



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Factores de riesgo interpersonales asociados
al consumo de drogas en adolescentes**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

María Guadalupe López Mendoza

Asesores:

Dra. Norma Coffin Cabrera

Mtra. María de Lourdes Jiménez Rentería

Dr. José de Jesús Vargas Flores



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A mis padres, quienes me han enseñado a ser la persona que ahora soy, infinitas gracias por su cariño, apoyo, comprensión y dedicación a lo largo de mi formación profesional. Estoy convencida de que sus esfuerzos y buen ejemplo fueron la base para lograr la culminación de este sueño.

A mis asesores, por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como psicóloga.

A la UNAM, por darme la oportunidad y el orgullo de pertenecer a ella, por las experiencias de vida, por sus enseñanzas y aprendizajes.

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES.....	7
1.1 Bosquejo histórico y cultural de las adicciones	7
1.2 Psicotrópicos sagrados en la cultura mexicana prehispánica	9
1.3 Antecedentes históricos por droga.....	11
CAPÍTULO 2 DEFINICIONES Y CONCEPTOS.....	24
2.1 Definición de drogas, términos y conceptos básicos	24
2.1.1 Uso, Hábito y Abuso.....	25
2.1.2 Dependencia.....	26
2.1.3 Tolerancia y síndrome de abstinencia.....	28
2.2 Tipos de drogas.....	29
2.3 Consecuencias del consumo	31
2.4 Consumo de drogas en la actualidad con jóvenes	33
CAPÍTULO 3 FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGAS.....	35
3.2 Definición de factores de riesgo	36
3.3 Factores de riesgo interpersonales	38
3.3.1 Reacción de la familia ante el consumo.....	38
3.3.2 Grupo de amigos o iguales	39
3.3.3 Acceso a la droga	41
3.3.4 Riesgo familiar.....	42
3.3.5 Educación familiar en drogas.....	44
3.3.6 Actividades protectoras.....	45
3.3.7 Estilo educativo	46

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	50
Consideraciones éticas	50
4.2 Instrumento	50
4.3 Procedimiento	51
4.4 Resultados	52
DISCUSIÓN.....	60
REFERENCIAS	65

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es tanto una problemática social como de salud pública, ya que afecta la vida de los individuos que las consumen dentro de los ámbitos físico, psicológico y social. La ingesta de las sustancias tanto legales como ilegales es cada vez mayor a temprana edad. La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino están originadas y mantenidas por factores de naturaleza multidimensional.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (2014), realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría en tres estratos de la población (primaria, secundaria y bachillerato) de nueve Ciudades específicas (Acapulco, Apatzingán, Cancún-Playa del Carmen, Ciudad del Carmen, Ciudad Juárez, Cuautla, Ecatepec, Guadalajara y Tijuana), señalan el aumento del consumo de sustancias psicoactivas como la marihuana (12.9% en los hombres y 8.4% en las mujeres), seguida por los inhalables (5.9% hombres y 5.8% mujeres) y los tranquilizantes (3.2% hombres y 4.3% en las mujeres), mientras que en los hombres el consumo de cocaína (4.2%) es mayor que el de los tranquilizantes. Asimismo, el estudio menciona que existe un incremento de hasta 3 veces, el consumo de marihuana en la transición de estudios de secundaria a bachillerato (7.2% a 22.5%) Por otro lado, el consumo de otras drogas como el crack y la heroína mantienen consumos bajos que van del 1.3% hasta 2.2% para el crack y del 0.8% al 0.9% para la heroína.

Respecto a las drogas legales, el consumo de alcohol en México es alto. Los estudiantes presentan los mismos patrones de consumo que la población general. El 41.9% de los hombres y el 39.4% de las estudiantes de secundaria reportan haber bebido alcohol; en el bachillerato la proporción aumenta a 74.5% y 73.3% respectivamente. El consumo de alcohol presenta variaciones en los estados. Así, en el Estado de México, Jalisco, Tlaxcala, Michoacán y Ciudad de México, se tienen las prevalencias de consumo anual de alcohol más altas.

La Encuesta Nacional de Consumo de Tabaco (2014), realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría menciona que el 30.4% de los estudiantes de secundaria y bachillerato han iniciado el consumo de tabaco, con una prevalencia significativamente mayor en los hombres (34%) con respecto a las mujeres (26.8%). El porcentaje de consumo se triplica cuando se ingresa a estudios de bachillerato hasta un 18.8 %.

La ingesta de drogas tanto legales como ilegales va en aumento en la adolescencia, ya que de acuerdo con las estadísticas el consumo aumenta hasta el doble cuando se ingresa al bachillerato. Es importante considerar que el hombre a lo largo del tiempo ha consumido sustancias por distintas razones; sin embargo, debido a las consecuencias sociales y psicológicas la drogadicción se ha convertido en un problema social.

Arias (2014), menciona que *“el ser humano siempre se encuentra en busca de sustancias que le permitan la modificación artificial de sus estados afectivos (búsqueda de placer, disminución del dolor y el malestar de angustia, etc)”* (p.30). Asimismo, Massun (1991), argumenta que la curiosidad, el deseo o la necesidad motivan a buscar estados placenteros. El uso actual de las drogas en nuestra sociedad representa un problema social, económico y político que pasa todas las fronteras e incapacita a grupos de la población, siendo los adolescentes el grupo más vulnerable.

La adolescencia es una etapa de crecimiento que permite ampliar perspectivas y desarrollar intereses, pero al mismo tiempo resulta una transición importante ya que existe un desarrollo físico, social y psicológico (Grimson, 2007)

Existen aspectos o modos de relación, a partir de cómo se sienten y se representan la realidad los adolescentes que facilitan la emergencia o la adhesión a las drogas en el complejo proceso que atraviesan para individuarse o hacerse sujetos autónomos. Cuando más se dificulte y complique la dependencia, y se torne angustioso el tránsito desde la infancia hasta la adultez, aumentan las

posibilidades de que la drogadicción o la dependencia nociva a las drogas pueden insertarse fácilmente en la vida del adolescente (Arias, 2014).

La ingesta de drogas es un proceso que comienza por el uso, el abuso y la dependencia. Estas tres facetas requieren de una atención diferente, ya que las consecuencias físicas, psicológicas y sociales son distintas. Grimson (2007), habla del uso de sustancias cuando la persona se encuentra en un nivel exploratorio, siendo su consumo no regular ni continuo. El uso de sustancias no crea necesidad psicológica ni una dependencia orgánica. Puentes (2004), argumenta que *“desde el punto de vista clínico-psicológico define que un sujeto hace uso de drogas cuando ante la inesperada ausencia de la sustancia, no le angustia”* (p.39). Ambos autores plantean que el uso de la sustancia no se genera un vínculo de necesidad cuando se consume.

Por otra parte, el abuso consiste en regularizar la frecuencia de la cantidad ingerida, por lo que en este proceso se generan sensaciones de incomodidad y las actividades giran en torno a la obtención. Finalmente se habla de dependencia cuando se ha establecido un nivel elevado del uso de la sustancia y en algunos casos se llega a la combinación de éstas (Grimson, 2007). Al conocer los niveles de consumo de las drogas, se pueden generar acciones que prevengan desde el uso hasta la dependencia.

La situación actual de la drogadicción en México requiere el conocimiento de los factores de riesgo que propician el consumo de sustancias legales e ilegales para desarrollar intervenciones psicológicas que reduzcan o aminoren el consumo de drogas.

Moradillo (2001), menciona que los factores de riesgo son *“situaciones y contextos culturales, sociales, laborales, familiares, grupales, escolares, personales que favorecen la posibilidad de que una persona consuma o abuse de las drogas”* (p.211). No se puede jerarquizar un factor de riesgo como el causante del consumo sino que todos favorecen el inicio o posterior consumo, señalando que el último término es la persona quién toma la decisión.

Los Centros de Integración Juvenil (2009) mencionan que es “*un atributo y/o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que incrementa la probabilidad estadística del uso o abuso (inicio) de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)*” (p.147). El enfoque de riesgo es un abordaje conceptual y metodológico que se ha desarrollado desde los programas de atención ante el consumo de drogas. Para estos centros resulta de gran importancia conocer cómo es que se origina el consumo de estas sustancias, y lo hacen a través de este enfoque. El enfoque menciona que los factores que determinan los niveles de bienestar así como los de riesgo son interrelacionados. Así que su control requiere de la participación de los sectores y diversas disciplinas, generando así un trabajo multidisciplinario.

Los factores de riesgo se dividen en tres ámbitos: el macrosocial, que es aquello que pertenece al ámbito geopolítico, cultural, valores, actitudes y normas sociales que configura el estilo de vida de una sociedad; el microsociales, que está relacionado con el contexto próximo como el lugar de residencia, la familia, la escuela, los amigos, las organizaciones y todo aquello que constituya un ente socioeducativo y el individual hace referencia a las características físicas, psíquicas, valores, normas, conductas y estilos de vida de cada persona (Moradillo, 2001).

Bobes, Casas y Gutiérrez (2009) realizan la misma clasificación respecto a las situaciones que influyen en el desarrollo y en el curso de la conducta adictiva: los macrosituacionales y los microsituacionales. Respecto a la macrosituación, la refieren como factores ambientales de escala extensa como lo son las regulaciones legales de venta los factores culturales, geográficos y económicos. En cuanto a la microsituación, definen a la familia y el grupo de amigos como el contexto social más próximo.

Los mismos autores argumentan que estilos familiares inadecuados y el entorno familiar tienen un papel relevante cuando se habla de drogas.

Una disciplina inconsistente e inadecuada y métodos educativos incorrectos se asocian con niveles altos de consumo y se ha encontrado una relación positiva entre la ingestión de drogas legales o ilegales por parte de los padres y el consumo por parte de los hijos (p.22).

Respecto a la presión de iguales, es decir, las influencias y las interacciones sociales, ocurre lo mismo. Los primeros intentos de consumos habitualmente de alcohol y de tabaco se llevan a cabo en presencia de amigos, ya que el estatus y el reconocimiento se alcanzan a través de estos. Es por ello que el grupo de pares cumple para el adolescente un papel importante en la transición que realiza entre su medio intrafamiliar y el medio social extrafamiliar o la sociedad con los adultos. Este grupo le proporciona apoyo ante la debilidad que experimenta al tomar distancia con sus padres. Los miembros le proporcionan nuevos sistemas valorativos y de conducta que le permitan reemplazar a sus valores tradicionales (Arias, 2014).

Las características del grupo influirán en la posibilidad de que el adolescente se convierta o no dependiente de las drogas. El mismo autor menciona que *“si el joven se relaciona con un grupo en el que varios, o la totalidad de sus integrantes son consumidores habituales o dependientes adictos de drogas, es posible que su propia posibilidad de integrarse al mismo sea condicionada a que consuma la droga en cuestión”* (p.50). El grupo de personas con las cuales interactúa el adolescente genera nuevas formas de relación, y en algunos casos se forma a través de este medio.

Por otro lado, los factores de riesgo personales como la tendencia a la dependencia, la impulsividad, la dificultad para controlar sus impulsos pese al conocimiento de los riesgos que implican, trastornos de conducta o antisociales, alteraciones de autoestima, agresividad, angustia, sentimientos de culpa, dificultades para expresar afectos, ideas y sostener relaciones estables, son indicadores que propician consumir sustancias psicoactivas (Arias, 2014).

De manera general, la drogadicción es un fenómeno policausal, es decir, no se reduce a una sola variable o condicionante, sino es una totalidad de factores que hacen probable la ingesta de drogas. Por lo tanto, los factores de riesgo juegan un papel fundamental en el inicio y mantenimiento de las conductas de consumo de drogas.

Con base en esto, los objetivos de este estudio fueron:

Objetivo general:

Analizar los factores de riesgo interpersonales (reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos o iguales, acceso a la droga, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo) que facilitan el consumo de drogas.

Objetivos específicos:

Conocer los dos principales factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

Conocer si existen diferencias de género respecto a los factores de riesgo reportados.

Hipótesis

El grupo de amigos y el acceso a la droga son los principales factores de riesgo asociados al consumo de droga.

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES

1.1 Bosquejo histórico y cultural de las adicciones

En este capítulo se mostrarán los diferentes estudios que se han ocupado de conocer los factores y patrones del consumo de drogas en adolescentes, ya que ésta es la población de estudio, y se ha encontrado ser muy vulnerable a este consumo, ya que las cifras han aumentado en el tiempo, como se sustentará a lo largo de este apartado.

A lo largo de la historia, el ser humano ha tratado de explorar su entorno como un medio de supervivencia, y en esta interacción ha consumido diversas sustancias que modificaron su percepción, sus sensaciones, su comportamiento y su nivel de conciencia; estas sustancias actualmente son conocidas como drogas. Tapia (2001,) menciona que en el proceso de interacción, el hombre probó frutos de distintas plantas que le provocaron sensaciones y efectos placenteros y en el consumo de estas sustancias las creencias, los valores y las actitudes de la sociedad se modificaron.

La voluntad se diluía en el placer provocado por la experiencia, o se quedaba sofocada ante la angustia y el tremendo malestar debido a la carencia de la sustancia en cuestión. Así desde las más tempranas épocas de la humanidad, moduladas por los diferentes usos y funciones que desempeñaban las drogas adictivas, así como los grados de permisividad social en las diferentes culturas, las adicciones han acompañado al hombre en la intimidad de su existencia (p.3-4).

En los inicios de consumo, las drogas tuvieron finalidades medicinales, espirituales y religiosas que más tarde se convirtieron en lúdicas y de recreación. La ingesta de las sustancias era controlada y restringida por las personas de mayor posición económica y social. Al respecto, Grimson (2007), menciona que “se reservaban para festejos estacionales ligados a la celebración de las cosechas, para marcar festividades religiosas o como iniciación de luchas entre tribus” (p.9). Por lo tanto, la misticidad espiritual fue uno de los primeros usos de

las sustancias psicoactivas dentro de las primeras civilizaciones, sin embargo; después se le atribuyeron elementos sociales y económicos importantes.

En segundo lugar, la religión ha tenido un papel significativo en la utilización de las drogas, ya que existió una asociación entre los efectos que producían y las creencias religiosas. Los efectos del alcohol provocaron que se asociara esta sustancia con la magia y por lo tanto se creara una atmósfera que involucrara rituales religiosos. De esta manera, se sustituyó simbólicamente el vino por la sangre dentro de los rituales (Rubio & Santo-Domingo, 2004).

En tercer lugar, los conflictos bélicos expandieron considerablemente el consumo de las drogas sintéticas, ya que eran administrados para mitigar el cansancio y alcanzar un rendimiento físico mayor. Pascual y Rubio (2002), mencionan que *“en la segunda guerra mundial los japoneses, suplían la falta de sueño mediante el uso de anfetaminas y los kamikazes obtenían su valor suicida de ellas”* (p.8). Debido a sus acciones farmacológicas en el organismo, las anfetaminas aumentaban el valor ante el combate. Rubio y Santo-Domingo (2004), aluden al consumo de las drogas en distintas culturas y civilizaciones:

Los hititas antes de entrar en combate, bailaban danzas guerreras ante unas enormes hogueras de cáñamo. En las legiones romanas al igual que en las griegas, ingerían alcohol, lo que seguramente les proporcionaba su famoso valor. Los japoneses utilizaron las anfetaminas para exaltar el valor en sus tropas, combatir el cansancio y la falta de alimentos y en el caso de los pilotos de los cazas (kamikazes), para llevar a cabo actos suicidas en el nombre del emperador. También los aliados ingerían LSD para conseguir una mayor percepción nocturna (p.25-26)

Es así como la guerra tuvo un papel significativo en el consumo de las sustancias tanto naturales como sintéticas, ya que los soldados la emplearon no sólo durante el combate sino también al final de éste. Por lo tanto, este contexto permeó el consumo como medio de recreación.

