus hijos, por lo cual estos factores deben incorporarse para la orientación a la Familia en su Conjunto, para promover la comunicación, negociación y reflexión intergeneracional a través de juegos intergrupales, intercambio de papeles en la familia entre otros.

En suma, es muy importante que se trabaje en los factores de riesgo donde el Trabajador Social tiene que habilitar a personas para que multipliquen el programa preventivo y reproducir programas específicos en su entorno comunitario dado que organicen o vinculen redes sociales para la prevención de las adicciones. Esto se tiene que lograr por medio del adiestramiento y capacitación en conocimientos básicos sobre adicciones, de acercamiento a la comunidad, de planeación de programas, proyección de actividades comunitarias y su seguimiento y evaluación.

Como una conclusión de lo anterior tenemos que a toda entidad educativa le cabe la grave responsabilidad de ofrecer a los alumnos y sus padres los recursos necesarios para responder adecuadamente al desafío de las adicciones. Sin embargo, en muchas escuelas no se realiza ninguna acción preventiva. Ante el grado de difusión que está adquiriendo el

consumo de drogas dejar de encarar al menos campañas de información, implica la negación de la realidad y de algún modo, por omisión, favorecer el consumo.

Algunos quedan satisfechos con las charlas informativas. Es un primer paso, pero insuficiente. Estas acciones aisladas no generan una política institucional que promueva la prevención y abarque a todos los alumnos de los diferentes cursos con sus respectivos padres. A esto se suma que la mayoría de los docentes no cuentan con la capacitación suficiente que les permita responder a este nuevo desafío. Esto podría solucionarse si se optara por *constituir*. Y esto es francamente posible. Mucho más en aquellos colegios que han adoptado el sistema tutorial o cuentan con una activa asociación de padres.

A muchos padres y educadores el problema de las adicciones les genera miedo y parálisis. Porque además de la falta de capacitación de padres y docentes en temas que forman parte de los verdaderos desafíos del mundo actual, Pero todavía en las escuelas no se ha logrado implantar con éxito planes de prevención de adicciones que superen la mera información y el miedo como mensaje. La escuela, pública o privada, forma en lo científico-técnico pero más allá de los discursos, se relega o desaparece la formación en la comunicación, clave para la prevención en el consumo de drogas.

CONCLUSIONES.

El consumo de las Drogas ha sido una práctica usual a través de la historia de la humanidad pasando desde lo mágico, a lo medico. En México se inició esta práctica con los pueblos prehispánicos para buscar efectos placenteros y eufóricos, con el pasar del tiempo en el México contemporáneo se inicia como un mal social influenciado por los "hippies" y en las últimas tres décadas, esta práctica se ha extendido a grandes sectores de la población particularmente juvenil.

La drogadicción es un grave problema social y siguiendo el enfoque de la Organización Mundial de la Salud se señalan tres aspectos interrelacionados para la explicación de la Toxiconomia los cuales son, la droga, el medio ambiente y la personalidad.

En este sentido se tiene claro que los problemas psicosociales están relacionados a los aspectos de tipo sociocultural , económico y geográfico y que influyen de manera determinante para la salud.

Es la familia el sistema central donde se dan las más relevantes identificaciones del hombre y se incorpora los más importantes valores y objetivos. De esta manera se tiene claro que la familia gesta y fundamenta el desarrollo de cada individuo al interior de la propia institución familiar así como en su comunidad.

En este sentido es importante señalar que dentro de la familia los modelos a seguir van cambiando de acuerdo a la edad que tengan los integrantes, ante lo cual los hermanos mayores tienen una gran influencia, ya que su conducta afecta la de los hermanos menores por la imitación, recordemos que en la familia todas las acciones que se realicen influyen en los demás

Los factores de riesgo que están presentes en el consumo de drogas se encuentran en la sociedad, en la familia y en el individuo, y aumenta la probabilidad de que la farmacodependencia ocurra en el desarrollo de la persona, específicamente durante la adolescencia, donde este busca su identidad, su lucha por la propia independencia, se busca ser aceptado por los compañeros y se experimentan rápidos cambios físicos, sociales y emocionales.

En el fenómeno de la farmacodependencia se presentan diferentes factores de riesgo que predisponen al consumo de drogas y estos son clasificados en factores de tipo individual, familiar y social. Conjuntamente con lo anterior la teoría general de sistemas ecológicos aborda la interacción dinámica entre el individuo en desarrollo y el ambiente, es decir, el

individuo se encuentra en un permanente proceso de adquisición y confrontamiento con el ambiente que le rodea.

Con todo lo anterior entendemos que existen situaciones y condiciones que protegen a la familia contra el consumo de drogas, donde se incrementan la resistencia y disminuyen el riesgo de uso y atenúan como los factores que pueden desencadenar una adicción.

