

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

FACTORES DE RIESGO ANTE EL CONSUMO DE
ALCOHOL Y TABACO EN NIÑOS.

TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA

ADA ELENA MARTÍNEZ GÓMEZ.

TUTORA: MA DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ.

SINODALES

ALFONSO SERGIO CORREA REYES
MARGARITA VILLASEÑOR PONCE
EDGAR PEREZ ORTEGA
GERARDO REYES HERNÁNDEZ



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que me ayudaron en la elaboración de esta Tesis, que es una parte muy importante para mi vida profesional, así mismo agradezco el apoyo incondicional de mi esposo y de mis hijos principalmente, porque ellos son mi motivo más grande de inspiración para ser mejor en mi vida.

Ada Elena Martínez Gómez

INDICE

Resumen

Introducción

Fundamentación

Capitulo 1.....Factores de Riesgo y Protección.

Capitulo 2.....Grupos vulnerables.

Capitulo 3.....Alcohol y Tabaco.

Conclusiones.

Bibliografía.

RESUMEN

En las últimas décadas se han vivido cambios sociales importantes con diferentes problemáticas a tratar, entre las cuales se encuentra, de manera preponderante, el consumo de drogas y su fácil acceso a ellas. Constituye una de las mayores preocupaciones que tienen en alerta a los especialistas en materia de prevención y donde se nos invita a participar con el fin de evitar se sigan multiplicando los casos de niños y jóvenes iniciando su consumo a temprana edad. Según los especialistas se pueden observar múltiples factores de riesgo que predisponen y facilitan este consumo, sobre todo del alcohol y tabaco, en algunos casos, debido a la genética, a la permisividad social y cultural se inician a temprana edad lo que posteriormente garantiza su dependencia y participación a otras drogas a tal grado de llegar al deterioro cognitivo con discapacidad y de ahí a la muerte. El costo social que esto nos implica es significativo, ya que los servicios de salud son insuficientes y poco el beneficio que se llega a obtener del tratamiento, muchas veces debido a la poca adherencia terapéutica que se tiene por parte del paciente. Por ello de suma importancia la realización de una revisión bibliográfica que nos permita observar los factores de riesgo asociados al consumo temprano de alcohol y tabaco que afectan a los niños.

INTRODUCCIÓN

El municipio de Chimalhuacán se encuentra ubicado al oriente del Estado de México, colinda al norte con el municipio de Texcoco, al sur con los municipios de La Paz y Nezahualcóyotl; al oriente con Chicoloapan e Ixtapaluca y al poniente con Nezahualcóyotl. En este municipio, El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuenta con un Centro de Atención a las Adicciones (CEAAS), el cual brinda atención y apoyo a un total de 12,356 habitantes con diversas problemáticas aunado a ellas, las adicciones. En él se han observado los múltiples factores de riesgo como la violencia-intra familiar, depresión acompañada de una baja autoestima desintegración familiar, y deserción escolar, que afectan de manera importante a esta población.

Estos factores de riesgo tienen un impacto relevante en el consumo de alcohol y tabaco en niños a temprana edad. En este centro se atiende a la población a nivel preventivo mediante un modelo multidisciplinario donde tanto trabajadores sociales, médicos, enfermeras, como psicólogos se encargan de atender de manera conjunta a la comunidad que solicitan estos servicios tanto médico como psicológico atendiendo con gran prevalencia casos con los factores de riesgo antes mencionados sin embargo la población con mayor incidencia es la infantil ya que son llevados por sus padres a atención por diversas causas como son: problemas de conducta, de aprendizaje, déficit de atención, etcétera y que van ligadas con algún tipo de consumo reportadas por sus padres, en la primera entrevista que se lleva a cabo en el área de trabajo social y a partir, de la cual son canalizados a las diferentes áreas de atención.

El papel fundamental que se llevó a cabo en este centro, fue planear, coordinar y ejecutar estrategias preventivas en adicciones intra y extramuros en las escuelas a todos los niveles; también se llevaba a cabo la coordinación del área de atención a pacientes en tratamiento ambulatorio y canalizaciones a personas que tienen algún tipo de daño importante. Aquí el trabajo preventivo es prioritario en todos sus niveles, la finalidad principal era empezar a trabajar con padres y maestros para analizar los factores de moldeamiento de la conducta a través de pláticas orientativas. De ahí la importancia de analizar los principales factores de riesgo que anteceden un consumo de drogas a temprana edad y posteriormente proponer, actividades de acción encaminadas de

manera clara para evitar o retrasar el consumo de alcohol y tabaco en niños, que son la población más vulnerable ante este problema de salud.

Es importante señalar que el consumo de tabaco se ha mantenido estable en los últimos 4 años aproximadamente, sin embargo el consumo de alcohol se ha incrementado en forma considerable y los niveles de consumo de ambas sustancias son elevados, de más del 50% para tabaco y de más del 60% para el alcohol.

Esta situación está relacionada con dos aspectos muy importantes; uno de ellos, se observa en los bajos niveles de percepción de riesgo y una alta tolerancia social, en comparación con el uso de drogas ilegales y médicas; por otro lado, esta situación se ve reflejada en el alto porcentaje de niños(as) que inician su consumo a los 12 años o antes (1 de cada 5 estudiantes).

Además, se ha mostrado claramente, tanto en población general como en población escolar, que este inicio temprano es un factor de riesgo muy importante para iniciar el consumo de otras drogas (Medina-Mora, Polo Peña, Corona, Cravioto, 2002, Villatoro y Kuri, 2005).

Este resultado debe llamar nuestra atención, a fin de incluir un módulo importante en los distintos programas de prevención sobre el tema, ya que tradicionalmente hemos sido una sociedad con una alta tolerancia ante el uso y abuso del alcohol y el tabaco, lo que en los resultados propicia la experimentación con otras drogas.

Los científicos han propuesto varias explicaciones del por qué algunas personas se involucran con las drogas y después progresan a abusar de ellas. Una de las explicaciones señala que una causa biológica, es el haber tenido algún familiar con problemas de adicción. Otra explicación es que el abuso de las drogas puede llevar a asociarse con compañeros que ya han consumido drogas, lo que a su vez, expone a la persona a consumirlas, (<http://www.nida.gov/spanish/capitulo.1>, 2006).

PROBLEMÁTICA

Hoy en día el consumo de alcohol y tabaco representa un grave problema de salud pública, más grave que el de las drogas ilegales en cuanto a su magnitud. La prevalencia del uso de estas dos sustancias ha aumentado considerablemente, puesto que los jóvenes inician su consumo a edades más tempranas, además que esto implica un riesgo para comenzar la práctica del uso de drogas ilegales, por ello necesario realizar una revisión bibliográfica que nos permita identificar los factores de riesgo que propician este consumo.

FUNDAMENTACIÓN

Las drogas han tenido presencia en diversas culturas a través de la historia, porque son parte importante de algunas comunidades autóctonas. En ocasiones de forma anecdótica y, otras veces, de manera profundamente inmersa en lo cultural; en algunos momentos significándose como algo extraño, desconocido, amenazador y destructor en otros, como una imagen tan próxima y familiar que no permitía el reconocimiento de su carácter peligroso; en algunos lugares con una frecuencia e intensidad notable que han llevado a hablar de "crisis" o "epidemias" adictivas dentro de la sociedad, que genera una condición de episodio excepcional.

Cabe destacar que un cierto consumo de drogas a acompañado a la especie humana desde sus orígenes y a evolucionado con ellas. Pertenece a cada sociedad y se rige por sus costumbres. Los posibles efectos negativos eran conocidos por sus usuarios quienes normalmente adecuaban el consumo a los patrones culturales heredados.

Sin embargo, en las postrimerías del siglo XX, no existen compartimentos culturales estancos; los avances técnicos hacen posible la comunicación y el intercambio socio-cultural a lo largo y ancho del planeta.

Las drogas son extraídas de su entorno natural, adaptadas de una manera tradicionalista a su vez introducidas en su entorno social, la gravedad de ello esta en el desconocimiento de sus efectos y de sus adecuadas formas de consumo.

La evolución de los tiempos, mal uso y abuso de estas, sustancias de nueva creación y patrones de consumo disfuncionales conforman una visión muy poco alentadora en lo que a consumo de drogas se refiere. (http://canales.risolitaria.org.es/canales/canal_drogadicció/7_fenómeno/fenomeno1.jsp,2008).

Estudios realizados por Centros de Integración Juvenil A. C. (CIJ), durante las últimas dos décadas han intentado determinar el origen y la trayectoria del uso de drogas, cuándo empieza este problema y cómo progresa. Se han identificado varios factores que diferencian a los que usan drogas de los que no las usan. Son factores asociados con un potencial mayor para el consumo de drogas se llaman factores de "riesgo", mientras que los asociados con una

reducción en la probabilidad del uso de drogas se llaman factores de "protección". Los factores de riesgo y protección características psicológicas, sociales, familiares y de conducta.

Las investigaciones ([www.drugabuse.gov/prevention/Spanish/factores de riesgo.html](http://www.drugabuse.gov/prevention/Spanish/factores%20de%20riesgo.html), 2008), han revelado que existen varios factores de riesgo para el abuso de drogas, cada uno representa un reto al desarrollo psicológico y social del individuo, y cada uno tiene un impacto diferente dependiendo de la fase de su desarrollo. Por esta razón, sugieren que los factores de riesgo más relevantes son los que afectan el desarrollo temprano de la familia, por ejemplo: Ambiente doméstico caótico, particularmente cuando los padres abusan de alguna sustancia o sufren enfermedades mentales; Paternidad ineficaz, especialmente con niños de temperamentos difíciles y desórdenes de conducta; y falta de enlaces mutuos y cariño en la crianza.

Otros de los factores de riesgo son las relaciones entre los niños y otros agentes sociales fuera de la familia, especialmente en la escuela, con los compañeros y en la comunidad. Algunos de estos factores son:

- Comportamiento inadecuado de timidez y agresividad en las aulas.
- Fracaso escolar
- Dificultad con las relaciones sociales.
- Afiliación con compañeros de conducta desviada.
- Percepción de aprobación del uso de drogas en el ambiente escolar y social, así como entre sus compañeros.

También han sido identificados ciertos factores de protección. Éstos no son siempre opuestos a los factores de riesgo y su impacto varía durante el proceso de desarrollo. Los factores de protección más notables incluyen:

- Fuertes lazos familiares.
- Estar expuesto a reglas claras de conducta dentro del núcleo familiar y el involucramiento de los padres en la vida de sus hijos.
- Éxito escolar.
- Relaciones estrechas con instituciones pro-sociales tales como la familia, escuela, organizaciones religiosas.
- Adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas.

➤ Actividades deportivo-culturales.

Otros factores como la disponibilidad de drogas, los patrones del narcotráfico y la idea de que el consumo de drogas es generalmente tolerado; influyen en el número de jóvenes que comienzan a usar drogas.

Las diferentes Investigaciones (op. cit.) encontradas han demostrado que los niños son más vulnerables durante las épocas en las cuales experimentan cambios, cuando pasan de una etapa de desarrollo a otra, o cuando experimentan cambios difíciles en sus vidas como una mudanza o un divorcio. También se dice que la exposición de otros riesgos puede ocurrir ó comenzar incluso antes del nacimiento de estos jóvenes; esta es una de las razones por las cuales se les aconseja a las madres abstenerse del uso de drogas durante el embarazo.

La primera transición importante para los niños es cuando salen de la seguridad familiar para entrar a la escuela. Cuando los niños avanzan de la escuela primaria a la escuela intermedia, enfrentan retos sociales, como aprender a congeniar con un grupo grande de compañeros.

Es generalmente en la etapa, de la adolescencia inicial, cuando se enfrentan con el uso de drogas por primera vez, cuando entran a la secundaria, los jóvenes encuentran retos sociales, psicológicos y educacionales a la misma vez que se preparan para el futuro, y estos retos pueden llevarlos al uso y abuso del tabaco, alcohol y otras drogas.

Otra etapa de transición importante es cuando inician la universidad, porque se enfrentan con nuevos riesgos de abuso de alcohol y otras drogas en los nuevos ambientes adultos.

Debido a los riesgos que aparecen en cada transición, desde la infancia hasta la juventud, se necesita desarrollar nuevos programas de prevención para apoyar a los jóvenes en cada etapa de su vida.

Estudios realizados durante la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, anteriormente llamado la Encuesta Nacional por Hogares sobre el Abuso de Drogas, realizados por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental,

([www.drugabuse.gov/prevention/Spanish/factores de riesgo.html](http://www.drugabuse.gov/prevention/Spanish/factores%20de%20riesgo.html), 2008), indican que algunos niños empiezan a abusar de las drogas entre los 12 ó 13 años. Algunos investigadores han venido observando que los jóvenes pasan con gran facilidad del consumo de alcohol y tabaco al de drogas ilegales iniciando por la marihuana y así consecutivamente se va dando a la par de su desarrollo. Ha sido probado por casi todos los estudios a largo plazo sobre el uso de drogas. El orden de consumo de drogas en esta progresión es consistente en su mayor parte con actitudes normas sociales y la disponibilidad de estas sustancias. Sin embargo, no podemos afirmar que el consumo de tabaco y alcohol a edades tempranas sea la causa del consumo de drogas más dañinas posteriormente.

