

11237

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CLÍNICA LONDRES



"FACTORES PROTECTORES CONTRA EL CONSUMO DE DROGAS Y DE  
RIESGOS EN ADOLESCENTES DEL PLANTEL DE LA ESCUELA PREPARATORIA  
"ERASMO CASTELLANOS QUINTO" DE LA U. A. E. M. EN EL 2005"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRA MEDICA

P R E S E N T A :

DRA. MARY CARMEN FERNANDEZ ORDOÑEZ

ASESOR: DRA. VANESSA CAMPOS LOZADA

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2005



0348164



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**



*Flamand*

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

DR. EUGENIO FLAMAND RODRIGUEZ  
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y DESARROLLO  
CLINICA LONDRES

*Limon Aguilar*

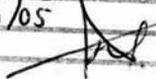
DR. JOSE LUIS LIMON AGUILAR  
JEFE DE ENSEÑANZA  
CLINICA LONDRES

*Campos Lozada*

DRA. VANESSA CAMPOS LOZADA  
TITULAR DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA  
ASESOR DE TESIS

*Mary Carmen Fernandez Ordoñez*

DRA. MARY CARMEN FERNANDEZ ORDOÑEZ  
TITULAR DE TESIS  
ESPECIALIDAD PEDIATRIA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a digitalizar en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Dra. Mary Carmen Fernández Ordóñez  
FECHA: 22/09/05  
FIRMA: 

## AGRADECIMIENTOS

Dios es mi peñasco fuerte, mi roca, mi fortaleza, mi cayado, gracias infinitas siempre.

A mis padres, por su confianza, sus enseñanzas en valores, su amor constante, por enseñarme que el trabajo y la dedicación son siempre la siembra de éxitos, gracias siempre, han sido la luz de mi camino, los amo.

Memo, eres una luz y un sol, siempre permanece en el lado positivo de la vida, eres un ser hermoso e invaluable.

A mis maestros, grandes médicos que siempre nos enseñan el camino con su ejemplo de vida, gracias por toda su ayuda, por su confianza, su apoyo, sus palabras, su tiempo, por su inestimable ayuda en la realización de este trabajo, en la culminación de un sueño, mi especialidad y en mi crecimiento como profesional y como ser humano, los quiero muy especialmente, Dra. Vanessa Campos, Dr. Mas Fabbri, Dr. Flamand.

A mis amigos que de alguna u otra manera contribuyeron a mi enriquecimiento como persona, los quiero siempre, Dr. Ale, Lis, Lili, Richard, Ma. Luisa, Adrián, Nery, Lucecita, están en mi corazón.

A todos y cada uno de los que de alguna manera intervinieron en la culminación de este proyecto, por siempre gracias.

## INDICE

1.- INDICE.....	1
2.- INTRODUCCIÓN.....	2
2.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
4.- JUSTIFICACIONES.....	30
5.- HIPÓTESIS.....	31
6.- OBJETIVOS.....	32
7.- MATERIAL Y METODO.....	33
7.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	33
7.2.- LIMITE DE ESPACIO.....	33
7.3.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	33
7.4.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	34
7.5.- UNIVERSO DE TRABAJO.....	36
7.6.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	37
7.7.- MATERIAL.....	37
7.8.- METODOS.....	37
7.9.- LIMITE DE TIEMPO.....	38
7.10.-DISEÑO ESTADÍSTICO.....	38
8.- IMPLICACIONES ETICAS.....	38
9.- RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	39
10.- CUADROS Y GRAFICAS.....	46
11.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	64
12.- CONCLUSIONES.....	69
13.- SUGERENCIAS.....	71
14.- RESUMEN.....	72
15.- BIBLIOGRAFIA .....	73
16.- ANEXOS.....	77

## INTRODUCCIÓN

Las causas principales de mortalidad, en orden de importancia, entre los adolescentes, son los accidentes de tránsito, los cuales en la mayoría de los casos se encuentran supeditados a encontrarse bajo los influjos del alcohol y las drogas, además otra de las causas de muerte cuyas cifras se han incrementado preocupantemente en los últimos años, son los suicidios de adolescentes y hasta de niños, encontrándose el uso de drogas, en muchas ocasiones entre los antecedentes usuales.

El niño aprende ciertas conductas, el uso de drogas empieza como una conducta de evasión de situaciones, que se modifica al paso de los años para convertirse en una adicción, con implicaciones culturales y conductuales. La probabilidad de que un joven use drogas, se eleva si en su núcleo social hay personas que lo hacen.

Existe una gran preocupación por el incremento del consumo de drogas por parte de los niños y adolescentes, lo cual se refleja en el análisis de las encuestas nacionales de adicciones, por lo que resulta esencial crear una mayor concientización y una cultura de prevención, principalmente en estos grupos y entre la población, con el fin de disminuir el consumo de las mismas, y por ende los daños a la salud que este consumo produce.

El consumo de drogas se ha convertido en un problema global, que incluye problemas políticos entre naciones, es ya una situación sin fronteras, que no respeta condición social. Su consumo está aumentando entre los jóvenes, al mismo tiempo que la edad a la que empiezan a hacerlo va disminuyendo. Por lo anterior, el presente trabajo intenta clarificar los factores que protegen contra el uso de drogas, en un intento de reflexión para prevenir su constante incremento y muertes adjuntas.

## MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### ANTECEDENTES HISTORICOS

Es alarmante la prevalencia nacional de consumidores de drogas entre los 12 y 65 años, reportada, que se cifra en un 5.3% del total de la población que equivale a dos y medio millones de personas referido por la tercera encuesta nacional de adicciones de 1998. Además de que se registran importantes incrementos a nivel nacional tanto como en ciudades específicas de la región norte y centro del país.

El incremento en el consumo de drogas está en aumento como se hace evidente al comparar los resultados de la prevalencia de consumo de las tres encuestas nacionales de adicciones.(1)

Hoy en día son ampliamente reconocidas las graves repercusiones del uso y abuso de drogas, no sólo por el peligro que representan para la salud física y mental de los individuos, sino también por la serie de problemas que se asocian con su consumo, como son los delitos relacionados con la producción, tráfico y comercialización de drogas que afectan de gran manera a la sociedad en general.

El problema de la farmacodependencia no se limita exclusivamente al individuo que lo padece, sino que tiene efectos negativos sobre los ámbitos familiar, académico, laboral y comunitario del usuario. En este sentido es fácil comprender que si un porcentaje importante de la población consume drogas, el problema se agudiza y tiene una incidencia directa sobre la salud, economía y dinámica social de un país, tal como lo observamos hoy en día en el nuestro con los problemas relacionados con las redes de narcotráfico.(2,3)

La sociedad en la que el hombre se mueve, ha creado nuevos ritmos y nuevos tipos de comportamiento, y las respuestas a las diversas formas de estrés pueden ser, según los casos, el alcohol, el tabaco, la droga, la violencia, o el suicidio.(4)

Las causas que dan lugar al consumo del tabaco, el alcohol y las drogas tienen en común el resultado a necesidades del mismo orden: atenuar los efectos de la inadaptación a las propias condiciones de existencia, sustituir la angustia por el placer y la sociabilidad aunque ésta sea ficticia y temporal por el encerrarse en uno mismo y por la ausencia de la comunicación.

Por ello, disponer de mecanismos preventivos para ayudar y brindar herramientas a los adolescentes es de gran importancia, como lo son igualmente las medidas para evitar que los más jóvenes se conviertan en consumidores de drogas.

Las primeras descripciones del uso o de la adicción se deben a Fray Bartolomé de las Casas: "...siempre los hombres con un tizón en las manos y ciertas hierbas para tomar sus sahumeros, que son unas hierbas metidas en una cierta hoja, seca también, a manera de mosquete hecha de papel, de los que hacen los muchachos en la pascua del Espíritu Santo y encendida una parte de él; la otra chupan, o sorben, o reciben con en resuello para adentro aquel humo; con el cual se adormecen las carnes y cuasi emborracha, y así no sienten el cansancio...Españoles conocí que los acertaban a tomar, que siendo reprendidos por ello, diciéndoles que aquello era vicio, respondían que no era de su mano dejarlos de tomar; no sé que sabor o provecho hallaban en ello." A partir de entonces su cultivo empezó a crecer de manera espectacular, llegando a ser una de las principales fuentes de ingresos para algunos países.

Por otra parte el uso de cannabis se ha registrado por miles de años especialmente en los países orientales como China e India, se ha comprobado que la conocían los griegos, así como las naciones árabes, se estima que cerca de 200 a 300 millones de personas usan cannabis en alguna forma, es una de las drogas más antiguas que alteran la mente, su origen probablemente sea en la cuenca del Eufrates y Tigris en Asia central. Las flores y las pequeñas plantas de la cannabis sativa suministran la mayor parte de la droga. La marihuana es una mezcla de materiales vegetales picados que se asemejan a hierba podada. La extracción de la resina a partir de la planta proporciona un producto más potente: el hashish.

La cocaína se ha utilizado al menos durante 1200 años en la costumbre de mascar hojas de coca, por los nativos de los Andes de Sudamérica. La coca fue importada por primera vez a Europa desde el hemisferio occidental en 1580, se aisló como sustancia activa en 1860, descubriéndose sus propiedades anestésicas durante 1870 y 1880, usándose por primera vez como anestésico local para la cirugía ocular.

Las anfetaminas fueron sintetizadas a finales del decenio de 1920 y se introdujeron en la práctica médica en 1936, la dextranfetamina es el principal miembro de la clase, existiendo otros derivados de las anfetaminas, como son fenmetracina, metilfenidato, metanfetamina. Un alcaloide natural la catinona se encuentra en las hojas y tallos de la *Catha edulis* o Khat, masticar las hojas de esta planta produce efectos indistinguibles de los producidos por las anfetaminas. Durante el decenio de 1960, la metanfetamina se convirtió en el medicamento preferido, debido a que fue el más fácil de sintetizar de manera ilícita y la inyección intravenosa fue la vía de administración preferida.

El uso del producto de la amapola, el opio, junto con los opioides, así como los alucinógenos tenían previamente un uso restringido a los chamanes y patriarcas de grupos, para aspectos rituales, místicos, religiosos o de integración en las costumbres de un pueblo, sin embargo su uso actualmente dista mucho de eso.

Históricamente, en cuanto a las drogas de diseño, la primera droga que fue sintetizada en un laboratorio, fue la heroína (diacetilmorfina) fármaco sintetizado y registrado con ese nombre en 1898.(5,6,7)

## EPIDEMIOLOGIA

Dentro del estudio de la prevalencia en la población estudiantil, las encuestas revelan que en la mayor parte de los países, incluyendo México, el hábito se inicia a edades tempranas; así para 1991, se reportó que entre los estudiantes de 10 a 14, un 42% comenzó a usar drogas, mientras que el 46% lo hizo entre los 15 a 19 años.

Un punto importante de abordaje es la variabilidad a través del tiempo que se ha llevado a cabo en cuanto al tipo de drogas consumidas por los jóvenes, pues según las encuestas nacionales, en 1976, los inhalables ocupaban el primer lugar, seguidos por la marihuana y en tercer lugar los alucinógenos, encontrándose en cuarto y quinto lugar la cocaína y la heroína respectivamente. Posteriormente en la encuesta realizada en 1986, se encontró que la marihuana ocupaba entonces el primer lugar, seguida de los inhalables y la cocaína pasó a ocupar el tercer lugar, quedando los alucinógenos y la heroína en cuarto y quinto lugares respectivamente. Y en la encuesta realizada en 1991 continuaba esta última tendencia. Sin embargo para la encuesta realizada en 1997 revela que la marihuana se encontraba en el primer lugar de consumo seguida de la cocaína y los inhalables en segundo lugar, siendo muy importante el incremento en los últimos años en el uso de cocaína y las nuevas drogas de diseño, drogas duras que han venido a sustituir a otro tipo de drogas.(8,9,10)

En 1991 un sondeo a nivel nacional reportó que más de la tercera parte de los estudiantes que reportó el uso de cocaína, crack y heroína, dijo haberla consumido por primera vez, siendo el lugar con mayor incidencia Baja California, un porcentaje importante correspondía a Sinaloa, Jalisco y la Ciudad de México.

En 1995, 8397 personas solicitaron ayuda a los centros de integración juvenil, en donde la marihuana fue la droga de uso actual más frecuente con un total de 72% de los casos, seguida de los inhalables con 47%, la cocaína con 32%, los depresores con 26%, 4.4% con heroína y metanfetaminas con 2.7%.

Aunque si bien es cierto que la extensión y la forma de uso de drogas están asociadas con factores ambientales tales como la disponibilidad de las sustancias, es impactante el hallazgo del cambio en tipo de consumo encontrado en los últimos datos del sistema de

reporte de información de drogas de 1996, en donde se observa un incremento del consumo "alguna vez en la vida" para la cocaína, los opiáceos y los sedantes en adolescentes y jóvenes de la zona metropolitana del Distrito Federal.

Por otra parte, en la encuesta de la frontera norte realizada en 1993, en cuatro de las principales ciudades de la zona, los resultados mostraron que el consumo de cualquier droga "alguna vez en la vida" fue del 5.3% que son 200,000 individuos, de los cuales el 84.2% fueron hombres, asimismo se observa que el 11.4% de los usuarios eran adolescentes. Y tan sólo en Tijuana se reporta el índice más alto de consumo de la zona noroeste que es de 10.1%.

Por las alarmantes cifras obtenidas recientemente, el problema de las adicciones ha sido considerado por la Secretaría de Salud como un problema prioritario de salud pública, ya que en 1997, en cuanto a la utilización de drogas, según los datos obtenidos por el sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, más de tres quintas partes de la población que ha consumido drogas (63.9%) refiere haber iniciado el consumo entre los 10 y 14 años de edad, siendo la mayoría de los consumidores de drogas del género masculino (91.6%). Refiriendo la dirección general de epidemiología en ese mismo año, predilección por drogas ilícitas con 39.5% por la mariguana, 27.5% con inhalables y 10.2% con cocaína.

El consumo de drogas evidentemente va en aumento, mientras en 1993 la prevalencia de uso de "alguna vez en la vida" fue de 3.9%, lo que representaba 1,600,000 habitantes, en 1998 alcanza en 5.3% de la población, lo que equivale a 2 millones y medio de personas, siendo que en las tres regiones en que se dividió al país para la realización de las encuestas nacionales se observa la misma tendencia, pero llama la atención que la región centro, donde se ubica la ciudad de México, alcanza niveles similares a la región norte, ambas por arriba del promedio nacional.

Además se registran importantes incrementos tanto a nivel nacional como en ciudades seleccionadas, tanto en la proporción de usuarios experimentales o sea los que probaron drogas alguna vez en la vida, como en los que consumieron drogas durante el último año y el mes previo a la encuesta, considerando éste el uso actual. Particularmente en la ciudad de México, el consumo de "alguna vez" que era en 1993 de 3.98% se incrementó hasta 7.28% en 1998, el consumo en el último año era de 0.86% y se incrementó a 1.4%, así como el consumo en el último mes de 0.49% a 0.95% en los mismos años.

Un punto importante a considerar es la prevalencia del consumo por género, se pueden observar incrementos entre 1993 y 1998 principalmente a expensas del género masculino, siendo en la última encuesta por cada 13 hombres que han consumido alguna droga lo ha hecho una mujer.(11,12,13-18)

A partir de la primera encuesta a nivel nacional, han sido varias las encuestas realizadas sobre el consumo de drogas en la población estudiantil y en diferentes niveles de educación, la más reciente de cobertura nacional, fue la encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, cuyo universo de estudio estaba conformado por estudiantes de enseñanza media y media superior, y permitió conocer que el 29.4% de los estudiantes había consumido drogas, alguna vez en su vida y que los hombres la han probado en 38.1% y las mujeres en el 20.2% y la edad en la que refirieron haberlas probado por primera vez fue entre los 11 y los 14 años.

Por otra parte, es alarmante el incremento de consumidores de drogas en relación a las drogas duras, de acuerdo al sistema de reporte de información de drogas (SRID) en 1986, solamente el 1.6% de todos los usuarios de drogas detectados en la ciudad de México consumieron cocaína, comparado con el 31% de los usuarios de 1995, este es el incremento más alto que se haya dado en todas las drogas. También es importante notar que los patrones de uso de cocaína están cambiando en el país, con anterioridad ésta era una droga preferida por los sectores privilegiados de la sociedad, sin embargo, los datos del SRID de 1995 indicaron que uno de cada dos consumidores de esa sustancia (46.2%) era de nivel socioeconómico bajo.

Asimismo los centros de integración juvenil reportaron un incremento considerable en el número de pacientes que usaron cocaína, el cual varió de 12.2% en 1990 a 32.4% en 1995. Los centros localizados en las ciudades fronterizas fueron los que reportaron más altos porcentajes: 72% en Mexicali, 66% en Tijuana y 60% en Ciudad Juárez.

La cocaína se ha convertido recientemente en una protagonista del escenario epidemiológico de nuestro país, la ENA de 1993 señala que el 0.5% de la población había usado cocaína "alguna vez en la vida", siendo esta droga ilícita la más consumida por adultos después de la marihuana, siendo que en 1988 su consumo era de 0.17%.

Las encuestas nacionales realizadas entre la población estudiantil muestran un notable incremento en el uso de esta droga, pasando de 0.5% en 1976 a 0.83% en 1991. En la ciudad de México se presentó un incremento entre 1986 y 1989 de 0.9% a 1.3% y para 1993 de 1.7%. Siendo en la capital del país y en los estados de Baja California (1.9%), Jalisco (1.4%), Sonora (1.6%) y Sinaloa (1.4%) el porcentaje de uso superior a la media nacional.

Por otra parte, es preocupante que un estudio realizado entre estudiantes de secundaria y preparatoria de la ciudad de México indicó que en esta población la percepción de riesgo asociada al uso regular de cocaína disminuyó el 9% entre 1989 y 1991. Asimismo el consumo de crack es todavía muy bajo, con una media nacional de 0.2%, sin embargo Baja California es el único lugar en donde la tasa es significativamente más alta (0.6%). El 16% de los usuarios entrevistados reportaron haber usado este tipo de cocaína. Los lugares

donde la droga fue consumida por primera vez fueron Baja California (6.5%), Ciudad de México(5.2%) y el Estado de México (5.9%).