Los factores de protección al contrario que los de riesgo, reducen la probabilidad de uso y abuso de drogas o la transición en el nivel de las mismas, facilitan promociones de estilos de vida saludables.

Para el tratamiento de la farmacodependencia existen distintos niveles de prevención mismos que se clasifican en , Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. Estos niveles podemos comprenderlos y relacionarlos con la farmacodependencia en: Antes del consumo, es decir en Prevención Primaria, en el principio del consumo ,que sería la Prevención Secundaria y después del consumo la Prevención Terciaria.

Por otra parte, en la comparación de las series estadísticas tenemos como principales resultados que la marihuana es la droga mas consumida, es la principal droga de inicio, la edad de los consumidores es entre 13 a 16 años y su nivel de escolaridad se sitúa en secundaria. Por otra parte el grupo de edad y género de mayor consumo es el de los varones con una edad de 18 a 34 años, dato que hace reflexionar ante la edad mas productiva del ser humano y de la fuerza económica del país

En este orden de ideas el Trabajador Social debe cumplir entre sus funciones la tareas de información y asesoría dentro del equipo interdisciplinario, por lo cual se hace necesario que cuente con conocimientos apropiados, de esta manera la propuesta de intervención del Trabajador Social es de analizar la importancia de la unidad familiar, para lo cual debe de llevar a cabo acciones que contemplen el actuar antes de que se presente el problema adictivo para lo cual es necesario que se maneje la teoría general de sistemas ecológicos, (teoría ecológica) sustentado por el principio de que la gente depende de los sistemas de su entorno social inmediato, el Trabajo Social intenta detectar cuales son los elementos de las interacciones entre las personas y su entorno que causan los problemas.

Con base en lo anterior el Trabajador Social tiene que proporcionar al adolescente, a través de un programa, los elementos que le auxilien a conocerse a sí mismo como nuevas habilidades de comunicación que le lleven a la adecuada relación con los sujetos y grupos y las acciones que se realicen en la comunidad deben tener a la escuela como un componente esencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ammon, Suissa. **"Rituels sauvages"** Rituales Salvajes. McGraw Hill México 1990.
2. Anne Wilson, Schaefer. **Cuando la sociedad se convierte en adicta**. Grijalbo, México 1987.
3. Arendt Estrada, Lauro **El Ciclo Vital de la Familia**. Grijalbo, México 1998.
4. Arendt Hanna. **La condición del hombre moderno**. Editorial. McGraw Hill 1961
5. Asociación Psiquiátrica Americana., **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV**. Cuarta edición. Director de la edición española: Juan J. López-Ibor Aliño. Ed. Masson. Barcelona, 1996.
6. Asun, Domingo (compilador). **"Drogas, juventud y exclusión social"** editorial universidad Diego Portales. Santiago. 1991.
7. **Atención Curativa Secretaría de Salud y C.I.J.**, México, 1998.
8. Auleo, a.j. **Ideología, grupo y familia**. Editorial. Tiempo contemporáneo, Buenos Aires. 1988.
9. Becerra, Rosa Maria, **"Trabajo social en drogadicción"**. Editorial lumen Humanitas. Tercera edición. Buenos aires. 1999.
10. Brito, Azenito. **"El desafío de las drogas"**. Editorial sudamericana. Buenos aires. 1989.
11. Bronfenbrenner, **The ecology of human development**. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).
12. Burner, Jonth. **Pobreza e infancia**, Paidós Educador, Buenos Aires, 1987.
13. Centros de Integración Juvenil, **Opinión pública y farmacodependencia**, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México, 1994.
14. Centros de Integración Juvenil, **Opinión pública y farmacodependencia**, C.I.J., Cuaderno Temático, Serie Investigación, vol. 4, México, 1994.
15. Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999). **"Estudio epidemiológico de la farmacodependencia con pacientes de nuevo ingreso a tratamiento en 1999, Reporte Ejecutivo"**. C.I.J. Informe interno.
16. Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (2001). **"Estudio epidemiológico de la farmacodependencia con pacientes de nuevo ingreso a tratamiento en 1995, Reporte Ejecutivo"**. C.I.J. Informe interno.
17. Centros de Integración Juvenil. **Características sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997**. Informe de Investigación 98-12, México, 1998.
18. Centros de Integración Juvenil-Consejo Nacional contra las Adicciones, **Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa**, Secretaría de Salud y C.I.J., México, 1998.