Sin embargo, tampoco podemos afirmar que este orden de sucesos implique que la progresión sea inevitable. Lo que sí afirma es que si un joven ha fumado o bebido alcohol la probabilidad de que pruebe la marihuana aumenta a 65 veces más que en los demás jóvenes. El riesgo de que alguien que haya consumido marihuana, por lo menos una vez, consuma cocaína es 104 veces más alto que alguien que nunca lo haya hecho (estos números fueron el resultado de un análisis de datos de 1991-1993, de la Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de Drogas), (www.drugabuse.gov/prevention/Spanish/factoresderiesgo.html, 2008).

Dichos estudios también sugieren causas sociales y de conducta, incluyendo la relación con individuos antisociales que usan drogas. En efecto, todas estas posibilidades pueden desempeñar un papel importante.

Al iniciar el nuevo milenio, la población infantil y de jóvenes adolescentes constituía casi el 40% de la población mundial, mientras que en nuestro país quienes tenían 14 años de edad o menos, representaban la tercera parte de la población nacional. El enorme peso demográfico de la niñez y de los jóvenes adolescentes, obliga a revisar las condiciones de este sector poblacional en el actual panorama social.

Debido a los cambios profundos y acelerados propios del crecimiento y desarrollo de los niños y púberes-adolescentes, éstos suelen transitar por situaciones de vulnerabilidad, que pueden acrecentarse ante la ausencia de la protección parental-familiar y social. Las crisis económicas recurrentes de los últimos años

parecen, en efecto, acentuar la presencia de condiciones de riesgo y la falta de oportunidades; de acuerdo con estimaciones oficiales la pobreza afecta a 40 millones de mexicanos, y uno de cada tres niños que viven en el país es pobre según señaló el banco Mundial de Desarrollo en abril del 2005. (CIJ 2005).

La idea o noción de vulnerabilidad en un sentido simple, se relaciona con el riesgo de ser dañado o lesionado; de este modo, una persona o niño es vulnerable porque puede ser: lesionado asimismo, puede entenderse que una familia es vulnerable debido a los escasos recursos, a la que esta expuesta. Y la importancia de estas condiciones pueden determinar condiciones de exclusión e inequidad para el bienestar y las oportunidades de desarrollo saludable de los niños y púberes.

De esta manera, conviene señalar que la vulnerabilidad supone básicamente el desajuste entre los recursos insuficientes y el aprovechamiento de las oportunidades existentes, o simplemente la agudización de las condiciones de riesgo existentes, o bien, la emergencia de nuevos riesgos en la realidad actual.

Los niños suele decirse, “no son adultos chiquitos”, son seres dinámicos en continuo crecimiento y desarrollo, que atraviesan por diversas condiciones que con frecuencia los exponen a riesgos, y que los pueden afectar e incluso dañar de manera permanente, porque su organismo aún no tiene todas sus capacidades desarrolladas o porque aún dependen de otros, especialmente de los padres, para conseguir los satisfactores básicos para su existencia. De tal modo que “ la ventana de vulnerabilidad “ representa básicamente , las condiciones de riesgo que pueden afectar al niño y que son de distinta naturaleza, por ejemplo, las que se desprenden por la exposición a contradicciones y diferencias sociales o las que resultan por exposición a agentes dañinos. De las primeras, se puede mencionar: desnutrición, accesibilidad desigual a los servicios de salud, desintegración familiar, formas de violencia, explotación laboral, desamparo, las que se relacionan con la exposición a agentes nocivos como los neurotóxicos (incluidos metales pesados- como el plomo-, alcohol y otros solventes industriales, así como la nicotina, cocaína, marihuana, algunos medicamentos, pesticidas, etcétera). Es oportuno mencionar que la exposición a condiciones similares de riesgo en niños y personas adultas, suele ocasionar mayores daños. Por ejemplo, se conoce que la exposición al plomo, al ingerir alimentos cocinados

almacenados o servidos en utensilios de loza vidriada -laborada a bajas temperaturas-, ocasionaría mayor daño a los niños pues existe evidencia científicamente sustentada que prueba que cuando los niños son menores de dos años absorben cinco veces más plomo a través del aparato digestivo que los adultos. La importancia de este hecho, radica en señalar que la exposición a agentes nocivos como el plomo y las sustancias psicoactivas o drogas, además del nivel de afectación ya señalado, impactan el desarrollo del sistema nervioso y de la inteligencia, manifestándose en problemas de lenguaje, de la atención y de la memoria, e incluso en disfunciones psicomotoras. Estas afectaciones, también dependen del tiempo y del grado de exposición, y del nivel de desarrollo cuando se trata de niños.

El consumo de drogas es un problema que sin duda resulta de la conjunción de varios factores: el temperamento, el desarrollo cognitivo y de la personalidad del niño, pero también involucra causa de orden familiar, social y cultural, como las actitudes de rechazo o negligencia en el cuidado del niño o la aceptación tácita mediante la ejemplificación velada del consumo del tabaco, alcohol otras drogas en el medio familiar durante la edad temprana del niño. Al respecto, algunos estudios reportan que los hijos de padres biológicos alcohólicos presentan mayor riesgo de desarrollar dependencia del alcohol, o de presentar problema conductuales, psicológicos, cognitivos, y otras alteraciones por déficit neurofisiológico.

El consumo de drogas suele avanzar por etapas, desde el uso experimental u ocasional, hasta el uso consuetudinario, pasando por el consumo de varias sustancias, hasta una etapa de marcada dependencia. En ésta última, el consumo se caracteriza por ser intenso y diversificado, y por sus efectos extenuantes. Sin embargo, conviene señalar que el consumo es factible de ser detenido en cualquier etapa. Los niños que experimentan con drogas, generalmente lo hacen después de haber usado cigarrillos y alcohol, para posteriormente utilizar distintas sustancias ilegales como solventes inhalables y marihuana.

Aunque como resultado de las primeras experiencias con drogas, los niños nos mostraran “alteraciones manifiestas”, estas sustancias pueden alterar sus pensamientos y sensaciones. No obstante, una mirada atenta puede reconocer con facilidad las señales y los síntomas que pueden indicar si un niño está consumiendo drogas,

por ejemplo: ausentarse de la casa sin razón aparente, presentar cambios súbitos de comportamiento y crisis de mal humor (irritabilidad, actitud defensiva, etcétera), bajo rendimiento escolar y otros problemas escolares como inasistencia o indisciplina, no cumplir con sus deberes u obligaciones alterando la disciplina familiar, robar dinero u objetos en la casa o escuela, pedir frecuentemente dinero o gastar demasiado, cambio de amistades y renuencia para presentar a sus nuevos amigos, desinterés por las cosas que anteriormente le gustaban, falta de entusiasmo, usar un lenguaje extraño o inteligible, alteraciones físicas (ojos irritados) o mentales, como pérdida de memoria, falta de concentración, encontrar alcohol u otras sustancias entre sus pertenencias.

En la actualidad es innegable el consumo de drogas entre los niños; más aún, en años recientes pareciera haber aumentado el número de niños implicados en esta problemática, y por otra parte se han advertido cambios en el perfil de uso, involucrando ahora sustancias como la cocaína –crack y pasta base – y derivados anfetamínicos, que se suman al uso médico. (Niños, adolescentes y adicciones CIJ 2005)

Por ello la importancia de conocer el problema, a partir de diversas mediciones, como el número o porcentaje de personas que reportan haber utilizado sustancias psicoactivas al menos una vez en la vida, al menos los últimos treinta días; así como de la dimensión humana del problema, mediante el análisis y la descripción de las condiciones que rodean al consumo de drogas, y los factores de riesgo que contribuyen facilitando su abuso estos datos de la epidemiología del consumo de drogas, pueden resultar útiles para identificar las características sociodemográficas de los niños que utilizan sustancias psicoactivas y el tipo de éstas (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

En años recientes se han realizado en México distintos estudios, (CIJ, 2005) con grupos de población específica de niños y menores de edad, los cuales aportan información que contribuyen a identificar elementos y características que se suman a la explicación y comprensión del problema. Un estudio realizado en México en 1999, (op. cit.) con menores trabajadores –niños y adolescentes entre seis y de 17 años, incluyendo a “niños de la calle “ -, señaló que 2.2% de los niños entre seis y 11 años habían consumido drogas al menos una vez en la vida; así mismo, en quienes tenían entre 12 y 17 años de edad , el porcentaje de

consumidores fue de tres veces mayor (7.4%), éste también señaló que había una niña por cada tres niños entre quienes reconocieron consumir drogas, pero entre los niños que “consumen diariamente” drogas, había aproximadamente una niña por cada niño; en otras palabras, se puede decir que cuando el consumo de sustancias sugiere un claro propósito de intoxicación o se vuelve consuetudinario y probablemente intenso, ya no parece haber diferencia en el número de niños y niñas involucrados.

PROPÓSITO

Realizar una revisión bibliográfica que permita hacer un análisis sobre los factores de riesgo que intervienen en el consumo de drogas alcohol y tabaco en niños.

METODOLOGÍA

Objetivo General.

Identificar los factores de riesgo que propician el consumo de alcohol y tabaco en niños.

Objetivos Particulares:

1.1 Realizar la búsqueda de información relacionada con los factores de riesgo en el consumo de drogas alcohol y tabaco en niños.

1.2 Analizar de manera clara y precisa cuales son los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y tabaco en niños.

1.3 Realizar análisis y conclusiones.

Capítulo 1

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Es de suma importancia en nuestros días, revisar de manera precisa los factores de riesgo que anteceden al consumo de tabaco y alcohol ya, que se ha observado un aumento considerable, en el inicio de la ingesta de éstas drogas a temprana edad; existen diferentes factores a considerar, tales como los aspectos individuales, sociales, y familiares que se involucran de manera interesante en este problema complejo.

En este sentido, el primer paso lo constituye realizar una revisión bibliográfica sobre dichos factores de riesgo que se han identificado, principalmente, dentro de la literatura especializada.

Desde el punto de vista de los Centros de Integración Juvenil (1997), para que un determinado fenómeno se considere un **factor de riesgo** es preciso que su incidencia tenga lugar antes de que se inicie el uso y abuso de drogas y que se asocie estadísticamente con un incremento en la probabilidad de que éstos ocurran.

Se puede observar que este fenómeno (*del latín phaenomenon*), incluye una infinidad de características y situaciones individuales, familiares, escolares, del grupo de pares, etcétera. La primera dificultad de cualquier investigador o preventólogo, es decidir cuáles serán sus criterios de selectividad.

Identificar estos fenómenos incluye dos elementos básicos, por una parte, *la sensibilidad* necesaria para captarlo, estudiarlo, intervenirlo, registrarlo, medirlo, evaluarlo, etc. y por la otra, *la intensidad* necesaria para que el fenómeno se haga manifiesto, es decir, resulta necesario considerar que debe existir un determinado umbral o límites en donde pueda ser registrado u observado dicho fenómeno; por ejemplo: en los trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad; se requiere de la sensibilidad para captar este fenómeno y al mismo tiempo considerar su intensidad, por las dimensiones de este trastorno; es más probable que se identifique en mayor medida la dimensión hiperactividad, que al déficit de atención.

En lo que corresponde a la incidencia previa del fenómeno al consumo de drogas, existen reflexiones en las que no siempre la

investigación sobre factores de riesgo requiere metodológicamente, de una aproximación netamente clínica, es decir en un primer momento puede parecer mucho más funcional identificar los factores de riesgo directamente en los usuarios de drogas, que dar un rodeo metodológico y levantar información en sujetos que aun no son usuarios a partir de las condiciones o características que presenten y que suponen vulnerabilidad y riesgo.

Natera (1998) ha sugerido que es importante considerar lo que el consumo de drogas representa en cada país. En este caso para los países latinoamericanos, es un problema distinto en términos de patrones, rituales y consecuencias de consumo; asimismo, advierte sobre las diferencias que existen en la legislación, organización y políticas de salud; en los recursos y niveles de bienestar social; así como los antecedentes curriculares de los trabajadores de la salud dedicados a la atención del problema; etcétera.

Para ejemplificar estos puntos se pueden analizar dos estudios de investigadores mexicanos: Castro (1994), al plantear la evaluación de resultados sobre el modelo CHIMALLI, el cual se orienta hacia el incremento de habilidades de protección por dirigirse a lograr a competencia social, resolución de problemas, adopción de un sentido propositivo en las familias de niños, niñas, adolescentes; y sus familias. Así mismo, constituye una base o punto de arranque para el desarrollo de materiales preventivos y programas, regionales específicos de prevención del uso y abuso de drogas, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida, abordan todo esto de forma integral y con la participación de la comunidad misma; ello supone modificar viejos paradigmas para el diseño de planes de acción o intervenciones preventivas, cambios en nuestras maneras de enfocar el fenómeno para hacerle frente, y en el cual se informa que las áreas que incluye este modelo, se han obtenido resultados donde los estudiantes han disminuido de forma importante sus actitudes de riesgo y desarrolló actitudes de protección hacia las actividades antisociales de grupo.