En tercer lugar, las normas morales y los prejuicios sociales del siglo XVIII mediaron el consumo y la visualización general de las drogas, ya que el consumo era catalogado como inmoral, pero a pesar de ello se manifestaban tolerantes antes los motivos de ingesta. Jaffe, Petersen y Hodgson (1980), mencionan que cuando una persona ingería drogas *“se consideraba como una inmoralidad, indiferencia hacia Dios, como pérdida de la voluntad, de adaptabilidad o apego especial por los efectos, que sólo surgían en ciertos individuos o grupos vulnerables”* (p.7). Otros pensaban que se debía a ciertos elementos de la droga que actuaban en el organismo como necesidad, o que se había generado un hábito debido a su constante consumo. De esta manera se atribuyeron causas involuntarias del organismo respecto al consumo excesivo de las drogas. Este panorama general nos permite visualizar cómo el consumo de sustancias psicoactivas se ha mediado a través de factores sociales, culturales y económicos. Debido a que la investigación es realizada en México, es necesario indagar acerca de las sustancias consumidas en la época prehispánica, que a continuación se describe:

1.2 Psicotrópicos sagrados en la cultura mexicana prehispánica

A continuación se describirán las sustancias psicotrópicas que fueron utilizadas en la época prehispánica por la cultura mexicana, con la finalidad de conocer el papel que tuvieron para los pueblos indígenas y cómo las creencias respecto a su consumo se modificaron.

El consumo de sustancias psicotrópicas tuvo un papel importante en la época prehispánica en tres ámbitos: religioso, social y económico. Tapia (2001), menciona que debido a la misticidad de las civilizaciones prehispánicas el consumo de sustancias adictivas fue parte de su estilo de vida, por lo que tenían conocimiento sobre su forma de cultivo, producción, destilación y sus efectos en el organismo.

Cada una de las sustancias consumidas tenía una representatividad y una característica especial, como lo detallan algunas pinturas en centros ceremoniales

en el mural del palacio de Tepantitla, Teotihuacan en dónde aparece pintada una planta de ololiuhqui (turbina corymbosa), y en el templo de Quintana Roo se representan plantas alucinógenas. De esta manera, las primeras drogas fueron de origen vegetal (peyote y hongos alucinógenos) y producidas mediante técnicas como la fermentación (pulque). El mismo autor menciona que la finalidad de consumo de los alucinógenos fue:

Un uso ritual, relacionado con las fiestas de los dioses y siempre limitado a los sacerdotes o gobernantes encargados de las funciones religiosas; y un consumo asociado con ciertas celebraciones, entre las que se refieren los banquetes de los grandes señores, las reuniones de comerciantes y mercaderes que van a partir hacia otras tierras y los guerreros de alta jerarquía antes de ir a la guerra (p.14).

Al igual que los hongos, el pulque era reservado para ocasiones especiales llamándole teoctli-pulque de los dioses. Por lo tanto, la finalidad de consumo era estrictamente de uso ceremonial debido a que provocaban una gran actividad mental referente a la conciencia. Sin embargo, todo cambia con la conquista española a los pueblos indígenas debido a que el consumo de alcohol se hizo masivo. El mismo autor argumenta que *“todo cambió con la conquista, ya que los indígenas eran individuos proclives al vicio del alcoholismo y que era verdaderamente escandalosa la proporción de borrachos y la magnitud del problema”* (p.5) El sentido y la razón de la bebida en momentos especiales desapareció en la época colonial, pues cualquier persona podía consumirla en el momento que deseara, además de que cualquier razón era justificada para beber, pues se tenía la idea de beber hasta la embriaguez. Asimismo, el valor espiritual que se le atribuyó en los ritos ceremoniales desapareció, por lo cual *“en el siglo XVI, el pulque se convirtió en un bebida discriminada socialmente, rechazada y considerada como propia de la plebe”* (p.5).

La perspectiva cambió hacia el consumo de nuevas bebidas como el aguardiente de caña en el mercado, el mezcal y el tequila, destilados de agaves. La disponibilidad aceleró su consumo convirtiéndose así, en un problema social y

de salud pública. Finalmente, el autor destaca que a pesar de su consumo, los efectos de adicción no se describen, pues estas sustancias son asociadas a sensaciones placenteras que hacen probable su repetición.

Finalmente, los psicotrópicos siempre se han empleado para diversos fines. Cabe mencionar que los indígenas cultivaban y consumían las plantas que para ellos eran sagradas, sin embargo; los intereses económicos de nuevas civilizaciones modificaron la concepción de uso.

1.3 Antecedentes históricos por droga

A continuación se describen los antecedentes históricos y culturales del alcohol, el tabaco, la marihuana, las anfetaminas, la cocaína y la heroína.

a) Alcohol

Las bebidas alcohólicas han sido una de las principales sustancias que las civilizaciones han consumido desde tiempos remotos y que ha permanecido como una de las drogas legales de mayor consumo.

Los hallazgos prehistóricos han dado cuenta que en los años 30.000 a. C dentro de las culturas egipcia y griega existieron los primeros recipientes que permitieron la fermentación de granos y frutos, comenzado así la fabricación de la cerveza y el vino (Larger & López, 2002). Rubio y Santo-Domingo (2004), señalan que *“la artesanía neolítica de la cerámica hizo posible la conservación de los caldos fermentados y contribuyó a la denominada primera oleada de la difusión del alcohol”* (p.26-27). De esta manera, es el proceso de fermentación el inicio de las primeras drogas alcohólicas.

Es importante resaltar que la función de beber estaba asociada a un fin místico y religioso, que más tarde fue terapéutico y lúdico. Los griegos ofrecían bebidas alcohólicas a sus dioses, de manera especial al dios Dionicio (Molina del Peral, 2011). Asimismo, Rubio y Santo-Domingo (2004), señalan que *“en Egipto, se utilizaba en ritos sagrados de tipo orgiástico, para hacer peticiones a los dioses”* (p.27). En este sentido el comienzo del alcohol fue un ofrecimiento espiritual-

religioso en dónde el alcohol fungió como una ofrenda hacia sus creencias y que más tarde debido a sus características y efectos se modificó para su uso lúdico.

Al respecto, Pascual y Rubio (2002,) mencionan que el uso del vino estuvo ligado a reuniones y celebraciones donde las personas hablaban en grupo como medio de disfrute:

Los griegos usaban también el vino en reuniones sociales, los symposia. Un simposium era una reunión de varias personas para beber y charlar, tenía dos partes, la primera se dedicaba al placer de la comida y el segundo a beber vino, cerveza e hidromiel, y a las relaciones sociales como hablar de filosofía, o de política, oír de música o poesía (p.10).

Por otro lado, el descubrimiento de la destilación por los árabes tuvo un papel importante, ya que con este nuevo método la creación de bebidas con un nivel más alto de alcohol fue posible (Rubio & Santo-Domingo, 2004).

A pesar de la creación de nuevas bebidas, la ingesta era restringida, por lo que las clases acomodadas gozaban del privilegio de la bebida. El consumo estaba controlado por el Estado, ya que sólo las clases sociales altas, la corte y los grupos religiosos podrían disfrutar de ello. Sin embargo, la población de consumo en la Edad Media cambió, ya que el vino era utilizado principalmente por la iglesia, los participantes de los monasterios (monjes y obispos) la bebían durante sus celebraciones religiosas de eucaristía (Pascual & Rubio, 2002). *“La conversión del vino fue un elemento central de la liturgia cristiana, constituyendo un hecho fundamental de su difusión”* (Larger & López, 2002, p.31). Al ser la iglesia quién la utilizará para fines eclesiásticos, su uso se convirtió en exclusivo, lo que impedía su comercialización, ya fuera compra o venta.

En el siglo XVII, se inició la comercialización del vino, lo que favoreció su difusión y consumo. Anteriormente existían complicaciones respecto a la importación ya que al ser trasladado las condiciones físicas del vino hacían que se dañara. Se dieron cuenta de que si se mezclaban más de dos vinos, se

soportaban los cambios de temperatura. La invención de nuevas técnicas, el auge de las comunicaciones, la facilitación de transporte y la revolución industrial permitió una mejor distribución y calidad del alcohol, lo cual incrementó el consumo de manera notable (Pascual & Rubio, 2002).

El alcohol no sólo fue utilizado para “emborracharse” *sino también:*

Como disolvente en la preparación de perfumes, medicamentos, para usos religiosos y en el trueque por otros productos. Dentro de las epidemias del siglo XIV, en particular en la peste negra fue utilizado para que los enfermos estuvieran más tranquilos, por lo que actuaba como analgésico y euforizante (Pascual & Rubio, 2002, p.32).

De esta manera, las bebidas alcohólicas fueron utilizadas para diversos fines de acuerdo a las necesidades sociales y económicas de cada una de las civilizaciones, y de la sociedad en general. Debido a su importancia, existieron leyes que regularon el cultivo, el comercio y el consumo del alcohol, ya que representaban una fuente de ingresos económicos importante. Rubio y Santo-Domingo (2004), refieren que “*era conocido y cultivado, y su consumo era sometido al pago de impuestos*” (p.27). Representando una fuente de poder a quién lo manejaba para comercializarlo, también simbolizó poder adquisitivo ante la sociedad.

En los inicios de su consumo, se le atribuyó un uso medicinal, ya que describían propiedades curativas y diuréticas al ser ingerido. Se tenía conciencia de las alteraciones que producían en el organismo y se relacionaba el consumo del alcohol con salud y bienestar, pero ya en el siglo XIX se convierte en un problema de tipo social (Molina del Peral, 2011). Además de perjudicar el ámbito social también se observa una afectación en la salud pública debido al aumento masivo del alcohol.

A partir de los problemas sociales, se legislaron y crearon leyes que prohibieron el consumo, un ejemplo de ello fue la ley seca. Pascual y Rubio

(2002), mencionan que esta ley fue establecida en 1918 en EE.UU en dónde se decretaba la prohibición institucional del consumo y venta de las bebidas.

a) Tabaco

Los orígenes de la planta del tabaco se remontan a la época prehispánica en México, en donde las antiguas civilizaciones, los aztecas y los mayas, conocían sobre ella al grado de llegar a cultivarla para después fumarla (Molina del Peral, 2011). La misticidad que le atribuían a esta planta era enfocada hacia la espiritualidad, en donde *“para los indígenas era una planta sagrada utilizada en diversos actos religiosos ya que poseía propiedades curativas y religiosas”* (Ysern, s.f, p.22). Además de que fue utilizada por antiguas civilizaciones, el mismo autor señala que su uso comenzó en España para posteriormente extenderse en Europa, África y China en el año de 1573; además de extenderse entre mercaderes judíos y en países como Turquía.

La aceptación inicial de esta sustancia no fue completa, ya que se creía que las personas eran anormales al expulsar humo por el orificio bucal y nasal, y los prejuicios sobre estas conductas surgieron para las personas que “fumaban”. Sin embargo, el consumo prominente hizo que se convirtiera en un hábito aceptado. De acuerdo con Tapia (2011), Rodrigo de Jerez, marinero de Cristóbal Colón, fue uno de los primeros que fumó; al observar que se sacaba el humo por la boca y nariz, algunos lo atribuyeron causas demoníacas y anormales, pero al ver a otros se convirtió en costumbre.

Inicialmente la finalidad de ingesta fue medicinal para eliminar los problemas de cansancio en la población trabajadora, y más tarde su uso fue lúdico para establecer relaciones entre grupos sociales. Tapia (2001), menciona que el tabaco se convirtió en una droga utilizada por la clase trabajadora y como un medio para contrarrestar la fatiga y los efectos del trabajo excesivo, así como la desnutrición. También era utilizada por los indios para mitigar el hambre y la sed (Ruiz, 2005). Sin embargo, de acuerdo con Molina del Peral (2011), su ineficacia en el siglo XVI y XVII en el contexto de la medicina para fines terapéuticos

modificó su uso, siendo ahora de fin social. Por lo tanto, esta sustancia “*aparece como vínculo de las relaciones sociales, siendo su ofrecimiento signo de cortesía y hospitalidad*” (p.30).

La forma en que el tabaco es ingerido se ha modificado a través del tiempo, ajustándose a cuestiones geográficas, sociales y económicas. En los inicios de su consumo, era mascado, esnifado hasta llegar a ser fumado. Ruiz (2005) señala que

La denominación de tabaco se daba tanto a unas hojas enrolladas de esta planta, que se encendía por ambos extremos y se chupaba o absorbía, como un utensilio en forma de Y, por el que se aspiraba el humo del tabaco colocando en la nariz las dos astas de la Y, aspirando el humo una vez que se encendía el tabaco (p.67-68). Cuando era mascado, se colocaba entre la encía y la mejilla un trozo que contenía tabaco mascado y polvo de conchas de almejas (p.71).

De esta manera, se fueron descubriendo distintas formas de consumirse sin ser ingerido. Tapia (2001), menciona que los patrones de consumo comenzaron por ser bebido, después masticado, se aspiraba el humo y finalmente se fumaba. Cada forma de consumo se adhirió a las características sociales y económicas y a la búsqueda de la mejor opción para consumirlo, como es el caso del tabaco en polvo, el cual se aspiraba por la nariz; pero por la competencia del rapé francés en el siglo XVIII en Europa (el cual es un tabaco en polvo más oscuro y grueso). El declive de esta forma de uso se convirtió en poco frecuente (Ruiz, 2005).

Así, las exigencias de cómo consumirlo se incrementaron, llegando a la elaboración del cigarro puro y cigarrillo. El mismo autor menciona que el cigarro puro era completamente tabaco enrollado en hojas de maíz para suavizar la ingestión de nicotina, sin embargo debido a las características del tabaco, las hojas que en un primer momento fueron naturales, se convirtieron en papel artificial.

Un factor que produjo la elaboración de cigarrillos a nivel maquinaria fue el incremento de consumo masivo. Jaffe, Petersen y Hodgson (1980), mencionan

que en 1881 se patenta la máquina de cigarrillos y por cuestiones sociales se crean los de hebra, los cuales son más caros y su consumo es más rápido. Por lo tanto, las cuestiones económicas jugaron un papel importante ante el consumo, ya que al modificarse físicamente la estructura del cigarrillo se facilitó que fuera fumado con mayor frecuencia. Además, las guerras mundiales propagan el consumo de manera similar. Molina del Peral (2011), establece que en la primera guerra mundial se consume en cigarrillos, y con la segunda existe una incorporación del género femenino a fumar tabaco.

Como se mencionó anteriormente, en los inicios del consumo no existía una aceptación total de fumar tabaco por múltiples razones, por lo que se castigó a quienes lo hicieran. Jaffe, Petersen y Hodgson (1980), señalan que los gobernantes de Europa, como en Siberia, castigaban severamente con maltrato físico y exilio a aquellos que consumieran o vendieran el tabaco. En Japón también fue prohibido, sin embargo; después se normalizó su uso. Las ganancias económicas de la venta de cigarrillos fue un factor por el cual se visualizó de manera normal el consumo.

b) Marihuana

La marihuana fue una planta utilizada desde la antigüedad para fines espirituales, textiles, medicinales y como símbolo ante una resistencia social en los años 60's. De acuerdo con Pascual y Rubio (2002), el cáñamo de marihuana fue utilizada en sus inicios para la fabricación de cueros, sacos, ropa, velas. *“Testimonios arqueológicos permiten constatar que la cannabis ya era empleada como una fuente de fibras textiles, hace 6.000 años en el noreste de Asia”* (p.14). Por lo tanto el uso inicialmente fue para elaborar tela a base de cáñamo. Posteriormente al considerarla una planta sagrada, se empleó como un símbolo de espiritualidad; los mismos autores señalan que los hindúes preparaban brebajes en rituales hacia la diosa Shiva y en meditaciones místicas.

Cuando fue ingerida, las personas que lo consumían describían una sensación placentera por lo que se asoció a efectos positivos. Molina del Peral

(2011,) menciona que “*se le atribuían características como aumentar la longevidad y potenciar el deseo sexual*” (p.33). El bague de marihuana que consistía en pulverizar las hojas y semillas producía placer, apetito y las penas disminuían (Tapia, 2001).

En el ámbito medicinal tuvo un papel importante, pues las personas recurrían a su uso ante malestares estomacales y enfermedades como el reumatismo. Larger y López (2002) mencionan que el consumo de esta planta comenzó en el año de 2.737 A.C. en China, para el tratamiento de enfermedades como el reumatismo, malaria y trastornos mentales. En las enfermedades oculares, el insomnio y dificultades menstruales también era administrada. (Molina del Peral, 2011).

A finales del Siglo XIX en Europa, fue utilizada por escritores en sus charlas grupales. Pascual y Rubio (2002), mencionan que su uso era exclusivo en círculos culturales de escritores franceses en Egipto y algunos países europeos. Por lo tanto, el empleo en el ámbito medico desapareció indirectamente cuando se consumió como un medio de disfrute.

El consumo de marihuana estuvo ligado a movimientos sociales juveniles en donde se asociaba la cannabis con ideas de lucha social, de esta manera su expansión de consumo en los jóvenes incrementó. Los mismos autores señalan que “*fue en los años 60s cuando a través de la música rock se extendió su uso social a todos los niveles (hippies, amor libre, marihuana) iniciándose así su expansión a ambientes juveniles universitarios.*”(p.14). Los jóvenes protestaba hacia la sociedad restrictiva y hacia el mundo de los adultos por lo que era ligado a los eventos artísticos y a la juventud estudiantil (Tapia, 2001).