19. Centros de Integración Juvenil-Consejo Nacional contra las Adicciones, **Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa**, Secretaría de Salud y C.I.J., México, 1998.
20. Cervera, S. **Un signo de nuestro tiempo: Las drogas**. Ed. del Magisterio Español, Madrid, 1995.
21. Charro Baena b. y Martínez Díaz m.p. **Dinámica personal y familiar de los Toxicómanos**. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. 1995.
22. Chevaili Arroyo **Deficiencias en la función organizadora de la pareja en la patología del aparato mental y del mundo interno**. Trabajo presentado en el xviii congreso nacional de psicoanálisis, asociación mexicana 1995.
23. Chevaili Arroyo **Factores familiares y sociales que intervienen en la fármacodependencia**. Editorial visión genera 1992.
24. Chevaili Arroyo **¿Es incurable el inhalador?** Editorial trillas 1995.
25. CIJ Informa Publicación de Centros de Integración Juvenil **Alcoholismo Adicción Permitida**. Año 8, N° 26. Octubre - Diciembre 2002.
26. Conace. **"Estudio nacional del consumo de alcohol, tabaco y drogas en la población escolar de México"**.1998.
27. CONADIC. **Cuadernos Estadísticos**. 1998.
28. Cormier, **Toxicomanías y estilos de Vida**. 1984.
29. Criado, Patricio y Cardemil, Patricia. **"Drogas: un juego mortal"** ediciones de extensión de la asociación de guías y scouts de México. 1993.
30. Daniel Stanton, **"La farmacodependencia y Adicción**. Edit. Limusa México, 1998.
31. Departamento de educación de los Estados Unidos. **Crecer libre de drogas, guía de prevención para los padres de familia**. Departamento de Educación de los Estados Unidos, EUA. 1998
32. Díaz-Barriga Salgado Lino. **Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos**, Centros de Integración Juvenil A.C. México, 1997.
33. **Ecological system theory en Annals of Chile Development USA**. 1989,PP., APUD. Verónica Martínez Solares, Manual de Prevención del delito, 2002.
34. El alcohol y el tabaco se incluyen como drogas de inicio, aunque debe considerarse la posible existencia de subregistro de estas sustancias. **Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ**, 1998.
35. **Encuesta Nacional de Adicciones**, SSA. 1998
36. **Encuesta SEP IMP**. Encuesta Nacional sobre el uso de drogas ente la comunidad escolar 1976-1986-1991-1997.
37. **Entrevista a E. Tenti Fanfani** Página 12, Buenos Aires, 8 de febrero de 1999 Docente e investigador en diversas universidades y centros de investigación en Colombia, México, Francia y Argentina.

38. **Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ**, 1998.
39. Florenzano, Ramon, Gazmuri Consuelo, Carrasco Eduardo. "**Alcoholismo y farmacodependencia juveniles en Chile**" editorial corporación de promoción universitaria. Santiago. 1992.
40. Frenk, Julio, **Economía y salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México**, Fundación Mexicana para la Salud, México. 1994.
41. García de Horta Raúl **Historia de las Drogas**. Edit. Trillas, 1998.
42. Garrido Peña Julio. **La droga como figura contemporánea del mal**. Edit. Trillas, 1998.
43. Gregory Bateson, **Pasos hacia una Ecología de la Mente**. Editorial: Paidós, 1999
44. Griffith, Edwards. **Investigación evaluativa, métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción**. Ed. Trillas, México, 1996.
45. Guinsberg, Enrique **Familia y Tele en estructuración del sujeto y su realidad, México**, 1999.
46. Helm, Stierlin. **Qué hay detrás de la puerta de la familia**. Gedisa, 1990.
47. Hopenhayn, Martin (compilador). "**La grieta de las drogas**". Editorial naciones unidas, comisión económica para América latina y el Caribe. Santiago, 1997.
48. Jackson, D. **Interacción familiar**. Editorial tiempo contemporáneo, buenos aires. 1988.
49. Jager J. **Fenomenología en la exploración del Tiempo, Journal of Phenomenological Psychology**, 1997.
50. José Real Gutiérrez, **Teorías contemporáneas del Trabajo Social**. Una introducción Crítica Malcolm Payne Paidós España. 1991.
51. Kaplan, I.H. **Tratado de Psiquiatría**. Salvat Editores. 2ª edición. 1989.
52. Kerlinger, f. **Investigación del comportamiento**. Técnicas y metodología. Editorial Interamericana, México, 1982.
53. Kraft Guillermo. **Sociología y Filosofía**, Ed. Buenos Aires, 1998.
54. Laing, R. **El cuestionamiento de la familia**. Editorial. Paidós, buenos aires. 1992.
55. Leñero, Luis, **La familia Anuis**, México 1996
56. Markez Ernest. **Los agentes sociales ante las drogas** 1998 Edit Dijusa
57. Marquez Morales . **EL alcoholismo en México, negocio y manipulación en nuestro tiempo**. Bernal Sahún, México, 1983.
58. Medina Mora, Maria Elena. "**Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas**". **Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario**. SSA, CONADIC, México 1992.
59. Merton, Robert. **Teoría y estructura sociales**. México, F.C.E., 1970,
60. Ministerio de planificación y cooperación. "**Plan regional de infancia y adolescencia, novena region**" Editorial Universitaria. Santiago. 1994.