Otro punto importante a considerar es el consumo de metanfetaminas que es un fenómeno reciente en México, por ello no se dispone de indicadores de prevalencia a nivel nacional, sin embargo el reporte de su utilización entre los estudiantes es menor a 1% y los porcentajes más altos ocurren en los estados fronterizos, el SRID ha comenzado a reportar el abuso de un derivado de las metanfetaminas el “éxtasis”.

La fuente de información más importante en 1995 fueron los CIJ, donde esta sustancia aparece ya en el grupo de las seis más usadas en 1994. De entonces hasta el 2002 el centro de Tijuana reporta 86% de los casos de todos los CIJ del país, seguido por los CIJ de Mexicali con 7%, Culiacán con 4% y Toluca con 3.6%, durante 1994 no hubo registros de uso de metanfetaminas en el 62% de los centros, mientras que en un 29% de ellos las proporciones de uso fueron inferiores al 2%, para 1995 esta organización informó de un incremento del 50% en el consumo de metanfetaminas en toda la república.

En relación al uso ilícito de medicamentos psicotrópicos, especialmente los sedantes, la ENA de 1993 mostró que el 15.4% de la población entrevistada los ha usado “alguna vez en la vida” y 1.8% durante el mes previo a la encuesta, reportándose, particularmente dos veces más en mujeres que en hombres.

El uso de inhalables mostró un ligero descenso en todo el país en el período de 1988 a 1993, los resultados de la ENA de 1988 indican que la incidencia en la región noroeste fue de 1.14%, disminuyendo a 0.70% en 1993. En la región central bajó de 1.03% a 0.40%, y en la Ciudad de México de 1.01 a 0.60%, cabe mencionar que en la región noreste la cual tuvo el menor número de usuarios en 1988, el porcentaje ascendió 0.58%, pasando de 0.27 a 0.85% durante este período. Ciudad Juárez fue el lugar donde el consumo fue mayor.

El SRID refleja una clara tendencia ascendente en el uso del flunitrazepam( Rohypnol), el cual se incrementó de 15 casos en 1988 a 54 sólo en el segundo semestre de 1995. Como respuesta a esta situación, en 1996 se realizó un estudio exploratorio sobre aspectos cualitativos del uso del flunitrazepam en grupos de usuarios de la Ciudad de México. Los resultados destacan el uso de altas dosis (68%), frecuente asociación de problemas familiares (89%) y la tendencia a la agresión (61%).

Otras drogas con efectos estimulantes como la amfepramona, la pseudoefedrina, la fenfluramina, el fenproporex y la efedrina, presentan mayores índices de consumo en las ciudades fronterizas del norte del país.

De ahí la preocupación en cuanto a las tendencias futuras del consumo de drogas ilícitas en la república, por el incremento de uso de cocaína y de drogas sintéticas, reportado recientemente por varios de los sistemas de monitoreo del país, así como por las tendencias internacionales en la actual globalización, por lo que su tendencia al incremento debe ser monitorizada estrechamente.

Sin embargo no debe dejarse de lado la marihuana que se considera la droga ilegal de mayor uso en la población, con una prevalencia del 3.3% (más de 1,400,000 personas) de uso "alguna vez en la vida", entre 1988 y 1993 el consumo de esta droga ascendió un 0.4% a nivel nacional, estas cifras coinciden con la información recolectada por el sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, que indica que la mayoría de los casos reportados acuden por el consumo de marihuana, también es importante recalcar que se considera la droga de uso inicial, y sin embargo la percepción de riesgo asociada al consumo regular de la marihuana disminuyó entre estudiantes de secundaria y preparatoria de la ciudad de México de 65.5% a 56.2% en un período de cuatro años y lo más preocupante es que en el caso de los maestros sólo el 45% consideró riesgoso el uso ocasional de la sustancia.

En relación a las diferencias regionales en cuanto al consumo de marihuana, de 1988 a 1993, en la zona noreste, pasó del 1.7% al 3.8%, en la región central disminuyó de 3.2% a 1.9%, las ciudades de Tijuana y Juárez mostraron una incidencia mayor en el uso de marihuana con 8.4% y 8.3% respectivamente.

En cuanto a la heroína, de acuerdo con los resultados de la ENA de 1993, su uso fue de 0.1% a nivel nacional, sin embargo las estadísticas proporcionadas por los CIJ indican que la mayoría de los usuarios se localizan en las ciudades fronterizas de Mexicali (72%), Tijuana (34%), Chihuahua (28.7%), Ciudad Juárez (16.9%), Hermosillo (16.7%) y Culiacán (16%), se informa que 5% de los casos reportados a nivel nacional consumen esta sustancia. La tendencia para el consumo de esta droga parece ir a la baja, excepto en ciudades como Hermosillo en donde de 1994 a 1995 se reportó un incremento para el uso en el último mes de 3.7%. Asimismo aunque no se han visto hasta ahora incrementos sustanciales en el uso de la heroína y la marihuana en México, es recomendable hacer un seguimiento de estas dos drogas por el incremento reciente que se ha visto en su uso en los Estados Unidos de América.(19,20,21- 26)

## DROGAS

### Características generales.

Drogas, son aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzante positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas, y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social, no suelen tener utilidad médica salvo casos

excepcionales, siendo su interés fundamentalmente toxicológico, son denominadas también drogas de abuso.

Drogodependencia, fue definida por la OMS como el estado psíquico y a veces también físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una compulsión a tomar la droga de un modo continuo o periódico, a fin de obtener sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación, este estado puede ir acompañado o no de tolerancia. Una definición más precisa debe determinar el tipo de dependencia que padece el enfermo: dependencia opiácea, anfetamínica, barbitúrica, etc. A efectos prácticos, se pueden considerar sinónimos los términos drogodependencia, adicción y toxicomanía, si bien adicción y toxicomanía hacen más bien referencia al estado de intoxicación periódica o crónica del drogodependiente, en el que se manifiestan una serie de trastornos por el uso continuado de la droga.

La O.M.S.(informe técnico 516), distingue las siguientes formas de consumo de drogas:

1)Experimental.- es una forma o patrón de uso común a todas las drogas, se prueban una o varias veces, pero no se vuelven a consumir.

2.-Ocasional.-es el consumo intermitente, sin adquirir dependencia física o psíquica.

3.-Episódico.-es el consumo con motivo de alguna circunstancia especial (fiesta, celebración).

4.-Sistemático.-es el que caracteriza la drogodependencia, con todas sus consecuencias: de dependencia física, psíquica o ambas, tolerancia, deterioro progresivo psicoorgánico

Según el DSM-IV, la sintomatología esencial del trastorno por adicción consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiopatológicos que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas.

Según esta misma referencia, se exponen los criterios fijados para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas, para confirmar el diagnóstico es necesario que aparezcan al menos tres de los nueve síntomas característicos de la dependencia, y éstos deben persistir durante un mes como mínimo o deben presentarse repetidamente durante un período de tiempo prolongado:

-El uso de la sustancia se hace con mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.

-Deseo persistente o varios esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.

-Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia.

- Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.
- Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente, que está provocado o favorecido por el uso de tal sustancia.
- Tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia para conseguir el efecto deseado o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
- Síntomas de abstinencia característicos.
- Con frecuencia se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

#### Drogas de diseño.

Hablando de las drogas de diseño, es preciso mencionar previamente que esta terminología fue acuñada para designar a los congéneres químicos de drogas de uso ilícito sintetizadas para evitar la persecución legal, refiriéndose específicamente a las que son sintetizadas en forma clandestina, y no incluye nuevas formas, dosis o vías de administración u otras combinaciones de fármacos. Algunas de estas drogas son de las más potentes conocidas hasta ahora, y por tanto muy tóxicas, su gran potencia facilita el tráfico.

#### MARIGUANA.

##### Composición química, farmacocinética y farmacodinamia.

Se han identificado tres cannabinoides en la cannabis:

- \* canabidiol (CBD)
- \* tetrahidrocanabinol (THC)
- \* canabinol (CBN)

La vía biosintética inicia con el CBD continúa el THC y finaliza con CBM. De los tres cannabinoides sólo el THC tiene actividad psicoactiva, la mayor parte de las plantas tienen un contenido de THC que va desde trazas hasta 1-2%. La vía preferida de administración de los países orientales es fumarla. La alta liposolubilidad del THC hace que sea fácilmente atrapada en el revestimiento surfactante pulmonar.

Estudios farmacocinéticos indican que fumarla es casi equivalente a la administración intravenosa, excepto que se obtienen concentraciones intravenosas menores de THC. La absorción por vía oral es lenta y muy variable, aunque su acción es más prolongada. El THC es extensamente metabolizado, uno de sus metabolitos es el 11-hidroxi-THC, que es más activo que el compuesto precursor. Los metabolitos pueden excretarse hasta una semana después de la ingestión de una sola dosis, pues por su alta liposolubilidad pueden quedarse secuestrados en algunos de los compartimentos lipídicos.

En cuanto a su farmacodinamia, el THC tiene sitios de unión que son más abundantes en los núcleos eferentes de los ganglios basales, la parte reticulada de la sustancia negra, globo

pálido, hipocampo y tallo encefálico. El THC tiene diversos efectos farmacológicos que sugieren acciones similares a las de las anfetaminas, LSD, sedantes. Los fumadores alcanzan un nivel de efectos máximo veinte minutos posteriores al término de fumarla y terminan tres horas posteriores.

Efectos en la etapa temprana:

- euforia con risa incontrolable
- despersonalización
- agudeza visual
- alteración de la percepción del tiempo

Intoxicación:

- incremento de la frecuencia del pulso
- enrojecimiento de las conjuntivas
- disminución de la presión arterial especialmente estando de pie
- inestabilidad y temblores
- reflejos tendinosos profundos incrementados

Efectos en los fumadores asiduos:

- disminución de la concentración sérica e testosterona
- estrechamiento de las vías respiratorias
- metaplasia de células escamosas con bronquitis crónica
- hipotensión ostostática
- síndrome amotivacional
- capacidad de conducción alterada
- raramente: estados paranoides, pánico, psicosis franca, delirio tóxico.

## COCAINA

Composición química, farmacocinética, farmacodinamia.

La cocaína se une al receptor de dopamina en el sistema nervioso central, lo que inhibe la recaptación de dopamina y de noradrenalina. La dopamina es un neurotransmisor importante en el mecanismo de recompensa del encéfalo y su incremento puede explicar la alta dependencia de la cocaína. La cocaína se suministra en forma de sal clorhidratada y la base libre (crack). Cuando se fuma la base libre la entrada por los pulmones es casi tan rápida como la inyección intravenosa, de modo que los efectos son más acentuados que al aspirarla, la administración intravenosa rara vez se utiliza ya que puede ocasionar sobredosis.

La vida media plasmática de la cocaína es corta, por lo que los efectos posteriores sólo persisten alrededor de una hora. La cocaína se absorbe por todas las vías de administración y es metabolizada por esterasas plasmáticas y hepáticas que la convierten en metabolitos que se eliminan por la orina, una pequeña parte se elimina inalterada.

Efectos:

- taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, infarto agudo del miocardio, arritmia
- midriasis, temblor, nistagmus vertical
- hemorragia cerebral, paro respiratorio de origen central, espasmo cerebrovascular, paro cardíaco, crisis hipertensivas agudas graves, apoplejía
- hipertermia, convulsiones tónico-clónicas, coagulación intravascular diseminada
- alteraciones de la percepción, pseudoalucinaciones visuales y táctiles
- náusea, vómito, anorexia, diarrea, diaforesis, acidosis láctica
- psicosis paranoides agudas, crisis de angustia, suicidios, agresividad, confusión
- en el feto: infarto cerebral, lesiones corticales císticas, parto pretérmino, retraso en el crecimiento, microcefalia, síndrome neurológico neonatal, lesiones cerebrales, alteraciones en el desarrollo cerebral, disminución del desempeño escolar.

## ANFETAMINAS

Composición química, farmacocinética, farmacodinamia

Las anfetaminas son drogas sintéticas, la dextranfetamina es el principal tipo de la clase, existen otros derivados de las anfetaminas como son fenmetracina, metilfenidato, metanfetamina. La catinona es un alcaloide natural presente en las hojas y tallos de *Catha edulis* o khat que produce efectos indistinguibles de los producidos por las anfetaminas.

Las anfetaminas pueden actuar de maneras diversas, la principal es de incrementar la liberación de neurotransmisores catecolaminérgicos, y también son débiles inhibidores de MAO. Son potentes simpaticomiméticos, en el sistema nervioso central, inducen una estimulación generalizada con un cuadro psíquico caracterizado por un estado de vigilia, locuacidad, incremento de la lucidez, concentración mental, efectos producidos por la estimulación de áreas corticales o del sistema reticular activador ascendente. Las anfetaminas se absorben bien a través del tracto gastrointestinal y se distribuyen rápidamente a través de todos los líquidos y tejidos corporales, alcanzando elevadas concentraciones en líquido cefalorraquídeo, en gran parte se excretan en la orina sin experimentar cambios.

Los efectos euforizantes y sus mecanismos de dependencia parecen tener como base neurofisiológica la participación del sistema dopaminérgico y otros neurotransmisores. El síndrome de abstinencia es característico pues presenta fenómeno de rebote, con apetito voraz, depresión y largos períodos de sueño.

Efectos:

- Estimula el centro respiratorio bulbar, disminuye el grado de depresión central por distintas drogas, produce un potente efecto estimulante, estado de pánico, agresividad
- Eleva la presión sanguínea, arritmias cardíacas, vasoconstricción, colapso circulatorio
- Esquizofrenia paranoide con pseudoalucinaciones táctiles, alucinaciones paranoides

- Insomnio, irritabilidad, fiebre, libido aumentada, tendencias suicidas u homicidas
- Ansiedad, delirio, fatiga, mareo, temblores, depresión, cefalea, escalofríos, sudoración excesiva, hiperreflexia, confusión, delirio, estado de pánico, hipertensión, hipotensión
- Xerostomía, anorexia, vómito, diarrea, cólicos abdominales, gusto metálico.
- Convulsiones, contracción de la cápsula esplénica, coma, hemorragias cerebrales.

## OPIOIDES.

Composición química, farmacocinética, farmacodinamia.

Las drogas de abuso más comunes de este grupo son: heroína, morfina, oxicodona, meperidina. Los efectos de la heroína duran de 3 a 5 hrs. Es importante recalcar que la heroína al no existir en comercio legal, no existe en estado puro, puede tener una pureza variable de 5-10% y se vende mezclada con otras sustancias como lactosa, glucosa, estricnina y sustancias muy variadas que pueden contribuir a una toxicidad adicional. Los opiáceos desarrollan rápidamente tolerancia para muchos de sus efectos, se puede manifestar a las 12-24 hrs. después de la administración de morfina, en general se desarrolla más fácilmente para la acción analgésica, la euforia, la depresión respiratoria, la sedación y la hipotensión que para el estreñimiento o la miosis que se afectan en menor grado. La tolerancia se desarrolla en el momento de incrementar cada vez más la cantidad de droga para mantener los efectos de euforia y evitar el malestar por la supresión que tiene como consecuencia reforzar la dependencia física.

Los opiáceos producen refuerzo positivo al activar vías dopaminérgicas, y presentan un cuadro sindrómico de abstinencia en tres fases principales:

-Fase inicial: rinorrea, lagrimeo, bostezos, ansiedad, sudoración, que aparece de 8 a 12 hrs. posterior a la última dosis.

-Fase intermedia: ésta aparece posterior a 48 a 72 hrs. de la dosis, con midriasis, piloerección, taquicardia, diaforesis, fasciculaciones y dolores musculares, temblores, agitación psicomotriz, ansiedad, anorexia, insomnio.

-Fase tardía: se presenta hasta 7 a 10 días después, con fiebre, calambres musculares, náusea, vómito, diarrea, espasmos intestinales, eyaculación espontánea, hiperglicemia, alteración hidroelectrolítica que conduzca a colapso circulatorio.

Puede haber una fase secundaria de supresión que dura de 26 a 30 semanas y se caracteriza por hipotensión, bradicardia, hipotermia, midriasis y disminución de la respuesta del centro respiratoria al CO<sub>2</sub>. En el caso de la madre embarazada manejada con metadona, debe existir una vigilancia estrecha de reducción gradual, ya que la abstinencia opiácea puede ser letal para el feto.

## ALUCINOGENOS

Composición química, farmacocinética, farmacodinamia.

También conocidos como psicomiméticos, para connotar la acción de estas drogas en la simulación de psicosis. Entre los alucinógenos se encuentran LSD, mescalina, psilocibina. El LSD es un compuesto semisintético relacionado con los alcaloides del cornezuelo del centeno. La monoetilamida se encuentra en las semillas de la enredadera de las campanillas. La mescalina es un derivado de la feniletilamina y la psilocibina se encuentra en la naturaleza, estos compuestos tienen un parecido químico a la noradrenalina, dopamina y serotonina. El LSD puede producir un estado de hiperexcitación del sistema nervioso central, ya que interactúa con varios subtipos de receptores de serotonina (5 TH<sub>C</sub>) en el encéfalo, y altera el recambio de la serotonina. Los alucinógenos delirifacientes como la escopolamina difieren químicamente del LSD y sus efectos pueden explicarse por el bloqueo de receptores muscarínicos centrales.

La fenilciclidina, o PCP es un derivado sintético de la fenilciclohexilamina, este fármaco se introdujo como anestésico, siendo sustituida por la ketamina. El PCP es actualmente el alucinógeno más utilizado, que incluso puede fumarse al mezclarse con tabaco, se usa en forma intravenosa y vía oral, muestra un modelo de esquizofrenia más característico que el causado por LSD, por producir una forma de aislamiento sensitivo, se han detectado receptores para PCP en el cerebro que están relacionados o son idénticos a los de los opiáceos, también la droga actúa sobre los receptores de glutamato como un antagonista y bloquea la recaptación de dopamina.