Por su parte, Casco y Natera (1986), al realizar un estudio descriptivo de las características psicosociales de la población que captó el **Consejo Tutelar del D.F.**, durante el periodo de 1974 a 1984 y de aquellos menores de 8 a 14 años que fueron canalizados a dos escuelas de tratamiento en el transcurso de 1982 a 1984 menciona que el grupo de estudio pertenece al estrato de marginalidad, refleja que la conducta antisocial más predominante

es el robo. Con respecto al consumo de drogas, mencionan que no presenta una relación causal necesaria con la conducta antisocial. También se reporta que ha proliferado más la asociación de grupos que integran bandas y que se dedican a cometer actos ilícitos.

Adicionalmente se debe mencionar que existe evidencia de que los factores de riesgo de abuso de drogas predicen otros problemas de conducta en los adolescentes, lo cual también hace pensar en las dificultades que representan otros problemas asociados al consumo de drogas, tales como la comorbilidad psiquiátrica en el usuario de drogas. Además, resulta necesario resaltar que desde la teoría de la conducta de riesgo según Jessor (1992), los adolescentes se caracterizan por la complejidad con que hace interaccionar distintos elementos para explicar las conductas adictivas y esta considera que no necesariamente un evento adverso se convierte automáticamente en un factor de riesgo, sino que en ocasiones puede llegar, incluso, a constituirse en un factor protector.

Gómez (1988), afirma que en el campo de la investigación en servicios de salud, uno de los objetivos debe ser la búsqueda de indicadores que permitan formular políticas de salud tendientes al mejoramiento en la calidad de los servicios, dentro de un marco de aprovechamiento óptimo de los recursos y menciona que los problemas de salud más observados son: 1) abuso de alcohol, 2) depresión, 3) trastornos psicósomáticos, 4) manifestaciones somáticas de un trastorno mental y 5) síntomas psicológicos. Asimismo, De la Fuente, desde el año de 1980, menciona que para una mejor atención de las adicciones es necesario poseer bases conceptuales e información técnica sobre el nivel biológico del ser humano, el nivel de las experiencias personales, así como de las circunstancias familiares y sociales circundantes. Plantea que en México, las necesidades más urgentes en el campo de la salud mental, particularmente de los niños, se relacionan con:

- 1) El hecho de que los servicios son insuficientes y sólo tiene acceso a ellos una parte de la población, de ahí la necesidad de extenderlos.
- 2) Que en todos los niveles profesionales y técnicos, el personal adiestrado es escaso, de ahí la necesidad de capacitar personal.
- 3) Que se requiere mayor conocimiento de los problemas; de ahí la necesidad de hacer investigaciones.
- 4) Que es necesario que los recursos dispersos sean usados en la forma más efectiva; de ahí la necesidad de que las acciones sean coordinadas.

Es importante destacar que bajo estas condiciones y considerando la importancia de mejorar las acciones en términos de costo/efectividad; se hace necesario plantear un reduccionismo metodológico, que posibilite el abordaje y distinción de distintos fenómenos que se relacionan con el consumo de sustancias adictivas, para ello CIJ , propone tres categorías:

a) Factores de riesgo:

Su principal característica es la relación estadística que demuestre, el peso predictivo que tiene para incrementar la probabilidad de la ocurrencia del consumo de drogas.

b) Variables asociadas:

Las variables asociadas aparecen en diversas investigaciones, al indagar información sobre otras variables y su relación con el consumo de drogas; sin embargo, a pesar de que son registradas por el investigador requieren de otros estudios para caracterizarlas como factores de riesgo, regularmente por diversas razones metodológicas, técnicas u operativas, por ejemplo: el costo de la investigación, el tamaño de la muestra, el diseño metodológico (un estudio de casos) el tipo de instrumentos inadecuados para registrarle, la falta de evidencia estadística significativa, el carácter no estadístico de los datos, etcétera.

3. Problemas asociados:

Por su naturaleza se identifica de inmediato que existe un vínculo entre el consumo de drogas y algún otro fenómeno, sin embargo, las dimensiones y complejidad del último merecen en sí mismos el desarrollo de modelos de atención y líneas de investigación. Por ejemplo: la Violencia intrafamiliar.

1.1 La relación de riesgo

En este modelo se enfatiza el concepto de riesgo, es decir la presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias. Un ejemplo lo constituyen ciertos trastornos de ansiedad en los cuales el consumo de alcohol y otras drogas pueden ser usadas para controlar, el pánico del trastorno de hiperactividad con déficit de atención etcétera. Otro ejemplo lo constituyen los casos de dependientes a alcohol o cocaína cuyas adicciones los predisponen

bioquímicamente y clínicamente a un mayor riesgo de enfermedad depresiva.

(<http://www.liberaddictus.org./Pdf.Comorbilidadde transtornos mentales y adicciones>, 2008).

Otros elementos a observar es como se mueve la dinámica del género en el consumo de drogas en la cual se plantea una breve discusión sobre este tema, al final se presenta un listado de factores de riesgo, factores de protección, variables asociadas y problemas asociados, basados en información de Centros de Integración Juvenil. A. C. (CIJ), y en investigaciones de autores mexicanos.

1.2 Depresión y ansiedad.

Conductas de género como factor de riesgo

En relación a estas dos conductas, Caraveo, Ramos, y González-Forteza (1986), plantean que existen diferencias en la sintomatología psíquica reportada por uno u otro sexo; en una muestra de pacientes de la consulta médica general se encontró un 26% de trastornos en los hombres y un 38% en las mujeres; asimismo, el sexo femenino mostró una tendencia a reportar y manifestar sintomatología depresiva en tanto que el sexo masculino mostró un perfil de ansiedad.

Por su parte Cruz (1997) encuentra, al tratar de establecer el perfil situacional de un grupo de bebedores problema de la ciudad de México, un perfil negativo característico de la población femenina que tiende a consumir sola, y un perfil positivo característico de la población masculina, con un estilo de consumo en grupo, en situaciones agradables. Estas diferencias encontradas en los puntajes son muy importantes para adaptar un tratamiento a las características del individuo, a fin de que el bebedor pueda identificar aquellas situaciones de riesgo para consumir en exceso, lo que le permitirá aprender a anticipar estas situaciones y poder emitir conductas alternativas.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) señala que existe una proporción de 13 hombres consumidores de drogas ilícitas por cada mujer. Se puede hipotetizar que ser varón, representa un mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas y al parecer los patrones de consumo responderían a la ansiedad y el grupo, en el caso de los varones y a la depresión y la soledad en la mujer. Si se agregan las características de las conductas de rol, tal

vez resulte conveniente considerar la dificultad de identificar los patrones y el consumo de sustancias en mujeres. Por ejemplo, Campillo (1991), al estudiar el uso de medicamentos psicoactivos durante el embarazo y la lactancia menciona el relativo bajo riesgo de los psicotrópicos en el embarazo, encontró que es frecuente encontrar el problema en la práctica cotidiana, ya que permiten utilizarlos con un margen aceptable de seguridad, pero al mismo tiempo señala la falta de conocimiento sobre los daños teratogénicos y la falta de atención sobre el tema.

Por otra parte, Lara, y Salgado (1993) mencionan que el estrés está implicado en la etiología de numerosos problemas. En términos generales, se ha observado a nivel internacional que los datos provenientes de poblaciones que no están en tratamiento, no presentan diferencias en las tasas globales de salud mental entre hombres y mujeres.

En México se aprecia una situación similar: las mujeres acuden a la consulta médica en una proporción de 5.2 con relación a los hombres, reportándose algunas diferencias importantes en cuanto a la intensidad y el tipo de padecimientos desde la infancia. Entre los varones son más frecuentes los trastornos de la conducta (antisocial y de alto riesgo). La Encuesta Nacional de Salud 1993 reportó que el 17% de mujeres adultas tiene sintomatología depresiva severa en comparación con los hombres 8%. Las cifras más elevadas de ideación suicida e intentos de suicidio corresponden a las mujeres, mientras que los suicidios consumados son tres veces más frecuentes en los hombres. En cuanto al consumo de alcohol y estupefacientes, los hombres presentan mayor consumo de alcohol 27.3% y de drogas 7.6% (médicas y no médicas). Los Indicadores de criminalidad también favorecen a los hombres en todos los rubros, además de que se señala que los trastornos severos los afectan más.

Se ha sugerido (Lara, 1995), realizar estudios en poblaciones particularmente vulnerables y analizar los problemas de diagnóstico y las metodologías de investigación más apropiadas para una comprensión integral de la salud mental en las mujeres.

En este sentido podemos concluir que existe la necesidad de realizar investigación para determinar los factores de riesgo asociados al género, sin embargo, es importante considerar que la depresión y las conductas antisociales parecen variables asociadas

a los patrones del consumo de sustancias en mujeres y hombres, respectivamente.

Actualmente se ha considerado al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, como un trastorno asociado al consumo de drogas, cabe agregar que al momento de realizar esta revisión no se localizó investigación mexicana sobre la relación del déficit de atención con el consumo de drogas. Sin embargo autores como (Ponce y Cols. 2000, en el Seminario Preventivo de septiembre de 2002), señalan que se ha venido acumulando evidencia sobre una importante asociación entre las adicciones y el TDAH por ejemplo: se ha identificado en adultos consumidores de cocaína y opiáceos una elevada prevalencia de TDAH durante la infancia, entre un 17% y un 45% de adultos que manifiestan el TDAH manifiestan abuso de alcohol o dependencia y entre un 9% y un 30% presentan abuso o dependencia de sustancias. Por otra parte, los CIJ en el año 2000, considera que el TDAH es un factor de riesgo,

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) considerando la prevalencia del TDAH en otros países semejantes al nuestro, encontró que se reportan cifras entre el 14% y el 18 %, extrapolando esta información ha estimado que en México existen aproximadamente 1.5 millones de menores en edad escolar que presentan el TDAH.

Cabe agregar que, según Verduzco y Lara (1989). La observación clínica en México, demuestra que los niños que presentan trastornos por déficit de atención son inseguros y tienen bajos niveles de autoestima, sus resultados muestran una clara tendencia hacia puntajes menores de autoestima en niños con trastornos de atención sin tratamiento. Lo anterior indica que la autoestima es un aspecto importante para ser tomado en cuenta cuando se trabaja con niños que tengan problemas de atención, para lograr una mejor recuperación e integración al ambiente escolar y social.

Se debe agregar, que en México la investigación en psiquiatría infantil enfrenta dificultades que van desde la falta de instrumentos de medición adecuados para nuestro medio, hasta las consideraciones de tipo ético, además de la imprecisión de los conceptos diagnósticos, sin embargo, resalta la importancia que tiene el TDAH, tanto por la frecuencia con la que se presenta en la población escolar como por sus repercusiones conductuales, familiares y sociales.

1.3 Otros factores de riesgo

Tarter (1995) Considera que la sensibilidad del instrumento DUSI (Drug Use Screening Inventori) nos permite evaluar con plena confiabilidad que la consistencia de los factores de riesgo en la población mexicana son los siguientes:

- ❖ Los trastornos depresivos
- ❖ La carencia de estrategias de evitación del estrés
- ❖ La baja percepción de riesgo
- ❖ La exposición a estresores escolares (bajas calificaciones, problemas con maestros, fracasos académicos, etcétera).
- ❖ La pertenencia a redes disfuncionales.
- ❖ La baja adherencia escolar
- ❖ La evitación o el afrontamiento heterodirigido de conflictos (baja tolerancia a la frustración y control de impulsos).
- ❖ Baja autoestima

Por su parte Medina Mora (en prensa), reporta la siguiente lista de factores de riesgo:

- ❖ Ser hijos de usuarios de alcohol y otras drogas
- ❖ Depresión e ideación suicida
- ❖ Disponibilidad de las sustancias
- ❖ Influencia del consumo de hermanos mayores
- ❖ Uso de amigos
- ❖ Ser menor trabajador.
- ❖ Falta de normas claras relacionadas con el consumo de drogas.
- ❖ Ser varón aumenta el riesgo de utilizar drogas no médicas
- ❖ Ser mujer aumenta el riesgo de utilizar drogas médicas
- ❖ Tener menos de 15 años no trabajar y ser hijo de un jefe de familia con baja escolaridad aumenta el riesgo de consumir inhalables, lo opuesto predice el uso de cocaína.
- ❖ Estudiantes que trabajan tienden a consumir cocaína
- ❖ Estudiantes que no trabajan tienden a consumir inhalables
- ❖ Normalización del consumo

1.4 Factores protectores

Cuando se habla de **factores protectores** nos referimos a aquellas condiciones del ambiente o variables individuales del sujeto que de una a otra forma impiden o los hacen más resistentes a caer en el consumo de drogas.