61. Moscovici, Sergio , et al., **La influencia social inconsciente**. Ed. Anthropos, Barcelona, 1991.
62. OMS: 1993 "**Principales medidas de Prevención**", en: Vigésimo Octavo Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia.
63. Organización de Mundial de la Salud (OMS), **Clasificaciones de Drogas**.
64. Organización de Mundial de la Salud (OMS), **Fármacos**, 1998.
65. Organización de Mundial de la Salud (OMS), **Clasificación de Drogas y Resultados**. Tomo 13. 1998.
66. Organización Mundial de la Salud, **Evaluación de programas de salud, normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud, Colección OPS/OMS, Serie "Salud para todos", No. 6**, Ginebra, 1991.
67. **Parámetros de salud OMS**, Encuesta Nacional de Adicciones México 2000. (conadic).
68. Peele Dee. **La experiencia del farmacodependiente** Québec, 1982.
69. Polit, D., y B. Hungler, **Investigación científica en ciencias de la salud**, Ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 5a. ed., México, 1997.
70. Ramírez Santiago **La función del "Yo observador" en el proceso analítico**. Asociación Psicoanalítica Mexicana Cuadernos de Psicoanálisis 1998.
71. **Reunión Nacional de Adicciones: Análisis y Líneas de Acción Municipal**, en Órgano Informativo de Centros de Integración Juvenil, A. C., número especial, diciembre de 1996.
72. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales. **¿Qué pasa en la familia?** Editorial facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. México, 1988.
73. **Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México**. Plan Rector Institucional 1998-2000. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1997.
74. Romaní, Oriol. **Antropología de la salud y de la medicina**. La Laguna, Asociación Canaria de Antropología. 1997
75. Salvador Alvarado Garibaldi "**Jóvenes y drogas**", Procuraduría General de la República y Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM. México 1995.
76. Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría. **Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar**, 1991. Reporte estadístico, Comparativo estatal, México, 1991.
77. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. **El consumo de drogas en México**. Diagnóstico, tendencias, acciones. Secretaría de Salud, CONADIC, México, 1999.
78. Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones, 1993. Tomo IV: **Drogas ilegales**. Secretaría de Salud, México, 1994.
79. Wright Mills, **La élite del poder**. Fondo de Cultura Económica, México 1997

Fuentes Internet.

Adicciones.org.mx. Del centro unidos en la prevención de adicciones y de rehabilitación con internamiento. Pagina mexicana.

Alianzaprsindrogas.org. Alianza para un Puerto Rico sin drogas. Catalogo de drogas y formas de prevención.. pagina puerto rriqueña

cedronar.gov.ar. Página Oficial del Gobierno Argentino para la prevención de drogas.

cij.gob.mx. Página dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con f.d Página Mexicana

conace.cl. Página oficial del Consejo Nacional Para El Control De Estupefacientes. Pagina del Gobierno de Chile.

Droganet.net. Pagina dedicada al avance en tratamiento de personas de f.d . Pagina Española.

fad.es. Fundación de ayuda contra la drogadicción. Portal de publicaciones y antidrogas. Pagina española.

ieanet.com. Portal de drogas e información. Dependiente de la Conserjería bienestar social dirección general de drogodependencia. Página española

informajoven.org. Centro de Información y Asesoramiento Juvenil dependiente del Ayuntamiento de Murcia, la que abarca varias temáticas. Página española.

laeducacionloestodo.fad.es. Página anexa del portal FAD.COM para la campaña antidroga. La Educación lo es Todo.

members.tripod.com/~Dr0gAs/consumodedrogas.html, Pagina destinada a las definiciones y relaciones acerca de las diferentes sustancias. Página Mexicana.

prevencionsocial.com.ar Portal en donde aparece la mejor manera de realizar prevención en diferentes ámbitos. Pagina Argentina.

risolidaria.org. Portal español de solidaridad en contra la droga y su consumo y además formas de prevención. Pagina española.

Saludhoy.com. portal de la revista Salud hoy, bienestar y medicina para todos. Página colombiana

teachhealth.com. Página de las bases medicas del estrés, depresión, angustia, insomnio y drogadicción. Página norteamericana.

Using_drog.com. Página dedicada a fortalecer los lazos de prevención dentro de los diferentes contextos familiares. Página Americana.

vivesindrogs.org.ar. Portal en donde se presentan las mejores formas de hacer prevención. Página Argentina.

www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/epidem.htm, Página destinada en todo lo referente a la secretaria de salud, donde se tienen estadísticas e investigaciones. Pagina Mexicana.