Se secreta al estómago cuando se usa vía oral, además de excretarse por la orina. El LSD produce efectos de tipo somático y psíquicos tales como:

- debilidad, desvanecimientos, temblores, parestesias, distorsión de la perspectiva
- visión borrosa, alucinaciones visuales organizadas, alteración en el sentido del tiempo
- memoria alterada, estado de ánimo alterado, juicio deficiente
- desorientación, distorsión de la imagen corporal, pérdida de propiocepción
- midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, nistagmo, sudoración
- reacciones de pánico, crisis convulsivas

La mescalina y la psilocibina producen efectos equivalentes. El inicio de los efectos es muy rápido y su duración depende de la dosis, variando los efectos y alucinaciones de un usuario a otro, las sobredosis han resultado letales.

## INHALABLES

Composición química, farmacocinética, farmacodinamia

Se les llama inhalables tanto a los solventes industriales (xileno, tolueno, acetona, etc.) como a los aerosoles (hidrocarburos, hidrocarburos de cloro y flúor) y anestésicos (cloroformo, éter, etc.). Los solventes industriales son productos líquidos orgánicos de importancia comercial con propiedades para disolver o dispersar sustancias de naturaleza orgánica, naturales o sintéticas, normalmente insolubles en agua. Los aerosoles son productos líquidos, sólidos o gaseosos, o mezcla de los tres, que se descargan mediante una fuerza propulsora de gas comprimido que los impulsa al exterior. Los anestésicos por no encontrarse al alcance de todo público no tienen relevancia en la farmacodependencia de nuestros días. Los solventes industriales están al alcance de todo público y son de difícil control, incluyen:

-gasolina, adelgazantes de pinturas, pegamentos, cemento de caucho, aerosol de pinturas acrílicas, pulidores de calzado, desengrasantes.

Los disolventes industriales son muy variados y contienen diferentes sustancias, los principales son benceno, tolueno, heptano, tricloroetileno, algunos nitritos orgánicos, metiletilcetona. En general los efectos clínicos de los inhalables son breves de 5 a 15 minutos, causan una euforia pasajera y sensación de borrachera relajada que van seguidas de un sentimiento de desorientación, sensación de paso lento del tiempo y posibles alucinaciones. Son más usados por consumidores de bajos recursos principalmente. Los efectos que ocasionan son los siguientes:

- anestesia, anorexia, agresividad
- sentimientos de grandeza, euforia
- alucinaciones visuales, auditivas o kinestésicas
- vasodilatación con alquilnitritos
- depresión de la contractilidad miocárdica, incremento de la actividad simpática con solventes clorados
- neuropatías periféricas, deterioro neurológico con solventes
- hipertensión con cetonas
- arritmias cardíacas, incremento de isquemia con aerosoles
- muerte repentina por arritmias ventriculares o asfixia por inhalación de fluorocarbonos

## COMPLICACIONES ORGANICAS

En general y sobre todo con el uso de drogas de administración intravenosa, se presentan las siguientes complicaciones:

#### Patología no infecciosa:

- Intoxicación aguda
- Síndrome febril
- Alteraciones psiquiátricas
- Alteraciones del estado inmunológico
- Inhibición de la ovulación y trastornos menstruales
- Daño cerebral con trastornos mentales graves
- Anemia, trombocitopenia
- Daño hepático y renal
- Cáncer pulmonar
- Muerte súbita

#### Patología infecciosa:

- VIH/ SIDA
- Tétanos y otros
- Infecciones superficiales focales: celulitis, abscesos superficiales, foliculitis candidiásica
- Tromboflebitis sépticas
- Infecciones bucales
- Endocarditis
- Hepatopatías: hepatitis aguda o crónica, cirrosis, necrosis hepática
- Infecciones genitourinarias: glomerulonefritis, amiloidosis renal, granulomas de cuerpo extraño, ETS, impotencia, amenorrea
- Infecciones pleuropulmonares: neumonías, embolismo pulmonar, abscesos, tuberculosis
- Infecciones del SNC: meningitis, aneurisma micótico, abscesos, mielitis transversa
- Patología ocular: ceguera, ambliopía, endoftalmitis micótica
- Infecciones osteoarticulares: osteomielitis, osteoartritis
- Complicaciones musculares: rabdomiolisis aguda, síndrome musculoesquelético
- Sepsis. (6,27, 28, 29-34)

## GENERALIDADES DE LA DROGADICCIÓN

### Dependencia física.

También llamada neuroadaptación, es un estado de adaptación caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo, tras un período de dependencia psicosocial.

Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta entonces un cuadro denominado síndrome de abstinencia o retirada, que se caracteriza por una serie de signos y

síntomas físicos y mentales de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con un tratamiento farmacológico adecuado.

#### Dependencia psíquica o psicológica- adicción.

Es un deseo, a veces inmediato y compulsivo, de repetir la administración de la droga, para obtener la vivencia del efecto agradable y placentero. El que se establezca esta dependencia, depende de la capacidad reforzante positiva de la droga y de la integración de ésta, en la vida personal y social del individuo. La dependencia psíquica es una situación compleja, en la que intervienen factores personales, sociales, culturales y antropológicos, y es la que impulsa al adicto a administrarse de nuevo la droga después de meses o años de abstinencia, es por tanto, el fenómeno clave de la drogodependencia, y neurobiológicamente está relacionada con la activación de sistemas o áreas de premio o recompensa, con modificaciones de la tasa de neurotransmisores y con la sensibilidad de receptores.

#### Tolerancia.

Se caracteriza en general, por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras su administración repetida, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial. Se desarrolla en función de las características farmacológicas de la droga y de los efectos que a nivel bioquímico produce en el organismo. Los mecanismos de desarrollo de tolerancia son muy variados, en algunos casos se debe a procesos de inducción enzimática por aumento de la síntesis de enzimas microsomales hepáticas, en otros casos se debe a una regulación a la baja receptorial, desacoplamiento receptor-efector con cambios en las proteínas G, cambios de adaptación a nivel del segundo mensajero con modificaciones de la actividad adenilciclasa o a fenómenos de adaptación neurofisiológica.(35,36)

#### Clasificación de las drogas que producen dependencia.

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia, una clasificación útil es la sugerida por la OMS:

- Grupo 1: Opio y derivados naturales semisintéticos o sintéticos como morfina, heroína, metadona, etc.
- Grupo 2: Barbitúricos y análogos: como benzodiazepinas, meprobamato, etc.
- Grupo 3: Alcohol.
- Grupo 4: Cocaína y hojas de coca, anfetaminas y derivados, katina o norseudofedrina.
- Grupo 5: Alucinógenos como LSD, mescalina, psilocibina, drogas de diseño.
- Grupo 6: Derivados de cannabis sativa, como marihuana, hashish.
- Grupo 7: Solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nítrico.

-Grupo 8: Otros: tabaco, infusiones con cafeína, etc.

Consecuencias generales de la drogodependencia.

-Reacciones antisociales: incremento de la agresividad, accidentes de tráfico, hurtos, suicidios, homicidios, prostitución, tráfico ilegal.

-Síndrome de déficit en la actividad: astenia, interrupción de la actividad motora, disminución de la actividad intelectual, pasividad, introversión.

-Infecciones: debido a la administración vía intravenosa de drogas por la falta de asepsia y por compartir agujas, puede dar lugar a endocarditis bacterianas y micóticas, hepatitis, abscesos subcutáneos, tétanos, SIDA, tromboflebitis, osteomielitis, etc.

-Sobredosificación: es frecuente sobre todo con opiáceos al inyectarse la dosis máxima de una e tapa anterior después de un período de abstinencia, cuando se requeriría una dosis menor. Esta dosis normal en el consumidor crónico con adaptación por tolerancia, resulta excesiva después de un período de abstinencia y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria. A veces se denomina impropia muerte por sobredosificación, a la producida por intoxicación debida a las mezclas fraudulentas con que se suele cortar la droga (estricnina, talco, polvo de ladrillo, etc.).

-Riesgo de escalada: cuando se empieza con el consumo de las indebidamente llamadas drogas blandas, existe el riesgo comprobado de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia, como por ejemplo la heroína.(37, 38, 39,40)

Efectos en la conducta.

El uso de drogas, contribuye a producir síntomas de desórdenes mentales, tales como la depresión, ansiedad y psicosis. Las drogas asociadas con desórdenes incluyen cafeína, nicotina, anfetaminas, heroína, etc.

La consumo de drogas en forma adictiva es el resultado de una interacción entre factores personales y sociales. Actualmente se emplean de manera extensa los estimulantes del sistema nervioso central como anfetaminas.

Las conductas adictivas abarcan un amplio conjunto de comportamientos que muchas personas realizan o que uno mismo realiza diariamente. Entre las que tienen la potencialidad de convertirse en conductas adictivas, caracterizándose básicamente, por la compulsión a realizarlas, se incluyen entre las más importantes, el consumo de drogas.

El consumo de drogas legales o ilegales, es un fenómeno que conocemos, es un intento desesperado de búsqueda de la felicidad, que el mundo no les produce o brinda, al final, el drama personal y familiar es enorme y el costo es innegable. Sin embargo, el consumo va en aumento poco a poco o se mantiene estando en los países más desarrollados y cada vez se van añadiendo nuevos países y nuevas regiones al consumo de drogas ilegales, así como de las “legales”.

Y específicamente en personas predisuestas, aparición de esquizofrenia con el consumo de LSD-25, anfetaminas y fenciclidina (PCP). Los consumidores de cocaína pueden desarrollar psicosis paranoides y depresiones graves.

De cualquier forma cuando hablamos de dependencia, es un término muy amplio y debemos distinguir entre tres tipos de dependencia íntimamente relacionados entre sí, los cuales son los siguientes:

° Dependencia física.- es la provocada por las sustancias como heroína, cocaína, nicotina y la responsable del síndrome de abstinencia. Puede determinarse el grado de la misma mediante test específicos, como el de Fargeström.

° Dependencia psicológica.- es la que se fundamenta en procesos de condicionamiento propios de cada persona, por los que durante años la droga es el “amigo” que le ha acompañado inseparablemente en circunstancias y situaciones determinadas, de tal manera que no sabe vivirlas si no es con su compañía.

° Dependencia social.- se basa en la aceptación social del consumo de drogas y en las presiones “ambientales” que incitan a ello: presión del grupo en adolescentes, imagen de sí mismo y de dominio de la situación, acontecimientos sociales, etc.(38, 41, 42- 45)

Dejar de usar drogas no es un hecho puntual o aislado, es un proceso. Un proceso en el que pueden distinguirse una serie de fases o etapas sucesivas, que es conveniente saber reconocer, para así, orientarnos en la clase de ayuda que precisa el adolescente para abandonar las drogas.

Estas etapas son:

#### A.Fase de precontemplación:

En esta primera fase el consumidor de drogas no se ha planteado todavía dejar de usarlas, no encuentra motivo alguno para hacerlo y se siente bien por ello, y no nota aún ninguno de los efectos negativos derivados de uso.

Estamos ante un consumidor “consonante”, ya que hay plena consonancia entre la actitud mental del consumidor hacia el consumo de la droga y su conducta o práctica diaria. El prototipo de consumidor en esta etapa es el adolescente o joven sin enfermedad alguna asociada. Se calcula que hasta un 45% de los consumidores están en esta fase.

#### B.Fase de planteamiento o contemplación.

En el inicio de esta etapa más avanzada del proceso de cambio, el consumidor se plantea ya, aunque tímidamente la posibilidad de tener que dejar de hacerlo, porque reconoce y asume que tiene consecuencias negativas para su salud.

El proceso continúa, en esta fase, con una aceptación, ya no sólo de que debe dejar de consumir drogas para evitar riesgos para su salud, sino también para conseguir los beneficios que de ello se derivan. El consumidor que se encuentra en esta fase del cambio pasa, de ser un consumidor “consonante” a ser un consumidor “disonante”, puesto que ahora existe una clara disonancia entre la actitud hacia el droga, que ha cambiado (se plantea dejarla); y su conducta habitual, que sigue siendo la misma (sigue consumiendo). Hasta un 35% de consumidores de cualquier droga se hallan en esta etapa.

#### C.Fase de acción:

En esta fase todavía más avanzada del proceso, el consumidor es un “disonante máximo”, ya no sólo se plantea dejar de consumir drogas, sino que pasa a la acción y decide dejar de hacerlo, asumiendo lo que implica. Nos encontramos pues ante un sujeto que presenta además del cambio de actitud, un cambio en la conducta frente al consumo de drogas.

Generalmente a lo largo de esta fase se producen varios intentos de lograr el abandono, con las recaídas subsiguientes, todo ello antes de conseguir pasar a la siguiente y última etapa. Hasta un 20% de consumidores están en esta fase.

#### D.Fase de consolidación o mantenimiento:

Aquí se encuentran aquellos consumidores que llevan más de 6 meses de abstinencia. El consumidor se siente ya exconsumidor, y se mantiene sin consumir drogas. Generalmente hasta los 12 meses de abstinencia no se considera que un sujeto es exconsumidor.

#### E.Fase de recaída:

Evidentemente esta etapa no siempre se da, aunque como en toda drogadicción es bastante frecuente. De cualquier forma, el consumidor que recae no retorna a la primera de las fases del proceso de cambio ni tampoco a la de la acción. Suele haber una gran pérdida de la autoestima y pasan a la fase B, de planteamiento o de contemplación.

En este apartado hemos visto las diferentes actitudes y comportamientos que el consumidor va presentando según la etapa del proceso de cambio en que se encuentre. O dicho de otro modo según sea su estado ante estas dos variables (actitud y conducta), así

será la fase de cambio donde se encuentra, es importante enfatizar que este conocimiento es fundamental para decidir qué tipo de ayuda precisa el consumidor, qué tipo de intervención necesita para avanzar en el proceso de cambio. Así, al encontrarse ante un consumidor “consonante”, puede procederse a realizar una intervención básica de información y consejo motivador que persiga un cambio de actitud del paciente hacia las drogas, para que pase a ser un consumidor “disonante”, y será conveniente efectuar una intervención avanzada, de ayuda o de soporte, para conseguir que pase a la fase de acción.(46, 47, 48)

Estas dos clases de intervención están consideradas como los prototipos de intervención para ayudar al consumidor a dejar las drogas. El grado de avance del paciente depende en gran parte de su motivación. Existen una serie de motivos o razones que más frecuentemente aducen los consumidores para dejar las drogas y éstos son:

- Mejorar la propia salud y calidad de vida.
- Miedo a la enfermedad.
- Mejora de la autoestima.
- Ahorro económico.
- Aprobación familiar y social.
- No perjudicar a otros.
- No molestar a los demás.

Para poder ayudar adecuadamente al paciente consumidor a dejar las drogas, es importante, conocer dos aspectos o condiciones básicas, su motivación para el cambio (los pros), y su dependencia de las drogas (contras).

Para conocer la dependencia psicológica y social, deberemos determinar cuáles son aquellas situaciones o actividades habituales del individuo, con las que se asocia el consumo de drogas, o lo que es igual, debemos investigar cuál es el ambiente familiar, laboral social, de ocio, etc., del paciente y en qué medida cada uno de estos factores, contribuyen o no a este tipo de dependencia, esto es igualmente importante para determinar el tipo de apoyo psicológico o recomendaciones comportamentales que es preciso efectuar para ayudar al consumidor.(38, 49, 50,51)

En el presente trabajo, manejamos factores protectores, en oposición a factores de riesgo considerando que riesgo, es una medida que refleja la posibilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud y factor de riesgo, es un fenómeno que por la variabilidad de su presencia o ausencia está relacionado con la enfermedad o fenómeno investigado o puede ser la causa de su aparición, es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos asociada con una probabilidad de experimentar un daño a la salud. Asimismo, un factor protector, es aquel, por cuya presencia o ausencia, puede un fenómeno presentarse o no, es la característica asociada probabilísticamente con la evitación o disminución de un daño a la salud.(52, 53, 54)

## FACTORES DE RIESGO.

### Los adolescentes.

La adolescencia es la fase crucial de la vida para prevenir la drogadicción y sus consecuencias porque es la etapa de la vida en la que se empieza a usarlas, en la mayoría de los casos, se llega a ser consumidor regular y se adquiere la dependencia. La mayoría de los consumidores adultos, lo son ya a los 18 años, siendo muy pocos los que comenzarán a consumir drogas después de esa edad. La edad de prueba puede ser muy temprana, tanto como a los 10 años, pero es de los 12 a los 14 años, cuando se dan las primeras pruebas y el consumo ocasional, antes de pasar al consumo diario.

La mortalidad provocada por el consumo de drogas está aumentando rápidamente, por el gran incremento en el número de consumidores jóvenes. Existen diversos factores que pueden influir en el riesgo de uso de drogas. Considerando como factor de riesgo, cuando una cierta enfermedad y un cierto factor se asocian, presentándose más entre los individuos que poseen la característica, que entre los que no la poseen. Dentro de los factores de riesgo, se encuentran los factores psicosociales complejos, como son la curiosidad, la aceptación social, el ocio, la rebeldía, el estrés, el deseo de transgresión, imitación y el de introducirse en el mundo de los adultos, entre otros.

Estos factores psicosociales se acentúan con diversos reforzamientos, fundamentalmente de la familia, la publicidad, los amigos, grupos sociales a los que pertenecen, lo cual conduce a una adicción primaria y más tarde a los efectos farmacológicos de la droga que son responsables de la adicción biológica.(55, 56, 57)

Factores sociales, como una sociedad más competitiva, el mayor acceso a bienes de consumo, el mayor tiempo libre, el fácil acceso a estas conductas, etcétera, facilitan que las conductas adictivas se estén convirtiendo en un fenómeno que hace varios años, no era previsible. Además, la tolerancia social, atañe a un cambio en las condiciones, en las expectativas o en el ánimo, en que se consume la droga, que pueden cambiar la intensidad de los efectos.