Los debates sobre su legalización han sido controversiales, pues se defiende su aportación en uso médico pero al mismo tiempo no deja de catalogarse como una droga ilegal. Grimson (2007), menciona que en 2004 en Canadá existió la posibilidad de utilizar la marihuana como uso medicinal, sin

embargo; al poco tiempo de tomar estas acciones se creyó que se violaban varios tratados de la ONU, por lo que se revocó esta decisión.

c) Cocaína

La cocaína fue una droga natural utilizada principalmente para mitigar el cansancio de los trabajos que requerían un gran esfuerzo físico dentro de la población indígena. Pascual y Rubio (2002), mencionan que en Perú desde los años 500 A.. C. las hojas de coca llegaron a ser una forma de paga para las personas que trabajaban en las minas, por lo que *“los indios masticaban el acullico que es una pequeña bola formada por la mezcla de hojas de coca, cal y ceniza vegetal”* (p.13). Al conocer que tenía un impacto positivo en el trabajo de esfuerzo continuo y que reducía el hambre y la fatiga, su consumo se generalizó dentro de países Andinos como Bolivia, Ecuador, Perú y Colombia (Grimson, 2007).

A pesar de que su consumo se generalizó en clases bajas, Pascual y Rubio (2002), y Molina del Peral (2011), concuerdan en que fueron las altas clases sociales quienes iniciaron su consumo, pues para ellos representaba divinidad y pureza. Es importante mencionar, que un factor que contribuyó a este consumo habitual en indígenas fue la aceptación de los españoles ante la coca, pues no solo era una forma de paga sino también un medio de explotación laboral. Jaffe, Petersen y Hodgson (1980), argumentan que ante una actitud ambivalente *“el cultivo, la distribución y el consumo fueron permitidos e incluso alentados como un medio de explotar económicamente a un pueblo subyugado”* (p.36).

El papel que la cocaína tuvo en la medicina en el siglo XIX fue imprescindible, ya que fue utilizada como anestésico local, en el tratamiento de enfermedades y alergias, sin embargo, al conocer que los efectos de la administración producían dependencia fue eliminada como una sustancia viable de tratamiento. Al respecto, Pascual y Rubio (2002,) señalan su utilización como anestésico local en la cirugía ocular, asimismo Grimson (2007) menciona su función como antidepresivo. También se habló de su recomendación para problemas estomacales, dolores de cabeza, alergias de piel y debilidad muscular

(Jaffe, Petersen & Hodgson, 1980). Las especulaciones de su eficacia hicieron que fuera considerada como medio de desintoxicación ante la adicción de otras drogas y como una sustancia para mejorar la vitalidad femenina (Tapia, 2011). Ante esto, las experimentaciones para mejorar la calidad de la cocaína comenzaron.

En 1855 se realizaron investigaciones para conocer los componentes de la planta de cocaína. Tapia (2001), refiere que J.F.W Johnson realizó investigaciones médicas que le permitieron conocer los componentes principales de la coca, en su reporte menciona que:

El principio activo de las hojas de coca no era uno sino tres: una resina aromática a la que atribuyo las propiedades narcóticas, una sustancia amarga que no había podido identificar químicamente pero que consideraba análoga a la teína y a la cafeína (a la que se le atribuían los efectos estimulantes y el ácido tánico (p.13).

Asimismo, refiere que F.A.Goedecke realizó trabajos para aislar los alcaloides, por lo que obtuvo una nueva sustancia llamada eritroxilina. Y finalmente en los años de 1860 logró aislar por completo un alcaloide, la cocaína, a través del Instituto de Wohler, por Albert Niemann. A través de las investigaciones se logró realizar la síntesis pura de la cocaína, lo que dio paso a realizar experimentación en animales. El mismo autor menciona que se realizó una experimentación animal en ratas en donde:

Se entrenó a los animales para recibir una dosis de cocaína como resultado del despliegue de una conducta, por ejemplo, apretar una palanca. En condiciones libres de acceso al fármaco, los animales se auto administraban la droga compulsivamente. Presentaban periodos en los que lo único que hacen es apretar la palanca para conseguir la droga sin atender a sus necesidades más básicas como la alimentación. Tenían acceso ilimitado a la droga, se la administran hasta que morían (p.276).

Aun cuando se conocían los riesgos que implicaban para la salud en animales, empresas internacionales la emplearon como ingrediente en bebidas.

Jaffe, Petersen y Hodgson (1980) y Tapia (2001) argumentan que una marca de refresco, Coca-Cola, incluyó en sus ingredientes las hojas de coca en el año de 1902, así como en vinos de la marca Vin Mariani.

d) Heroína

Los derivados el opio, entre ellos la heroína, fue utilizada por los griegos para malestares estomacales y debido a sus propiedades calmantes, siendo también empleada como analgésico. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003), mencionan que a partir del siglo III y IV D.C. Hipócrates describe sus propiedades analgésicas, y en la cultura árabe es empleada en malestares como la diarrea. A pesar de su conocimiento y empleo ante una multitud de enfermedades, no fue sino hasta 1874 cuando se logró su síntesis química, aumentando considerablemente su consumo (Molina del Peral, 2011).

En los inicios de recomendación, no se observaban efectos nocivos, sin embargo, en un lapso de tiempo no muy largo después de su recomendación se evidenció su alto nivel de riesgo y su acción adictiva en el organismo. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003), argumentan que *“al principio fue apreciada por su aparente capacidad de curar la adicción a la morfina; pero poco después se reconoció su potencial adictivo y cesó su prescripción”* (p.83). A pesar del conocimiento nocivo en la salud, se realizaron investigaciones para aislar alcaloides y encontrar nuevos componentes químicos. Los mismos autores mencionan que Serturmer en 1803 aisló la sustancia obteniendo morphiun. Además se realizó experimentos con esta sustancia y observó que producía vómito, rubor y un estado de coma superficial.

Finalmente, en el siglo XX, tras diversas investigaciones y experimentos se sintetizó la heroína. Cabe mencionar que un factor que contribuyó al consumo masivo fue el empleo de nuevos instrumentos para ser administrada en el organismo. Goldstein (2003), menciona que

A mediados del siglo XX los adictos comían o bebían cocimientos del opio natural. Al introducirse la aguja hipodérmica y la jeringuilla en la práctica médica durante la guerra civil americana, fue posible inyectar la morfina por vía subcutánea o intravenosa, inundando con rapidez y eficacia el torrente sanguíneo con la potente droga en forma pura (p.157).

Con nuevos métodos, el consumo se propagó de manera masiva y los problemas sociales y de salud pública comenzaron. Por un lado, se vinculó que quienes se inyectaban heroína propagaban el VIH - SIDA y por lo tanto era un sector vulnerable ante esa enfermedad de transmisión sexual. En cuanto a las dificultades sociales, se prohibió ante la ley la administración de este alcaloide aun cuando fuera para fines médicos. El mismo autor, menciona que en los años 40 el consumo era vigilado por la policía, ya que estaba estrictamente prohibido el uso de la heroína a través de prescripciones médicas, solamente podía ser utilizada para calmar el malestar pero no para tratar la adicción a la misma droga.

En 1960, Marie Nyswander y Vicent Dole desarrollaron un método para los adictos a la heroína. Realizaron diversas hipótesis respecto a si se podía desarrollar una necesidad física de la droga, debido a los grandes síntomas que presentaba la persona que la consumía, desde conducta compulsiva hasta irracional, a pesar de las consecuencias terribles a la salud. En sus hallazgos, mencionan que la heroína es una sustancia capaz de crear dependencia física ante ella.

e) Anfetaminas

El inicio de las anfetaminas comenzó como remedio de origen natural para enfermedades respiratorias y con fines devotos hacia la religión. Pascual y Rubio (2002), mencionan que estos remedios antiasmáticos fueron utilizados por los chinos en los años 3.000 A.C. en forma de remedios naturales, como bayas rojas y efedras. Mientras que los arios, en el 2.000 A.C. la utilizaron con fines religiosos.

En el campo de la medicina, las anfetaminas surgieron primeramente como medicamentos para tratar enfermedades nasales, por lo que en *“1927 Gordon Allen sintetizó la primera anfetamina (fenilaminopropano) que apareció como principal ingrediente de un inhalador para la congestión nasal”* (Pascual y Rubio, 2002, p.13). Posteriormente se le dio distintas aplicaciones, los mismos autores mencionan que se administró *“hacia la obesidad, el agotamiento, la depresión, la epilepsia y los trastornos del comportamiento en los niños”* (p.13). Cabe mencionar que además de emplearse como inhalante para mejorar la obstrucción nasal, también fue utilizado ante problemas de conducta, como falta de atención e hiperactividad. Jaffe, Petersen y Hodgson (1980) mencionan que la bencedrina se utilizaba para la narcolepsia. Así también ante comportamientos en niños como inquietud y distracción mayor, por lo que estas sustancias actuaban como facilitador de atención disminuyendo la hiperactividad. Al igual que el comportamiento hiperactivo fue empleado ante la depresión leve.

La expansión de las anfetaminas se dio dentro de contexto militar, ya que fueron administradas a los militares antes y después del combate para mejorar su rendimiento. Sin embargo, su uso se generalizó no solo durante la guerra sino también como un medicamento habitual. Molina del Peral (2011), menciona que *“se utilizaron en los conflictos bélicos del siglo XX para vencer el cansancio y mejorar la entrega durante las batallas”* (p.32). Asimismo Pascual y Rubio (2002), señalan que en la segunda guerra mundial los soldados japoneses las consumían en exceso. No obstante, al terminar este período militar su venta aumentó en el mercado libre por lo que su consumo fue alarmante.

Después de observar las consecuencias negativas tuvieron que crearse medidas para penalizar a las personas que las consumieran. A pesar de ser prohibido su uso, la publicidad en Europa impulsó su consumo, pues se crearon especulaciones como método de solución para bajar de peso o lucir una mejor figura corporal. Los mismos autores mencionan que *“en Suecia, un anuncio de radio decía, hablando de las anfetaminas dos comprimidos son más eficaces que*

un mes de vacaciones” (p.13). Los primeros casos acerca del abuso de estas sustancias se dieron en estudiantes universitarios, atletas y personas que manejaban trasportes ya que eran ingeridos como un medicamento que aliviaba la fatiga y el cansancio. Finalmente, en los años 50's su consumo decayó debido a la aparición de las drogas sintéticas y por la insistencia del grupo médico por el riesgo de tomar esos fármacos.

CAPÍTULO 2 DEFINICIONES Y CONCEPTOS

En el presente capítulo se revisarán las definiciones de drogas y su consumo, así como los diferentes tipos de droga y ciertos aspectos como la dependencia, la tolerancia y el síndrome de abstinencia, resaltando el efecto de cada una en el organismo.

2.1 Definición de drogas, términos y conceptos básicos

La droga es una sustancia que modifica las condiciones fisiológicas y psicológicas del organismo que las consume. De acuerdo con Massun (1991), *“una droga produce alteraciones en su estructura y en el funcionamiento normal (cambios físicos y mentales)”* p.14. Asimismo, Martínez y Rubio (2002) mencionan que

Es toda sustancia que puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprímible a tomar la sustancia continuada o periódica, al fin de obtener sus efectos, y a veces, de evitar el malestar de su falta. En sentido amplio, se trata de una sustancia que afecta las funciones corporales y la conducta (p.1).

Una característica importante mencionada por Massun (1991), Martínez y Rubio (2002) y Larger y López (2002), es la actuación que las sustancias psicoactivas provocan en el Sistema Nervioso Central (SNC) y en el comportamiento, debido a que se modifican el nivel de percepción, el estado de ánimo, los procesos de pensamiento y la conciencia.

A lo largo de la historia, se han cuestionado cuáles sustancias entran en la clasificación de drogas psicoactivas, por lo que Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) describen cuatro condiciones de una droga:

1. Sustancias que introducidas en el organismo alteran o modifican una o varias funciones psíquicas de este (carácter psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su administración, por el placer que le generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese de su consumo puede dar lugar a un malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).

4. No tiene ninguna aplicación médica, y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Finalmente, las definiciones de drogas son diversas y se han escrito en función de elementos biológicos, culturales, sociales y económicos.

2.1.1 Uso, Hábito y Abuso

Conocer los patrones de consumo de cualquier droga permite catalogar cuando la ingesta se convierte en dependencia. A continuación se describen las definiciones de uso, hábito y abuso ante el consumo de las drogas.

El uso hace referencia al consumo esporádico de cualquier sustancia. Puentes (2002), la define como *“la relación que establece un sujeto con una sustancia psico-activa pero sin generar un vínculo de necesidad; no se presenta ninguna manifestación de angustia frente a la falta de sustancia”* (p.39). De esta manera, no se presenta ansiedad o angustia por la repetición del consumo. Al respecto, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) mencionan que al ser un consumo ocasional, sin tolerancia ni dependencia de ningún tipo, no se producen efectos médicos, sociales o familiares.

El hábito es el consumo constante dentro del cual puede desarrollarse la dependencia psicológica debido a la sensación placentera. Larger y López (2002) mencionan que ante este tipo de consumo el deseo se hace frecuente, se aumenta la dosis y también el síndrome de abstinencia; los efectos negativos aparecen debido a la adaptación de la sustancia. Asimismo, Martínez y Rubio (2002), argumentan que debido a la sensación de placer y bienestar que produce, se pueden presentar dependencia psíquica y el síndrome de abstinencia. Es así, que este tipo de consumo es capaz de generar el deseo por cualquier droga, aun cuando los efectos no son tan perjudiciales como lo son en el abuso.

En el abuso de las drogas los efectos negativos hacia distintos ámbitos de la vida son notables creando así, una necesidad mayor de consumo. Larger y López (2002), describen al abuso como *“cualquier consumo de droga que dañe o*

amenace la salud física y mental o el bienestar social del individuo” (p.5). Asimismo, Massun (1991), menciona que “el abuso de drogas podría definirse como un uso indebido reincidente, que expone al consumidor al hábito de la droga y de allí el peligro de caer en la farmacodependencia” (p.29).

Además de los efectos, los motivos del consumo son diversos. Al respecto Puentes (2004), argumenta que *“se consume deliberadamente para inhibir o estimular la conciencia, por lo que la abstención produce inevitablemente angustia” (p.40).* De esta manera, los efectos a largo o a corto plazo resultan más perjudiciales. Cabe destacar que el abuso provoca un deterioro físico y mental en donde existe un incumplimiento de obligaciones en varios ámbitos (laboral, hogar, social) y problemas a nivel personal, familiar y legal. Además, al hacer al consumo parte de la cotidianidad, se realizan actividades peligrosas junto al consumo. Sin embargo, a pesar de los problemas la ingesta de drogas persiste.

2.1.2 Dependencia

La dependencia es el nivel más alto del consumo de drogas, debido a que la persona sigue un patrón desadaptativo que lo lleva a ingerir la sustancia psicoactiva en exceso. Massun (1991), la define como *“el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas, donde existe un impulso irreprímible de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, al fin de experimentar sus efectos o simplemente evitar un malestar que le produce la ausencia” (p.29).* Asimismo, Larger y López (2002) describen a la dependencia como el *“estado psíquico o físico causado por la interacción que se establece entre el organismo, la sustancia y el medio provocando un impulso hacia el consumo de la sustancia” (p.16).* Al ser una compulsión a consumir, se genera una serie de síntomas de ansiedad que disminuyen con la nueva ingesta.

Los mismos autores describen una serie de criterios ante la dependencia; se aumenta gradualmente la cantidad y el consumo de la sustancia, el efecto que producía en el organismo se modifica, existe un deseo continuo por interrumpir el consumo, se aumenta el tiempo tanto para recuperarse físicamente de los efectos

como para consumirla y las actividades sociales, laborales y de recreación disminuyen.

Debido a la naturaleza de las sustancias psicoactivas y a las características de la persona que las consumen, existen dos tipos: física y psicológica. La primera consiste en una relación estrecha que se desarrolla entre los componentes farmacológicos y el metabolismo del cuerpo que la consume. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003), la describen como *“un estado caracterizado por la necesidad de mantener los niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo”* (p.11). Asimismo, Martínez y Rubio (2002), y Larger y López (2002), concuerdan en que es un estado de adaptación que produce alteraciones y trastornos físicos al suspenderse la administración.