Los factores de protección pueden regular la exposición al riesgo, porque son condiciones que protegen a los jóvenes de las consecuencias negativas reduciendo el impacto de estos factores que cambian la manera en que una persona responde a estos. En consecuencia, realzar los factores de protección que tiene la finalidad de contener y reducir la probabilidad de que surjan problemas de conducta. (Comunidades que se preocupan, 1994).

Como puede verse existe una variedad de condiciones individuales de la familia y del ambiente que pueden generar factores de riesgo o también convertirse en factores protectores que impidan el desarrollo de la conducta adictiva. Sin embargo, existe todavía un gran desconocimiento de cuál es la naturaleza específica del impacto de cada uno de estos factores; por tanto, una serie de investigaciones que identifiquen cuáles son los factores más determinantes y cómo interactúan sobre los individuos, son temas prioritarios de investigación para definir políticas preventivas.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2000). Considera que son factores protectores:

- ❖ Afrontamiento del estrés de locus interno y habilidades sociales (para Incrementar la tolerancia a la frustración).
- ❖ Asertividad (para aumentar el control de impulsos y de la percepción de riesgo).
- ❖ Autoestima (para combatir síntomas depresivos).
- ❖ Apego escolar (aumento de la adherencia ala esuela).
- ❖ Cumplimiento y establecimiento de las medidas de control y regulación sanitaria para el consumo del alcohol y el tabaco.

En relación al mismo rubro Medina Mora (en prensa), menciona los siguientes factores de protección, asistencia a la escuela, supervisión paterna, normas claras en relación al consumo de drogas y de ahí que se desprenda la integración del análisis de las variables asociadas al consumo de drogas por Centros de Integración Juvenil, A. C. (2000), quien considera los siguientes: violencia intrafamiliar, abuso sexual, altas condiciones de vulnerabilidad como son: reclusión y situación de calle.

También en este aspecto Medina Mora (op. cit.), menciona las siguientes variables: conducta delictiva y antisocial; las mujeres se incorporan a la población usuaria con el incremento de problemas relacionados con su condición reproductiva, el nivel socioeconómico se asocia al poder adquisitivo para consumir drogas (53% de la producción de alcohol es consumido por el 30% de la población con más ingresos, Consultores Internacionales, 1995). La composición familiar, las familias intactas 3.4% habían usado drogas, familias uniparentales 7.1 %, familia reconstruida 15.6% Menores que habían formado su familia en la calle 28% y menores que no vivían en familia 46%.

Por otra parte se ha encontrado (et. al.) que existe una enorme diversidad de problemas asociados al consumo de drogas, entre los, que se pueden destacar se encuentran:

- ❖ Pobreza
- ❖ Crisis económicas recurrentes
- ❖ Falta de equidad en la distribución de la riqueza
- ❖ Problemas sociales
- ❖ Emigración
- ❖ Narcotráfico
- ❖ Trastornos afectivos
- ❖ Trastornos de ansiedad
- ❖ Ejercicio irresponsable de la sexualidad como resultado del consumo de drogas
- ❖ Desempleo
- ❖ Carencia de servicios de atención
- ❖ Accidentes
- ❖ Violencia
- ❖ Migración internacional
- ❖ Cambios en la composición religiosa
- ❖ Desintegración familiar

Al abordar la necesidad de realizar una revisión de los factores de riesgo asociados al consumo en niños se observó que es fundamental la prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental (De la Fuente, 1980) ya que se considera que las acciones médicas en favor de la salud mental se desenvuelven en tres niveles:

1. En el primero, la meta es impedir la presentación de casos,
2. En el segundo, es importante la identificación temprana y el manejo oportuno de los problemas para impedir su progresión,
3. En el tercer nivel, la necesidad de ayudar a compensar estos daños en quienes, (sufren defectos o han sufrido daño irreparable en sus funciones mentales.

Se pretende además que las acciones preventivas en estos 3 niveles alcancen a toda la población.

Según De la Fuente (1980), los problemas psiquiátricos con los que hay que contender son, por orden de prevaencia, los siguientes:

1) retraso mental en grados diversos; 2) desórdenes del lenguaje y otros desórdenes específicos del aprendizaje; 3) desórdenes de la conducta y del carácter; 4) desórdenes de la afectividad; 5) depresión, que frecuentemente se expresa a través de desórdenes psicofisiológicos que la enmascaran y por último, otras psicosis.

Finalmente, las consideraciones anteriores resultan convenientes para observar con cautela y tratar de analizar la investigación sobre factores de riesgo en México porque conllevan el análisis también del estado del arte de la prevención del uso y abuso de drogas, con todos los elementos biopsicosociales que tiene.

CAPITULO 2

GRUPOS VULNERABLES

Es de suma importancia revisar con atención particular a ciertos grupos considerados como vulnerables, la identificación de factores de riesgo y protección específicos en la detección y canalización oportuna de estos individuos en la actualidad ya que toda la sociedad esta expuesta a las drogas. Pero si bien es cierto existen grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias de uso, como son los niños y los jóvenes quienes pueden truncar sus posibilidades de desarrollo personal y la realización de proyectos de vida positivos. De ahí que se sugiere la revisión de datos que nos puedan dar una visión de los factores de riesgo para el inicio, del uso y abuso de sustancias tóxicas ya que estos datos nos podrían ayudar a sugerir métodos de prevención.

Debe señalarse que el énfasis de la información recabada prioriza el conocimiento y la situación de algunos de los principales grupos vulnerables ubicados en México, no obstante, al interior del país pueda existir una gran diversidad de grupos que las investigaciones nacionales y extranjeras no han documentado con la profundidad que se requiere. Por lo tanto, el contenido teórico de este trabajo no agota la existencia, características y condición de otros grupos presentes en cada estado o región que pueden ser vulnerables, sino que ofrece un punto de referencia general que permite por una parte, complementar el conocimiento que se tiene de las poblaciones especiales que a diario se perciben en la sociedad.

La vulnerabilidad puede tener diversas connotaciones pero en general se asocia con el daño, la pérdida, la desventaja o la incapacidad física y/o material en la que se encuentra o que puede sufrir algo o alguien, llámense personas, conjuntos sociales u obras físicas.

Así por ejemplo, se dice que la vulnerabilidad demográfica implica "un conjunto de características demográficas que, en el contexto de una sociedad moderna, limitan la acumulación de recursos" (www.eclac.cl/celade/retadam/Riw_index00e.htm, 2007) concepto que se relaciona con la vulnerabilidad social o los grupos pobres de determinada población.

Igualmente se comenta que la vulnerabilidad de una comunidad o de un bien material depende de varios factores entre los que se encuentran los siguientes: el grado de exposición aun tipo de amenaza, el conocimiento que se tenga de la misma o las amenazas a las que se está expuesto, la organización de la sociedad, la voluntad política de grupos y dirigentes, la capacidad de servicio y cobertura de las instituciones de apoyo, etc. (www.monografias.com/trabajos10/jovviol.shtm1, 2008).

En el ámbito personal, se considera que un individuo se encuentra en situación de vulnerabilidad "cuando por sus propios medios no puede agenciar (realizar) las condiciones para su propio desarrollo y el de las personas que dependen económicamente de ella" o a "quienes individual o colectivamente, no pueden acceder a bienes, recursos y capacidades socialmente disponibles, sufren la desvalorización o la pérdida de lo que disponen, o enfrentan inhabilitaciones para hacer uso de los mismos".

Por lo anterior, se entiende por **grupos vulnerables** "aquellos grupos o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, la vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades", (www.cndh.org.mx/Principal/document/derechosgrupos.htm,2007).

Entre algunos de los grupos vulnerables que comúnmente existen en diversos países se encuentran: los niños menores de 15 años, mujeres jefe de hogar con menores a su cargo, adolescentes jefes de hogar con hijos, adolescentes, personas de la tercera edad, comunidades desplazadas por acciones armadas, personas de escasos recursos o en pobreza extrema, etc.

Específicamente, en el contexto del consumo de drogas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica ciertos grupos como población especial que permiten determinar por medio de estudios epidemiológicos y diversas investigaciones la prevalencia del uso de drogas, los patrones de consumo, el uso dañino de las mismas, los factores de riesgo asociados al inicio del uso de sustancias, etc.

De esta forma, la OMS señala que "estudiar las consecuencias sociales y de salud por el uso de drogas puede requerir de grupos objetivos, los cuales quizás sean un riesgo particular, por ejemplo: jóvenes, niños de la calle, indigentes, prisioneros, indígenas y usuarios particulares de drogas", (Medina, 2000).

Como puede observarse en los aspectos anteriores, los grupos vulnerables o poblaciones especiales se encuentran condicionados por varios factores como: la falta de igualdad de oportunidades, la incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas, la desnutrición, enfermedades, insuficiencia de servicios públicos y la marginación; situación que directa e indirectamente implica riesgos para iniciarse y/o mantener el consumo de sustancias tóxicas.

El conocimiento específico de los grupos vulnerables permitirá comprender con mayor detalle su situación y por ende, planificar, desarrollar, evaluar y modificar las estrategias preventivas que cumplan satisfactoriamente con el cometido de dotar a los individuos, grupos y comunidades de recursos útiles y eficaces para contrarrestar, minimizar y eliminar los riesgos asociados a las adicciones.

1.1 Características de los grupos vulnerables

Indígenas

Es la ciudad de México uno de los principales lugares donde los pueblos indígenas encuentran su asiento y centran sus expectativas de "crecimiento" económico, social y familiar que regularmente les es difícil obtener, no obstante, que el país presenta un carácter pluriétnico y multicultural por estas poblaciones indígenas originarias o migrantes que "conservan total o parcialmente sus propias instituciones políticas, culturales, sociales y económicas, pero que siguen siendo invisibles para la mayoría de los ciudadanos del Distrito Federal". (Natera y cols.,1997).

La población indígena del Distrito Federal se diferencia en originaria y migrante. La primera se conforma por los pueblos descendientes de poblaciones asentadas ancestralmente en el Valle de México que se ubican principalmente en el sur de la ciudad los migrantes por su parte provienen de procesos de desplazamientos de

población hacia la capital del país y se ubican sobretodo en ciertas zonas (las delegaciones Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Iztapalapa, Coyoacán, Iztacalco y Gustavo A. Madero).

De esta forma, algunos de los principales factores que conllevan a la migración son los siguientes: escasez e improductividad de las tierras en sus lugares de origen, carencia de empleos, búsqueda de servicios (salud, educación), conflictos políticos en la comunidad, etc.

De acuerdo con el Gobierno del Distrito Federal, las estadísticas disponibles que refieren la presencia y características de los pueblos y poblaciones indígenas "deben ser tomadas con gran reserva, en la medida en que los indicadores con lo que se ha recopilado tienen sesgos culturales que no dan cuenta de la complejidad de la dinámica socio-cultural indígena" (www.df.gob.mx/virtual/equidad/cuerpo/indi/diag.htm,2008) aunque se afirma que actualmente en la ciudad de México reside al menos uno- de cada veinte indígenas del país, donde la mayor presencia corresponde a nahuas, mixtecos, zapotecos, triquis, mazahuas y mazatecos.

La situación de los indígenas se toma particularmente cuando se considera por ejemplo, que la ciudad es un ambiente hostil y ajeno que los discrimina, los considera inferiores y atrasados, asumiendo por parte de la sociedad actitudes de paternalismo, invisibilización e insulto.

En este sentido, es "el temor a la discriminación un factor que inhibe el contacto con instituciones de salud, con los órganos de justicia y es uno de los factores que explica la deserción escolar. Es un rechazo que se inicia en el vecindario, la calle, la escuela y que obliga a los indígenas a mimetizarse y disfrazarse, a no hablar la lengua indígena y no portar el traje y, en-general, a ocultar su identidad". (www..df.gob.mx/virtual/equidad/cuerpo/indi/diag.htm, 2008).

En suma, el medio urbano resulta para los indígenas un espacio de difícil tránsito, que implica entre otras cosas: desigualdad de condiciones, pobreza, rechazo, agresión, escasez o falta de acceso a servicios públicos, desestructuración del sistema familiar, desconocimiento de derechos civiles, desgaste emocional y

psicológico, accidentes, enfermedades, consumo de sustancias, etc.

Particularmente en el caso del consumo de drogas, la situación presenta una doble vertiente, por una parte, está documentado en diversos estudios el conocimiento y uso ritual y médico que los indígenas tienen de ciertas sustancias (tabaco, peyote, pulque) y por otra, se ha encontrado el uso y abuso de sustancias, sea en el medio rural y en este caso, en la ciudad.

Así por ejemplo: el Gobierno del Distrito Federal (2001) reporta que de cada 10 niños indígenas en situación de calle, 7 son consumidores (sobretudo de inhalables); además, que las mujeres y las menores (niñas) que se dedican a la prostitución están en grave riesgo de consumir drogas o adquirir el VIH-SIDA.

Puede señalarse que el consumo de alcohol es uno de los principales problemas que los grupos indígenas presentan (aunque sus dimensiones son nacionales y mundiales), mismo que se vincula estrechamente con el desempleo, la desnutrición, los accidentes de tránsito, domésticos y laborales, la desintegración familiar y las niñas callejeras. En esencia, entraña factores culturales, económicos, sociales, médicos y psicológicos (Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Hidalgo, 1992).