Un elemento que mantiene muchas de las conductas adictivas actuales es la publicidad, especialmente del alcohol, el tabaco, el juego, el uso de anfetaminas. Por ejemplo, con el tabaco, las compañías tabaqueras dirigen actualmente la publicidad hacia los jóvenes, en especial hacia las mujeres. Los anuncios presentan a la mujer, como delgada y atractiva, lo que concuerda con el interés de las adolescentes de tener una buena apariencia y poder controlar su peso corporal a través de fumar o usar anfetaminas. Esto da en el centro de los dos motivos fundamentales por los que se va a mantener el consumo en la mujer, una vez que se ha convertido en consumidora regular y va a retrasar o impedir el abandono en los años sucesivos: el manejo de su humor disfórico y el control de su peso corporal a través del uso de estas drogas.(58, 59, 60,61)

Además se ha observado, que 8 de cada 10 usuarios de drogas en general, se iniciaron principalmente por la curiosidad y la presión de los amigos. Sin embargo, son muy importantes los familiares consumidores, que pueden propiciar que los adolescentes consuman drogas, y por otro lado, hay una gran disponibilidad de drogas, tanto en el entorno social como en el escolar, lo que demuestra que no hay una cultura de prevención en ninguno de los dos ámbitos. El consumo en el hogar, es uno de los factores que más pone en riesgo de consumir cualquier droga, ya que si algún miembro de la familia la consume (padre, madre, hermanos), los demás lo tomarán como modelo.

Ocurre en los niños y en los jóvenes, que interiorizan una serie de conocimientos, creencias y expectativas acerca de fumar cigarrillos o consumir drogas, así como de su utilidad (reducción del estrés, madurez, independencia, etc.).Ello va engendrando en el joven, la intención de realizar en dicha conducta, una creencia en el valor de la misma.

Uno de los factores influyentes, es el estrés, que es un conjunto de reacciones biológicas y psicológicas, que se desarrollan en el organismo, cuando éste enfrenta de forma brusca a un agente nocivo (violencia, tensión, etc.).Es una manera de reaccionar hacia diferentes estímulos que diariamente enfrentamos. La interacción de factores biomédicos, psicológicos y sociales, como el estrés, puede conducir, al desarrollo gradual de dependencia de drogas.(11, 55,62, 63 )

La mayoría de los consumidores de drogas en general, se inician en la adolescencia, entre los 12 y los 14 años de edad, es por ello que se debe poner especial énfasis en este grupo etáreo de riesgo, para evitar la dependencia, siendo aquella una etapa de grandes conflictos en la que el individuo experimenta grandes cambios y al mismo tiempo su organismo le provoca la necesidad de experimentar impulsos nuevos, lo que lo lleva a buscar activamente los lazos sociales con quienes puedan comprenderlo, que con frecuencia son sus compañeros de la misma edad. La presión del grupo y la libertad para el consumo de cualquier droga pueden favorecer el hábito en el adolescente, además de hacerlo por imitación, por placer, para aliviar el estrés y olvidarse de los problemas de su realidad.

Sin embargo, no hay que olvidar el importante papel de la familia en el adolescente, ya que la influencia de los padres, tiene mucho que ver en los hábitos de consumo de los niños y jóvenes, es muy importante si el padre fuma o usa drogas. Estudios realizados en Estados Unidos, demuestran que la madre tiene más influencia en el desarrollo de hábitos nocivos para la salud en sus hijos, que el padre, quizás porque es la que más convive con ellos y la mayor parte de las veces tiene a cargo su educación.

Otro factor muy importante, es el clima familiar desfavorable que rodea a los jóvenes, y que se traduce en tendencias de ansiedad y depresión. El gatillo disparador de la adicción a las drogas, lo constituyen las situaciones socioambientales, que crean en el individuo ansiedad, tensión de difícil manejo, así el individuo analiza su carga de estrés hacia el

consumo de drogas, con lo que se desencadena la adicción mixta: psicológica y fisiopatológica. (64, 65-69)

## PREVENCIÓN Y FUTURO.

Factores protectores.

Una de las mejores maneras de prevenir, es por medio de programas enfocados en etapas tempranas de la juventud.

Del lado de los factores protectores, la introspección positiva, es amiga de la prevención de adicciones. Nuestro comportamiento, la forma en que nos miramos, y el grado de nuestra autoestima puede mostrar nuestros puntos débiles y la forma de atacarlos, en lugar de evadir el enfrentamiento con el uso de diversas sustancias.

Por otra parte, son obvias las repercusiones de la mayor carga que para los sistemas de atención de salud representa la morbilidad causada por enfermedades crónicas debidas a la drogodependencia. Lo que también debe ser obvio, es la posibilidad de evitar gran parte de esa carga por medio de actividades concentradas de salud pública, para combatir el uso de las drogas y otros factores de riesgo, mediante programas preventivos en jóvenes(3, 61, 67, 70)

Prevenir y usar los factores protectores es evitar las situaciones de exposición para los jóvenes, mejorar la comunicación intrafamiliar y tender lazos de apoyo sociales, familiares, además de crear una adecuada autoestima desde la infancia, capacitar a los padres de familia en la identificación de datos característicos de uso de drogas para realizar un abordaje y terapéutica tempranas, abatir los problemas de salud pública relacionados con el consumo y realizar un abordaje del uso de drogas en los adolescentes desde una dimensión familiar, en términos de la relación padres-hijos, lo que permitiría instrumentar medidas de prevención reales.

Es indudable que las adicciones van a constituir un grupo de trastornos de gran relevancia para el siglo XXI, y si se mantienen las cifras actuales y la tendencia a su incremento en las próximas décadas, con casi toda seguridad se tendría que decir, que las conductas adictivas van a constituir el primer problema de la salud mental del siglo XXI, por su extensión, número de afectados, problemas asociados, morbimortalidad, gasto sanitario, etc. No obstante, es importante recalcar que datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones indican que el principal motivo para dejar de consumir drogas, fue tomar conciencia del daño que ocasionan, de igual forma la disminución en la calidad de vida.

Resulta importante señalar que es necesario enfocar la información sobre los daños causados por el uso de cualquier tipo de droga en los adolescentes y niños, así como promover estilos de vida saludables, con el ejemplo, no consumir ningún tipo de droga, y recomendar no hacerlo, crear una mayor concienciación y una cultura de prevención con el fin de disminuir el consumo de drogas, y por ende, los daños a la salud, que su consumo produce.

Por otro lado, la percepción del riesgo que implica usar drogas, aunada a la baja tolerancia social, pueden usarse como estrategias para evitar el consumo de drogas entre los estudiantes, que son una población cautiva, pues se ha observado que la información sobre los efectos negativos de las drogas, patrones de vida saludables, fortalecimiento de valores positivos de vida individuales y sociales brindan protección e impiden el uso de sustancias adictivas. Es esencial, además trabajar con los adultos, para que reduzcan su consumo de cigarrillos, alcohol y drogas, y desaprueben la conducta de usarlos como parte de una estrategia comprensiva para disminuir el tabaquismo y la drogadicción entre los jóvenes, creando una cultura de prevención entre ellos.(10, 71, 72, 73)

Crear escuelas y ambientes libres de drogas, es algo que debe aprenderse. Las evidencias científicas señalan que la promoción y en general, cierto grado de influencia social o de los núcleos en donde los jóvenes y los niños se desenvuelven la mayor parte del día, son precisamente los centros de donde se aprenden ciertas conductas, de ahí la importancia de involucrar al individuo y su entorno, es decir el ámbito social en el que tiene lugar el abuso de drogas, modificándolo según la propuesta preventiva que pretende fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud. Por ejemplo, se sabe que la probabilidad de que un joven use drogas, depende de que sus padres también lo hagan. También se sabe que la probabilidad de que un joven use drogas, se incrementa si en su núcleo social hay consumidores, además, algo muy importante, las autoridades proyectan un modelo que muchos de los niños imitarán. La preocupación por la salud física y mental podría ser el argumento más convincente para prohibir a los jóvenes el consumo de drogas, esto se vería fortalecido si se hace patente por sus padres que serían un buen ejemplo.

La prohibición del uso de drogas, en los niños y adolescentes podría formar parte del proceso de educación, en el que en forma natural, las prohibiciones están presentes, el proceso debe darse en forma clara y paulatina, brindando además herramientas para hacer frente a los problemas sociales, además de usar estrategias autogestivas, es decir planeadas y diseñadas por la propia comunidad, ya que se ha observado que las redes de participación juvenil tienen resultados positivos.

Actualmente, en España, se dispone de un gran número de programas preventivos, los que mejor funcionan incluyen factores psicosociales que combaten el inicio al consumo de sustancias. Dichos programas incluyen información sobre las consecuencias fisiológicas y sociales inmediatas y a largo plazo, además de tratar la prevalencia de la conducta de usar drogas. Pero además, los programas, se focalizan en uno o más de los siguientes componentes:

- modificación de las percepciones sobre las normas sociales que tengan los jóvenes respecto al uso de drogas
- mostrarles las influencias sociales al fumar y usar drogas
- proporcionarles técnicas conductuales adecuadas con las que hacer frente a la presión social ante el consumo
- intensificar sus habilidades personales y de autoestima
- enseñarles técnicas de habilidades de competencia social general.

Los programas que incluyen la mayoría de los componentes mencionados son conocidos como programas de habilidades generales o para la vida. Dentro de esta aproximación nos encontramos con aquellos programas que se centran casi exclusivamente en las influencias sociales que conducen al uso de drogas. Este tipo de programas se han aplicado en Nueva York y Tennessee (1994), los cuales tienen como objetivo, manejar técnicas cognitivo-conductuales y habilidades para manejar influencias sociales al consumo de sustancias.

Pero, además, los programas propiamente dirigidos a los jóvenes es necesario acompañarlos de una previa concienciación pública ( como campañas informativas) y una adecuada legislación).Estos programas preventivos tienen un buen nivel de eficacia, retrasando o impidiendo que los jóvenes comiencen a usar cualquier tipo de droga.(71, 74-77)

Factores de riesgo para consumo de drogas.

Factor de riesgo	Componentes
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>°curiosidad</li> <li>°aceptación social</li> <li>°ocio</li> <li>°rebeldía</li> <li>°estrés</li> <li>°deseo de transgresión</li> <li>°imitación</li> <li>°deseo de introducción al mundo adulto</li> </ul>
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>°placer físico</li> <li>°adicción farmacológica</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>°competencia social</li> <li>°acceso a bienes de consumo</li> <li>°publicidad</li> <li>°conductas de fácil acceso</li> <li>°tolerancia social</li> <li>°clima familiar desfavorable</li> </ul>

Culturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>°patrones estereotipados</li> <li>°desconocimiento de consecuencias en la salud</li> <li>°concepción errónea de efectos</li> <li>°ausencia de una cultura de prevención</li> </ul>
------------	---

Factores protectores contra el consumo de drogas:

Factores protectores	Componentes
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>°modelos positivos</li> <li>°manejo cognitivo-conductual de las influencias sociales</li> <li>°desaprobación de la conducta de consumo</li> <li>°intensificación de habilidades personales y de autoestima</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>°habilidades de competencia social</li> <li>°conscientización de riesgo y prevención</li> <li>°restrictividad publicitaria</li> <li>°baja tolerancia social</li> <li>°promoción a la salud</li> </ul>
Culturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>°información sobre el daño que ocasiona el consumo</li> <li>°reconceptualización de estilos de vida saludables</li> <li>°sensibilización a la percepción de las normas sociales</li> </ul>

## PARA DEJAR EL CONSUMO DE DROGAS.

Existen varios métodos para dejar de consumir sustancias ,entre ellos se encuentran:

--Terapia combinada.-es la más eficaz, incluye un sustitutivo y apoyo psicológico. Su eficacia es de 35 a 45%.

--Medicina alternativa(acupuntura, láser puntura, auriculopuntura).-se ha demostrado que la estimulación por acupuntura aumenta los niveles de endorfinas del cerebro. Eficacia de 8-10%.

--Hipnosis.-puede realizarse de forma individual o colectiva. Eficacia de 8-10%.

--Terapia aversiva.-es producir repugnancia hacia la sustancia. No se considera más eficaz que el placebo.

--Terapia psicológica(conductual y grupal).-se brindan pautas de conducta y comportamiento para afrontar el abandono de sustancias. Eficacia del 8-10%.

--Terapia con sustitutivos.-se usan sustitutos de la sustancia, tales como sustitutos farmacológicos médicos. Eficacia del 18-22%.

Un modo de facilitar el abandono de sustancias, temporal o definitivo, a gran escala, es por medio de procedimientos de autoayuda tales como breves guías, manuales de autoayuda, videos, cassettes, etc. En varios estudios, realizados por los psicobiólogos clínicos españoles, Elisardo Becoña y Fernando L. Vazquez, han encontrado una asociación entre la lectura de los materiales que se reparten a personas que quieren dejar el uso de sustancias y la abstinencia al final del tratamiento. Además, mencionan, es importante, el grado de personalización de los tratamientos de autoayuda y la retroalimentación en el proceso. Las mayores tasas de abstinencia se hallaron en aquellos que leyeron un mayor número de secciones del manual y que habían remitido más autoevaluaciones a lo largo del tratamiento. El seguir las tareas recomendadas durante el programa fue un factor que moduló claramente la abstinencia a corto y largo plazos.

También influyeron probablemente, otros factores, como el nivel motivacional o la autoeficacia, de hecho, se ha encontrado que un mayor nivel educativo, un mayor número de intentos previos por dejar el uso de sustancias, predicen la adherencia a las intervenciones de autoayuda. (10, 46, 77)

## ANALISIS DE RIESGO

Medidas de asociación o de efecto.

Debido a que las medidas de asociación establecen la fuerza con la que la exposición se asocia a la enfermedad, bajo ciertas circunstancias estas medidas permiten realizar inferencias causales especialmente cuando se pueden evaluar mediante una función estadística. En estos casos, puede estimarse la asociación entre el evento y la exposición al comparar las prevalencias a partir de la razón de prevalencias o de productos cruzados(RPC).

Medidas de razón.

Estas medidas también cuantifican las discrepancias en la ocurrencia de enfermedad en grupos que difieren en la presencia o no de cierta característica. Una razón, puede calcularse tanto para dos eventos en una misma población como para un solo evento en dos poblaciones, las razones que con mayor frecuencia se calculan son del segundo tipo, y se obtienen con la siguiente fórmula:

Razón=  $\frac{\text{medida de frecuencia en un grupo expuesto}(E^{\prime})}{\text{Medida de frecuencia de un grupo no expuesto}(E^{\circ})}$

El resultado se interpreta de la siguiente forma:

Valor =1 indica ausencia de asociación

Valor <1 indica asociación negativa, factor protector

Valor >1 indica asociación positiva, factor de riesgo.

Razón de productos cruzados.

La razón de productos cruzados o razón de momios, se estima en los estudios de casos y controles, es un buen estimador de la razón de densidad de incidencia, sobre todo cuando los controles son representativos de la población de la que han sido seleccionados los casos, también puede ser un buen estimador de riesgo relativo, esta medida se calcula obteniendo el cociente de los productos cruzados de una tabla tetracórica:

$RPC = \frac{a/c}{b/d} = \frac{ad}{bc}$       donde, a-casos con exposición presente  
b-controles con exposición presente  
c-casos con exposición ausente  
d-controles con exposición ausente

El resultado se interpreta de la misma forma que en el resto de las medidas de razón.

Medidas de impacto potencial.

Las principales medidas de impacto potencial son el riesgo atribuible, que se estima cuando el factor de exposición produce un incremento en el riesgo y la fracción prevenible, relacionada con factores que producen una disminución en el riesgo.

Para el riesgo atribuible, se han derivado dos dimensiones, el riesgo atribuible proporcional en el grupo expuesto(RAPe) y el riesgo atribuible proporcional en la población blanco(RAPP), ambas medidas son proporciones por lo que toman valores entre cero y uno e indican la importancia relativa de la exposición al factor en estudio con relación al total de eventos. El RAPe tiene interpretación en el ámbito de la población en estudio, mientras que el RAPP expresa la importancia en el ámbito poblacional o población blanco. El RAPe estima la proporción de eventos en el grupo expuesto que se pueden atribuir a la presencia del factor de exposición, en otras palabras, refleja el efecto que se podría esperar en el grupo expuesto de la población en estudio si se eliminara el factor de riesgo en cuestión.

Como la razón de momios es un buen estimador de la RDI, el RAPe también se puede estimar en los estudios de casos y controles, con la siguiente fórmula:

$$RAPe = \frac{RM-1}{RM}$$

La fracción prevenible, se aplica cuando a partir de las medidas de asociación se obtienen factores protectores o negativos, también existen dos modalidades: fracción prevenible poblacional y fracción prevenible entre expuestos. La fracción prevenible poblacional es la proporción de todos los casos nuevos que potencialmente podrían haber ocurrido entre la población general en un determinado periodo en ausencia de una exposición protectora específica, o bien, es la proporción de casos potenciales que serían realmente prevenibles o evitados si existiera la exposición entre la población.

La fracción prevenible para los expuestos es la proporción de casos nuevos entre los expuestos que potencialmente podría haber ocurrido en un determinado periodo en ausencia de una exposición particular, es decir, es la proporción de casos expuestos potenciales que realmente se evitarían si la población se expusiera al factor protector.(78)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El consumo de drogas es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. En México, la prevalencia de consumidores de drogas adolescentes se ha incrementado y los adolescentes desconocen en muchas ocasiones las consecuencias en forma crónica del consumo de drogas y las formas de protegerse de su influencia nociva, siendo éste un factor muy importante de prevención, en la población que aún no ha tenido contacto con ellas.

Los adolescentes son la población más vulnerable a las drogas, a través de la presión de los amigos, el ambiente de consumo con el que conviven, además de los múltiples cambios internos y externos por los que atraviesan en esa etapa de adaptación social, de aceptación hacia sí mismos, de curiosidad y de lucha para demostrar su libertad, a veces a costa de su salud.

Considerando lo anterior, surge la interrogante siguiente:  
¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas y qué factores son protectores del mismo, en los adolescentes?

## JUSTIFICACIONES.

° Debido al incremento en el hábito de consumo de drogas que existe actualmente y ocurre en un inicio principalmente en adolescentes, por el cambio de ambiente escolar o familiar que viven, éste se ha convertido en un problema social en crecimiento constante.