En la dependencia psicológica existe un deseo que impulsa a la persona al consumo continuo de la droga, involucrando sentimientos, emociones y conductas. De acuerdo con Martínez y Rubio (2002) este tipo de dependencia es

Una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma la droga, o un impulso psíquico que requiere su administración periódica o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia (p.2)

Por lo tanto, el individuo se siente incapaz de dejar la droga debido a que ésta le proporciona una serie de efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones). Ante este anhelo, el consumidor desarrolla patrones patológicos de consumo que condicionan su dependencia. En el caso de algunas drogas de rápida acción como la heroína, la cocaína o la nicotina, el vínculo psicológico se vuelve más intenso, ya que la persona necesita reforzarse varias veces (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

Finalmente, ambos tipos de dependencia impulsan al individuo al consumo periódico de cualquier droga, aunque el impacto no es el mismo; los efectos en ambos casos resultan perjudiciales.

2.1.3 Tolerancia y síndrome de abstinencia

En el proceso de consumo de sustancias existen mecanismos que median la relación de la sustancia y el cuerpo; estos mecanismos son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Cada uno con sus características particulares generan un patrón desadaptado que promueve la ingesta aun cuando el proceso se interrumpa.

La tolerancia a cualquier tipo de sustancia psicoactiva, es la necesidad de incrementar las dosis con la finalidad de que los efectos sean más placenteros pues ante el consumo constante las sensaciones disminuyen. Por lo tanto, la tolerancia *“es el resultado de la habituación del organismo a cualquier sustancia, debido a ello necesita administrarse una dosis mayor para obtener los efectos iniciales”* (Larger & López, 2002, p.17). Puentes (2004), la define como un proceso de adaptación del organismo a la droga, en donde el cuerpo no responde a las cantidades consumidas, sino que debe consumir más cantidad para alcanzar el efecto deseado. Es así, que el aumento gradual de cantidad es parte de la dependencia.

Al igual que la tolerancia en el proceso de aumento de dosis, ocurren una serie de cambios y síntomas tras abandonar el consumo: el síndrome de abstinencia. Puentes (2004), argumenta que se le debe denominar síndrome de abstinencia al *“conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que pueden aparecer como consecuencia de la supresión del consumo de la droga que produzca dependencia”* (p.108). Al igual que este autor, Martínez y Rubio (2002) señalan que al suprimir bruscamente el consumo aparecen síntomas como la ansiedad y la angustia, que más tarde hacen que la dependencia continúe.

Los factores farmacocinéticos juegan un papel importante en la aparición del síndrome de abstinencia, ya que si la droga se elimina lentamente del cuerpo el síndrome aparece de manera lenta, progresiva y atenuada, mientras que si se elimina rápidamente, los síntomas aparecen antes y son más intensos. Además, ciertas características como la vía de administración, la frecuencia, la velocidad de

absorción y la eliminación promueven la intensidad de la abstinencia (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

Por lo tanto, la tolerancia y el síndrome de abstinencia son procesos inherentes en la dependencia de sustancias, ya que median la relación entre el organismo y la droga que se consume.

2.2 Tipos de drogas

Las clasificaciones que se han realizado de las drogas son diversas y están apegadas de acuerdo a normas morales, legales, culturales y económicas. Agrupar a las sustancias en grupos o niveles permite conocer los efectos a nivel físico y psicológico, además de comprender cómo funciona el comportamiento de consumo.

En primer lugar, las clasificaciones se han dividido de acuerdo al origen, finalidad, peligrosidad, los efectos que producen, la sintomatología, propiedades físicas y químicas, entre otras. Massun (1991), divide a las drogas en función de su peligrosidad y su legalidad; dentro de la primera clasificación se encuentra las drogas duras y blandas, en donde las sustancias duras generan un síndrome de abstinencia agresivo y gran dependencia física y psicológica, mientras que las blandas no causan dependencia física. La dificultad de esta primera clasificación es el desconocimiento que se tiene de cómo cada individuo responde a los efectos.

En la segunda clasificación, se agrupa a las drogas en legales e ilegales (cannabis, cocaína, heroína, entre otras), en donde la legalidad está en función de qué tan grave son los problemas sanitarios y sociales, así como factores económicos, culturales o políticos. Dentro de esta categoría se encuentran el alcohol y el tabaco, ya que la compra y la venta están permitidas. Asimismo, es importante mencionar otras clasificaciones como aquellas que son utilizadas en el ámbito industrial y en el ámbito médico como los solventes, inhalantes y fármacos (sedantes). No obstante, a diferencia de las antes mencionadas su venta es legal

pero su empleo es para otros fines, menos drogarse (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003).

Una de las clasificaciones que describen con mayor generalidad a las sustancias es la que divide a las sustancias en estimulantes, depresoras y alucinógenas, debido a que consideran los efectos que producen en el organismo y se limitan a regirse bajo normas culturales y sociales. Las características se describen a continuación:

Las drogas estimulantes son aquéllas que aumentan la actividad del SNC y el nivel de excitación en el organismo. Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría y Ruiz (2009) mencionan que *“incrementan la actividad del sistema nervioso central, generan estados de exaltación y una sensación de bienestar y euforia. Ocurre un estado de activación, incremento del ritmo cardíaco y la respiración”* (p.4). Dentro de este grupo se encuentran la cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, nicotina, éxtasis y las drogas de diseño, entre otras.

Las drogas depresoras producen lentitud y reducción de las funciones corporales y la actividad la nerviosa, por lo tanto ocurren efectos de sedación y somnolencia. Dentro de este grupo se encuentran el alcohol, la heroína, las benzodiazepinas, los disolventes, inhalantes, hipnóticos, sedantes y opioides (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003). Por lo tanto, al ser ingeridas existe una afectación importante a la coordinación motora y la capacidad de respuesta, provocando desinhibición de la conducta (Tiburcio et al., 2009).

La última clasificación es la de drogas alucinógenas, en donde ocurre una distorsión de las funciones sensoriales, la percepción y la conciencia. Tiburcio et al., 2009) mencionan que estas drogas *“reemplazan la realidad con elementos de ilusión e inducen alucinaciones definidas, como percepciones alteradas en presencia de objetos reales. Producen sensación de flotación, euforia y reducción del dolor; modifica a la percepción del ser y del entorno”* (p.5). Como drogas alucinógenas podemos encontrar: cannabis, mezcalina, las drogas de diseño, el LSD, el peyote, hongos, entre otros. Sin embargo, no se puede realizar una

agrupación estricta de las drogas, debido a que cada una presenta características químicas específicas. Asimismo, Puentes (2004), argumenta que al crear distorsión de los sentidos, frecuentemente ocurren visiones y pesadillas.

Esta es una clasificación elemental que atiende los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias.

2.3 Consecuencias del consumo

La evidencia empírica ha demostrado que el consumo de sustancias psicoactivas tiene repercusiones significativas a nivel personal, familiar, escolar, laboral, social, etc. Aun cuando los efectos negativos se relacionan con la dosis y el patrón de consumo, el consumo por sí mismo representa una puerta latente en el mundo de las drogas.

Una de las mayores afectaciones ante el consumo es en el área de la salud física, debido a que la mayoría de las sustancias generan modificaciones fisiológicas en órganos y sistemas. El consumo habitual genera enfermedades crónicas, transmisión de agentes infecciosos y conductas de riesgo que ponen en peligro la integridad física. Washton y Zweben (2008) mencionan que los principales problemas se derivan en dificultades cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, gastrointestinales, entre otros. En este sentido, las afectaciones a ciertos sistemas dependen considerablemente de la acción farmacológica de la droga, de los componentes físicos y químicos y de la vía de consumo.

Otra consecuencia importante es el desarrollo de enfermedades infecciosas. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) mencionan que el consumo de drogas está asociado a “*cuadros infecciosos como hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacteriana y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etc.*” (p.21). Estas enfermedades pueden causarse por falta de higiene o por la administración vía inyectable de agujas contaminadas de ciertas drogas como los opiáceos, es así que se aumenta la vulnerabilidad de riesgo a contraer una enfermedad. Además de los cuadros infecciosos, existen otras

circunstancias que ponen en peligro la integridad física de la persona como lo son el suicidio, la muerte por sobredosis, accidentes automovilísticos y la violencia. Estas situaciones están relacionadas al deterioro que sufre el cuerpo a nivel físico y psicológico cuando se ingiere una droga, ya que se deteriora la coordinación motora, la concentración y el juicio (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009).

Respecto a las conductas sexuales de riesgo, el individuo se vuelve proclive a realizarlas. Washton y Zweben (2008) señala a la hipersexualidad como una práctica indiscriminada y riesgosa:

Caracterizada por un incremento en el deseo sexual, fantasías sexuales y conductas sexuales con mal comportamiento. En varones se involucra la masturbación compulsiva y encuentros con otras parejas sexuales desconocidas, se estimulan las fantasías sexuales, donde se llevan a cabo conductas sexuales tabú como travestismo, sadomasoquismo y exhibicionismo (p.148).

De manera adversa, el consumo tiene efectos a nivel social que a su vez afectan el área (personal, familiar, escolar y laboral). Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría y Ruiz (2009) mencionan que se generan rupturas y crisis en las relaciones familiares, se abandonan roles, se dejan de lado actividades provocando el ausentismo laboral o escolar. Asimismo Lorenzo, Ladero, Leza, y Lizasoain (2003) argumentan que ante la impulsividad de conseguir la droga se realizan acciones que rompen con esquemas morales como robo, tráfico ilegal, prostitución, hurtos, delitos, violaciones y un estado de tensión social.

Por otro lado, durante el consumo de sustancias la persona es vulnerable ante el peligro de sobredosificación y de escala. Los mismos autores señalan que cuando se desarrolla un periodo de abstinencia largo ocurre la sobredosis, es decir, el cuerpo requiere una dosis mayor que puede ocasionar la muerte por dosis excesivas, como en el caso de la heroína. Respecto al riesgo de escalada, “se realizan consumos abusivos frecuentes de alcohol y/o se comienza a consumir indebidamente drogas blandas (derivadas del cáñamo y las sustancias

alucinógenas) existe el riesgo de iniciarse en consumos de otras drogas como la heroína, cocaína, etc.” (p.21).

De manera general, el empleo de drogas tiene efectos negativos a corto y a largo plazo en la salud física, emocional y psicológica del individuo que las consume, deteriorando de esta manera la calidad de vida. Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría y Ruiz (2009) señalan

El consumo de cualquier sustancia psicoactiva modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente del nivel en que se use; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente que le rodea (p.6).

Debido a las consecuencias antes mencionadas, es que la dependencia de las sustancias se convierte en un problema social y de salud pública en el que se deben generar acciones que promuevan y generen la prevención.

2.4 Consumo de drogas en la actualidad con jóvenes

Los patrones de consumo de drogas están relacionados a factores personales, sociales y psicológicos, siendo los jóvenes (18-25 años) una población vulnerable ante la ingesta de diversas sustancias psicoactivas. La literatura menciona que ante la búsqueda de identidad, la curiosidad y la pertenencia los adolescentes comienzan un consumo experimental y terminan en la dependencia.

Debido al impacto que han tenido las drogas en la vida de los adolescentes, es necesario describir los tipos de consumo de las sustancias para comprender la relación que se establece entre el individuo y la droga. Washton y Zweben (2008) describen cuatro tipos: experimental, ocasional, regular y circunstancial. El primero indica el inicio del consumo. La curiosidad por experimentar los efectos son uno de los principales motivos de consumo, la ingesta ocurre con pocas ocasiones por lo que no se desarrolla un patrón regular ni se sufren implicaciones o daños evidentes. En el consumo ocasional, existe moderación debido a que se relaciona con fines sociales o recreativos.

Por otro lado, la ingesta regular tiene la característica de ser constante y persistente, debido a que la persona adopta un patrón regular señal que indica una pérdida de control. Y finalmente, el consumo circunstancial o situacional en donde se busca experiencias placenteras y/o sobrellevar ciertas situaciones.

Asimismo, Ruiz (2005) remarca la aparición de comportamientos tendentes a la continuidad de uso y drogodependientes en el consumo excesivo en donde la persona hace un uso frecuente de la misma desarrollando síndrome de abstinencia, tolerancia y dependencia. Debido a las características químicas y farmacológicas de las drogas se genera en el organismo un impacto excesivo, perjudicial y compulsivo.

CAPÍTULO 3 FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGAS

3.1 *Adolescencia como una etapa vulnerable*

La adolescencia (18-25 años) es un periodo que comprende una serie de cambios tanto físicos como psicológicos en los cuales el adolescente se encuentra vulnerable a conductas de riesgo como es el consumo de sustancias psicoactivas. La literatura menciona que el adolescente puede adoptar estilos y formas no saludables debido a que se encuentra en la construcción de su identidad y su personalidad, en la asimilación de sus cambios corporales y emocionales y sobre todo en la búsqueda de nuevas sensaciones. En este capítulo se abordarán los factores de riesgo ante el consumo de drogas.

A lo largo de la transición entre la infancia y la adolescencia se modifican los medios de interacción y se construye una identidad personal. García y López-Sánchez (2012) mencionan que *“los adolescentes rechazan la protección adulta, teniendo que desarrollar habilidades sociales y de comunicación más complejas aprendiendo a interactuar y convivir con su grupo de iguales”*. (p.75). En la búsqueda de identidad, el adolescente se encuentra ante la necesidad de formar y construir su propia personalidad adoptando valores, creencias y actitudes de los demás. Asimismo, tiene que redefinir afectos, roles y relaciones. Al respecto, Vielva, Pantoja y Abeijón (2001) señalan que en esta redefinición *“surgirán deseos e impulsos para autoafirmarse y diferenciarse de los otros, lo que hará que cambie de forma brusca sus relaciones con el entorno, con los adultos de la familia que hasta entonces habían ejercido un control sobre él”* (p.26). Es así que la búsqueda de independencia y autonomía impulsan al adolescente a modificar sus relaciones y su comportamiento.

Aunada a la formación de la identidad, el adolescente se enfrenta a la falta de configuración del código de valores en donde adopta la mentalidad de vivir el momento sobrevalorando el placer, el dinero, los estereotipos, la apariencia, etc. Asimismo tiene que afrontar la modificación del concepto de sí mismo y de su imagen corporal, preocupándose por las valoraciones, las percepciones y la

aceptación de los otros (Moradillo, 2001). Por consiguiente, direcciona su vida hacia valores que lo llevan a obtener lo que desea dejando a un lado sus deberes y responsabilidades.

Por otro lado, adopta creencias y actitudes neutrales hacia estilos de vida que ponen en peligro su integridad física y psicológica como lo son el consumo de drogas. Yaría (2005) menciona que el adolescente muestra despreocupación hacia el mantenimiento de su salud, y ante ello muestra actitudes favorables hacia el consumo de drogas, tiene expectativas positivas respecto de las consecuencias del uso y tiene poco o nulo conocimiento acerca de las drogas (capacidad adictiva y de su composición química).

De manera general, los adolescentes son mayormente vulnerables ante el consumo de drogas debido a que se encuentran inmersos en diversos contextos de cambios a nivel físico, cognoscitivo, social y emocional. Además, tienen que enfrentarse a la búsqueda de identidad y pertenencia, lograr su independencia y autonomía de sus padres y redefinir roles, creencias y actitudes.

3.2 Definición de factores de riesgo

El consumo de sustancias psicoactivas mantiene una estrecha relación con los contextos y situaciones a los cuales el individuo está expuesto. Definir y delimitar qué es un factor de riesgo permite conocer qué situaciones en diversos ámbitos propician el consumo de drogas y crear acciones que aminoren o reduzcan dicho consumo.

García y López-Sánchez (2012) definen al factor de riesgo como “*un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que aumenta la probabilidad de uso de abuso de drogas (inicio) o una transición en un nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)*” (p.76). Asimismo, Yaría (2005), menciona que los factores de riesgo engloban aquellos de nivel interpersonal, social, de influencia ambiental o individual que aumentan la posibilidad de desarrollar estilos de vida perjudiciales como la violencia, las adicciones y el uso de sustancias. En este sentido, los factores de riesgo tienen

dos características importantes: iniciar y mantener conductas no saludables y la implicación de diversos contextos de distinta naturaleza. Al respecto, Moradillo (2001) señala situaciones y contextos de diverso orden (cultural, social, laboral, familiar, grupal, escolar y personal) que promueven negativamente a adoptar desde un consumo inicial hasta una dependencia.