Cabe agregar, que el alcoholismo ha desempeñado un papel importante en la estigmatización de los grupos indígenas, lo que ha traído como consecuencia la creación de una "serie de estereotipos antiindígenas que se basan en la supuesta existencia de un alcoholismo inveterado, incontrolable, violento, depauperante", (Gálvez X, 2001).

De acuerdo con las características anteriores, las acciones y programas desarrollados para atender a las poblaciones indígenas se han encaminado a promover políticas que logren el reconocimiento y el respeto a los derechos de éstos; a impulsar reformas institucionales que toleren la diversidad cultural, la equidad y el desarrollo de los indígenas; a dotar de servicios básicos como vivienda, salud, educación, empleos; a fortalecer sistemas de trabajo comunitario, de ayuda mutua y relaciones de reciprocidad, etc.

Si bien la OMS delimita a varios grupos como población especial relacionada con el consumo de drogas, en México diversas instituciones como son: El Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia, (DIF) Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO), etc. También ubican a esos y otros grupos como vulnerables. Dichas instancias se ocupan de realizar investigaciones y otorgar atención, apoyo y alternativas en el cuidado de la salud a los individuos de estas poblaciones.

Los grupos vulnerables o poblaciones especiales que a continuación se presentan son solo algunos ejemplos representativos ubicados por las instituciones ya señaladas, aunque dentro de éstos existen además, otros subgrupos que dependerán por ejemplo: de la región, el contexto específico, la situación particular de cada uno de ellos, etc.

Adultos mayores

De acuerdo con el Gobierno del Distrito Federal (GDF), este grupo se considera prioritario debido a la disminución de sus capacidades físicas, mentales y sociales, lo que conlleva a considerar una mayor dependencia de los adultos mayores con respecto a la familia, comunidad y la sociedad en general; situación que se complica por ser una población que aumenta año con año en la ciudad", (Domínguez, 2000).

Medina-Mora y Cols. (2000), menciona que los adultos mayores presentan altas tasas de consumo de alcohol y abuso de drogas, especialmente de tipo médico; además, de que se han identificado dos razones por las que este grupo requiere atención especial:

- 1) Incremento en el uso de sustancias por problemas relacionados con la vejez.

- 2) Los médicos relacionan equivocadamente los efectos del alcohol con los desórdenes que presenta el hombre mayor como consecuencia de demencia y senilidad irreversible.

Las políticas sociales y de apoyo dirigidos a esta población pretenden reincorporarlos a la vida social, de forma que puedan obtener un desarrollo justo y equitativo, lograr el reconocimiento de sus valores y patrimonio cultural, así como su participación y corresponsabilidad en el desarrollo de la política social (Gobierno

del Distrito Federal) (www.df.gob.mx/virtual/equidad/cuerpo/indi/diag./htm,2008).

Algunos de los programas que se difunden actualmente con este grupo vulnerable son los siguientes:

a) Fortalecimiento de los hogares con adultos mayores.

Este pretende propiciar la permanencia de esta población en su entorno familiar y social, fomentando la convivencia solidaria, la autonomía y la ayuda mutua.

Para lograr esto, las actividades contemplan brindar capacitación a las familias y comunidades, de forma que se involucren activamente con estos adultos; fomentar la salud, educación, deporte y cultura mediante servicios comunitarios; ampliar la capacidad de atención integral, de asesoría, gestión y protección jurídica; sensibilizar a la población hacia el reconocimiento, respeto, tolerancia de los adultos mayores en la familia, comunidad y sociedad; impulsar acciones para prevenir riesgos, evitar daños y reducir las limitaciones generadas por el proceso de envejecimiento.

b) "Un espacio para ti".

Es un programa que pretende incrementar el disfrute de los adultos mayores en la vida económica, política, social y cultural, propiciando su participación de manera corresponsable en las actividades programadas para la sociedad.

Con ello, se espera elevar el nivel y calidad de vida de los individuos, además de favorecer el intercambio de experiencias entre los grupos participantes.

Víctimas de violencia familiar

De acuerdo con el Gobierno del Distrito Federal, la violencia familiar se define como "todos aquellos actos de poder u omisión intencional, recurrentes o cíclicos, dirigidos a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tienen por efecto causar daño", (Domínguez, 2000).

Si bien como lo señala la definición, cualquier integrante de la familia puede ser objeto de agresión, frecuentemente se refiere que son los menores y las mujeres principales víctimas del abuso del poder y en este sentido, que cuando la violencia provoca grandes daños físicos y psíquicos, el fenómeno se vuelve visible para los demás.

El Centro de Atención a la Violencia Familiar (CAVI), señala que 85% de las víctimas atendidas han sido mujeres, donde el promedio mensual de atención es de 1, 290 personas; mientras que el 5.7% de los casos de violencia la sufren los adultos mayores. Particularmente en lo que respecta al nivel socioeconómico del total de los casos atendidos el 76.3% se ubican en los rangos más bajos, (Domínguez, 2000).

De acuerdo con Corsi (1994), la baja autoestima es un factor común entre quienes han sufrido situaciones de violencia en la infancia, sean hombres o mujeres; pero que se manifiesta de forma distinta en cada sexo debido a la socialización de género.

Por ejemplo: en las mujeres incrementa los sentimientos de indefensión y culpabilidad; en los hombres, activa mecanismos de sobre compensación que los llevan a estructurar una imagen externa "dura", (CIJ, 1999).

Otros estudios señalan que padres de familia de clase media, de bajo nivel educativo, menos involucrados en la crianza, más controladores y castigadores, tenían hijos descontentos, retraídos e inseguros.

A la vez los padres desorganizados, indolentes e inseguros de sus habilidades parentales tenían hijos con poco autocontrol, auto confianza, autoestima y eran niños inmaduros (Barreto, 1996), (CIJ, 1999).

Con base en información de la Encuesta Nacional de Adicciones (1998), se reporta que el 29% de las mujeres que habitan en zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja han sufrido violencia física por parte de ésta, donde en el 60% de los casos de este tipo de violencia el alcohol ha estado involucrado (Medina-Mora y Cols, 1999).

Complementariamente, en un estudio efectuado en la ciudad de Pachuca, Hidalgo se encontró una incidencia de violencia intrafamiliar de 36%, donde el 2% corresponde a violencia verbal, 0.6% a golpes con las manos y 1% a ser forzado a tener sexo con la pareja.

En este estudio se observa que "a mayor intensidad en la violencia, mayor la participación del alcohol con índices que oscilaron entre 8% en el caso de la violencia verbal, 23% y 26% cuando la violencia incluyó golpes y 52% cuando se forzó sexo" (Natera y Cols, 1997). Medina M. Las Adicciones y la salud pública...)

Por lo anterior, los programas y actividades de apoyo orientadas a esta población pretenden impulsar la prevención de la violencia familiar y la atención integral de las mujeres y menores, a través de diversas instancias, familiares, sociales y judiciales que brinden refugio seguro, apoyo jurídico, social, médico y psicológico, por ejemplo:

El Centro de Atención a la Violencia Familiar (CAVI), el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, la Red de Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF), el Albergue para mujeres y niños sujetos a maltrato, etc.

Niños de la calle

En general se considera como niños en situación de calle tanto a aquellos que trabajan en las calles pero mantienen algún contacto con su familia, así como aquellos que viven literalmente en las calles y han roto lazos con su familia. (Comisión de la Niñez y Juventud VII Reunión de la Niñez y Juventud, 1999).

La mayoría de esta población se ubica en zonas urbanas y se ha encontrado que entre los riesgos a los que se exponen son: abandono de la escuela y la familia, desarrollo de conducta antisocial, delincuencia, abuso por parte de los adultos que los rodean, consumo de drogas, por mencionar algunos.

Un común denominador de los niños de la calle es la marginalidad en la que se encuentran. Algunos estudios refieren que las principales causas que generan el proceso de "callejerización" se relaciona con: el maltrato (físico y psicológico), desintegración y violencia familiar, pobreza, abuso sexual, adicciones y carencia

afectiva. (www.df.gob.mx/vrtual/Iztapalapa/sig/dsocial/inf/salud/atención.htm, 2008).

A la vez, estos individuos buscan en la calle las alternativas que sus familias no les pueden dar.

En este sentido, se dice que la calle al implicar un proceso de socialización se convierte en un espacio significativo y un lugar desde el cual se estructura una serie de interacciones sociales cotidianas, que atraviesan aspectos económicos, amistosos, etc.

En suma, los niños de la calle encuentran ahí un medio de subsistencia física, psicológica y afectiva, haciendo de la calle su casa.

Otras investigaciones reportan que la mayoría de niños de la calle son hombres y que consumen drogas (sobre todo el cemento) debido a los efectos agradables y satisfactorios que éstas producen, a la vez, que usar drogas les otorga una identidad y pertenencia grupal, (Domínguez, 2000).

Como objetivos prioritarios para abordar a este grupo vulnerable se encuentran la atención integral de estos niños, el desarrollo de acciones preventivas respecto a la dinámica familiar, la deserción escolar y las actividades de riesgo, la creación de Centros de Desarrollo y Capacitación, hogares institucionales, etc.

No obstante, también se reporta que la "mayoría de las acciones se elaboran desde afuera, sin considerar la visión que tienen los niños de la calle, de ellos mismos por lo que es importante que se tome en cuenta la percepción que tienen de su propia situación y la manera como ellos creen poder resolverla", (Domínguez, 2000).

Niños y Adolescentes

De acuerdo con la convención de los derechos de los niños se entiende por niño "todo ser humano menor de 18 años de edad, sin embargo, para el desarrollo de programas sociales dirigidos a este sector, se ha considerado a la población infantil como la compuesta por niñas y niños de 0 a 14 años de edad que viven en el Distrito Federal. Es conveniente aclarar que los niños y niñas de 15 a 18 años están considerados en otro sector (jóvenes). (www.d.f.gob.mx/virtual/sds/politicasocial/iiipolitica/gpospriorit/3-2-.html.2007).

A escala mundial se considera que los niños y los adolescentes constituyen un grupo vulnerable por diversas razones, y que las difíciles situaciones o problemáticas sociales, políticas, económicas y culturales contribuyen a convertirlos en "futuros hombres y mujeres en situación de desventaja para lograr alcanzar niveles de vida aceptables que les permita el desarrollo de sus potencialidades mínimas capaces de proporcionarles un futuro mejor" (www.infomedonline.com.ve/consocie/lencuentro/mmiitema1.htm, 2008).

Básicamente, esta población se encuentra en riesgo o vulnerabilidad cuando se considera que los individuos buscan independizarse de sus padres, pueden desertar de la escuela por varias razones (problemas económicos, embarazo, etc.), presentan carencia de habilidades académicas y de apoyo familiar, no tienen acceso a la educación, existe analfabetismo y alto riesgo de ser explotados por adultos, tiene baja autoestima, etc. (Medina, 2000).

De acuerdo con el DIF-DF (1997), los motivos que orillan a los niños y jóvenes a salir de sus hogares pueden ser originados por el maltrato físico y psicológico, violencia familiar o la curiosidad de salir del núcleo familiar en busca de aventura. (www.dif.df.mx/gvulnerables/htm, 2007).

En diversas investigaciones se ha encontrado que en la adolescencia se incrementa el riesgo para desarrollar problemas relacionados con el uso de drogas e incluso, que los estudiantes consumen drogas ilegales desde edad temprana (como marihuana y cocaína), con tendencia de los más jóvenes a utilizar principalmente solventes inhalables, además, que conforme incrementa la edad el uso de drogas muestra importantes aumentos. (CIJ, 2001).

En general, los programas y actividades de atención enfocados a esta población pretenden crear en la ciudadanía una cultura de respeto a los derechos de los niños, promover su permanencia, incorporación y reincorporación al sistema escolarizado, fortalecer lazos comunitarios y familiares, así como dar protección integral a niños parcial o totalmente desamparados, (CIJ, 2001).

Igualmente, capacitar y promover la inserción laboral de los jóvenes en el ámbito local, municipal y nacional, donde "las políticas de

promoción y desarrollo de la juventud deben ser políticas con los jóvenes y no para los jóvenes" (Comisión de la Niñez y Juventud. VII Reunión de la Niñez y Juventud, 1999).

Niños con problemas escolares

Como ya se ha comentado, son particularmente los niños una de las poblaciones en la que se ha centrado la atención preventiva por la diversidad de situaciones y factores que en muchos casos conllevan a la aparición de diversas problemáticas como el consumo de drogas.

Específicamente, es el contexto educativo uno de los escenarios donde se identifican problemas de carácter individual y social, particularmente relacionados con la estancia escolar, el desempeño académico y los trastornos de conducta.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Educación Pública y con la Encuesta Nacional de Estudiantes (1998), se ha documentado que existe una asociación de la interrupción en el proceso de escolarización con una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas psicosociales; una correlación donde el menor uso de drogas se presenta en alumnos que están ocupados de forma continua, ya sea en actividades escolares o de otro tipo, así como que los problemas de desempeño escolar.