° La mayoría de los consumidores se inician con este hábito, en la adolescencia, de ahí la importancia del énfasis en la detección de los factores que predisponen y los que protegen de este hábito a esa edad.

° Este problema, económicamente es muy costoso por los tratamientos y rehabilitación tanto para las familias como para la sociedad siendo que las enfermedades consecuentes son principalmente crónicas como las de tipo neurológico y muchas de ellas incapacitantes y hasta muertes secundarias al consumo de drogas.

° Sin dejar de un lado el costo emocional para los familiares del consumidor que lo ven desplomarse física, anímica y socialmente, lo cual también es muy importante.

° El aspecto de la desinformación es de gran peso, pues gran parte de la población desconoce las consecuencias a largo plazo del consumo de drogas, incluso de llegar a generar dependencia psicósomática de las mismas y hasta la muerte.

° Las campañas de conscientización y prevención en adolescentes no han tenido el impacto que se esperaba, pues a pesar de éstas, el número de adolescentes consumidores aumenta día a día, siendo un problema que llegará a ser incontrolable y de catastróficas consecuencias sociales por las alteraciones que origina si no recibe la atención integral que requiere.

## HIPOTESIS

Los factores protectores y de riesgo sociales, culturales, biológicos, económicos y psicosociales son determinantes para la presencia del consumo de drogas en los adolescentes de la escuela preparatoria de la U. V. M. Campus Roma de la Ciudad de México.

### Unidad de observación.

Estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria de la U. V. M. Campus Roma de la Ciudad de México en el mes de agosto del 2005.

### Variables del estudio.

- ° Variables independientes: factores protectores y factores de riesgo.
- ° Variable dependiente: consumo de drogas.
- ° Relación lógica entre variables: los factores protectores y los factores de riesgo que son determinantes para el consumo de drogas.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación de los factores protectores y los factores de riesgo psicosociales y culturales más frecuentemente observados que están asociados al consumo de drogas en los estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar la edad de inicio del consumo de drogas en los estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria
- Determinar la prevalencia de consumo de drogas por edad, género y grado escolar en los estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria
- Identificar la estructura familiar de los jóvenes en estudio.

## MATERIAL Y METODOS

### TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

### LIMITE DE ESPACIO

Escuela preparatoria de la U. V. M. Campus Roma de la ciudad de México

### DISEÑO DE ESTUDIO

En la población de estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria de la U. V. M. Campus Roma de la ciudad de México, se aplicó una encuesta para identificar los factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de drogas, posteriormente se calculó la prevalencia y se realizó un análisis de riesgo.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición teórica	Dominios o variables operativas	Definición opeacional	Item
Factores de riesgo (v. independiente)	Conjunto de condiciones que predisponen al consumo de drogas	Biológicas	Conocimientos que analizan a los seres vivos en su organización y fisiología. °placer físico °adicción farmacológica	4 23
		Sociales	Conjunto de seres humanos que viven gobernados por leyes comunes. °competencia social °acceso a bienes de consumo °publicidad °conductas de fácil acceso °tolerancia social °clima familiar desfavorable	1-2 19 21-22
		Culturales	Conjunto de valores predominantes en la sociedad como los más adecuados °patrones estereotipados °desconocimiento de consecuencias en la salud °ausencia de una cultura de prevención °concepción errónea de efectos	16-18
		Económicos	Conjunto de factores relacionados con la capacidad de integrarse a un mundo productivo y de consumo.	11
		Psicosociales	Conjunto de factores internos relacionados con la introyección de situaciones externas y la respuesta a ellas. °curiosidad °aceptación social °ocio °rebeldía °estrés °deseo de transgresión °imitación °deseo de introducirse al mundo adulto	5 6
Factores protectores (v. independiente)	Conjunto de condiciones que hacen evitar el consumo de drogas	Culturales	Conjunto de valores predominantes en la sociedad como los más adecuados.°información del daño que ocasionan las drogas °reconceptualización de estilos de vida saludables °sensibilización a la percepción de normas sociales	9 12-14 24 26 28-30
		Psicosociales	Conjunto de factores internos relacionados con la introyección de situaciones externas y la respuesta a ellas.°intensificación de habilidades personales y autoestima °modelos positivos °manejo cognitivo-conductual de influencias sociales	8 10 15

		°desaprobación del consumo de drogas	
		Sociales	Conjunto de seres humanos que viven gobernados por leyes comunes. °habilidades de competencia social
			7
			25
			27
			°concientización de riesgo y prevención
			°restrictividad publicitaria
			°baja tolerancia social
			°promoción a salud
Prevalencia (variable dependiente)	No. de casos viejos no. de casos nuevos en el mes de agosto.	Por edad	No. de casos viejos los casos nuevos en relación a la edad en el mes de agosto
			3
		Por género	No. de casos viejos los casos nuevos en relación al sexo en el mes de agosto
			20

## UNIVERSO DE TRABAJO

Se estudió la población total estudiantil de la escuela preparatoria U. V. M. Campus Roma de la Ciudad de México del turno matutino en sus tres años lectivos, que asciende a alumnos, los cuales serán encuestados en su totalidad.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos inscritos al momento de la aplicación de la encuesta
- Alumnos regulares
- Alumnos del turno matutino de los tres años lectivos
- Alumnos con una edad entre 14 y 18 años de ambos sexos.

## CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- No reunir las características del estudio.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que no contestaron adecuadamente sus preguntas del cuestionario
- Alumnos que no se encontraron presentes cuando se aplicó el cuestionario.

## INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El instrumento de investigación que se utilizó en el presente estudio, consiste en un cuestionario de formato autoaplicable que explora los factores protectores y de riesgo, y la prevalencia del consumo de drogas en estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria de la U. V. M. Campus Roma de la Ciudad de México, mediante preguntas de opción múltiple, la participación de todos los estudiantes fue de forma voluntaria y anónima, manejándose la información de forma confidencial, se presenta el cuestionario en el anexo 1.

Previo consentimiento de las autoridades escolares, se aplicó el cuestionario por la autora, al encontrarse los alumnos en sus aulas 10 minutos antes de terminar su clase, para así encontrar a la mayoría, empezando por el primero hasta el tercer año.

## MATERIAL.

Se utilizó una computadora HP, su impresora, un millar y medio de hojas tamaño carta, 50 lápices, 50 fólder tamaño carta.

## MÉTODOS.

La encuesta consistió en un cuestionario semiestructurado de 30 preguntas, siendo la mayoría de las respuestas de opción múltiple, con un 100% de estas preguntas dirigidas a estudiantes consumidores de drogas y un 63.3% del 100% a los no consumidores, cubriendo las variables operativas, haciendo de esta manera, una forma rápida y fácil de contestar para los alumnos e igualmente de recopilar la información.

## LIMITE DE TIEMPO.

El estudio se realizó desde el periodo comprendido de julio del 2005, considerando desde la aprobación del protocolo hasta la redacción del trabajo de tesis, basándose en el siguiente cronograma.

ACTIVIDADES	TIEMPO
Aprobación del protocolo	3ª semana de julio
Autorización de aplicación del instrumento	2ª semana de agosto
Aplicación del instrumento	2ª semana de agosto
Tabulación de datos	3ª semana de agosto
Elaboración de cuadros y gráficas	4ª semana de agosto
Redacción de tesis	1ª semana de septiembre

## DISEÑO ESTADÍSTICO

- Revisión de cuestionarios
- Tabulación de datos
- Elaboración de cuadros y gráficas
- Para análisis de la información se utilizó análisis de riesgo con la prueba de razón de momios.

## IMPLICACIONES ETICAS

Se les pidió a los alumnos que contestaran el cuestionario siendo anónimos, con el fin de incrementar la validez en sus respuestas, para utilizar la información solamente con fines estadísticos y rescatar la trascendencia de los resultados. Para así informar a la población estudiantil y a las autoridades correspondientes.

## RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS.

I-En cuanto a la población general, se encuestaron 400 alumnos. Mostrándose en el cuadro 1, los alumnos consumidores y no consumidores de drogas por edad, siendo la cantidad mayor de encuestados de 12 años (32%), siguiéndoles 15 años(14%) y 13 años(13.75%), respectivamente. Encontrándose como 16 años, la edad de mayor número de consumidores y 16.4 como la edad promedio de los consumidores. Se observa que de la población total, un (6.5%) son consumidores de drogas y un (93.5%) no lo son.

En el cuadro 2, se observan los alumnos consumidores y no consumidores de drogas por género, encontrando que la población encuestada es parcialmente homogénea, el 46.25% fueron mujeres, y el 53.75% fueron hombres, encontrando en el grupo de consumidores, a los hombres con el mayor porcentaje (69.2%).

En el cuadro 3, se observan los alumnos por grado, encontrándose que un 31.75% de la población total pertenece al 1er grado(secundaria), un 15.25% al 2º grado, un 17% al 3er grado, un 10.75% a l 4º grado(preparatoria), un 25.25% al 5º grado, donde del grupo de consumidores, el mayor porcentaje (76.9%) son alumnos de 5º grado.

II-A)En cuanto a los factores de riesgo, en los cuadros 4,20,22 y 23 se midió la variable social, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC:En el cuadro 4, un 46.15% de los alumnos, inició a consumir drogas por sí mismo, sin ningún incitador externo y el 53.85% fue incitado por amigos.

DC:En el cuadro 20, el 65.4% de los consumidores de drogas tiene padres casados, siendo el 81.28% en los no consumidores; el 15.4% de los consumidores tiene padres separados, siendo el 8.55% en los no consumidores; el 19.2% de los consumidores tiene padres divorciados, siendo el 4.54% en los no consumidores; ninguno de los consumidores tiene un sólo padre ( viudez), siendo el 1.87% en los no consumidores; tienen padres en unión libre, el 3.23% de los no consumidores y ninguno de los consumidores; el 0.53% de los no consumidores tiene madre soltera, sin encontrarse este rubro presente en los consumidores.

AE:En el cuadro 20, se utilizó la prueba de razón de momios, la cual nos determinó, en cuanto al estado civil de los padres, que el hecho de tener padres casados resultó ser un factor protector (OR 0.649), y fueron factor de riesgo, en orden decreciente respectivamente el tener padres divorciados (OR 1.608), o separados (OR 1.04).

DC:En el cuadro 22, el 61.5% de los consumidores de drogas tiene familiares o amigos que consumen alguna droga, siendo el 10.2% en los no consumidores.

AE:En el cuadro 22, se utilizó la prueba de razón de momios, en cuanto a la pregunta de si consumen alguna droga familiares o amigos, resultando un factor de riesgo (OR 5.87).

DC:En el cuadro 23, el 38.5% de los consumidores de drogas, tiene padre consumidor, siendo el 4.8% en los no consumidores; el 3.84% de los consumidores tiene madre consumidora, siendo el 1.33% en los no consumidores; el 3.84% de los consumidores tiene tío consumidor, siendo el 2.47% en los no consumidores; el 3.84% de los consumidores tiene hermano consumidor, siendo nulo en los no consumidores; el 11.53% de los consumidores tiene amigo consumidor, siendo el 1.6% en los no consumidores y 38.5% de los consumidores no tiene familiares ni amigos que consuman alguna droga.

AE:En el cuadro 23, se utilizó la prueba de razón de momios, en cuanto a quién consume alguna droga de los familiares o amigos, encontrando como factores de riesgo, a la presencia de padre (OR 2.34), amigo (OR 1.4) o hermano consumidores (OR 1.7).

B)En los cuadros 6 y 24, se midió la variable biológica, se descripción y análisis se presenta a continuación:

DC:En el cuadro 6, el 80.78% de los consumidores, consume alguna droga de 1-2 veces por mes; 7.69% de 3-5 veces por mes. Siendo el 11.53% que sólo consumieron alguna vez sin repetir. Siendo de 1-2 veces por mes la cantidad consumida más frecuente y el promedio.

DC:En el cuadro 24, el 23% de los consumidores tiene familiares o amigos que consumen alguna droga de 1-2 veces por mes, siendo 6.41% en los no consumidores; 23% de los consumidores con 3-5 veces por mes de los familiares o amigos, siendo 0.53% en los no consumidores; 3.84% de 6-10 veces por mes de los familiares de consumidores, siendo inexistente en los no consumidores; 19.4% de los consumidores desconoce cuantas veces por mes consumen los familiares, siendo 3.2% en los no consumidores.

AE:En el cuadro 24, se utilizó la prueba de razón de momios, en cuanto al no. de veces por mes que consumen alguna droga familiares o amigos, encontrando como factores de riesgo en orden decreciente respectivamente, de 6-10 (OR 2.75), de 3-5 (OR 1.213) y 1-2 (OR 1.204) veces por mes.

C)En los cuadros 7 y 8, se midió la variable psicosocial, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC:En el cuadro 7, 46.15% consumen alguna droga en una situación de fiestas, 19.23% consumen solos, 11.53% con amigos, 7.69% en cualquier situación, 3.84% en momentos de estrés, para funcionar, para quitar el apetito y con problemas.

DC:En el cuadro 8, en cuanto al motivo para consumir alguna droga, 46.15% consumen por curiosidad, 15.38% por depresión, 15.38% por placer, 7.69% por distracción, 3.84% por estrés, o por desconocer las consecuencias, o por sentirse mejor o por imitación.

D)DC: En el cuadro 12. se midió la variable económica, observando que un 42.3% de los consumidores desconoce cuánto gasta mensualmente en alguna droga; 30.76%, \$100 mensuales; 11.53%, \$200 mensuales; 11.53%, \$500 mensuales; y 3.84%, \$300 mensuales.

E) En los cuadros 17, 18 y 19, se midió la variable cultural, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC: En el cuadro 17, 30.76% de los consumidores de alguna droga desconoce por qué se consume, siendo 7.21% en los no consumidores; 30.76% de los consumidores piensa que por evadir la realidad, siendo nulo en los no consumidores; 11.53% de los consumidores, por placer o aceptación social siendo nulo en los no consumidores; 7.69% de los consumidores por hábito, siendo nulo en los no consumidores; 3.84% de los consumidores, por depresión o imitación, siendo nulos en los no consumidores; 45.72% de los no consumidores piensa que es por problemas, siendo este rubro nulo en consumidores; 16.31% de los no consumidores, por sentirse mejor, siendo nulo este rubro en consumidores; 10.96% de los no consumidores, por presión social, siendo nulo este rubro en consumidores; 10.16% de los no consumidores, por desconocer las consecuencias, siendo nulo este rubro en consumidores; 9.62% de los no consumidores por curiosidad, siendo nulo este rubro en los consumidores.

AE: En el cuadro 17, se utilizó la prueba de razón de momios, encontrando en cuanto al concepto de por qué piensan los alumnos que se consume alguna droga, por imitación y depresión (OR 1.176), placer y aceptación social (OR 2.287), por hábito (OR 2.13), evadir la realidad y desconocer (OR 1.94) son factores de riesgo, con riesgo alto en el rubro de consumir por placer. Mientras que presión social y desconocer las consecuencias (OR 0.516), problemas (OR 0.606), sentirse mejor (OR 0.518), curiosidad (OR 0), resultaron protectores.

DC: En el cuadro 18, 77% de los consumidores sabe que convivir con un consumidor incrementa el riesgo de consumir alguna droga, siendo 83.42% en los no consumidores. Mientras que 23% de los consumidores desconoce este aspecto, siendo 16.58% en los no consumidores.

AE: En el cuadro 18, se utilizó la prueba de razón de momios, en cuanto al conocimiento del incremento de riesgo de consumo de drogas al convivir con un consumidor, encontrándolo como factor de riesgo (OR 1.822).

DC: En el cuadro 19, 42.3% de los consumidores considera drogadicción como una drogodependencia, siendo 41.97% en los no consumidores; 11.53% de los consumidores lo considera hábito, siendo nulo en los no consumidores; 26.92% de los consumidores lo considera causa de muerte, siendo 55.88% en los no consumidores; 19.23% de los consumidores lo considera un escape momentáneo, siendo 2.13% en los no consumidores.

AE: En el cuadro 19, se utilizó la prueba de razón de momios, observando que considerar drogadicción como una drogodependencia, se encontró como factor protector (OR 0.525); al igual que el considerarlo como causa de muerte (OR 0.6), igualmente que escape momentáneo (OR 0.257), mientras que como factor de riesgo se encontró, considerarlo hábito (OR 1.848).

III-A) En cuanto a los factores protectores. En los cuadros 9, 13, 14 y 27, se midió la variable cultural, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC: En el cuadro 9, 15.38% mencionan las consecuencias en la salud como razón para dejar de consumir alguna droga, 11.53% desconocen por qué dejarlo, 11.53% por la familia; 19.23% por conocimiento de sus efectos y 38.46% lo dejaría por uno mismo.

DC: En el cuadro 13, en relación a las consecuencias de consumir drogas que conoce, 11.53% de los consumidores, menciona cáncer, siendo 2.13% en los no consumidores; 3.84% de los consumidores conoce problemas cardíacos, siendo nulo en los no consumidores; 15.38% de los consumidores conoce como consecuencia, la muerte, siendo 29.41% en los no consumidores; 2.3% de los consumidores refiere enfermedades siendo 9% en los no consumidores; 3.84% de los consumidores conoce problemas familiares, siendo 4.81% en no consumidores; 15.38% de los consumidores menciona alteraciones mentales, siendo 23.52% en los no consumidores; 3.84% de los consumidores menciona suicidio, siendo 0.8% en los no consumidores; 7.69% de los consumidores menciona daño cerebral, siendo este rubro nulo en los no consumidores; 8% de los no consumidores menciona adicción siendo este rubro nulo en los consumidores; 15.38% de los consumidores desconoce, siendo 22.19% en los no consumidores.

AE: En el cuadro 13, se utilizó la prueba de razón de momios, en relación a las consecuencias de uso de drogas que conoce, resultando el desconocer consecuencias un claro factor de riesgo (OR 7.739), así como problemas cardíacos (OR 3.36) y daño cerebral (OR 1.56), resultando el resto, factores protectores, cáncer (OR 0.952), suicidio (OR 0.785), muerte (OR 0.406), y de entre éstos, fuertes factores protectores: enfermedades (OR 0.0790), adicción (OR 0), alteraciones mentales (OR 0) y problemas familiares (OR 0).