Debido a la naturaleza de los contextos de riesgo varios autores los han clasificado en tres grupos. Tanto Bobes, Casas y Gutiérrez (2009) como Moradillo (2001) los agrupan en factores macrosociales, microsociales o situacionales y factores individuales. En los primeros destacan los factores ambientales como los culturales, geográficos y económicos (disponibilidad, la aceptación social, el contexto geográfico, la publicidad, etc.). Los segundos hacen referencia al contexto físico y social más próximo como son los amigos y la familia, y finalmente el tercer grupo está relacionado a características físicas, psíquicas, valores, normas, conductas y estilos de vida de cada persona. De la misma manera Hawkins, Catalano y Miller (1992) citado en García y López-Sánchez (2012) proponen tres categorías de factores: factores ambientales/contextuales, factores individuales (genéricos y psicológicos) y factores de socialización entre los que incluyen la familia, el grupo de iguales, la escuela y la comunidad. Los factores no se pueden enlistar o jerarquizar de acuerdo al riesgo, sino que todos en su conjunto vulnerabilizan a la persona a consumir drogas.

Los Centros de Integración Juvenil (2009) señalan que el enfoque de riesgo es un abordaje conceptual y metodológico que se ha desarrollado desde los programas de atención ante el consumo de drogas. Para estos centros resulta de gran importancia conocer cómo es que se origina el consumo de estas sustancias, y lo hacen a través de este enfoque. El enfoque menciona que los factores que determinan los niveles de bienestar así como los de riesgo son interrelacionados. Así que su control requiere de la participación de los sectores y diversas disciplinas.

Es importante señalar que en esta investigación se tomaron en cuenta los factores de riesgo interpersonales que son aquellos contextos inmediatos en los que el sujeto participa directamente como son el ámbito escolar, el grupo de amigos y el ámbito familiar.

3.3 Factores de riesgo interpersonales

3.3.1 Reacción de la familia ante el consumo

La familia es el sistema social más importante debido a que proporciona las bases para el desarrollo psicológico. De esta manera, la familia es un medio que regula las conductas sociales aceptadas y los hábitos o estilos de vida saludables. Pero así como fomenta estilos de vida apegadas a un marco normativo también puede crear modelos de aceptación o rechazo al consumo de sustancias.

Las actitudes y las conductas familiares tienen un papel importante en la ingesta de sustancias psicoactivas debido a que regularán la probabilidad de que sus hijos inicien o mantengan el consumo. García y López-Sánchez (2012) mencionan que si los padres aunque no sean consumidores se muestran permisivos ante conductas de ingesta los hijos mantienen creencias relacionadas a una aceptación social positiva de consumo. De la misma manera, Fernández y Secades (s.f) argumentan que las actitudes favorables, condescendientes o tolerables del consumo, incrementan la probabilidad del consumo de hijos adolescentes. Los mismos autores señalan que:

Una actitud más favorable y una conducta de consumo de los padres va a corresponder con un mayor consumo de drogas de sus hijos, tanto por el proceso de socialización como por los procesos de modelado que se dan en el aprendizaje. Las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo, más que el consumo real por parte de los padres, es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en sus hijos que si sus padres realmente consumiesen. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo (p.130).

Muñoz-Rivas y Graña (2001) citado en Lloret, Segura y Carratalá (2008) mencionan que si los padres no expresan el rechazo hacia el consumo de drogas

convencionales como el tabaco y el alcohol, surge la interpretación de que son sustancias con un bajo nivel de peligrosidad. Por lo tanto, las reacciones y las actitudes tanto positivas como negativas tienen un papel importante en el consumo. Debido a que si existen reacciones de permisividad el riesgo de consumo se eleva, mientras que si existen actitudes de rechazo la probabilidad de riesgo disminuye.

De manera general, el consumo de drogas tiene una etiología multidimensional siendo la familia una de las dimensiones más importantes (García & López-Sánchez, 2012). Y es así, que las reacciones tanto permisivas como autoritarias y las actitudes del consumo son un factor de riesgo significativo ante el consumo de drogas.

3.3.2 Grupo de amigos o iguales

En el proceso de búsqueda de pertenencia e identidad el adolescente interactúa con grupos de amigos o pares con los cuales comparte significados, experiencias y actitudes. La interacción tiene un elemento de socialización que permitirá al adolescente alcanzar su autonomía. Moradillo (2001) menciona que el grupo tiene una función socializadora que impulsa al individuo a adoptar nuevas reglas y a lograr su independencia de la familia. Por lo tanto, el adolescente podrá comparar los valores aprendidos con aquellos que formará en su nuevo grupo de iguales.

Sin embargo, el grupo de amigos puede constituir un factor de riesgo ante conductas como el consumo de drogas tanto legales como ilegales. El mismo autor argumenta que el adolescente puede tener las siguientes dificultades al integrarse a un nuevo grupo: el posicionamiento ante las drogas, en dónde se vuelve propenso a adoptar hábitos no saludables; la presión del grupo en dónde la elección personal se deja de lado y se adecua a las necesidades que en ese momento el grupo realice. Consecuentemente, el adolescente no consumidor tiene dificultades para construir su propio código de valores que lo conlleva a

No tomar decisiones personales debido a la presión del grupo, a no querer ser distinto, a la falta de habilidades sociales, no exponer sus

opiniones al grupo, entonces, está a merced de lo que el grupo diga y haga (p.251).

De esta manera, las influencias e interacciones sociales determinan el desarrollo de conductas de consumo debido a que si se establecen relaciones entre personas consumidoras y no consumidoras existe la posibilidad de que las últimas comiencen a adoptar patrones de ingesta. Además, *“el estatus y el reconocimiento social dentro del grupo se alcanza, en muchas ocasiones, a través de la tolerancia de las drogas”* (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2009, p.22).

Los amigos consumidores actúan como un modelo ante patrones de ingesta inadecuados que incita a los adolescentes no consumidores a realizarlas. Moral, Ovejero y Pastor (2004) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era analizar las experiencias de consumo paternas y del grupo de iguales, así como incidir sobre los posibles efectos de modelado de ambas. Con base en los resultados, mencionaron que entre aquellos adolescentes cuyos amigos son experimentadores de drogas se dan las siguientes características: manifestación de diferencias en las actitudes globales hacia el consumo, existencia de una menor concientización ante los efectos negativos derivados de su uso, alto grado de aceptación ante una invitación para el consumo de alcohol, tabaco y drogas, vinculación de la experimentación con cuestiones relacionados de identificación de grupo (deseo de ser grandes), menor admiración hacia los no-usuarios de drogas legales. Estas características demuestran que existe una percepción distorsionada que impulsa a los no adolescentes al consumo.

Asimismo, Sánchez, Moreno, Muñoz y Pérez (2007) en su investigación adolescencia, grupo de iguales y consumo relacional, demostraron que mantener relaciones amistosas con personas consumidoras propicia que se adopten después en personas que no lo hacían o que se realicen como mayor frecuencia.

De manera general, los amigos o pares desempeñan un papel muy importante en la adolescencia debido a que algunas conductas se comparten o se influyen como es el caso del consumo de drogas. Un adolescente que se

integra a un grupo en donde la mayoría son consumidores tiene una gran probabilidad de iniciar su ingesta debido a la presión del grupo o por lograr la aceptación del mismo. Además de fungir como modelo de aprendizaje vicario, los pares modifican la percepción y las actitudes del nivel de riesgo, la aceptación y la valoración de las drogas en general.

3.3.3 Acceso a la droga

La posibilidad de contacto entre el adolescente y la droga es un factor de riesgo significativo para que el individuo consuma ya sea por ingesta experimental o consumo frecuente algún tipo de droga. Relacionado al acceso, se encuentra la disponibilidad social, la permisividad, la publicidad y las restricciones sociales de cada una de las sustancias.

La disponibilidad social hace referencia a compra y venta de las sustancias, en donde su distribución está apegada a las normas y leyes de la sociedad. García y López-Sánchez (2002) mencionan que las restricciones legales influyen en la disponibilidad de la venta. Por lo tanto, a menor precio y a mayor accesibilidad mayor es el consumo.

Otro factor clave que expone conductas de riesgo es la publicidad, pues los adolescentes adoptan estereotipos y estilos de vida nocivos a través de este medio. Moradillo (2001) señala que los medios de comunicación "*son plataformas a través de las cuales se refleja un estilo de vida y una forma de ser de una sociedad, y segundo, porque crean estilos de vida, forma de ser, valores, actitudes y conductas*" (p.229). Además, existe la difusión de información poco verídica resaltando atributos del consumo que no existen. El mismo autor menciona que la publicidad fomenta estilos de vida estereotipados en donde el consumo se asocia a la diversión, la amistad, la satisfacción personal, el placer, la comodidad, entre otros.

Respecto a la disponibilidad y accesibilidad de las drogas en adolescentes, Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo y Tapia-Coyer (2003), en relación al estudio de la Encuesta Nacional de Adicciones, describieron la facilidad

de conseguir diversas sustancias: al 35% de adolescentes les fue fácil obtener drogas, a 21% de los varones y a 10% de las mujeres de hecho se las habían ofrecido. Además, el 67% de los varones y 57% de las mujeres que habían usado drogas mencionó que un amigo se las había proporcionado por primera vez, 18% de los varones y 40% de las mujeres habían obtenido la droga por primera vez de un familiar, 6 y 4% respectivamente, un compañero de la escuela, y solamente 5% de los varones, y ninguna mujer, reportó que la habían obtenido de un vendedor.

Además de la publicidad, Becoña (2002) citado en Álvarez (2011) señala que ciertas variables como la forma, el tamaño, la presentación, el medio a través del que se obtiene y el precio son características importantes para el consumo. De acuerdo con Álvarez (2011), el alcohol es una de las sustancias con mayor nivel de accesibilidad debido a la tolerancia y la permisividad de las reglas y normas sociales. Cabe destacar que la aceptación social y la asociación a la diversión, la recreación y la celebración permean su consumo.

La mayoría de los adolescentes que consumen drogas accesan a ellas por la facilidad de compra y adquisición, por estar en contacto con escenarios y contextos donde el consumo es aprobado (bares, fiestas con pares, fiestas familiares, discotecas, entre otras) y por la falta de leyes que normen con medidas más estrictas su consumo.

3.3.4 Riesgo familiar

La familia constituye la primera institución social del individuo. Moradillo (2001) argumenta que sus funciones son mantener y cuidar a todos los miembros cubriendo necesidades primarias y secundarias como *“educar y transmitir ideales, valores, creencias, actitudes y hábitos que estructuren el estilo de vida de la persona facilitando la integración hacia la sociedad”* (p.240). A pesar de ello, en ciertas ocasiones surgen situaciones en el núcleo familiar que desestabilizan las relaciones, hecho que convierte a los hijos adolescentes en individuos propensos ante el consumo de drogas.

El riesgo familiar se encuentra en las relaciones familiares conflictivas o poco afectuosas, en la falta de comunicación, en el maltrato y en la presencia de familiares consumidores. A continuación se describen características familiares que hacen probable la ingesta de sustancias:

La despreocupación y las actitudes de desinterés frente a lo que hacen los hijos, en donde existe un alto grado de permisividad dejando de lado los referentes de límites y normas. Asimismo, la indefinición de roles parentales o el escaso ejercicio de ellos dificulta el establecimiento de relaciones cercanas entre padres e hijos (Moradillo, 2001). Aunada a la falta de interés se encuentran la nula supervisión en el comportamiento del adolescente (García & López-Sánchez, 2012).

La desestructuración familiar causada por situaciones u acontecimientos negativos tiene una repercusión importante en el desarrollo personal de cada uno de los miembros de la familia. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) mencionan que las rupturas matrimoniales ponen en riesgo el equilibrio de la familia. Asimismo García y López-Sánchez (2012) argumentan que las situaciones de abandono, maltrato o abuso tienen influencia en la aparición de trastornos de la conducta y psicopatológicos, entre los que se encuentran el consumo. Pero no solo se trata de un conflicto en las relaciones, sino también en muerte, divorcios y enfermedades severas de algún familiar (Vielva, Pantoja & Abeijón, 2001).

Otro aspecto importante, son los modelos de consumo en donde los padres son consumidores. Esta situación tiene un impacto significativo en los adolescentes debido a que ellos formulan sus propias creencias a partir de los que ven en sus primeros modelos, sus padres. García y López-Sánchez (2012) mencionan que si los padres o hermanos consumen se aumenta la probabilidad de que también el joven consuma. Ante esta incongruencia respecto a lo que hacen y dicen los padres se encuentra el desconcierto de aceptar o no las drogas (Moradillo, 2001). Por lo tanto, las actitudes y las conductas de las padres frente a las drogas probabilizan de manera negativa el consumo.

La estructura de comunicación inexistente o deficiente impulsa a los hijos a buscar opiniones en otros y a solucionar problemas con la ayuda de personas con poca o nula experiencia (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003). Una consecuencia relevante ante la falta de comunicación es que los padres no pueden darse cuenta de las dificultades a las que se enfrenta su hijo, de los contextos en los que se desenvuelven y de los riesgos a los que se encuentra expuesto.

Por consiguiente, los adolescentes se acercan a personas que les proporcionan información ineficiente o con grupos pares que en ciertas ocasiones los inducen a situaciones de violencia, actos delictivos y consumo de drogas.

3.3.5 Educación familiar en drogas

El conocimiento escaso o nulo de los efectos perjudiciales de las drogas está relacionado a su consumo, debido a que no se tienen establecidas las repercusiones asociadas a las diferentes sustancias psicoactivas. Pero no sólo la educación de las drogas está enfocada en informar de manera verbal sino también las acciones y conductas de los padres funcionan como un modelo a seguir.

Vielva, Pantoja y Abeijón (2001) señalan que las conductas que realizan los padres respecto al consumo tienen el efecto de modelado que influye en las creencias, valores y actitudes frente a la droga. Adoptar esas conductas depende de la significación del modelo y de la percepción de las consecuencias tanto positivas como negativas. Las drogas permitidas dentro de la familia son asociadas a usos familiares y con un grado alto de aceptación. Por lo tanto las acciones que realicen los padres respecto a las drogas dan un punto de referencia

No sólo será la conducta de consumo o de abstinencia la que influirá en el inicio de consumo, también dejarán sentir su influencia las opiniones que los padres y madres tengan en torno a las diversas sustancias, edad de consumo, cantidad y frecuencia, razones y circunstancias para consumir, etc. A través de su conducta y actitud, los padres propician o disuaden el consumo porque transmiten

mensajes de aceptación o desaprobación y expectativas sobre el comportamiento que esperan de sus hijos (p.111).

Es así, que la educación familiar en donde se establezcan y se adviertan las consecuencias de las drogas funge como un factor de protección. No obstante, la educación no sólo engloba las conductas de los padres sino también las actitudes que muestran hacia ellas. Las advertencias ligadas a un estilo de crianza autoritaria no bastan para que los adolescentes comprendan el daño que causan las drogas.

3.3.6 Actividades protectoras

En el contexto del adolescente existen tanto actividades que los protegen del consumo de drogas así como actividades que los colocan a un nivel mayor de peligro. Sin embargo, no sólo son actividades sino también hacen referencia al establecimiento de relaciones afectuosas con los pares y familiares, el éxito académico, uso adecuado del tiempo libre, entre otras. De esta manera existe una relación entre las actividades que fomentan la recreación y el no consumo de sustancias psicoactivas.

Una de las actividades que protegen a los adolescentes del uso y consumo de drogas es el establecimiento de relaciones familiares funcionales basadas en la comunicación y el apego. Vielva et al. (2001) mencionan una serie de características que impulsan la creación de lazos familiares; en primer lugar se encuentra la cercanía y la unidad entre los miembros de la familia, en segundo lugar está el involucramiento emocional, es decir, las interacciones, la implicación y el apoyo y en tercer lugar se encuentran los estilos educativos basados en potencializar el crecimiento psicológico. En definitiva, un núcleo familiar que fomente la comunicación, el apego, la unión, etc.; tiene un impacto positivo para que sus integrantes adopten estilos de vida saludables.

Por otro lado, se encuentran actividades que involucran la recreación (el deporte, las artes y la cultura) y el uso adecuado del tiempo libre. Los intereses de las personas no consumidoras están enfocados en realizar actividades deportivas,

académicas, culturales y personales; actividades que comparten con sus pares o amigos (Reidl & González, 2011). Sin embargo, en el caso de personas consumidoras, el ocio es utilizado como un escenario compartido de diversión ligado a la ingesta de drogas en donde el grupo de compañeros en ciertas ocasiones lo fomenta (Acero, Moreno, Moreno & Sánchez, 2002).