Los trastornos de conducta en la escuela y los comportamientos antisociales parecen poderosos predictores del consumo de sustancias. Estudio exploratorio, Fideicomiso para los Institutos para los niños de la calle y las Adicciones, (FINCA S/F).

Complementariamente, son los trastornos por déficit de atención uno de los temas de estudio relevantes debido a que además de constituir un diagnóstico muy común en la infancia, los niños que lo presentan, tienden a mostrar problemas de aprendizaje que consecuentan fracasos escolares, dificultades de interacción y limitaciones para satisfacer las demandas y exigencias de los adultos (Barkley y Cunningham, 1979; Safer y Allen, 1976).

También se ha reportado que los resultados de algunos estudios dejan la impresión de que en la adolescencia, los niños que en la infancia fueron diagnosticados como hiperactivos, continúan presentando dificultades académicas, problemas de inquietud,

impulsividad, falta de concentración, inmadurez, conductas antisociales y abuso de drogas, (Vértiz,1992).

Se ha documentado que entre las causas que originan el trastorno de déficit de atención se encuentran: la lenta maduración de ciertas áreas del cerebro, encargadas del lenguaje y el autocontrol; el uso de colorantes en ciertos alimentos (como la tartralina que da el tono rojo amarillento a jugos artificiales, gelatinas, bebidas gaseosas, conservas y caramelos), que provocan cambios anímicos, irritabilidad, insomnio y ansiedad; la sobre estimulación o alerta cerebral, generada por el mayor tiempo que los niños pasan frente a la computadora o los videojuegos, etc. (De la Paz,1998).

Otros estudios refieren un predominio significativo de trastornos por déficit de atención, trastornos de la conducta y lentitud en el aprendizaje especialmente en los varones de 9 a 12 años; donde existe una clara relación entre la discordancia familiar y la falta de armonía como factores de riesgo, específicamente respecto a los trastornos de conducta.

Las mismas investigaciones enfocadas al estudio de los niños que presentan déficit de atención e hiperactividad sugieren que la atención y trato de éstos debe enfatizar ciertas acciones a fin de no acentuar las conductas problema y ayudarlos a integrarse de una forma más fácil a las tareas escolares y familiares, por ejemplo: establecer rutinas de horarios y conductas, no sobre exigir, incentivar las buenas relaciones, felicitar conductas favorables, encargar actividades que los hagan sentir útiles, dejar actividades o tareas breves que no excedan la capacidad de atención y concentración, disminuir los estímulos de distracción (visuales y auditivos), fomentar la creatividad u originalidad, etc.

Otros estudios señalan que la aceptación, el respeto, los límites y el apoyo son elementos claves para consolidar la autoestima de estos niños, sobretodo en los primeros años de vida. (Coopersmith, 1967 y Reasoner, 1986 en Verduzco, M. A. (1989).

En conclusión se debe señalar que las clasificaciones que abarcan de manera precisa a todos los grupos vulnerables pero que además existen, otros dentro del contexto social que también son contemplados como; son los indigentes, migrantes, hijos de padres consumidores de alcohol, y otras drogas, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas con discapacidad, enfermos de

VIH-SIDA, etc. No obstante lo anterior, es necesario definir y delimitar a grupos que en lo sucesivo, se ubiquen como la población objetivo y centro de atención para las actividades preventivas contra el consumo de drogas. Por lo tanto, el conocimiento de estas y otras poblaciones consideradas vulnerables continuará siendo relevante a fin de precisar los objetivos, instrumentos y estrategias de trabajo que redunden en una atención más precisa y efectiva.

Capítulo 3

ALCOHOL Y TABACO

En los últimos años, el uso de alcohol y tabaco ha experimentado cambios muy importantes. Estos cambios han sido tanto en las cantidades como en el significado de su consumo. Como respuesta a este problema han aparecido estudios que permiten conocer las causas y consecuencias de esta práctica socialmente aceptada, pero el fenómeno no está resuelto y parece haber gran dificultad para lograr una solución, ya que los sectores jóvenes son los más afectados, la prevalencia aumenta y la edad de inicio en el consumo disminuye. En el caso del alcohol y el tabaco, que son sustancias de gran consumo y cuyo uso goza de una gran tolerancia y aceptación social debido en gran parte a su legalidad y disponibilidad social.

El desarrollo de la prevención ha llevado a que ésta pueda hacerse no sólo en un grupo de edad determinado, sino que pueden realizarse programas preventivos dirigidos a un grupo en específico, de una sustancia concreta, un grupo de edad con riesgo concreto, para un solo sexo, etc. (Valles, 2002).

En este caso, el objetivo debe enfocarse a concientizar a la población respecto a los daños que ocasiona el consumo del alcohol y tabaco, aun en pequeñas dosis ya que por su composición y los efectos que causan en el organismo, ambas poseen un poder altamente adictivo.

Los estudios indican que la mayoría de los jóvenes comienzan a consumir drogas sobre los 12 o 13 años. Muchos investigadores han observado que los jóvenes y adolescentes pasan del consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) al de drogas ilegales (Kandel y Yamaguchi, 1985).

El orden del consumo de drogas en esta progresión es en gran parte consistente con las actitudes sociales, las normas y la disponibilidad de las drogas. Pero no se puede decir que fumar y beber a edades tempranas es más tarde la causa del consumo de drogas (NIDA, 1997). Sólo se manejan cifras de probabilidad. Para alguien que ha fumado o bebido siempre, el riesgo de consumir marihuana es 65 veces mayor que para una persona que no ha fumado o bebido nunca. El riesgo de consumir cocaína es de 104

veces mayor para alguien que ha fumado marihuana al menos una vez durante su vida que para una persona que nunca lo ha hecho (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994 en Tapia, 1994).

El alcohol es una sustancia que cae dentro de la clasificación de drogas por sus propiedades farmacológicas, psicotrópicas y su potencial adictivo.

Existen varias clases de alcohol, como el metílico que se extrae de la madera y el isopropílico, que se usa como solvente y en la preparación de acetona.

El alcohol etílico (o etanol), es la sustancia contenida en todas las bebidas alcohólicas. La concentración de etanol en una bebida indica la relación entre el volumen total de líquido y la cantidad de alcohol que contiene. Esta concentración varía según el tipo de preparación. Se extrae de la fermentación de diversos frutos y plantas e incluye el vino, cervezas, licores, etc.

Tabla No 1 que muestra de manera general los efectos del alcohol a corto y largo plazo. Seminarios Preventivos. Mayo del 2003 "Prevención de Alcohol y Tabaco".

ALCOHOL		
SUSTANCIA	ASPECTO	FORMA DE USO
Fermentado: vino, cerveza Destilado: licores...	Líquido de varios colores sabores y texturas	Bebido
EFFECTOS INMEDIATOS		EFFECTOS A LARGO PLAZO
<u>Deseados:</u> Sensación de relajación y bienestar, euforia, desinhibición en las relaciones sociales.		<u>Físicos:</u> Trastornos de la menstruación, impotencia sexual, hepatitis alcohólica, cirrosis, hipertensión, anemia.
<u>No deseados:</u> Somnolencia, vómitos, descoordinación de movimientos, pérdida de reflejos, embriaguez impulsividad y hostilidad.		<u>Psicológicos:</u> Síndromes paranoides, alucinaciones, demencia, depresión, desorientación tiempo-espacial. <u>Sociales:</u> menor rendimiento laboral, mayor riesgo de accidentes deterioro de las relaciones laborales familiares.

Si bien la alta tolerancia y su fácil adquisición la hacen parecer una sustancia “doméstica” o un medio que favorece la Integración social y la convivencia, su uso y abuso trae consigo serias consecuencias.

Además, la producción, distribución, promoción y venta de las bebidas alcohólicas tiene un papel importante en la economía, por medio de los cultivos y elaboración de insumos, generación de empleos, comercio con actividades económicas derivadas, así como por las elevadas aportaciones de la industria de las bebidas al fisco, esto, además de su legalidad, y sus efectos, hace del alcohol una sustancia de difícil control, tanto a nivel individual como social.

El alcohol se absorbe rápidamente a nivel del estómago y del tracto gastrointestinal sin necesidad de sufrir un proceso de digestión.

La velocidad de la absorción depende de la cantidad y tipo de comida presente en el estómago y del tipo de bebida. Los efectos del alcohol aparecen a los 10 minutos siguientes al consumo y alcanzan su máximo punto en un lapso de 40 a 60 minutos. Esta sustancia permanece en la circulación hasta llegar al hígado, donde sus componentes son metabolizados.

Cuando el consumo supera la velocidad que el hígado puede realizar este proceso de descomposición, se eleva el nivel de concentración de alcohol en la sangre. Cuando la concentración en la sangre tiene un nivel .05%, la mayoría de individuos describen una sensación de excitación. Con un .20% hay un grado de intoxicación marcado. Con un .30%, el individuo puede entrar en estado estuporoso o incluso comatoso. Los niveles de alcohol en sangre del .35% o superior han sido asociados con la muerte. Como depresor del Sistema Nervioso Central, el alcohol deprime la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y los mecanismos de control del cerebro.

En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente de ellos. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Advierte que el alcoholismo, "es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir..."

"Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol".

El alcohol y el tabaco, son las drogas de inicio de mayor consumo generalmente se consumen por curiosidad, por probar nuevas experiencias, por el riesgo que supone hacer algo prohibido, para comprobar esas sensaciones agradables que giran alrededor de su uso, incluso por aceptación, imitación o simplemente por la disponibilidad de la sustancia. La mayoría de las veces es simplemente un deseo de pasar un rato agradable y divertido de liberarse de estados de depresión, ansiedad, tristeza, coraje o para aliviar algún malestar. Este primer consumo, aun cuando quiera hacerse de manera responsable, puede traer graves consecuencias. Las características y funciones orgánicas de cada individuo varían de uno a otro, por ejemplo, la capacidad de metabolización del hígado de un adulto varón es de 4 "copas" distribuidas en un día y para la mujer de 2.5. (Seminario Preventivo Cortés., F. 2003).

Pero, en el caso de los adolescentes, existen otros factores además del proceso de metabolización, que es mucho menor que el de un adulto, incluso menor que el de una mujer, por lo tanto, en el intento de búsqueda de los límites de consumo, se puede, fácilmente, pasar del uso al abuso. Otro ejemplo se puede dar con respecto al tabaco, el uso experimental de esta sustancia puede servir para encontrar que, un cierto organismo tiene una baja tolerancia, lo cual hará que este acto no se repita, pero tanto riesgo corre esta persona, que otra con un nivel de tolerancia alto, a la cual, el consumo de tabaco puede no significarle ninguna sensación desagradable, repitiendo su consumo cada vez que sea necesario.

El deseo de volver a sentir los efectos de una "borrachera", o la estimulación mediante el consumo de un "cigarrillo", es la principal razón por la que este tipo de comportamientos se repiten. Lo problemático es que, entre más frecuente sea la práctica, más aumenta la tolerancia, lo cual ocasiona una disminución progresiva del efecto de una sustancia debido al uso repetido de la misma, obligando a la persona a consumir una dosis cada vez mayor para alcanzar los mismos efectos, en el caso del alcohol y del tabaco, es muy factible pasar al uso experimental de alguna otra sustancia de mayor potencia como las drogas de uso ilegal, produciéndose el mismo proceso que se vivió con el alcohol y el tabaco.

La ansiedad producida por querer consumir tiene su respuesta en el ámbito fisiológico: se activan procesos que harán más intenso el deseo y más insoportable la ansiedad por consumir. En algunas personas cierta predisposición genética heredada, o causada por experiencias de consumo anteriores les empujará a consumir de nuevo, por ejemplo, el caso de los hijos de alcohólicos. (Seminario Preventivo Cortés., F. 2003).

El concepto de abuso tiene, por un lado este aspecto cualitativo, es decir, no sobrepasar las dosis que el organismo puede metabolizar, pero desgraciadamente ninguna persona puede conocer el nivel de tolerancia que tiene ante este tipo de sustancias y tampoco saber, previamente al consumo experimental, la resistencia del cuerpo a los efectos psíquicos y físicos que produce, sólo puede conocer la predisposición genética, pero es un proceso largo, costoso y que implica una serie de estudios que difícilmente el individuo, y menos aun el adolescente, está dispuesto o interesado en realizárselos.

Con lo anterior es posible advertir que el "consumo moderado" de sustancias como alcohol y tabaco, más allá de parecer una alternativa para evitar la adicción, representa un factor de riesgo importante para el consumo posterior de drogas ilegales, además de implicar consecuencias graves en su propio consumo. Puesto que la probabilidad o el riesgo de consumir drogas ilegales, aumenta con el consumo de tabaco y alcohol, el objetivo de los esfuerzos preventivos dirigidos a los adolescentes ha de ser el de prevenir o reducir el consumo de estas 8 sustancias (Botvin, 1995).

La razón subyacente a esta idea es que si se logra prevenir el consumo de estas sustancias específicas, no sólo se reducirán

muerres y patologías asociadas al consumo, sino que también se producirá una disminución del consumo de otras drogas al detener la progresión lógica de la cadena de consumo.