DC: En el cuadro 14, en relación al conocimiento del síndrome de abstinencia, 50% de los consumidores no lo conoce, siendo 74.33% en los no consumidores; 50% de los consumidores lo conoce, siendo 25.66% en los no consumidores.

AE: En el cuadro 14, se utilizó la prueba de razón de momios, en relación al conocimiento del síndrome abstinencia, resultando como un factor de riesgo (OR 1.3).

DC: En el cuadro 27, en relación a considerar necesarias más pláticas en la escuela, sobre drogadicción, 69.24% de los consumidores consideran que sí, siendo 88.23% en los no consumidores; 30.76% de los consumidores consideran que no, siendo 11.77% en los no consumidores.

AE: En el cuadro 27, se utilizó la prueba de razón de momios, en relación a considerar necesarias más pláticas en la escuela sobre drogadicción, resultando factor de riesgo (OR 1.010).

B) En los cuadros 10, 25 y 26, se midió la variable social, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC:En el cuadro 10, en relación al momento en que no consumiría alguna droga, 65.38% de los consumidores menciona que delante de los padres,15.38% estando enfermo, 7.69% al estar bien, 3.84% desconoce, 3.84% por embarazo o estando en exámenes.

DC:En el cuadro 25, en relación a si considera necesaria mayor advertencia en publicidad sobre el daño por drogas, 69.24% de los consumidores, consideran que sí, siendo 88.77% en los no consumidores, 30.76% de los consumidores considera que no, siendo 11.23% en los no consumidores.

AE:En el cuadro 25, se utilizó la prueba de razón de momios, en relación a si considera necesaria mayor advertencia en publicidad sobre el daño por drogas, resultando factor protector (OR 0.793).

C)En los cuadros 11, 15 y 16 se midió la variable psicosocial, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC:En el cuadro 11, en relación a qué harían los estudiantes para dejar de consumir drogas, 30.76% de los consumidores respondió que sólo dejarlo, 23% desconoce, 19.23% lo evitaría; 11.53% buscaría ayuda; 7.69% haría cualquier cosa,3.84% respondió hacer deporte o psicoanálisis.

DC:En el cuadro 15, en cuanto a por qué no consumir drogas, 61.22% de los no consumidores menciona porque las drogas son dañinas y lesionan la salud; 25.93% menciona que por desagrado, 6.95% por ser innecesarias; 5.88% desconoce la causa.

AE:En el cuadro 15, se utilizó la prueba de razón de momios, en cuanto a por qué no consumir drogas, encontrando como claro factor de riesgo, el desconocerlo (OR 1.58), resultaron, fuertes factores protectores, por las consecuencias en la salud (OR 0), desagrado (OR 0), innecesarias (OR 0).

DC:En el cuadro 16, en relación con los factores que evitan el consumo de drogas, 82.62% de los no consumidores mencionan conocimiento de las consecuencias en la salud; 9.35% menciona los principios familiares; 3.74% menciona los valores personales y 4.27% menciona aceptación propia.

AE:En el cuadro 16, se utilizó la prueba de razón de momios, en relación a los factores que evitan el consumir drogas, resultando factores protectores los principios familiares (OR 0.86), valores personales (OR 0.89), aceptación propia (OR 0), conocimiento de las consecuencias en la salud (OR 0.186).

V- En los cuadros 5 y 21, se observó la prevalencia, su descripción y análisis se presenta a continuación:

DC: En el cuadro 5, en cuanto a la edad de inicio de uso de drogas, se observó que 11.53%

de los consumidores inició a los 12 años; 38.46% a los 13 años; 19.23% a los 14 años; 26.92% a los 15 años; 3.84% a los 16 años, resultando 13 años como la edad de inicio más frecuente, y siendo 13.7 años la edad de promedio de inicio.

DC: En el cuadro 21, en cuanto al género de los hermanos de los consumidores de alguna droga, se observó que 53.85% de los hermanos de los consumidores, son hombres, siendo 26.48% en los no consumidores; 46.15% de los hermanos de los consumidores son mujeres, siendo 73.52% en los no consumidores.

**CUADRO 1**  
**DISTRIBUCION DE LOS ALUMNOS SEGÚN CONSUMO DE DROGAS POR EDAD EN EL PLANTEL ERASMO**  
**CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.**

EDAD	SI CONSUME		NO CONSUME		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
11	0	0	19	4.75	19	4.75
12	0	0	128	32	128	32
13	0	0	55	13.75	55	13.75
14	0	0	49	12.25	49	12.25
15	5	1.25	51	12.75	56	14
16	10	2.5	41	10.25	51	12.75
17	7	1.75	20	5	27	6.75
18	4	1	11	2.75	15	3.75
Total	26	6.5	374	93.5	400	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

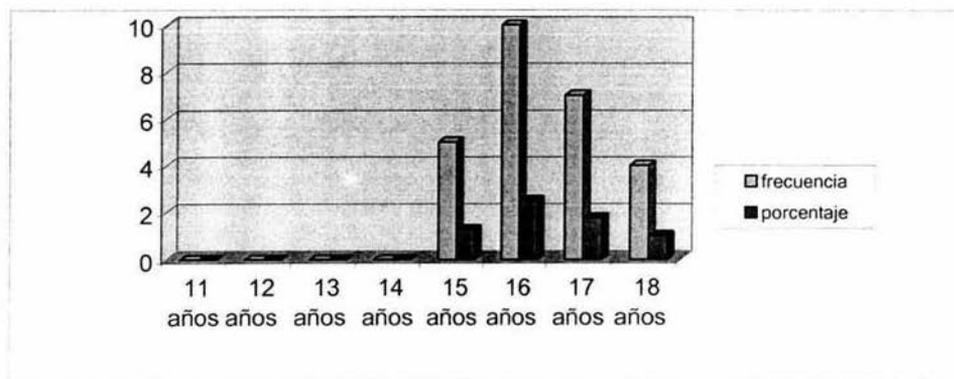


Figura No. 1. Representación gráfica de la distribución de los alumnos consumidores de drogas por edad en el Plantel Erasmo Castellanos Quinto de la Escuela Preparatoria de la U.N.A.M.

**CUADRO 2**  
**ALUMNOS CONSUMIDORES DE DROGAS POR GENERO EN EL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA**  
**ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.**

GENERO	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	18	4.5	177	49.25	195	53.75
FEMENINO	8	2	197	44.25	205	51.5
Total	26	6.5	374	93.5	400	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

CUADRO 3  
ALUMNOS CONSUMIDORES POR GRADO DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA  
PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

GRADO	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1° semestre	0	0	127	31.7	127	31.7
3° semestre	0	0	61	15.25	61	15.25
5° semestre	3	0.75	65	16.25	68	17
7° semestre	3	0.75	40	10	43	10.75
9° semestre	20	5	81	20.25	101	25.25
11° semestre	0	0	0	0	0	0
Total	26	6.5	374	93.5	400	100.00

Fuente: Instrumento de investigación

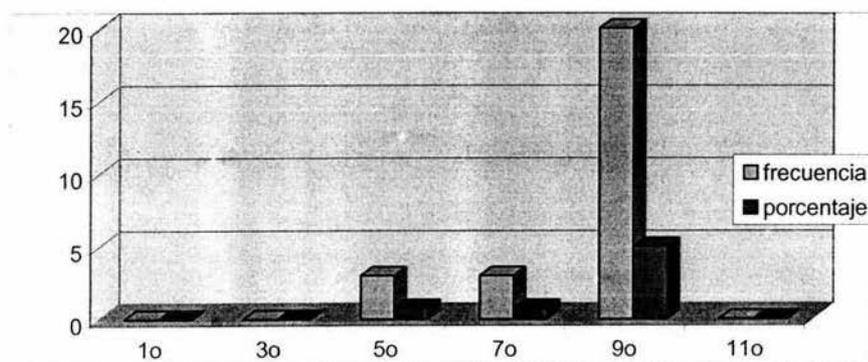


Figura 2. Representación gráfica de la distribución de alumnos según consumo de drogas por grado en el Plantel Erasmo Castellanos Quinto de la Escuela Preparatoria de la U.N.A.M.

CUADRO 4  
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE LOS ESTUDIANTES.

Edad inicio	No.	%
12 años	3	11.53
13 años	10	38.46
14 años	5	19.23
15 años	7	26.92
16 años	1	3.84
Total	26	100

Fuente: Instrumento de investigación.

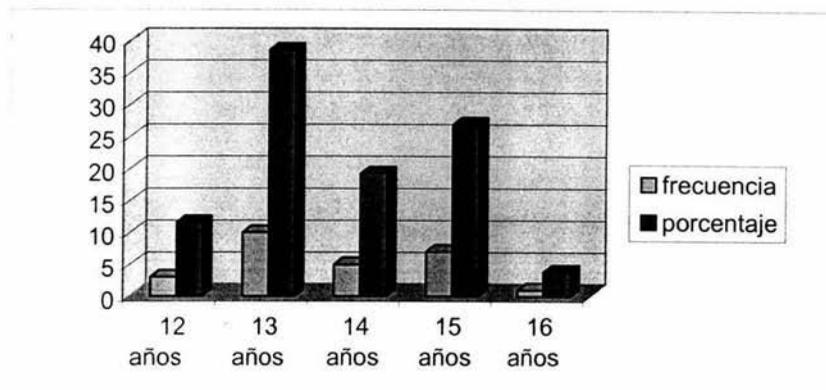


Figura 3. Representación gráfica de la distribución de los alumnos por edades de inicio de consumo de drogas en el Plantel Erasmo Castellanos Quinto de la Escuela Preparatoria de la U.N.A.M.

CUADRO 5  
VECES MES QUE CONSUMEN DROGAS LOS ESTUDIANTES DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

VECES/MES	No.	%
1-2	21	80.78
3-5	2	7.69
6-10	0	0
Más	0	0
Sólo una vez	3	11.53
Total	26	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

CUADRO 6  
SITUACIÓN DONDE CONSUMEN DROGAS LOS ESTUDIANTES DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

SITUACIÓN	No.	%
Fiestas	12	46.15
Con amigos	3	11.53
Solo	5	19.23
Cualquiera	2	7.69
Para funcionar	1	3.84
Con problema	1	3.84
Mom de estrés	1	3.84
Para quitar apetito	1	3.84
Total	26	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

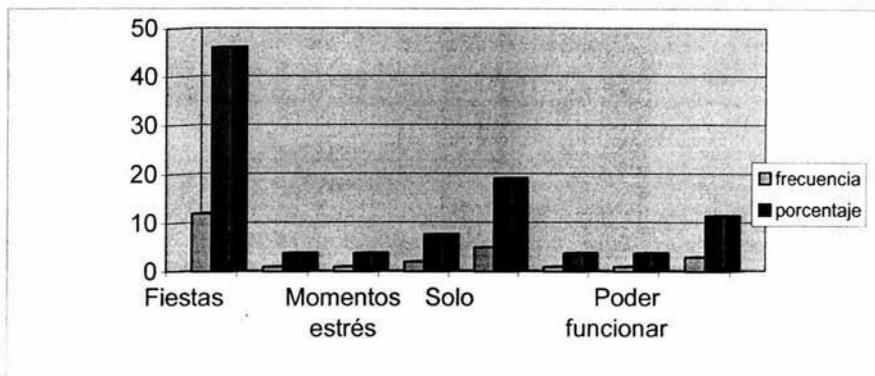


Figura 4. Representación gráfica de la distribución de los alumnos según la situación donde consumen drogas en el Planteo Erasmo Castellanos Quinto de la Escuela Preparatoria de la U.N.A.M.

CUADRO 7  
RAZON PARA DEJAR DE USAR DROGAS DE LOS ESTUDIANTES DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M, 2005.

RAZON	No.	%
Consec salud	4	15.38
Conoc efectos	5	19.23
Desconoce	3	11.53
Por uno mismo	10	38.46
Por la familia	3	11.53
Total	26	100.00

CUADRO 8  
MOMENTO NO CONSUMIRIA DE LOS ESTUDIANTES DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M, 2005.

MOMENTO	No.	%
Con familia	17	65.38
Estando bien	2	7.69
Enfermedad	4	15.38
Embarazo	1	3.84
Estudio	1	3.84
Desconoce	1	3.84
Total	26	100.00

Fuente: Instrumento de investigación

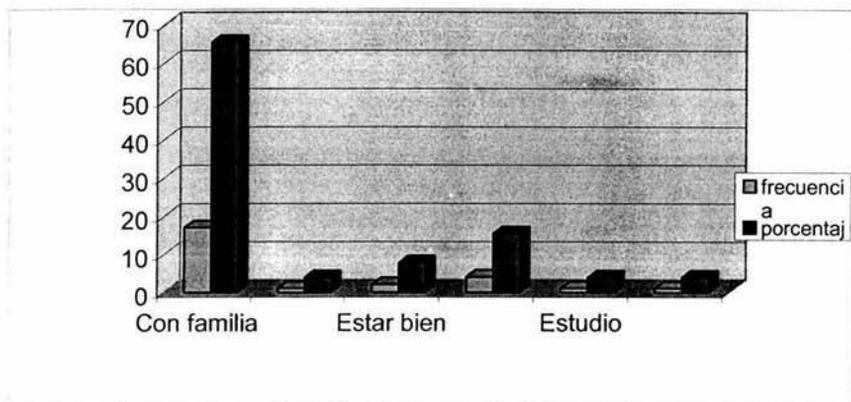


Figura 5. Representación gráfica de la distribución de los alumnos según el momento de no consumir drogas en el Plantel Erasmo Castellanos Quinto de la Escuela Preparatoria de la U.N.A.M.

CUADRO 9  
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS SEGÚN CONSECUENCIAS DE CONSUMIR DROGAS QUE CONOCE EN EL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

	Consumo		No consume		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cáncer	3	0.75	8	2	11	2.75
Enfermedades	6	1.5	34	8.5	40	10
Suicidio	1	0.25	3	0.75	4	1
IAM	1	0.25	0	0	1	0.25
Muerte	4	1	110	27.5	114	28.5
Alterac mentales	4	1	88	22	92	23
Alterac familiares	1	0.25	18	4.5	19	4.75
Daño cerebral	2	0.5	0	0	2	0.5
Desconoce	4	1	83	20.75	87	21.75
Adicción	0	0	30	7.5	30	7.5
Total	26	6.5	374	93.5	400	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

CUADRO 10  
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS SEGÚN CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS QUINTO DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

	Consumo		No consume		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	29	20.43	92	16.45	121	17.27
No	113	79.57	467	83.55	580	82.73
Total	142	100.00	559	100.00	701	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

CUADRO 11  
FACTORES QUE EVITAN CONSUMIR DROGAS EN LOS ALUMNOS DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

FACT EVIT CONSUMO	Consumidores	
	No.	%
Conocim.consec	309	82.62
Principios familia	35	9.35
Valores personal	14	3.74
Acept propia	16	4.27
Total	374	100.00

Fuente: Instrumento de investigación

CUADRO 12  
DISTRIBUCIÓN DE QUIEN CONSUME DROGAS DE LOS FAMILIARES DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL ERASMO CASTELLANOS DE LA ESCUELA PREPARATORIA DE LA U.N.A.M., 2005.

QUIÉN CONSUME	Consumidores		No consumidores		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
padre	10	2.5	18	4.5	28	7
madre	1	0.25	5	1.25	6	1.5
tio	1	0.25	9	2.25	10	2.5
hermano	1	0.25	0	0	1	0.25
amigo	3	0.75	6	1.5	9	2.25
nadie	10	2.5	336	84	346	86.5
Total	26	6.5	374	93.5	400	100.00

Fuente: Instrumento de investigación.

RAZON DE MOMIOS

	OR	IC 95%
Conoce Sx abstinencia	1.3	(0.79- 2.11)
Consumen drogas familiares o amigos	5.87	(2.43-16.67)
Necesaria + advertencia publicidad	0.793	(0.46-1.40)
Dejaría hijos consuman drogas	4.11	(2.71-6.25)
Necesarias + pláticas escuela	1.01	(0.64- 1.60)

Fuente: Instrumento de investigación

RAZÓN DE MOMIOS  
CONSECUENCIAS DE FUMAR QUE CONOCE

	OR	IC 95%
Cáncer	0.952	0.63- 1.44
Daño cerebral	1.56	0.91- 2.64
Suicidio	0.785	0.02- 7.10
Problemas cardiacos	3.36	0.80- 13.42
Muerte	0.406	0.05- 1.72
Enfermedades	0.079	0.0- 0.47
Adicción	0.0	0.0- 21
Alteraciones mentales	0.0	0.0- 1.99
Problemas familiares	0.0	0.0- 153.53
Desconoce	7.739	2.56- 25.86

Fuente: Instrumento de investigación.

RAZON DE MOMIOS  
FACTORES QUE EVITAN CONSUMIR DROGAS

	OR	IC 95%
Conocimiento consecuencias	0.186	0.12- 0.28
Principios familiares	0.86	0.85- 2.78
Valores personales	0.89	0.26- 2.47
Aceptación propia	0	0.0- 0.0

Fuente: Instrumento de Investigación.

RAZON DE MOMIOS  
QUIEN FUMA

	OR	IC 95%
Padre	2.34	0.51- 1.11
Madre	0.42	0.81- 2.39
Tío	0.751	0.53- 1.06
Hermano	1.7	1.58- 3.47
Amigo	1.4	0.66- 1.17
Ninguno	0.354	0.07- 1.21

Fuente: Instrumento de investigación.

## DISCUSIÓN.

A) En cuanto a factores de riesgo. En los cuadros 4, 20, 22 y 23 se midió la variable social, su discusión se presenta continuación:

Los alumnos respondieron mayoritariamente (53.84%), mencionando a los amigos como el principal incitador para iniciar el consumo de drogas, esto nos orienta hacia factores externos que ejercen presión social sobre ellos, igualmente se puede relacionar con familiares, por imitación hacia ellos o verlos como estereotipos, ante múltiples incitadores, no decide cuál es el principal, sin embargo un alto porcentaje (46.16%), refiere que ellos mismos iniciaron el consumo sin ningún incitador externo, esto nos orienta hacia factores internos que los hacen dirigirse hacia esta elección.