Navarro (2000) citado en Acero et al. (2002) realizó un estudio para conocer los factores de carácter social relacionados con los consumos de drogas en jóvenes. Los resultados demostraron que un ocio centrado en la diversión, la asistencia a fiestas, las salidas nocturnas frecuentes se relaciona con el abuso en exceso del alcohol y otras drogas. Mientras que el ocio alternativo como la práctica de algún deporte no se vinculan con el consumo.

En resumen, ejercer actividades extra escolares apegadas a la recreación y el uso adecuado del tiempo libre actúan como factores de protección, mientras que el ocio social relacionado a la diversión en escenarios como bares propicia el consumo indiscriminado de las drogas.

3.3.7 Estilo educativo

Los estilos educativos que los padres ejercen, guían y apoyan el desarrollo de sus hijos. De acuerdo con Vielva, Pantoja y Abeijón (2001) la tarea de los padres *“consiste en fomentar en los hijos comportamientos saludables y propiciar su ajuste e integración social. Requieren disciplina, de un establecimiento de normas claras y precisas, para ser lograda”* (p.101). Por lo tanto se puede definir a un estilo educativo como una pauta de conducta. Los mismos autores la definen como *“las actuaciones o pautas de conducta que expresan las madres y padres, en tanto educadores, en su relación con los hijos e hijas; haciendo referencia al tipo de normas, disciplina y supervisión que los progenitores ofrecen de forma sistemática”* (p.102).

El uso de drogas puede ser un indicador de que el seguimiento de reglas y normas de conducta que los padres han establecido no han funcionado. Por lo tanto estilos educativos ineficaces indican dificultad para alcanzar objetivos y

metas y un uso constante de refuerzos y castigos. Ante la falta de orientación parental los hijos se vuelven incapaces de realizar conductas apegadas a normas y valores (García & López-Sánchez, 2012). Al respecto, Bobes, Casas y Gutiérrez (2009) mencionan una de las principales consecuencias ligadas a un estilo educativo deficiente:

Una disciplina inconsistente e inadecuada y unos métodos educativos incorrectos se asocian con niveles más altos de consumo y se ha encontrado una relación positiva entre la ingestión de drogas (legales e ilegales) por parte de los padres y el consumo por parte de los hijos (p.22).

Por lo tanto, estilos educativos coercitivos, autoritarios o permisivos son factores de riesgo. Cada estilo tiene características específicas que dificultan la comunicación y deterioran las relaciones afectivas entre padre-hijo.

En el estilo autoritario, los padres ofrecen poca libertad a sus hijos de expresarse y tomar decisiones, siendo la obediencia la clave de esta educación (Moradillo, 2001). Además de la obediencia estricta, aparecen normas que van acompañadas de castigos y medidas disciplinarias frecuentes (Vielva, Pantoja & Abeijón, 2001). Ante la excesiva tensión física y psicológica el diálogo y el afecto se encuentran ausentes y las conductas antisociales aparecen.

Respecto al estilo permisivo, no hay restricciones, por lo que los padres tienen una actitud positiva respecto a las conductas de sus hijos, aceptándolos sin ninguna regla. Dejan a sus hijos asumir roles, tomar decisiones y ser autónomos; por consiguiente no existe supervisión de las actividades realizadas, y a una baja supervisión, la posibilidad de involucrarse en la conducta de consumo aumenta. Por el contrario, realizar un seguimiento de las actividades y situaciones promueve diversas actividades prosociales o la prevención de esas conductas (Moradillo, 2001). Asimismo, García y López-Sánchez (2012) argumentan que al no tener establecidas las normas a seguir, se tienen actitudes inciertas respecto cómo actuar.

Tanto el estilo autoritario como el permisivo propician la falta de supervisión y control respecto a lo que los adolescentes sienten, piensan y hacen ante diversas problemáticas, llevando a los padres a adoptar actitudes de desinterés y escasa preocupación. El tercer estilo educativo es la sobreprotección en donde se muestran actitudes de cuidado excesivo. Al respecto Moradillo (2001) menciona que este estilo *“impide el desarrollo de la personalidad de los hijos, ya que no aprenden a tomar decisiones por sí mismos, a resolver conflictos, a integrar valores, a decidir y actuar de forma autónoma”* (p.241). Los adolescentes tienen dificultades cuando logran integrarse al entorno de sus pares debido a que la sobreprotección crea en ellos actitudes antisociales y de inferioridad e inseguridad.

Finalmente, se encuentra el estilo idóneo que potencia las capacidades y habilidades de los hijos, el estilo democrático. Vielva et al. (2001) argumentan que este tipo de educación familiar existen un adecuado nivel de comunicación, afecto y control. Los padres evitan el castigo físico y alagan el buen comportamiento, controlando y dirigiendo su conducta de manera adecuada. Cabe destacar que las relaciones afectivas están relacionadas con un alto grado de comunicación, en donde padres e hijos mantienen vínculos afectivos estrechos (García & López-Sánchez, 2012).

Por lo tanto, cuando se ejerce un estilo de sobreprotección los hijos adoptan actitudes de conformismo, obediencia, dependencia de los adultos o figuras de autoridad, carencia de espontaneidad y creatividad, y poco control sobre su conducta. Sin embargo, cuando la educación está enfocada hacia la autonomía, los hijos muestran conductas de responsabilidad y curiosidad (Vielva et al., 2001)

La educación familiar tiene un papel importante en el desarrollo psicológico y el comportamiento de los hijos, ya que a través de esta se crean las bases de los valores, las actitudes y las relaciones funcionales que permiten a los adolescentes potencializar su desarrollo pleno. Es por ello, que existe una relación significativa entre los estilos educativos y el consumo de drogas, al respecto Vielva et al. (2001) mencionan que

La estabilidad psicológica de los padres y el establecimiento por parte de estos de normas claras para las conductas responsables de sus hijos correlacionan con un menor consumo de sustancias psicoactivas, llegando incluso a compensar la influencia negativa del grupo de iguales (p.105)

En conclusión, los estilos educativos influyen el comportamiento de los hijos adolescentes creando modelos propios de actitudes y valores. Es por ello que un ambiente familiar deteriorado con escasa comunicación, baja supervisión, falta de cercanía o afecto, límites y normas deficientes convierten al adolescente en una persona vulnerable ante conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Consideraciones éticas.

La presente investigación se apegó a lo dispuesto por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002). Se consideró lo establecido en el apartado de calidad de la enseñanza/supervisión e investigación (Art.47,49, 55,56,57, 58, 59 y 60).

A cada participante se le proporcionó un consentimiento informado impreso y se les explicó el propósito del estudio, la identidad del investigador, el derecho para retirarse, el tiempo de la participación, los beneficios para el individuo y la sociedad, el compromiso de la confidencialidad, cómo obtener una copia de los resultados y cómo ponerse en contacto con el investigador.

Los datos capturados a través del paquete estadístico SSPS versión 23, los cuestionarios impresos y los perfiles obtenidos se desecharán a los cinco años de ser publicados borrando del sistema la base de datos.

4.1 Muestra

Se trabajó con 50 estudiantes de ambos sexos que cursaban el primer semestre, del turno matutino, en la institución CBTIS 227 “Otilio Montaña” y cuyas edades oscilaban entre los 15 y los 16 años de edad. El muestreo fue no probabilístico debido a que se seleccionó la muestra más representativa, tomando en cuenta la edad.

Criterios de inclusión: Que tuvieran 15 a 16 años de edad.

4.2 Instrumento

Se utilizó el cuestionario FRIDA (Factores de riesgo Interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes), elaborado por Secades, Carballo, Fernández, García y García (2006). La fiabilidad del instrumento es de 0,925, el cuál fue obtenido a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach del conjunto de los ítems y de cada uno de los factores.

Para evaluar la validez predictiva de los factores extraídos, es decir, su capacidad para predecir el consumo real de drogas en adolescentes, los autores de la prueba llevaron a cabo dos análisis: una regresión logística y un análisis discriminante. En la regresión logística se tomó como variable dependiente el consumo de drogas de los sujetos y como variables predictoras las puntuaciones factoriales de los factores extraídos del cuestionario. En el análisis discriminante la variable de agrupación fue “tipos de consumo” y las variables dependientes fueron las puntuaciones factoriales de los factores extraídos. En conclusión, el FRIDA parece un instrumento adecuado para evaluar factores de riesgo interpersonales (grupo de amigos, familia y escuela) para el uso de drogas en adolescentes.

A partir de este cuestionario de 90 ítems, se analizaron siete factores que se agrupan en una puntuación global, índice de Vulnerabilidad Global, que nos informaron sobre el grado de vulnerabilidad o riesgo del sujeto hacia el consumo de drogas. Los siete factores evaluados fueron: reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos o iguales, acceso a las drogas, riesgo familia, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo.

4.3 Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra (N=50), se les proporcionó un consentimiento informado grupal, contenido al inicio del cuestionario. Contaron con dos horas para responderlo.

Se les explicó el objetivo del estudio, que su participación era voluntaria, anónima y confidencial y que los datos serían utilizados para fines académicos y científicos. Se les indicó que aún si decidían contestarlo, podían dejar de responder en cualquier momento si así lo deseaban. Así mismo, se les explicó que sus respuestas serían anónimas, no se les preguntó su nombre, garantizando la confidencialidad de sus respuestas, de manera que los resultados se entregarían en forma global.

Se le dio a cada participante lápiz y goma, así como un sobre tamaño carta para que depositaran sus cuestionarios y los colocaran dentro de una caja en el

lugar que prefieran.

Finalmente se les proporcionó la forma de contactar al responsable del proyecto con el fin de plantear sus dudas. Asimismo, se les proporcionó la dirección del Centro de Integración Juvenil más cercano.

Los datos se desecharán a los cinco años de ser publicados, destruyendo los cuestionarios y borrando del sistema la base de datos. Sólo el investigador responsable tendrá acceso a ellos.

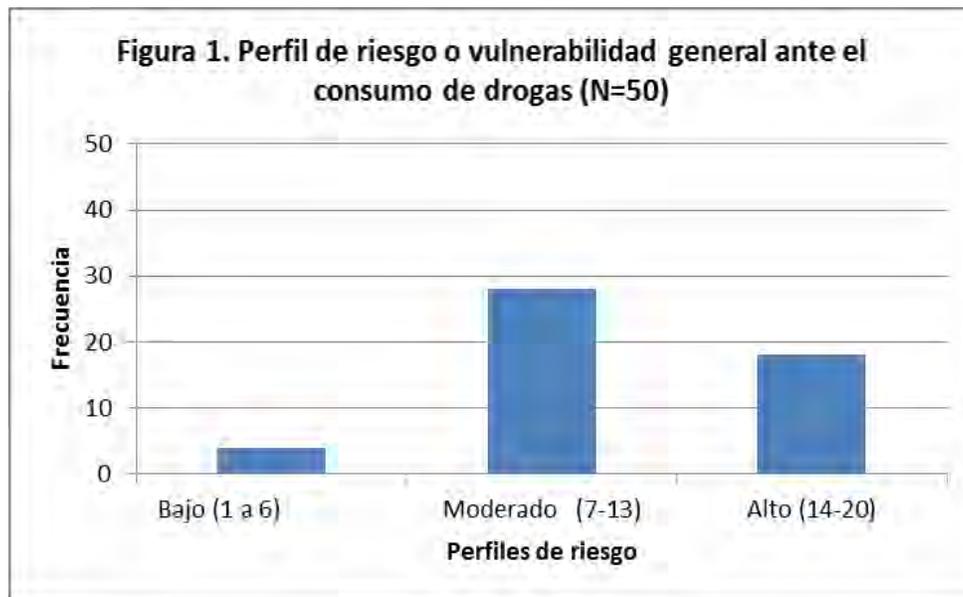
4.4 Resultados

Al finalizar la aplicación y corrección de las pruebas se obtuvo por cada participante un informe que menciona el Valor Global del Grado de Vulnerabilidad o riesgo del sujeto hacia el consumo de drogas (Índice de Vulnerabilidad Global). Este índice agrupa las puntuaciones en categorías en donde del 1 a 6 existe un riesgo bajo, de 7 a 13 vulnerabilidad moderado y de 14 a 20 vulnerabilidad o riesgo alto (Secades, Carballo, Fernández, García & García, 2006).

Con respecto a los análisis estadísticos efectuados, se obtuvo la correlación de Pearson en tres indicadores con el total de la muestra (N=50), obteniendo los siguientes datos:

El grupo de amigos no correlacionó positivamente con el acceso a las drogas ($r = 0.32$; $\alpha > .05$). En cuanto al Índice de Vulnerabilidad Global, entendida como la puntuación total que adopta valores en un continuo que comienza en el bajo riesgo y termina en el alto, correlacionó significativamente con el grupo de amigos ($r = .000$; $\alpha < .001$), y el acceso a las drogas ($r = .000$; $\alpha < .001$). Estos resultados comprueban la Hipótesis alterna del estudio. Asimismo, se observó que el Índice de Vulnerabilidad Global no correlaciona con el sexo, por lo que se afirma que el grupo de amigos y el acceso a las drogas son factores de riesgo más robustos que el sexo de los que consumen drogas.

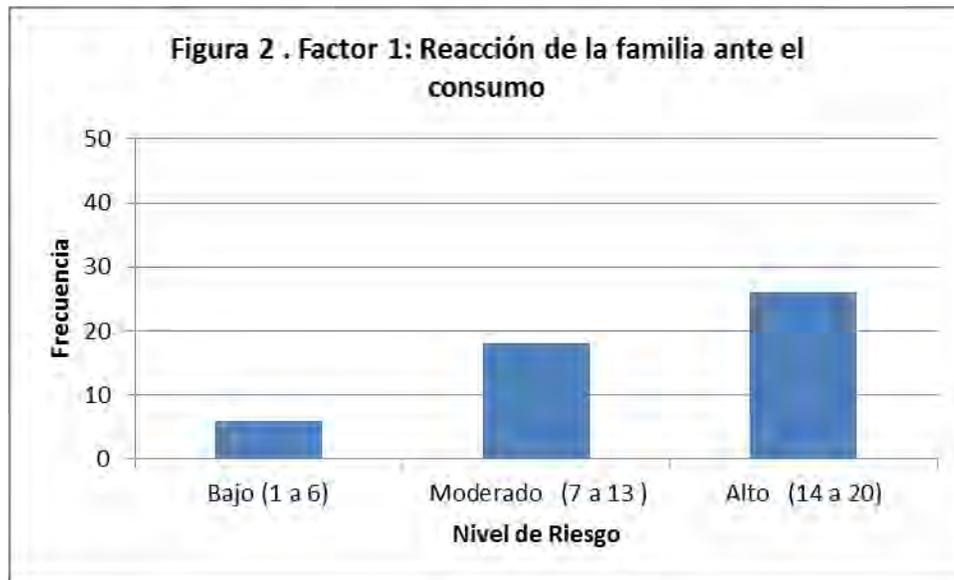
Con respecto a las frecuencias, se encontró que del total de la muestra (N=50), 28 estudiantes poseen un perfil de riesgo moderado siendo ésta la frecuencia más alta de toda la muestra, representando así a más del 50 % de los estudiantes. En el perfil de vulnerabilidad alto la frecuencia es de 18 participantes, es decir, 36 % del total, seguido del perfil bajo con tan solo cuatro participantes, lo cual representa el 8 %. (Véase Figura 1).