A partir del origen social y biológico del ser humano es posible pensar que una buena información respecto a lo que causan estas sustancias de uso legal reducirán los índices de prevalencia, sin embargo, las cifras nos demuestran que no es así. Muchas personas, aunque saben como actúan las drogas, los efectos que producen y los riesgos de su consumo, siguen consumiendo.

En la mayoría de las ocasiones, lo que motiva la conducta son las creencias, expectativas, valores y percepciones de cada persona.

"El conocimiento se relaciona con los valores y creencias", causa las actitudes, éstas las intenciones y con ello se pasa a intentos de comportamiento, que en función de las etapas del comportamiento por el que pasa una persona, realizará o no esa conducta de consumo. Este cambio en el conocimiento, actitud y comportamiento depende tanto del aprendizaje social como de la parte intrapsíquica de cada individuo.

Dentro del aprendizaje social se consideran los componentes de observación, oportunidad, normas sociales y refuerzo, elementos característicos de esta teoría; y dentro de la parte intrapsíquica vienen determinados por las vinculaciones sociales que a su vez son función del medio social, dentro de las vinculaciones sociales están la familia, la escuela y los compañeros; dentro del medio social la desorganización social, la socialización inadecuada y la disfunción del rol. (Verduzco, 2002).

Esto significa que si bien las actitudes personales son llevadas a la práctica después de un proceso meramente cognitivo, también se encuentran influenciadas por agentes externos que favorecen una respuesta de aceptación ante el consumo de drogas. Como ejemplo, se puede pensar en aquellas personas que a pesar de pensar una cosa hacen la contraria sin que aparentemente les cause ningún problema, tal es el caso de quienes son fumadores y saben de los riesgos que implica esta adicción y aun así no dejan de hacerlo.

En situaciones concretas, la mayoría de las personas no actúan de acuerdo con lo que saben o lo que piensan. El comportamiento

depende de los factores y de la situación, las habilidades conductuales requeridas en situaciones de oferta de alcohol y tabaco con la capacidad de resistir a la presión del grupo de pares, asertividad, comunicación con el grupo, para explicar y defender las opiniones y conductas propias, capacidad de toma de decisiones. etc.

Estas son las habilidades que se relacionan con el momento de la decisión, es decir, consumir o no consumir. Pero, existen otros comportamientos o habilidades que indirectamente pueden servirles a algunos individuos para el mismo fin, es decir, alejarlos de tener que tomar decisiones sobre consumos: como pueden ser el comportamiento solidario o deportivo o el bajo interés social que hace que la persona salga menos de casa y que se reúna menos con el grupo de pares.

Finalmente, para lograr un adecuado proceso preventivo del consumo de alcohol y tabaco, al igual que el de cualquier otra droga, es necesario concretar bien los objetivos y prioridades, lo cual permite saber exactamente lo que se pretende conseguir, considerando aspectos reales y acordes con las características de cada población a la que se dirija el mensaje.

La idea de cualquier acción preventiva consiste en actuar antes de que aparezca el problema pues a medida que se instauran pautas de consumo en una persona se va dotando al mismo tiempo de toda una conceptualización que le ayuda a justificar su nuevo comportamiento, lo que lo hace más impermeable a la recepción de mensajes preventivos.

Se debe tomar en cuenta que en el primer periodo de utilización de alcohol y tabaco, el individuo consumidor sólo es consciente de unas ciertas ventajas que le proporciona su uso. Tendrían que pasar a veces años para que empiece a ser consciente además de los problemas ligados a este consumo. Pero, los jóvenes tienen a veces dificultades de hacer planes pensando en las consecuencias futuras de su acción.

Considerando que está demostrado que el inicio en el uso de cualquier droga, incluidas, obviamente el alcohol y el tabaco, aumenta las posibilidades de abuso futuro, por lo que se hace importante retrasar la edad de inicio en el uso de estas sustancias.

EL TABACO

La nicotina es una de las drogas adictivas de más uso. Fumar ha sido el método más popular de usar nicotina desde principios del siglo XX.

Además de ser sumamente adictiva y actúa no sólo como estimulante sino como sedante en el Sistema Nervioso Central (SNC). La ingestión de nicotina produce un efecto casi inmediato ya que causa liberación de epinefrina de la corteza suprarrenal, esto estimula el SNC y otras glándulas endocrinas, lo que causa una liberación súbita de glucosa. Esta estimulación es seguida de depresión y fatiga, lo que hace que el usuario necesite más nicotina.

Esta se absorbe rápidamente del humo del tabaco en los pulmones, independientemente de si el humo del tabaco proviene de cigarrillos, puros o pipas, también se absorbe rápidamente cuando se masca tabaco. Con el uso regular de tabaco, los niveles de nicotina se acumulan en el cuerpo durante el día y persisten durante la noche lo que expone a los fumadores diarios a sus efectos durante 24 horas todos los días.

Tabla No 2 que menciona los efectos inmediatos y a largo plazo de la nicotina. Seminario. Preventivos Mayo 2003. "Prevención de alcohol y tabaco".

NICOTINA		
SUSTANCIA	ASPECTO	FORMA DE USO
Tabaco	Hojas secas que pueden aparecer liadas o picadas	Fumado o mascado
EFECTOS INMEDIATOS		EFECTOS A LARGO PLAZO
<u>Deseados</u> : Relajación muscular, sensación de relajación,		<u>Físicos</u> : Disminución de la memoria, dolores de cabeza,

aumento de la memoria y concentración, aumento del ritmo cardiaco, la presión arterial y la frecuencia respiratoria.	fatiga, enfisema, pulmonar, bronquitis, cáncer de pulmón, boca, laringe y duodeno. Favorece el desarrollo de arteriosclerosis.
<u>No deseados:</u> Aumentan las situaciones en las que parece "adecuado" fumar, mareos, dolor de cabeza, dientes manchados, dedos y uñas amarillos, mal aliento, disminución en el sentido del gusto, tos matutina, constantes enfermedades respiratorias, expectoraciones.	<u>Psicológicos:</u> Sensación de borrachera y mareos. <u>Sociales:</u> Manifestaciones del comportamiento derivadas de la abstinencia, disminución del rendimiento laboral.

Además el humo de cigarrillo está compuesto principalmente de docenas de gases (mayormente monóxido de carbono) y brea. La brea en un cigarrillo, expone a los usuarios a una tasa alta de expectativa de cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales. El monóxido de carbono en el humo aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.

Las implicaciones a corto plazo que trae consigo el consumo de tabaco son: la adicción a la nicotina, mal aliento, dientes manchados, tos frecuente, taquicardia, disminución en las funciones pulmonares, incremento en la presión sanguínea, disminución de las habilidades físicas, mayor riesgo de desarrollar cáncer pulmonar y enfermedades del corazón, entre otras.

La mayor parte de los adultos conocen los efectos dañinos del cigarro y a muchos les gustarla terminar con su adicción; en México ocurren cada año 8 mil 156 defunciones relacionadas con el tabaquismo, (Tapia, 1994).

Una tercera parte de las muertes por cáncer y enfermedades del corazón son causadas por el uso del tabaco. Tres cuartas partes de las muertes por enfermedades crónicas de los pulmones se relacionan con el tabaco. Quien convive diariamente con un fumador tiene 30% de riesgo de padecer de los pulmones, lo que contribuye con dos mil muertes al año. Los niños y adolescentes

cuyos padres son fumadores tienen dos veces más posibilidades de empezar a fumar a temprana edad que los hijos de los no fumadores. (Seminario Preventivo Cortés., F. 2003).

CONCLUSIONES

El tema de las adicciones en nuestros tiempos es complicado de abordar, y para muchos expertos es todo un reto a tratar; por ello la importancia de revisar qué se está haciendo en cuanto a la prevención del uso y abuso de sustancias como alcohol y tabaco a temprana edad, y a través de ello generar propuestas de trabajo que permitan retrasar o evitar este consumo.

En la actualidad las adicciones ocupan un papel importante. En cuanto a la propagación a nivel mundial; es uno de los problemas sociales que se han enfocado más al tratamiento que a la prevención.

Durante mi ejercicio profesional en el DIF del Municipio de Chimalhuacán, se elaboró un programa de prevención a las adicciones en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Basado en “El Enfoque de Riesgo /Protección” que consiste en un abordaje conceptual y metodológico que permite identificar y actuar sobre causas multifactoriales con diferentes afecciones de tipo individual, familiar, social. Esto permitirá el control de factores de riesgo y la promoción de los factores protectores en los cuales se requiere de la participación de los diferentes sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas. (Gómez, 1999, en Gutiérrez/ Aneiros, 1999:23,24)

Becoña en 1999 citando a Clayton (1992), hace referencia a que un factor de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y abuso de drogas o bien un mantenimiento en el nivel de implicación de éstas sustancias. Mientras que un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso o la transición donde la implicación de estas sustancia. En este sentido, las estrategias de prevención deben dirigirse a reducir los factores de riesgo individuales, familiares, escolares y del grupo de pares, así como a promover los factores de protección, reforzando habilidades sociales y de afrontamiento para evitar el consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, y los riesgos asociados a dicho consumo (Ugarte,s/f). A partir de este enfoque se proyectaron talleres preventivos realizados intra y extramuros en las escuelas de diferentes niveles educativos desde preescolar, primarias, secundarias y nivel medio

superior, públicas y privadas en las que se informó y orientó sobre esta temática en las cuales como ya se mencionó se ha observado un incremento en el índice de consumo de los adolescentes fue del 27% en 1998, y se incrementó al 35% en el 2002 entre los varones del 18% al 25% respectivamente entre las mujeres y además que la edad de inicio se encuentra a partir de los 12 años para alcohol y tabaco en tanto fue para otras drogas por ejemplo en el caso de inhalables, es de 14 años y para marihuana de 15 entre otros consumos. En un análisis realizado por Casa Alianza (2008) y en relación a niños de la calle, se encontró que esta problemática es aún más grave ya que el 35% de esta población consume tabaco en tanto que el 34% ingiere alcohol, teniendo como edad de inicio 10 años pero que además existen niñas de 7 y 8 años y las cifras van en aumento.

El enfoque teórico- práctico de riesgo-protección encaminado a un programa preventivo del consumo de drogas alcohol, tabaco, y otras drogas utilizado en el DIF de Chimalhuacán, mediante el Centro de Atención a las Adicciones, está estructurado con base en las recomendaciones de Centros de Integración Juvenil A.C. que plantea la importancia de la prevención infantil en la cual se observan múltiples factores de riesgo relacionados con el contexto interpersonal, familiar, escolar, los individuales, cognitivos actitudinales, elementos afectivos, factores sociodemográficos y de género ya que ser mujer representa un factor protector en tanto que ser hombre representa factor de riesgo (Castro 2001; Medina Mora, 2006).

A través de entrevistas a los usuarios que asistieron prioritariamente al servicio de este centro se podría decir que existen evidencias claras para determinar que existen factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de los usuarios bajo las siguientes características; es una zona con una alta densidad, con actividades antisociales, mayor disponibilidad y accesibilidad a las drogas aunado a una alta tolerancia desde un núcleo familiar donde en su mayoría existe la ausencia de un padre hasta las prácticas de parentalidad y manejo familiar pobre, violencia intrafamiliar, desintegración, factores relacionados con la escolaridad, inicio tardío a la escuela, problemas de conducta, bajo rendimiento, ausentismo, problemas de aprendizaje, uso inadecuado del tiempo libre y que además en su mayoría cuentan con algún familiar que consume drogas. Esta situación está relacionada con los muy bajos niveles de percepción de riesgo, la

alta tolerancia social, ante el uso de alcohol y tabaco, las precarias condiciones demográficas en las que viven, ya que no solo propician la experimentación sino que con facilidad caen en la dependencia, a esto se suma los círculos de amistades que son insanos ya que en su mayoría no tienen un uso adecuado del tiempo libre, además de que existen muy pocos espacios para el esparcimiento deportivo saludable.

En este contexto se llevaron a cabo las actividades enfocadas a la prevención y rehabilitación de personas que consumen drogas. Para ello se diseñó un programa preventivo que se llevó a cabo principalmente a las escuelas que consistió en brindar sesiones de pláticas informativas y talleres orientativos vivenciales mismos que se les otorgaba a toda la población, información sobre el consumo de drogas y sus efectos ante el uso y abuso, al final de cada sesión se identificaban los factores de riesgo prevalecientes y sobre esos temas se diseñaban las sesiones de talleres orientativos en los cuales se trató principalmente de dar a conocer y reforzar los factores de protección, con la finalidad de brindar estrategias de afrontamiento ante esta problemática y por lo tanto disminuir el riesgo del consumo. A partir de estas sesiones se establecieron los siguientes temas: autoestima, apego escolar, asertividad, afrontamiento del estrés dirigidos tanto a alumnos como a padres y maestros., agregando a ello temas de interés sobre sexualidad, género familia. El impacto social de la aplicación del programa no pudo ser evaluado debido a la falta de recursos económicos. Se propondría desde una aplicación más exhaustiva del programa abarcando las zonas más sensibles de todo el municipio aunado a ello la evaluación de éste con el objetivo de abordar de manera precisa los factores de riesgo, disminuyendo el temprano consumo y abordando a tiempo su probable dependencia.