Del estado civil de los padres, se desprende que los padres casados sean un factor protector para los hijos, por la estabilidad familiar que proporcionan, encontrando un porcentaje superior de ellos (81.28%) en alumnos no consumidores de drogas, encontrando además, como factores de riesgo, padres separados o divorciados, que se ven en mayor porcentaje en alumnos consumidores que en los que no lo son.

De los familiares o amigos que consumen alguna droga, que resultó factor de riesgo, se observa que es mucho mayor el porcentaje de ellos en los adolescentes consumidores (61.5%), mientras que en adolescentes no consumidores es mayor el porcentaje de aquellos que no consumen alguna droga (89.8%). Y en cuanto a las personas que consumen alguna droga, que rodean a los alumnos, padre, hermano y amigo, que resultaron factores de riesgo, lo son por la cercanía de la influencia familiar en los prototipos vistos como más adecuados por los alumnos adolescentes. Encontrando un mayor porcentaje de padre (38.5%), hermano (3.84%) y amigo (11.53%) consumidores de alguna droga en los alumnos adolescentes consumidores, que en los no consumidores.

B) En los cuadros 6 y 24 se midió la variable biológica, su discusión se presenta a continuación:

La mayoría de los alumnos adolescentes consume alguna droga 1-2 veces por mes (80.78%), siendo pocos (7.69%) los que consumen de 3-5 veces por mes, encontrándose ya con una arraigada adicción; en cuanto a los primeros, muchos de ellos, con un consumo bajo cubren su cuota de necesidades, sean éstas internas o externas. Resultó un factor claramente protector el hecho de que las personas que rodean a los alumnos adolescentes, no consuman ningún tipo de droga, siendo mucho más en los no consumidores (89.8%); un fuerte factor de riesgo, con mayor porcentaje en familiares de consumidores (3.84%) son quienes consumen alguna droga de 6-10 veces por mes, siguiéndole en riesgo en orden decreciente, de 3-5 y de 1-2, todo esto por el ejemplo que se brinda a los adolescentes y la persistencia de ello, con el número constante de veces que consumen alguna droga y la observación de la resolución parcial o completa de las necesidades físicas de sus familiares, para funcionar, tranquilizarse o sentirse bien.

C) En los cuadros 7 y 8 se midió la variable psicosocial, su discusión se presenta a continuación:

Va paralelo el hecho de que un alto porcentaje de los alumnos respondió, que su motivo para consumir alguna droga era la depresión (15.38%) y la situación en que más consumen alguna droga es estando solo (19.23%), con un problema (3.84%), otros de ellos respondieron en forma totalmente opuesta, que consumen por placer (15.38%), distracción (7.69%), curiosidad (46.15%), imitación (3.84%), y en las situaciones en que consumen, fiestas (46.15%), con amigos (11.53%), mientras que otros mencionan como motivo, para quitar el apetito (3.84%), en momentos de estrés (3.84%), para poder funcionar (3.84%), para sentirse mejor (3.84%). Podemos englobar 3 finalidades en concordancia con su ambiente psicosocial: para relajarse, estando relajado y para levantarse el ánimo.

D) En el cuadro 12 se midió la variable económica, su discusión se presenta a continuación:

El porcentaje más frecuente de gasto mensual de los alumnos adolescentes consumidores de alguna droga, resultó ser desconocido por ellos (42.3%), siguiéndole \$100 (30.76%) y \$200 ó \$500 (11.53%), esto es tan variable porque a muchos de ellos les invitan los amigos, familiares o las personas que los rodean, y realmente son pocos, los que, considerando que en esta época (en la mayoría de las veces), no se cuenta con una gran disponibilidad de recursos económicos, pueden gastar una gran cantidad de dinero.

E) En los cuadros 17, 18 y 19, se midió la variable cultural, su discusión se presenta a continuación:

El hecho de desconocer por qué se consumen drogas, considerar que se consume por imitación, depresión, aceptación social, por hábito, o simple placer, fueron fuertes factores de riesgo, siendo éste último el más alto, porque los alumnos adolescentes lo ven como una fuente de algo positivo o natural, lo cual los hace más susceptibles de esta adicción, pero, por otro lado, resultaron factores protectores, el considerar que se consume por curiosidad, por sentirse mejor, presión social, ignorancia en cuanto a las consecuencias en la salud, siendo este último un fuerte factor protector, porque tienen la conciencia y el conocimiento de que es esa causa la que los orilla al consumo, entonces saben y buscan corregir la causa de esa consecuencia, no son tan ciegamente manipulables por los incitadores a las drogas.

El desconocimiento de saber que el convivir con un consumidor de alguna droga implica un mayor riesgo para el propio consumo del adolescente y es un fuerte factor de riesgo, pues a través de observar el continuo consumo de algún tipo de droga por familiares o amigos, se da en el adolescente el ímpetu de imitar, la curiosidad de probar y lo observa como algo natural y familiar, exponiéndose a un ambiente propenso al consumo, sin conocer, en muchos casos, las consecuencias que esto produce en su salud.

Resultó un alto factor de riesgo el concepto de los alumnos adolescentes de la drogadicción como hábito, pues consideran que altera la respuesta orgánica cotidiana y lo consideran una

cosa común y corriente o con ventajas fisiológicas. Por otro lado, resultaron factores protectores considerarlo como drogodependencia, que fue el concepto más frecuentemente

elegido (42.3%) en consumidores, y (41.97%) en no consumidores, causa de muerte, escape momentáneo, porque los alumnos tienen conciencia de la falsa consecución de esa última finalidad.

A) En cuanto a los factores protectores. En los cuadros 9, 13, 14 y 27 se midió la variable cultural, su discusión se presenta a continuación:

El mayor porcentaje de alumnos adolescentes (38.46%), manifestó como razón para dejar de consumir alguna droga, el hacerlo por uno mismo, el conocimiento de sus consecuencias en la salud (19.23%), reconociendo que es muy importante tener conciencia de lo que a largo plazo pueden ocasionar las drogas en el organismo humano. Un 11.53% de los alumnos consumidores, respondió que desconoce alguna razón para dejarlo, este es el grupo de alumnos en los que debe incidirse para hacer conciencia del daño de las drogas y pasarlos al grupo de no consumidores, al igual que el grupo que menciona que no dejaría el consumo de drogas (7.7%). Otra de las razones que dieron, fueron por la familia o petición de los padres, por la propia salud, estas razones ya concientizadas por los mismos adolescentes, pueden usarse oportunamente para alejarlos de las drogas .

En el conocimiento de las consecuencias del consumo de drogas, la mayoría de los alumnos adolescentes sabe, que producen muerte (29.41%) en los consumidores y (15.38%) de los no consumidores, siendo esto un factor protector, resultando factores de riesgo, aquellas afecciones en las cuales existe nulo o bajo conocimiento, como problemas cardíacos y daño cerebral, pues no lo relacionan a las drogas, siendo un muy fuerte factor de riesgo, el hecho de desconocer las consecuencias que las drogas producen en el organismo, pues lo seguirán haciendo tolerantemente. Por otra parte, el conocimiento de mayor número de consecuencias en la salud, tales como, cáncer, enfermedades, problemas familiares, alteraciones mentales, hacen al adolescente alejarse de algo que tiene conciencia que trastornará negativamente su salud y sus relaciones interpersonales en general.

El alto porcentaje de desconocimiento del síndrome de abstinencia (50%) en consumidores y (74.33%) en no consumidores, lo hacen un factor de riesgo, ya que los alumnos adolescentes desconocen a qué están expuestos cuando tratan de retirarse de la adicción, sin algún apoyo alternativo y consecuentemente vuelven a caer en las drogas, para no sentir la desagradable sintomatología que esto produce.

En cuanto a considerar necesarias pláticas sobre daños a la salud ocasionados por las drogas, el hecho de que algunos alumnos adolescentes, (30.76%) de consumidores y (11.77%) de no consumidores las consideren innecesarias, los pone en el riesgo del desconocimiento sobre sus consecuencias y el caer fácilmente en su adicción.

B) En los cuadros 10, 25 y 26, se midió la variable social, su discusión se presenta a continuación:

En cuanto al momento en que los alumnos adolescentes no consumirían alguna droga, la mayoría de los consumidores respondió que delante de los padres o su familia (65.38%), siguiéndole, por enfermedad (15.38%), por embarazo (3.84%), esto nos habla de que hay una baja tolerancia social hacia las drogas, y el conocimiento de que dañan el organismo y llega un momento en que deben retirarse necesariamente, por otro lado, (3.84%) de los alumnos menciona desconocer en qué momento no consumiría, éste es un grupo de impacto en cuanto a prevención. Estos aspectos concuerdan con nuestra bibliografía, en que los puntos a usarse como estrategia de prevención, son la baja tolerancia social y la conciencia de las consecuencias en la salud.

En relación a considerar necesaria mayor advertencia en la publicidad sobre el daño a la salud que ocasionan las drogas, resultó factor protector el hecho de que una elevada mayoría, (69.24%) en consumidores y (88.77%) en no consumidores, lo considera necesario, pues tiene clara percepción de la posibilidad de prevenir esta adicción, a pesar de las circunstancias externas, ya sean publicidad, presión de los amigos, etc., que influyen en que el adolescente se enganche a las drogas.

Resultó un alto factor de riesgo, el hecho de que un alto porcentaje de alumnos adolescentes consumidores de alguna droga(80.77%), sí permitirían que sus hijos las consumieran, siendo solamente (2.41%) en los no consumidores, esto nos habla del grado de responsabilidad social y familiar hacia la protección de los seres queridos que se tiene, y la conciencia de ello, que es mucho más acentuada en los alumnos no consumidores.

C)En los cuadros 11, 15 y 16 se midió la variable psicosocial, su discusión se presenta a continuación:

Respecto a que harían los alumnos adolescentes consumidores de alguna droga para dejarla, la mayoría respondió que sólo dejarlo (30.76%), (23%) no sabe que haría, (7.69%) haría todo lo posible, cualquier cosa, (11.53%) buscaría ayuda, mientras que otros mencionan el psicoanálisis y hacer deporte, para lo cual primero que nada debe tenerse voluntad y saber hasta donde va a intentarse o lograrse, usar coadyuvantes que hagan más liviano el desapego, tratarse médicamente si es necesario e informarse, algo muy importante que los alumnos mencionan, es evitarlo, esto es, alejarse de otros consumidores, que son quienes los incitan al consumo y un factor muy importante que es buscar tener autoestima, así no se dejarían presionar por conductas erróneas de otros, para quedar bien, etc., porque ellos por sí mismos se sienten bien y no necesitan artificios irreales, para así sentirlo.

En relación a por qué no consumir alguna droga, la población de los no consumidores responden, por desagrado (25.93%), innecesarias (6.95%), y por conocer las consecuencias en la salud (61.22%), que resultaron todos ellos, ser fuertes factores protectores, que además se ven apoyados por valores familiares, imitación positiva, que nos hablan de una percepción de la influencia personal y familiar que ejerce conciencia en el adolescente, cuando está rodeado por modelos familiares o sociales sanos y adecuados que forman sus valores positivamente, por otro lado, resulta un claro factor de riesgo, el que desconoce (5.88%).

En cuanto a los factores que evitan el consumir alguna droga, un fuerte factor protector fue el conocimiento de las consecuencias en la salud, incluyendo a la mayoría de las respuestas de los alumnos (82.62%) no consumidores, otros fueron, adecuados principios familiares, valores personales, aceptación propia, que nos hablan de una clara percepción en cuanto a la educación no técnica, sino de carácter formativo, cuyas bases son personales y familiares, y ayudan a la adaptación adecuada al entorno sin necesidad de apoyos contra la realidad, ni escapes irreales con drogas. Por otro lado, respeto a las reglas sociales, principios familiares y padres que no consuman ningún tipo de drogas, son factores en los cuales debe hacerse hincapié y recalcar su importancia, ya que capacitando a los adolescentes en cuanto a manejar situaciones de estrés en una forma más sana y adecuada, no necesitarán acceder a drogas para tolerarlo, debe inculcarse el respeto a las reglas sociales en la familia, que vean los adolescentes que los padres también las cumplen y son responsables, debe existir un convencimiento en la familia por cultivar los principios que se inculcarán en sus integrantes y los ayudarán a integrarse más armónicamente a la sociedad, y hacer conciencia en los padres de familia acerca de ellos mismos no consumir ninguna droga, pues son ellos el ejemplo y el espejo de sus hijos, creando o no un sano ambiente familiar.

## CONCLUSIONES.

- 1.-De la población encuestada de 400 alumnos, 6.5% de ellos son consumidores de alguna droga, siendo 93.5% de ellos no consumidores.
- 2.-De la población encuestada 46.25% fueron mujeres y 53.75% fueron hombres, resultando parcialmente homogénea.
- 3.-La edad de inicio de consumo fue temprana, desde los 12 años, con promedio de 13.7 años.
- 4.-El tercer semestre de preparatoria fue donde existió mayor porcentaje de consumidores de alguna droga (76.92%).
- 5.-El hombre (4.5%) consume drogas, más que la mujer (2%).
- 6.-El adolescente inicia a consumir alguna droga incitado por amigos (53.84%) más frecuentemente, sin embargo, un considerable número de adolescentes (46.16%) fue por decisión propia.
- 7.-El número de veces por mes que el adolescente consume alguna droga en promedio fue de 1-2, más frecuentemente.
- 8.-La situación más frecuente donde el adolescente consume alguna droga es en fiestas y lo realiza por curiosidad.
- 9.-La razón más frecuente para dejar de consumir alguna droga fue por uno mismo (38.46%) y la situación más frecuente donde no consumirían los adolescentes es frente a sus padres y su familia (65.38%).
- 10.-La mayoría de los consumidores adolescentes tiene la disposición de dejar de consumir alguna droga (92.3%).
- 11.-La muerte es la consecuencia de consumo de drogas más conocida por los adolescentes (28.5%).
- 12.-El síndrome de abstinencia es poco conocido por los adolescentes (27.25%).
- 13.-El motivo más frecuente para no consumir alguna droga fue el considerarlas dañinas para la salud (61.22%).
- 14.-El factor de protección más frecuente para evitar el consumo de drogas fue el conocimiento de las consecuencias en la salud (82.62%).
- 15.-Los adolescentes piensan, más frecuentemente, que se consumen drogas para evadirse de los problemas de la realidad (44.75%).

- 16.-La mayoría de los adolescentes sabe que el convivir con un consumidor de drogas incrementa el riesgo de consumirlas por ellos mismos (83%).
- 17.-La mayoría de los adolescentes considera la drogadicción como una causa de muerte (54%).
- 18.-La mayoría de los adolescentes tienen familiares o amigos no consumidores de drogas (86.5%).
- 19.-Los adolescentes consideran que es necesaria mayor advertencia en la publicidad (87.5%) y pláticas en su escuela (87%) sobre los daños a la salud por las drogas.
- 20.-La mayoría de los adolescentes no dejaría que sus hijos consuman drogas (92.5%).
- 21.-Es factor protector el conocimiento de las enfermedades que provocan las drogas, y factor de riesgo el no conocer ninguna.
- 22.-Es factor de riesgo el desconocer por qué se consumen drogas y considerar que se consumen por placer, siendo factor protector el determinar que se consumen por ignorancia, imitación y aceptación social.
- 23.-Es un factor de riesgo el desconocer motivos para no consumir drogas y es factor protector no consumir por conocer las consecuencias que produce en la salud.
- 24.-Son factores protectores que evitan el consumir drogas, aceptación propia, valores personales, y son factores de riesgo, padres que consumen alguna droga y carencia de adecuados principios familiares.
- 25.-Es un factor de riesgo considerar la drogadicción como un hábito y un factor protector el considerarlo una causa de muerte..
- 26.-Es un factor protector tener padres casados y un factor de riesgo, el que estén divorciados o separados.
- 27.-Es un factor de riesgo el tener familiares o amigos que consuman alguna droga.
- 28.-El padre, el hermano y el amigo consumidores de alguna droga representan una influencia de riesgo importante para desarrollar el consumo en el adolescente.
- 29.-El riesgo se eleva en función del número de veces por mes que observan los adolescentes que consumen alguna droga las personas que los rodean, y es un factor protector, el hecho de que no consuman ninguna droga.

## SUGERENCIAS

- 1.-Impartir pláticas específicas sobre drogadicción en las escuelas, para concientizar sobre las consecuencias que provoca en su salud y hasta la posibilidad de muerte .
- 2.-En futuras investigaciones, ahondar más profundamente en cuanto a la percepción de los adolescentes del riesgo y la protección hacia el consumo de drogas.
- 3.-Incidir en el medio familiar sobre la orientación contra el consumo de drogas en las fases iniciales de la adolescencia y la importancia de la instrucción de los padres para dar herramientas sociales a sus hijos.
- 4.- Implementar medidas legales más aplicables contra las drogas para la restricción y control en centros escolares.

## RESUMEN

### Antecedentes:

El incremento en el consumo de drogas está en aumento como se hace evidente al comparar los resultados de la prevalencia de consumo de las tres encuestas nacionales de adicciones. Dentro del estudio de la prevalencia en la población estudiantil, las encuestas revelan que en la mayor parte de los países, incluyendo México, el hábito se inicia a edades tempranas; entre los 10 a 14, un 42% comenzó a usar drogas, mientras que el 46% lo hizo entre los 15 a 19 años. La adolescencia es la fase crucial de la vida para prevenir la drogadicción y sus consecuencias porque es la etapa de la vida en la que más frecuentemente se inicia el consumo de drogas y se adquiere la dependencia. La conducta del consumo es el resultado de una interacción entre factores personales y sociales. Entre los factores de riesgo se encuentran los psicosociales complejos, como son, la curiosidad, la aceptación social, el ocio, la rebeldía, el estrés, el deseo de transgresión, imitación y el de introducirse en el mundo de los adultos, entre otros. Del lado de los factores protectores, la introspección positiva es amiga de la prevención de adicciones y los programas de salud pública son una respuesta importante, actualmente, existen programas preventivos, los que mejor funcionan incluyen factores psicosociales que combaten el inicio al consumo de sustancias.