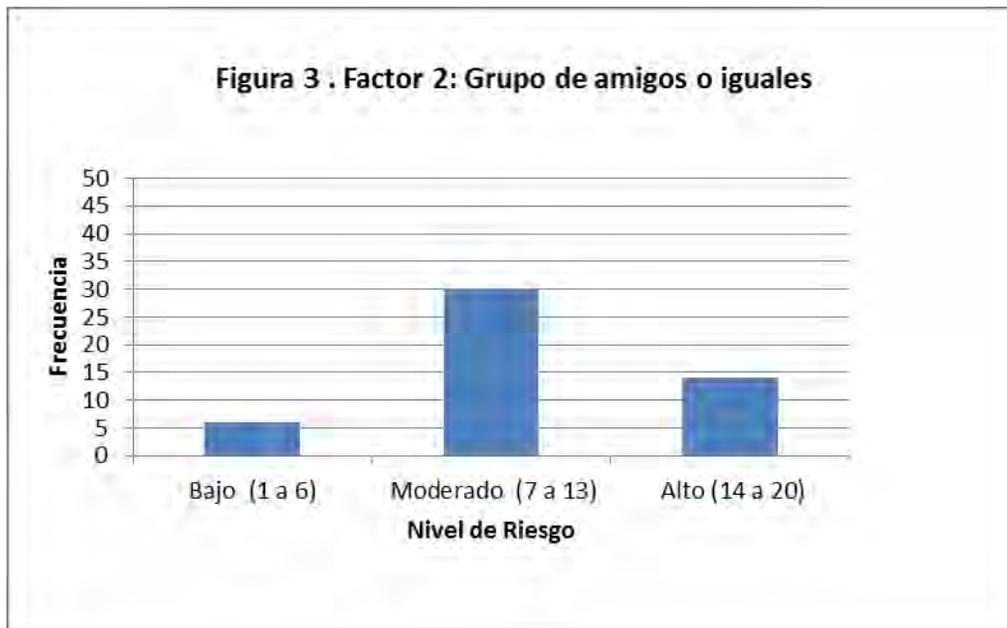
Además del índice global de riesgo, la prueba también arrojó el nivel de riesgo de los siete factores: reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos o iguales, acceso a la droga, riesgo familiar, educación familiar, actividades protectoras y estilo educativo. Las puntuaciones fueron transformadas en categorías en donde del 1 al 6 son indicativas de vulnerabilidad o riesgo bajo, de 7 a 13 de vulnerabilidad o riesgo moderado y de 14 a 20 de vulnerabilidad o riesgo alto.

El primer factor corresponde a la reacción de la familia ante el consumo; en este factor se encontró que el riesgo alto (14-20) tiene la frecuencia más alta con un total de 26 participantes lo cual indica que los familiares no se disgustarían ante el posible consumo, seguido del riesgo moderado (7-13) con un total de 18

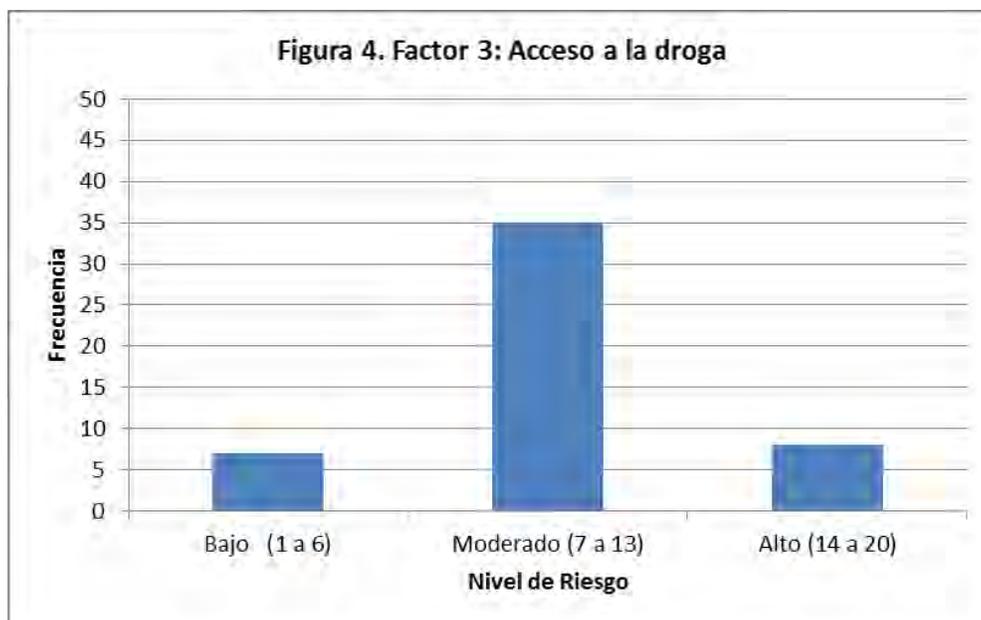
personas lo que señala que los familiares se disgustarían moderadamente. Finalmente, ante el bajo riesgo (1-6) solamente se encuentran seis participantes, lo que indica que los familiares se disgustarían mucho ante un posible consumo de tabaco, alcohol u otras drogas (Véase Figura 2).



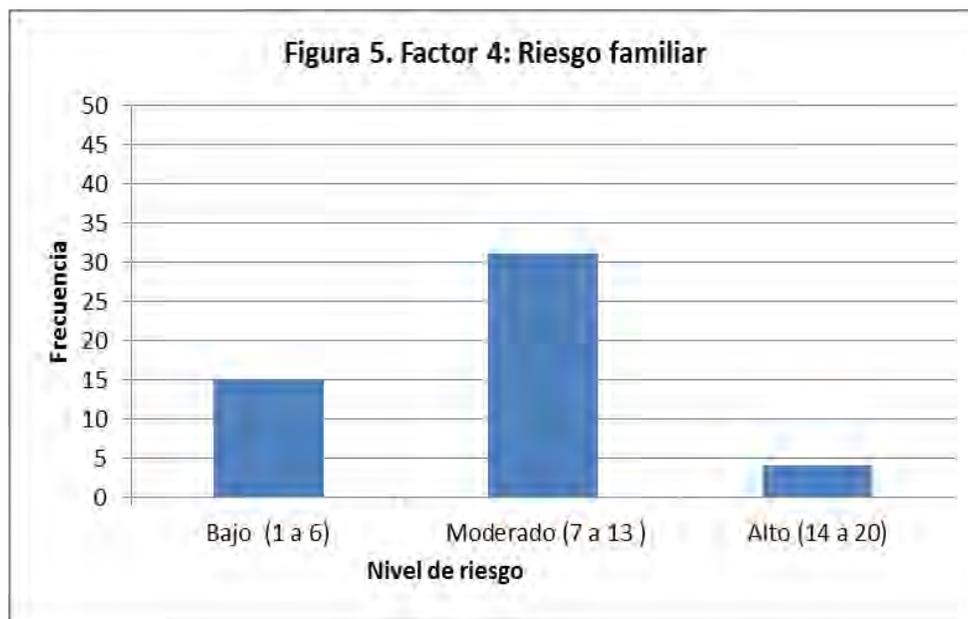
En el factor 2 (Véase Figura 3), que corresponde al grupo de amigos o iguales, la frecuencia más baja con un total de seis personas, se encontró en el nivel bajo (1-6) lo que significa que los amigos no son consumidores, tienen actitudes negativas hacia las drogas y el sujeto no suele realizar con ellos actividades de riesgo como acudir a lugares de consumo. Le sigue el nivel moderado (7-13) con un total de 30 personas, lo que indica que algunos de los amigos son consumidores, tienen actitudes positivas hacia las drogas y es posible que con cierta frecuencia realice actividades de riesgo con ellos. Finalmente en la puntuación (14 a 20) se encontraron 14 personas, lo que indica un nivel de riesgo alto en donde sus amigos son consumidores y con frecuencia realiza actividades de riesgo



En el factor 3 *acceso a la droga*, 35 participantes reportaron un nivel de riesgo moderado debido a que no les resultaría muy difícil conseguir la droga. Los 15 participantes restantes se distribuyeron en los niveles bajo y alto con una frecuencia de 7 y 8 respectivamente, en donde a los que se encuentran en la categoría de riesgo bajo les sería difícil conseguirla, mientras que a los que se concentran en una categoría alta su acceso a las drogas es fácil (Véase Figura 4).

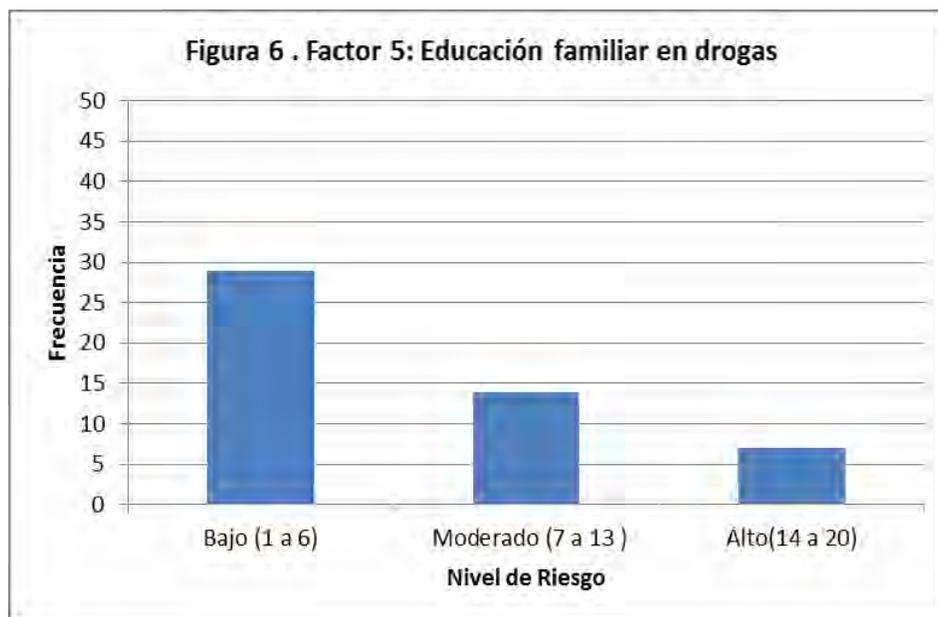


Por otro lado, en el factor 4, *riesgo familiar*, 31 participantes poseen riesgo moderado, lo que indica que en alguno de estos aspectos se pueden estar dando situaciones que resultan perjudiciales para el sujeto. En el nivel de vulnerabilidad la frecuencia es de 15 participantes, los cuales mantienen relaciones familiares afectuosas; no existe maltrato, los familiares no son consumidores de drogas y no se percibe conflicto familiar. Finalmente, la frecuencia más baja se encuentra en el nivel de riesgo alto con tan solo 4 personas lo que revela relaciones poco afectuosas o existencia de malos tratos, presencia de familiares consumidores y situación de conflicto familiar en estos participantes (Véase Figura 5).



Al igual que el factor 4 *riesgo familiar*, en el factor 5 *educación familiar en drogas* la frecuencia menor se encuentra en el nivel de riesgo alto con 7 participantes lo que indica que las normas y las advertencias sobre las drogas en la educación familiar no existen. Respecto al nivel de riesgo bajo, 29 participantes se encuentran en esta categoría, lo que indica que las normas respecto al uso de drogas están bien establecidas y que han sido advertidas las consecuencias del consumo de drogas. Finalmente, en la categoría de nivel de riesgo moderado

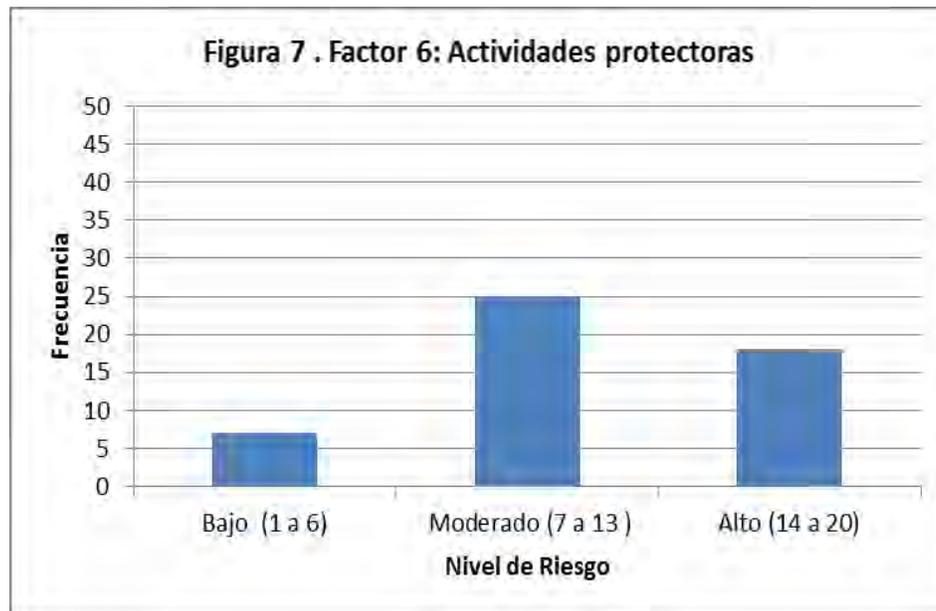
donde las normas existen parcialmente o no son del todo correctas la frecuencia es de 14 participantes (Véase Figura 6).



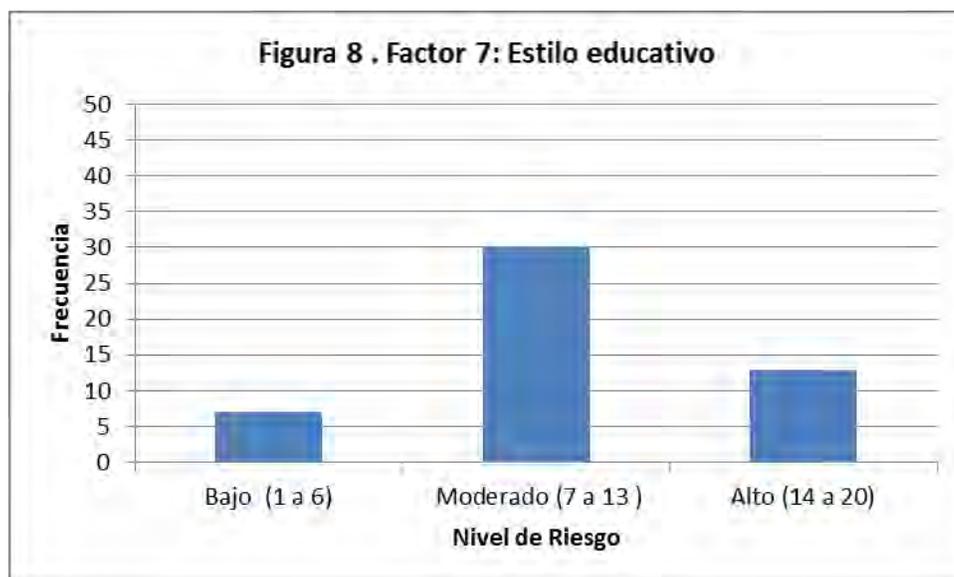
En el factor 6 actividades protectoras, la mitad de la muestra, es decir, 25 personas se encuentran en un nivel de riesgo moderado, lo cual indica que las actividades protectoras ante el consumo de drogas se dan moderadamente.

Seguido de este nivel le sigue la categoría de vulnerabilidad alto con 18 personas las cuales muestran nula o escasa existencia de actividades protectoras.

Por último se encuentra el nivel de riesgo bajo con una frecuencia de 7 personas las cuales tienen una gran cantidad de actividades protectoras del consumo: buenas relaciones familiares, éxito en la escuela, buen uso de su tiempo libre y actividades familiares (Véase Figura 7).



Finalmente en el factor 7 estilo educativo, la frecuencia mayor se encuentra en el nivel de riesgo moderado con un total de 30 participantes lo que indica que el estilo educativo es menos democrático, seguido del nivel alto con 13 participantes en donde el estilo es permisivo. Por último, dentro del nivel de vulnerabilidad bajo sólo se reportan siete participantes indicando un estilo educativo democrático (con autoridad) (Véase Figura 8).



De manera general, los resultados muestran que los adolescentes se encuentran en el perfil de riesgo moderado y alto ante el consumo de drogas, aumentando de esta manera su probabilidad ante el inicio y mantenimiento de ingesta de sustancias psicoactivas.

Los tres principales factores de riesgo en esta investigación fueron la reacción de la familia ante el consumo en donde los padres no se disgustarían si sus hijos realizan este tipo de conductas. Seguido de este primer factor, se encontró al grupo de amigos, pues más de la mitad de los entrevistados indicaron tener pares que son consumidores y con actitudes positivas hacia las drogas. El tercer factor significativo fue el de actividades protectoras, el cual indicó que los adolescentes mostraron la nula o escasa existencia de actividades como buenas relaciones familiares, éxito en la escuela, buen uso del tiempo libre y actividades familiares.

Los factores de riesgo con las puntuaciones más bajas fueron la educación familiar en drogas y el riesgo familiar, lo que indicó que los padres han establecido normas adecuadas respecto al uso de drogas y han advertido sobre las consecuencias que implica el consumo. Los adolescentes presentaron un riesgo bajo- moderado en el factor de riesgo familiar lo que demuestra que se han presentado situaciones perjudiciales en este ámbito.

Los resultados demuestran que los adolescentes entrevistados son un grupo vulnerable con un perfil de riesgo moderado-alto ante el consumo de drogas de acuerdo a la prueba utilizada (FRIDA).