En el área de tratamiento de terapia individual se aplicó un modelo multidisciplinario implementado de acuerdo a las sugerencias de CIJ. A.C. Donde se observó que se requería de capacitación específica en el tratamiento de pacientes los cuales llegaron con algún tipo de dependencia. Aunado a esto se mencionaban factores de riesgo relevantes que antecedían el consumo de alguna sustancia; la droga de inicio había sido alcohol y tabaco seguido de marihuana e inalables posteriormente se daba un policonsumo. Cabe señalar que las actividades deportivo-culturales son un medio de contención y entretenimiento para focalizar energía y habilidades físicas e intelectuales que favorecen la canalización del

tiempo libre, con ello la suma de conferencias impartidas por expertos con temáticas involucradas sobre factores de riesgo esto se daba abierto al público.

El papel del psicólogo ante esta problemática es de gran utilidad ya que existen múltiples factores y patologías ligados al uso y abuso de drogas que son importantes de detectar antes y después del consumo, pero que sin duda no es sencillo; es un reto complejo y dependerá de nuestra formación en el uso de técnicas y herramientas que nos permitan establecer estrategias que se puedan poner en práctica y con ello generar intervenciones que coadyuven a la realización tanto de programas preventivos como de tratamiento

Como propuesta al plan de estudios de la carrera de psicología de la FES Zaragoza es importante ahondar más sobre estas temáticas; sería recomendable que hubiera una materia del abordaje del tratamiento de las adicciones desde los semestres donde se comienzan a tener contacto con pacientes. Qué nos brindara recursos para enfrentarnos de una forma mas clara en el establecimiento de estrategias que respondan eficazmente en nuestro ejercicio a diario.

Bibliografía.

- Becoña, I. E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas, Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 305 pp. (1999).
- Campillo, C. El uso de medicamentos psicoactivos durante el embarazo y la lactancia. *Información Clínica* 2(10): 55-57 (1991).
- Caraveo, J; Ramos, L; González-Forteza, C. Diferencias en la sintomatología psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes de la consulta médica general. *Salud Mental* (2): 85-90 (1986).
- Casa Alianza Reportado en el Congreso Internacional de las Adicciones por; Centros de Integración Juvenil, A.C. Ciudad de México (2008).
- Casco, M; Natera G Conducta antisocial en jóvenes: un estudio descriptivo. *Revista Mexicana de Justicia* 14 (3): 39-58 (1986).
- Castro, M. E; Mata, M. E; Amador, C CHIMALLI: Un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en la adolescencia. Evaluación de resultados en *La psicología Social en México*. Vol. V. Editor Asociación Mexicana de Psicología Social. AMEPSO, México. 1994. pp.271-276.
- Calafat, A., Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *Actuar es posible, Educación sobre Alcohol*, ed. Ministerio del Interior, Madrid, España, pp.149, 1995.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. Editorial Disigraf , S. A. de C V. México, D. F.(1999).
- Centros de Integración Juvenil, A. C. *Correlatos Psicosociales de prevalencia del Abuso de Dependencias de Drogas ilícitas*. México en preparación, citado en el III Foro Internacional en Adicciones y Primer Curso Internacional sobre Adicciones. Abril 19 y 20. Guadalajara, Jalisco 2002.

Centros de Integración Juvenil, A.C. Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar en la ciudad de México (1997). En Mecanismos Disciplinarios y consumo de Drogas en el Medio Escolar. Estudio cualitativo.(2001).

Centros de Integración Juvenil, A. C, Factores de Resiliencia y Consumo de Drogas entre Estudiantes (de Educación Media Básica Informe de investigación 01-02, México en preparación, citado en el III Foro Internacional en Adicciones y Primer Curso Internacional sobre Adicciones. Abril 19 y 20. Guadalajara Jalisco 2002.

Centros de Integración Juvenil, A. C. Niños, adolescentes y adicciones. Editorial Disigraf, S. A de C V. México, D. F. (2005).

Centros de Integración Juvenil, A.C., Departamento de Unidades Operativas. Seminario Preventivo "Investigación sobre factores de riesgo y protección en población mexicana". Documento de Circulación Interna. Elaborado por: Ps Ricardo León Fabela, Subjefe de Depto de Unidades Operativas. Septiembre 2002.

Centros de Integración Juvenil. La influencia de la violencia familiar y social en la autoestima. Seminario preventivo del mes de junio de 1999. Documento de circulación interna.

Centros de Integración Juvenil, A.C., Departamento de Unidades Operativas. Seminarios Preventivos "Prevención de alcohol y tabaco".Documento de Circulación Interna Elaborado por: Ps Ricardo León Fabela , Mayo 2003

Comisión de la Niñez y Juventud. VII Reunión de la Niñez y Juventud, ciudad de México, septiembre de; 1999.

Cruz C. La adicción al alcohol ¿es hereditaria? Higiene. Revista de Salud Pública 5: 49-54 (1997).

De la Fuente, R. La prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental. Salud Mental 3(3): 2-5 (1980).

- De la Fuente, R. Psicoterapia y farmacoterapia. Salud Mental 3(2): 1-2 (1980).
- De la Paz. F. Hábitos inquietantes. Revista "Que pasa" 1396, Chile. 1998.
- Desarrollando comunidades sanas, Westcapt, 1998; en Comunites. That Care: Risk. And Assesment: Comunidades que se preocupan: Riesgo y Evaluación, 1994.
- Developing Healthy Communities (Desarrollando comunidades Sanas), WestCAPT, 1998; fuente original, Communities That Care : Risk and Assessment (Comunidades que se preocupan: Riesgo y Evaluación),1994.
- Domínguez M., Romero M. Paul G. Los "niños callejeros". Una visión de sí mismos vinculada al uso de' !drogas. Salud mental, 23(3): 20-28, 2000.
- FINCA. Programa de prevención y control de adicciones. Estudio exploratorio sobre factores de riesgo y protección asociados al proceso de des-escolarización en menores en edad escolar de la ciudad de México.
- Gálvez, X. Alcoholismo entre los pueblos indígenas. En: CONADIC informa. "Salud Mental y Trabajo", Vol.1 (2) 14-192001.
- Gómez, G. A. (1999)."Factores etiológicos y de riesgo". En (Gutiérrez, E. Aneiros, R), Toxicomanías y adolescencia: realidades y consecuencias, Sociedad Cubana de Psiquiatría, La Habana, 1999. pp. (21-26)
- Gómez, M. Identificación de necesidades de servicios de salud mental en un hospital general. La Psicología Social en México. Vol. II Editor: Asociación Mexicana -de Psicología Social. AMEPSO, México. 1988. pp. 261-266.
- Lara M. A. La salud mental de las mujeres. Qué sabemos y hacia dónde dirigirnos en Anales. Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza. Editor Instituto Mexicano de Psiquiatría. IMP, México. 1995 pp.146-154.

- Lara M. A, Salgado V. N. Las mujeres, la pobreza y la salud mental: Nuevos paradigmas en psiquiatría Información Clínica 4(9): 52-54 (1993).
- Medina Mora, et. al. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas alcohol y sociedad. En prensa.
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G, Cravioto, P., Fleiz, C., Tapia-Conver, R. Del siglo XX al Tercer Milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: Drogas. Alcohol y Sociedad (From the XX Century to the third Millenium. Addictions & Public Health: Drugs, alcohol and Society).
- Medina Mora, P, Corona., Cravioto, M, Villatoro, J. Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Salud Pública México 2002; 44 supl 1:S109_S115.
- Medina-Mora M.E., Ball, A. y Donoghoe M. (2000). Special Population Studies. IN World Health Organization (Ed). Guide to Drug Abuse Epidemiology (pp206 -248), ginebra: World Health Organization. Traducción realizada por el Lic. Miguel Martínez Curiel.
- Mozas, F, Cómo Prevenir el consumo de tabaco y alcohol. Guía didáctica para profesores, ed. Escuela Española, Madrid España, 1998.
- Natera G; Oxford, Tiburcio M; Mora, J. Manual para el orientador. Prevención para el alcohol, tabaco y drogas en el trabajador y familiares. IMP. México. 1998.
- Tapia, C, Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas, ed. Manual Moderno, México, D.F., 1994.
- Ugarte, D. R. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas den adolescentes, Colombia: Área Comunidad Educativa, CEDRO, Cap. 5. (S/F).
- Villatoro, J. Gutiérrez, M. Quiroz, N., Moreno, Gaytán, F., Amador, N. y Medina Mora, M E. (2007). Encuesta de consumo de

drogas en estudiantes 2006., Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz. México D.F.

Villatoro, J. A. Medina_ Mora, ME., Fleiz, C. Amador.,N. Bermúdez ,P.(2005).El consumo de tabaco y alcohol y su relación con el uso de drogas .En: Observatorio Epidemiológico en drogas.2003:El fenómeno de las adicciones en México CONADIC.,SSA. México D.F.

Valles, L., Conceptos Básicos de la Prevención de las drogodependencias Universidad de Valencia, Fundación Universidad-Empresa, 2002, Valencia, España, pp. 67.

Verduzco, A, Aspectos Teóricos y Metodológicos de la Prevención, Universidad –Empresa, 2002, Valencia, España, pp.64.

Verduzco, M. A. y Lara, M. A. La autoestima en niños con trastornos de atención Salud Pública de México 31: 779-787 (1989).

Verduzco, M. A. y García, S. Programa de apoyo en el área de autoestima para padres de niños con trastornos de atención. Salud Mental V.12 No.2, junio de 1989.

Vértiz, G. I. Déficit de atención: su relación con el estilo de respuesta de acuerdo con la prueba de igualamiento y figuras familiares y el coeficiente intelectual, en niños de 6 a 12 años. Salud mental. 15(2): 20-31, 1992.

Kirisci, L., Mezzich, A., Tarter, R. Norms and sensitivity of the adolescent version of the drug Use Screening Inventori Psychology Addictive Behaviors, 20, 149,145. 1995.

Bibliografía Electrónica

Canal Drogadicción Prevención del consumo... ..canales.risolitaria.org.es/canales/canal_drogadicción/7_fenómeno/fenomeno1.jsp. Recuperado 15-10-2007, hora: 2:45 PM.

<http://www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/grupos.htm>
(Recuperado 23-10- 2007, 6:32).

<http://www.df.gob.mx/virtual/iztapalapa/sig/dsocial/inf/salud/atención.htm> (Recuperado 28- 01 2008, 6:25).

<http://www.df.gob.mx/virtual/equidad/cuerpo/indi/diag.htm>.
Recuperado 05-02-2008, 5:55).

<http://www.df.gob.mx/virtual/sds/politica/iiipolitica/gpospriorit/3-2-3-.html> (Recuperado 25- 10-2007,5:28).

<http://www.dif.df.mx/gvulnerables/> (Recuperado 07- 02- 2008, 7:33).

Drogas, Adicciones y drogo dependencias(<http://www.lasdrogas.info/index.php?pp=infoNoticias&idNoticia=26636> Nida 1997.

<http://www.infomedonline.com.ve/CONSOCIE/encuentro/mmiitema1.htm> (Recuperado 06-02-2008, 4:33).

<http://www.liberaddictus.org/> Pdf. Comorbilidad del transtornos mentales y adicciones José Luis Torrres Laraña Recuperado 30/05/08 8:3

http://www.eclac.cl/celade/redatam/Riw_indtexto00e.htm
(Recuperado 18-10 2007, 8:20).

El consumismo y el alcohol (<http://www.liberaadictus.org/pdf/087-81pdf> Organización Mundial de la Salud 2000.

<http://www.monografías.com/trabajos10/joviol/jovviol.shtm1> (Recuperado 20-10 2007, 7:34).

Previniendo el uso de drogas entre niños y adolescentes (<http://www.revistaadicciones.com.mx//p32.>)

Previniendo el uso de drogas y adolescentes/ revista Kandel, D.,and Yamaguchi.,K. Developmental patterns of the use of legal, Rockville MD: National Institute on Drug Abuse, 1985. (<http://www.revistaadicciones.com.mx/wp.tvachback.php?p=32> Recuperado 15- 05- 2008, 6:28).

Teorías y Modelos para la conducta de Riesgo, de los adolescentes de Jessor. Medina M et al 1992. En el Modelo que Jessor

presenta (<http://wwwcij.gobmx/Paginas/..Prevención/inv/Preventiva/teoriasModelos.esp>. Recuperado 12- 05-2008, 7:54)

The National Institute on Drug Abuse (NIDA) is part of National Institutes of Health (NIH), a component of the U.S Department of Health and Human Services. See our Contact: Information Last updated on Tuesday November 2, 2006 (<http://www.nida.gov/prevención/spanish/capitulo1> (Recuperado 10 de Septiembre 07 de 2008, 19:55 pm)).