**Problema:** ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas y qué factores son protectores del mismo en los adolescentes?

**Objetivo:** Analizar la relación de los factores protectores y los factores de riesgo más frecuentemente observados que están asociados al consumo de drogas en los estudiantes adolescentes de la escuela preparatoria "Erasmus Castellanos Quinto" de la Cd. de México.

**Hipótesis:** Los factores protectores y de riesgo, psicosociales, culturales, biológicos, económicos y sociales, son determinantes para la presencia del consumo de drogas en los adolescentes de la escuela preparatoria "Erasmus Castellanos Quinto" de la Cd. de México.

**Diseño del estudio:** En el plantel de la escuela preparatoria, se llevó a cabo el presente estudio de investigación, sobre la prevalencia del consumo de drogas y los factores protectores y de riesgo que influyen en éste, en los estudiantes adolescentes en el 2005, siendo de tipo observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó una encuesta para identificar los factores de riesgo y protectores asociados al consumo de drogas, y se calculó prevalencia, y análisis de riesgo, mediante la prueba de razón de momios.

**Conclusiones:** De los 400 alumnos encuestados, 6.5% consumen alguna droga. La edad de inicio del consumo de drogas fue desde los 12 años, con promedio de 13.7 años. El tercer semestre fue donde existió mayor porcentaje de consumidores (76.92%). El hombre (4.5%) consume más que la mujer (2%) en los adolescentes. La situación más frecuente donde el adolescente consume es en fiestas y lo realiza por curiosidad. El padre, el hermano y el amigo consumidores representan una influencia de riesgo importante para el desarrollo del consumo en el adolescente. Son factores protectores que evitan el consumo, tener aceptación propia y valores personales, y son factores de riesgo, padres que consumen alguna droga y carencia de adecuados principios familiares.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Encuesta Nacional de Adicciones.IMP, CONADIC, SSA, México.1998.
- 2.-Ortiz A.Rodríguez E.Galván J.Uso de drogas y conducta delictiva en la población captada por el sistema de registro de información en drogas.An Inst Mex Psiquiatr México.1994;(9):55-72
- 3.-Tapia R, et al Las adicciones.Dimensión, impacto y perspectivas.Editorial Manual Moderno.México.1994:25-55
- 4.-Ramírez J.La investigación en salud como estrategia de apoyo a los programas prioritarios.México.2001:11-13
- 5.-Davidson F.El abuso de productos nocivos.Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica.México.1983:86-93
- 6.-VelascoA.LorenzoP.SerranoJ.Farmacología Velásquez.Decimosexta edición.Editorial Interamericana.España.1993:581-596
- 7.-Goodman J.The cultures of dependence.USA.1993:65-81
- 8.-Encuesta Nacional sobre uso de drogas entre la comunidad escolar.CONADIC.México. 1976,1986,1991,1998.
- 9.-Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.Anuario estadístico de los E. U. Mexicanos.1997.
- 10.-Varios autores.El consumo de drogas en México:diagnóstico, tendencias y acciones.SSA, CONADIC.México.2002:1-9
- 11.-Varios autores.Consumo de drogas en estudiantes de la ciudad de México 1997.SSA, IMP, SEP, Subsecretaría de servicios educativos del D.F.1999.
- 12.-Centros de Integración Juvenil.Prevencción de la farmacodependencia.Perfil de Coordinación Interinstitucional.México.1997.
- 13.-Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades.Coordinación de vigilancia epidemiológica de las adicciones.Informe Anual.SSA.México.1998.
- 14.-Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de drogas. Informe ejecutivo.México.1999.
- 15.-Robins L.The natural history of adolescent drug use.Am J Pub Health USA.1984;74: 656-657.

- 16.-Torres G.Consumo de sustancias que producen dependencia.Bol Of Sanit Panamá.1989;107(6):485-493
- 17.-Aguilar E.Prevalencia del uso indebido de drogas.Bol Of Sanit Panamá.1989; 107(6):504-509
- 18.-Alfaro M.Abuso de drogas.Bol Of Sanit Panamá. 1989;107(6):509-511
- 19.-Kandel B, et al Patterns of drug use from adolescence to young adulthood:Periods of risk from initiation, continued use and discontinuation.Am J Publ Health.USA.1984;74(7):600-648
- 20.-Bergonzoli P.Rico O.Uso de drogas entre estudiantes.Bol Of Sanit Panamá.1989;106(1):23-30
- 21.-Castro Sariñana M, et al Consumo de sustancias tóxicas entre la población estudiantil de 14 a 18 años.Rev Salud Pública de México.1982;24(5):565-574
- 22.-Medina Mora M.Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana.Salud Mental.México.1987; 10(4):11-19
- 23.-Medina Mora M.Rojas E.,et al Encuesta nacional sobre consumo de drogas en la comunidad escolar 1991.Inst Mex Psiquiatría, SEP.México.1993.
- 24.-Ortiz A.Romero M.Principales tendencias del consumo de drogas en la Ciudad de México de 1987 a 1990.An Inst Mex Psiquiatría.1992:90-98
- 25.-Borges G. Castro V.Análisis situacional de la demanda de drogas ilícitas en México.Programa de Prevención y control de las adicciones.CONADIC.México.2002:1-4
- 26.-Varios autores.Diagnóstico del consumo de drogas en poblaciones de alto riesgo en México.CONADIC.México.2002:1-13
- 27.-Goodman y Gilman. T.Rall.A,et al Bases farmacológicas de la terapéutica.Octava edición.Editorial Panamericana.México.1993:53-79
- 28.-Bertram Katzung.Farmacología básica y clínica.Sexta edición.Editorial Manual Moderno.México.1995:145-163
- 29.-Llanes J.Las drogas.Primer edición.Editorial Concepto.México.1986:37-52
- 30.-Varios autores. Información básica sobre drogadicción.SSA.México.1995:80-98
- 31.-Wynder E.The Biologic Effects of Drugs.Editorial Weiss.USA.1996:240-262
- 32.-Baux S.Enciclopedia de la Salud.OMS.Editorial Salvat.México.1983:260

- 33.-Comfort A, et al El adolescente, vida y crecimiento.Segunda edición.Editorial Blume.México.1986:111
- 34.-Sargent J.Drug abuse.Pediatric primary care.2<sup>nd</sup> edition.Year Book Medical Publishers.USA.1990:768
- 35.-Barun K.When saying no isn't enoughs.3<sup>rd</sup> edition.Penguin Books.USA.1989:73
- 36.-Asociación Americana de Psiquiatría.DSM IV.Cuarta edición.Editorial Masson.España.1994.
- 37.-Burger J.Addictive Behaviors.USA.1990:15:300-327
- 38.-Howard H.Goldman.Psiquiatría general.Cuarta edición.Editorial Manual Moderno.México.1996:18-20,251,263
- 39.-Cravioto P.Tapia-Conyer R,et al.Avances del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones en México.Bol Epidemiológico.1992;7:162.
- 40.-Abiodun O.Knowledge and views on drug abuse.Drug Depend.USA.1991;28:177
- 41.-Pfeffer C,et al Suicidal children grow up:demographic and clinical risk factors for adolescents.Am Acad Child Adolesc Psychiatry.USA.1991;30:609
- 42.-Schonberg S.Substance abuse.A guide for health professionals.Am Ac Pediatr Center for Adv Health Stud.USA.1988.
- 43.-Dry J.Adolescents at risk.Prevalence and prevention.Oxford Univ Press.USA.1990.
- 44.-Organización Panamericana de la Salud.Las condiciones de salud en las Américas.USA.1990.
- 45.-Weiss P,et al Yo adolescente.Editorial Planeta.México.1994.
- 46.-Clemente J.Cómo ayudar a sus pacientes a dejar las adicciones.Primer edición.Editorial Marsella.España.1997:40-52
- 47.-Suplemento Actual.Adicciones.<http://www2.el-mundo.es /salud /5numeros /98 / S281.html>
- 48.-Lebovici S.Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente.Editorial Biblioteca Nueva.España.1998.
- 49.-Stanton M.Drugs and the family.Ann Rev Psicol.USA.1985;26:45-52
- 50.-Streit F.Differences among youthful users and nonusers of drugs based on their perception of parental behaviors.Int J Addict.USA.1984;9:749-760

- 51.-Castells P,et al Guía práctica de la salud y psicología del adolescente.Editorial Planeta.México.1998.
- 52.-MacMahon B.Pugh T.Principios y métodos de Epidemiología.2ª edición.10ª reimpresión. Editorial La Prensa Médica Mexicana.1988:216-220
- 53.-Cárdenas Nannetti E.Rosales C.Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado.Séptima Edición.Editorial Selecciones.México.1985:392-393
- 54.-Rojas S.R.Guía para realizar investigaciones sociales.18ª edición.Editorial Trillas. México.1996:153-156
- 55.-Whitaker J.Psicología.Cuarta edición.Editorial Mc-Graw Hill.México.1989:381-386
- 56.-Bauman C,et al The interaction of sociological and biological factors in adolescent addictive behaviors.USA.1992:17:959-967
- 57.-Schooler C.Seventh grader's self-reported exposure to drugs.Am J Pub Health.USA.1996:86(9):1216-1221
- 58.-Castillo G.Los adolescentes y sus problemas.Editorial Minos.México.1994.
- 59.-Freud A.Psicoanálisis del niño y del adolescente.Editorial Paidós.España.1985.
- 60.-Kneisles L.Pediatría y psiquiatría infantil.Editorial Biblioteca Nueva.España.1988.
- 61.-Becoña Elisardo.Conductas Adictivas.¿El problema del siglo XXI? Psicología Contemporánea.1998:5(1):4-9,13
- 62.-Espinosa M.Anzures L.Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes.Rev Méd Hosp Gen México.1999;62(3):183-190
- 63.-Vázquez F.Depresión y conductas adictivas.Psicología Contemporánea.España. 1998:5(1):80-86
- 64.-Calafat A.Depresividad y toxicomanía.Adicciones.España.1991:2:75-100
- 65.-Klerman G,et al The role of drugs and alcohol abuse in recent increases in depression in the U.S.Psychological Medicine.USA.1996:26:343-351
- 66.-Manley A.Comorbidity of mental and addictive disorders.J Health.USA.1992:3:60-72
- 67.-Climent E,et al Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria.Bol Of Sanit Panamá.1989;107(6):568-573

- 68.-Newcomb D, et al Risk factors for drug use among adolescents. *Am J Pub Health*. USA.1989;76(5):525-531
- 69.-Martin W, et al Psychopathology of narcotic addicts, alcoholic and drugs abusers. *Psychopharmacology*. USA. 1988.
- 70.-Gossop M. *Living with drugs*. Widwood House. London. 1987.
- 71.-Becoña E. Drogodependencias. *Psicopatología*. Editorial Mc Graw Hill. España. 1995:1:443-450
- 72.-Castro Sariñana M, et al Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. *Rev Salud Pública México*. 1988;30:216-226
- 73.-Varios autores. *La prevención de las adicciones*. CONADIC. México. 2002:1-9
- 74.-Ortiz A, et al Características de la farmacodependencia en la Ciudad de México. *CONADIC*. 1991:81:45
- 75.-Castro Sariñana M. Modelo de prevención del riesgo psicosocial. *Unidos por una sociedad libre de drogas*. PNUFID. México. 1998.
- 76.-Varios autores. *La prevención de las adicciones: el trabajo con estudiantes*. CONADIC. México. 2002:1-9
- 77.-Míguez M. Becoña E. Realización de las tareas en un tratamiento para dejar las adicciones y sus repercusiones clínicas. *Psicología Contemporánea*. España. 1998:5(1):32-35
- 78.-Moreno A. López S. Principales medidas en epidemiología. *Rev Salud Pública de México*. 2000:42(4):337-348

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
CLINICA LONDRES

CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS

Instrucciones:

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar los factores protectores y factores de riesgo al consumo de drogas y la prevalencia entre los estudiantes adolescentes de la escuela Preparatoria de la U.V.M. Para libertad en tus respuestas es anónimo. Por favor marca con una X la respuesta que consideres más adecuada para ti.

En las preguntas con varias opciones, tacha la(s) respuestas que consideres implicadas, resaltando con un círculo la que consideres más importante (preguntas 5,6 y 15).

Edad:                      Sexo:                      Grado:

1.-¿Has usado drogas de cualquier tipo? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si tu respuesta fue no, pasa a la pregunta 12.

2.-¿Qué o quién te incitó a consumir drogas? \_\_\_\_\_

3.-¿Desde qué edad las consumes? \_\_\_\_\_

4.-¿Cuántas veces al mes?

-1-2 \_\_\_\_\_

-3-5 \_\_\_\_\_

-6-10 \_\_\_\_\_

-más \_\_\_\_\_

-otro( cuál) \_\_\_\_\_

5.-¿Por qué consumes alguna droga?

-por imitación \_\_\_\_\_

-por rebeldía \_\_\_\_\_

-por curiosidad \_\_\_\_\_

-por distracción \_\_\_\_\_

-por costumbre \_\_\_\_\_

-por depresión \_\_\_\_\_

-por estrés \_\_\_\_\_

-por aceptación social \_\_\_\_\_

-porque da personalidad \_\_\_\_\_

-por placer \_\_\_\_\_

-por salir de la realidad \_\_\_\_\_

-para obtener seguridad \_\_\_\_\_

-por presión (compañeros) \_\_\_\_\_

-por ser parte del grupo \_\_\_\_\_

-por desconocer consecuencias \_\_\_\_\_

-por influencia de los padres \_\_\_\_\_

-por demostrar libertad \_\_\_\_\_

-por sentirse mejor \_\_\_\_\_

-por sentirse atractivo(a) \_\_\_\_\_

-por quitar el apetito \_\_\_\_\_

-otro(cuál) \_\_\_\_\_

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

6.-¿En qué situaciones consumes drogas?

- fiestas \_\_\_\_\_
- reuniones sociales \_\_\_\_\_
- época de exámenes \_\_\_\_\_
- con un problema \_\_\_\_\_
- para quitar el apetito \_\_\_\_\_
- momentos de estrés \_\_\_\_\_
- cualquier situación \_\_\_\_\_
- solo \_\_\_\_\_
- solamente acompañado \_\_\_\_\_
- para poder funcionar \_\_\_\_\_
- con la familia \_\_\_\_\_
- con los amigos \_\_\_\_\_
- otro(cuál) \_\_\_\_\_

7.-¿En qué momento(s) o circunstancia(s) no consumirías drogas? \_\_\_\_\_

8.-¿Dejarías de consumirlas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9.-¿Por qué causa(s) dejarías de consumir drogas? \_\_\_\_\_

10.-¿Qué harías para dejar de consumirlas? \_\_\_\_\_

11.-¿Cuánto gastas en algún tipo de droga al mes? \_\_\_\_\_

12.-¿Cuáles consecuencias de consumo de drogas conoces? \_\_\_\_\_

13.-¿Conoces el síndrome de abstinencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

14.-¿Por qué no consumes drogas? \_\_\_\_\_

15.-¿Qué factores te hacen evitar que consumas drogas?

- valores personales \_\_\_\_\_
- principios de la familia \_\_\_\_\_
- respeto a reglas sociales \_\_\_\_\_
- conocimiento de consecuencias(salud) \_\_\_\_\_
- adecuada autoestima \_\_\_\_\_
- aceptación propia \_\_\_\_\_
- madurez \_\_\_\_\_
- amistades no consumen \_\_\_\_\_
- padres no consumen \_\_\_\_\_
- asertividad \_\_\_\_\_
- sano ambiente familiar \_\_\_\_\_
- adecuado manejo del estrés \_\_\_\_\_
- canalización de inquietudes adecuada \_\_\_\_\_
- adaptación social \_\_\_\_\_
- miedo \_\_\_\_\_
- otra(cuál) \_\_\_\_\_

16.-¿Por qué crees que se consuman drogas? \_\_\_\_\_

17.-¿Sabes que si vives o convives con un consumidor de drogas tienes mayor riesgo de consumirlas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

18.-¿Qué piensas que es la drogadicción?

- una drogodependencia \_\_\_
- un hábito \_\_\_
- un escape momentáneo \_\_\_
- un apoyo contra la realidad \_\_\_
- una mala costumbre \_\_\_
- algo que reanima \_\_\_
- algo normal \_\_\_
- una causa de muerte \_\_\_
- una causa de muchas enfermedades \_\_\_
- algo que altera la respuesta de tu organismo \_\_\_
- un relajante \_\_\_
- otros(cuál) \_\_\_

19.-¿Cuál es el estado civil de tus padres?

- casados \_\_\_
- divorciados \_\_\_
- separados \_\_\_
- viudo(a) \_\_\_
- otro(cuál) \_\_\_

20.-¿Cuántos hermanos tienes? Mujeres \_\_\_ Hombres \_\_\_

21.-¿Consumes drogas alguno de tus familiares o amigos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

22.-¿Quién?

- padre \_\_\_
- madre \_\_\_
- tío(a) \_\_\_
- hermano(a) \_\_\_
- amigo(a) \_\_\_
- otro(cuál) \_\_\_

23.-¿Cuántas veces al mes consumes drogas?

- 1-2 \_\_\_
- 3-5 \_\_\_
- 6-10 \_\_\_
- más \_\_\_
- otro(cuál) \_\_\_

24.-¿Qué opinión tienes de la persona que consume drogas? \_\_\_\_\_

25.-¿Crees necesario que se pongan más advertencias en publicidad del consumo de drogas, de sus efectos dañinos a la salud? Sí \_\_\_ No \_\_\_

26.-¿Por qué? \_\_\_\_\_

27.-¿Dejarías que tus hijos consumieran drogas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

28.-¿Por qué? \_\_\_\_\_

29.-¿Consideras necesarias pláticas en tu escuela sobre los daños ocasionados por el consumo de drogas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

30.-¿Por qué? \_\_\_\_\_