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió analizar los factores de riesgo interpersonales asociados al consumo de drogas (reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos o iguales, acceso a la droga, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo) que facilitan el consumo de drogas, en 50 adolescentes de 15 a 16 años del primer semestre del bachillerato.

En relación al primer objetivo específico, los dos principales factores de riesgo fueron la reacción de la familia ante el consumo y el grupo de amigos o iguales. En la hipótesis del estudio se planteó como principales factores al grupo de amigos y al acceso a la droga, en este aspecto, el indicador acceso a la droga no resultó significativo. Sin embargo, en el índice de vulnerabilidad global ante el consumo, tanto el grupo de amigos como el acceso a la droga correlacionaron positivamente; el primer factor con los siguientes datos ($r = .000$; $\alpha < .001$), y segundo con ($r = .000$; $\alpha < .001$).

Es así que, en cuanto a la reacción de la familia ante el consumo, existe permisividad y aceptación social por parte de los padres respecto a que sus hijos adolescentes consuman drogas institucionalizadas como el tabaco y el alcohol, así como drogas no institucionalizadas. Las reacciones y actitudes positivas de los familiares directos hacia el consumo constituyen para este grupo el principal factor de riesgo. Esto concuerda con lo planteado por Fernández y Secades (s. f) los cuales argumentan que las actitudes favorables, condescendientes o tolerables del consumo, incrementan la probabilidad de la ingesta en los hijos adolescentes. Debido a que los padres promueven conductas permisivas, aun cuando ellos no sean consumidores, las reacciones positivas ante el consumo es un claro factor de vulnerabilidad. Asimismo Muñoz-Rivas y Graña (2001) citado en Lloret, Segura y Carratalá (2008) mencionan que ante la falta de rechazo de drogas convencionales por parte de los familiares directos, los adolescentes interpretan aceptación social y características de baja peligrosidad en las drogas.

El segundo factor de riesgo del estudio fue el grupo de amigos o iguales, esto quiere decir que los adolescentes entrevistados mantienen relaciones con

personas que son consumidores, que tienen actitudes positivas hacia las drogas y que con frecuencia realizan actividades de riesgo con ellos. Los amigos tienen una función socializadora ya que otorgan vínculos interactivos, definen la identidad, impulsan la adquisición de nuevas reglas y logran la independencia del núcleo familiar. Es así, que en el grupo de iguales se adquieren y afianzan habilidades sociales que son fundamentales para el desarrollo del ámbito socioafectivo. Sin embargo, también tienen una acción moduladora ejercida por la experimentación con sustancias psicoactivas (Moradillo, 2001; Moral, Ovejero & Pastor, 2004).

Por lo tanto, el establecimiento de relaciones amistosas con adolescentes consumidores propicia que aquellos que no las ingieran comiencen a adoptar patrones de ingesta debido a que el estatus y el reconocimiento social dentro del grupo es alcanzado mediante la tolerancia a ellas (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2009). Se coincide, de esta manera, con otros estudios empíricos que demuestran que tener amigos consumidores es un factor clave para adoptar conductas como el consumo de drogas (Sánchez et al., 2007; Moral et al., 2004).

Se comprobó en este estudio que las actitudes permisivas de los padres hacia las drogas y la influencia de amigos que son consumidores fueron los factores de riesgo más significativos para que el adolescente consuma drogas. En este sentido, las creencias y actitudes positivas de los familiares está relacionado como lo menciona Castro (1990) citado en Álvarez (2011) que los hijos sobreestiman el consumo otorgándole una actitud favorable que precede a iniciar o mantener su ingesta. Al igual que en un estudio realizado por Hawkins, Catelano y Miller (1993) y Centros de Integración Juvenil (2003) citado en Álvarez (2011) existe una relación altamente significativa entre la interacción del adolescente con amigos consumidores y su propio consumo. Por lo tanto, en esta investigación se encontró que tener amigos que son consumidores o que demuestran actitudes positivas frente a las drogas es un factor de riesgo ante el consumo.

Respecto a la relación entre sexo y factores de riesgo reportados, no existen diferencias significativas, lo cual quiere decir que ser hombre o mujer no tiene relación con ser mayor o menor vulnerable a consumir drogas.

Se encontró también, que los factores educación familiar y riesgo familiar representan las categorías de riesgo con los niveles más bajos, es decir, que los padres de los adolescentes entrevistados han establecido y advertido sobre las consecuencias del consumo de drogas. Asimismo mantienen relaciones afectivas cercanas, aun cuando en ocasiones se dan situaciones que resultan perjudiciales como una deficiente comunicación, falta de límites y normas, mala cohesión, maltrato, etc. Por lo tanto, estos resultados se relacionan a lo mencionado por Brook, Gordon, Whiteman y Cohen (1986) y Swain (1991) citado en Álvarez (2011) respecto a que las relaciones familiares positivas basadas en un vínculo afectivo cercano entre padres e hijos correlacionan con menor probabilidad de iniciar el consumo de drogas.

Una contradicción importante de los hallazgos encontrados, es que a pesar de que los padres dan información y advierten sobre las consecuencias de las drogas son permisivos y muestran actitudes favorables ante las sustancias, propiciando de esta manera el consumo en sus hijos. Esto puede deberse a que el modelado o aprendizaje vicario y las actitudes tiene un impacto mayor en la educación que sólo instruir verbalmente. La importancia del modelado en las conductas de riesgo ha sido explicada por Vielva, Pantoja y Abejón (2001), señalando que las conductas que realizan los padres respecto al consumo tienen el efecto de modelo que influye en las creencias, valores y actitudes frente a la droga. *“A través de su conducta y actitud, los padres propician o disuaden el consumo porque transmiten mensajes de aceptación o desaprobación y expectativas sobre el comportamiento que esperan de sus hijos”* (p.111).

De manera general, el perfil de riesgo del adolescente de primer semestre de bachillerato en la institución “Otilio Montaña” Cbtis 227 fue moderado, es decir, se encontró en el nivel de vulnerabilidad 7-13. Esto quiere decir que la reacción

positiva de su familia ante el consumo de drogas es un factor clave para que inicie o mantenga conductas de riesgo. El estilo educativo de sus padres es menos democrático y en algunas ocasiones permisivo, es decir, suficiente pero no adecuada comunicación y control, falta de restricciones en las conductas de sus hijos, escaso establecimiento de límites y normas, etc. Asimismo, los padres tienen baja o nula supervisión a las actividades que realizan, las relaciones que establecen y los problemas emocionales que tienen sus hijos.

Respecto a su grupo de amigos, mantiene relaciones con personas consumidoras, que tienen actitudes favorables ante la ingesta y realiza frecuentemente actividades de riesgo con ellos. Existen un número reducido de actividades que protegen al individuo del consumo como lo son el uso adecuado del tiempo libre, las actividades familiares, el éxito en la escuela, entre otras. En cuanto al acceso que tiene a las drogas, no le resultaría difícil conseguirlas.

Los alcances de la investigación permitieron asociar las variables grupo de amigos y acceso a la droga con el índice de vulnerabilidad global, ofrecer predicciones respecto a cuáles eran los principales factores de riesgo, además de cuantificar el grado de vulnerabilidad (bajo, moderado y alto) de los siete factores analizados.

Las limitaciones estuvieron relacionadas a no tomar en cuenta el rendimiento académico como una variable importante asociada al consumo de drogas, a la utilización de un solo cuestionario para el análisis de datos y a no comparar los resultados de los dos grupos de estudiantes entrevistados.

Se recomienda que para futuras investigaciones se amplíe la muestra y se tomen en cuenta los tres grupos de factores de riesgo: ambientales/contextuales, individuales (genéricos y psicológicos) y factores de socialización entre los que incluyen la familia, el grupo de iguales, la escuela y la comunidad. Y como líneas de investigación se desarrollen temas como: la relación de las drogas con las conductas antisociales y delictivas, el desarrollo de actividades de protección ante

el consumo y planes de acción en el ámbito escolar para aminorar o reducir la ingesta de drogas institucionalizadas.

El papel del psicólogo en el área de las adicciones es significativo debido a que su intervención oportuna en ámbitos familiares y escolares permite la detección de aquellos factores, situaciones y contextos que hacen probable el desarrollo de conductas de riesgo como el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, no sólo basta con identificarlos, sino también se deben crear acciones preventivas que aminoren o reduzcan el consumo, y para ello se necesita un trabajo conjunto con los padres de familia y con otros profesionales como los médicos, los abogados, los sociólogos, los pedagogos, entre otros.

Finalmente, es importante resaltar que aun cuando en este estudio fue posible detectar los dos principales factores de riesgo interpersonales ante el consumo de drogas; no deben considerarse como causa directa de conductas de riesgo pues estos la hacen probable, más no la causan. Además, los elementos constituyen variables interrelacionadas como lo son la familia, el grupo de amigos y la escuela.

REFERENCIAS

- Acero, A., Moreno, G., Moreno., J y Sánchez, L. (2002). Ocio, consumo y jóvenes. En: *La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio* (pp.11-20) Madrid: Editorial JUMA. Recuperado de <http://www.sociodrogalcohol.org/prevencion/documentos>.
- Álvarez, J. (2011). Factores psicosociales relacionados con el uso experimental de drogas ilícitas en adolescentes de Monterrey y Victoria, México. En: *Análisis psicosocial del uso de sustancias adictivas*. (pp.77- 121) México: Plaza y Valdes.
- Arias, J. (2014) Capítulo 10 Factores de riesgo y protección para el abuso y dependencia de drogas y conductas de alto riesgo en niños, adolescentes (y adultos). En: *Efectos Nocivos de la Marihuana y otros trabajos sobre abuso de drogas en adolescentes. Diagnóstico, tratamiento y prevención* (pp.265- 273) Argentina: Akadia.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2009) Apartado 1.2 Bases psicosociales del consumo de sustancias. En: *Manual de Evaluación y tratamiento de drogodependencias*. (pp.19 -23) Barcelona: Psiquiatría Editores Ars Médica.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2009) Capítulo 5 La prevención con grupos de alto riesgo. En: *Prevención del consumo de drogas, retos y estrategias en la sociedad contemporánea* (pp.146- 151) Tomo I, México.
- Fernández, J., y Secades, R (s.f). Capítulo 3 Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas (pp.129-133). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. España: Plan Nacional de drogas. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/p/p1.pdf>
- Funes, J. (1996). Qué hacen los adolescentes cuando toman una droga. En: *Drogas y adolescentes* (pp.45-57). Madrid: Santillana.
- García, E., Mendieta, S., Cervera, G., y Fernández., J (2003) . Capítulo 4. Neurobiología del alcohol y Capitulo 5 Farmacología del alcohol. En:

Manual SET de alcoholismo (pp. 96-98 y pp.108-109). Madrid: Médica Panamericana.

García, J., y López-Sánchez, C. (2012). Capítulo 4 Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes y Capítulo 12 La prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes. En: *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias*. (pp.75-89 y pp.251-263).Madrid: Editorial Síntesis.

Goldstein, A. (2003) Capítulo 10: Heroína, morfina y otros opiáceos. En: *Adicción de la biología a la política de las drogas*. (pp.157-164) España: Ars Medica.

Grimson, W. (2007). Capítulo 2 Clasificación de drogas y Capítulo 3 Adolescencia y drogas. En: *Drogas de hoy, problemas y prevenciones*. (pp. 14-17 y pp. 21-25)Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires Eudeba.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME.. México DF, México: INPRFM; 2015. Disponible en www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME.. México DF, México: INPRFM; 2015. Disponible en www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de*

Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco. Villatoro-Velázquez JA, Bustos Gamiño, M., Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME.. México DF, México: INPRFM; 2015. Disponible en www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx

Jaffe, J., Petersen, R.. y Hodgson, R (1980). Capítulo 1 Panorámica de las drogas y los vicios, Capítulo 4 En busca de estímulos y Capítulo 7 Marihuana, hierba para toda ocasión. En: *La psicología y tu: vicios y drogas: problemas y soluciones.*(pp.4-9, pp.28-39, pp.66-68). México: Editorial Tierra Firme, S.A de C.V

Larger, B., F y López, M., F (2002). Capítulo 3 Sustancias y Conceptos generales. En: *Manual de drogodependencias para profesionales de la salud* (pp. 138-147 y 16-18). España: Librería Universitaria s.l Ediciones Aribau, Pharmazanm, Citran y Col Legi Infermeria de Barcelona.

Lloret, D., Segura, M., y Carratalá, E. (2008) *Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural.* España: Instituto de investigación de drogodependencias. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912986001>

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., y Lizasoain, I. (2003) Capítulo 1 Conceptos fundamentales en Drogodependencias, Capítulo 2 Fundamentos biopsicosociales en drogodependencias. Capítulo 5 Opiáceos (I) Farmacología. En: *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación* (pp.3-23, 83-85 y 28-49) Madrid: Médica Panamericana.

Martínez, M., y Rubio, G., (2002) Capitulo 1 Concepto y clasificación de las drogas. En: *Manual de drogodependencias para enfermería* (pp.1-4.). España: Ediciones Díaz de Santos, S. A.

- Massun, E (1991). Capítulo 1 Definición de ideas, términos y conceptos básicos y Capítulo 2 Uso, abuso y dependencia de drogas En: *Prevención del uso indebido de drogas* (pp.13-23 y pp. 27-31) México: Editorial Trillas.
- Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. (2003). *Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998*. Salud Pública de México, 45, supl.1, (pp.16-25).Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15442.pdf>
- Molina del Peral, J. A (2011). ¿Qué debo saber de una adicción? En: *SOS Tengo una adicción* (pp.17-34) Madrid: Ediciones Pirámide
- Moradillo, F. (2001) Capitulo 15 Factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas. En: *Adolescentes, drogas y valores. Materiales educativos para la escuela y el tiempo libre*. (pp.211- 258)Madrid: CCS.
- Moral, M., Ovejero, A. y Pastor, J. (2004) *Modelado familiar y el grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas*. Boletín de Psicología, No. 81. (pp.33-68) Disponible en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N81-2.pdf>
- Puentes, M (2004) Capitulo 1 Introducción y Capitulo 3 Repercusiones psicofísicas. En: *Tu droga, mi droga: como entender y qué hacer ante la problemática de la drogadicción* (pp.20-27, pp. 37-41 y pp.107-109).
- Reidl, L., y González, A. (2011). Factores protectores en estudiantes no consumidores: En: *Juventud, cultura y consumo de sustancias en contextos escolares* (pp.135-150) México: Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Rubio, G., y Santo-Domingo, J. (2004). Capítulo 1 El papel de las drogas en la historia. En: *Todo sobre las drogas información objetiva para decidir y prevenir* (pp.23-35) Madrid: Ediciones Martínez Roca, S.A.

- Ruiz, O.M (2005) , Capítulo III Alcohol, Capítulo IV Tabaco, Capitulo VIII Cocaína y Capitulo XI Cannabis. En: *Actualización en drogodependencias. Análisis histórico, social y sanitario.*(pp.27-31, pp.67-74, pp.123-126 y pp.175-176). Andalucía : Editorial Formación Alcalá.
- Sánchez, M., Moreno, M., Muñoz, M y Pérez, P. (2007). *Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional.* Apuntes de Psicología. Vol. 25, N°3, (pp.305-324).
- Secades, R., Carballo, J., Fernández, J., García, O y García, E. (2006). *Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes.* Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Tapia, C., R (2001) Capítulo 1 Bosquejo histórico de las adicciones. En: *Adicciones: dimensión, impacto y perspectiva* (pp. 3-20). México: Editorial Manual Moderno.
- Tiburcio, M., Carreño, S; Martínez, K; Echeverría, L y Ruiz, E. (2009) Unidad 1 Las drogas y sus efectos. En: *Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves* (pp. 1-7). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Editorial Pax .
- Vielva, I., Pantoja, L y Abeijón, J. (2001). Capítulo 2 La disciplina y las prácticas educativas. En: *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas.* (pp.101-112). España: Universidad de Deusto.
- Washton, A., y Zweben, J. (2008). Capítulo 2 Naturaleza, curso y diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancias y Capitulo 3 Farmacología y descripción general de las sustancias psicoactivas. En: *Tratamiento de problemas de alcohol y otras drogas en la práctica terapéutica* (pp. 23-41 y pp. 43-75). México: Editorial Manual Moderno.

Yarúa, J. (2005). Capítulo IV Factores de riesgo y factores de protección. En: *Drogas. Escuela, familia y prevención*. (pp.93- 108). Argentina: Editorial Bonum.