

ADICCIONES en el ADOLESCENTE

Prevención y atención
desde un enfoque holístico



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Dirección General de Asuntos del Personal Académico



Dr. José Narro Robles
RECTOR



Dra. Patricia D. Dávila Aranda
DIRECTORA

Dr. Ignacio Peñalosa Castro
SECRETARIO GENERAL ACADÉMICO

CD Rubén Muñiz Arzate
SECRETARIO DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES

Dr. Raymundo Montoya Ayala
SECRETARIO DE PLANEACIÓN Y CUERPOS COLEGIADOS

CP Reina Isabel Ferrer Trujillo
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz
JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

MC José Jaime Ávila Valdivieso
COORDINADOR EDITORIAL

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
División de Investigación y Posgrado

ADICCIONES
en el
ADOLESCENTE

Prevención y atención
desde un enfoque holístico

Coordinadora

DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO

Autores

Diana Cecilia Tapia Pancardo
Rafael Villalobos Molina
Myrna Miriam Valera Mota
José Luis Cadena Anguiano
Juan Francisco Ramírez Estrada
Olivia del Rocío Guzmán Vázquez
Astrid Gabriela Maldonado Bonilla
Dulce María Luisa Ortiz Pérez

FES IZTACALA, UNAM
2016

Primera edición: junio del 2016

D.R. © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, CP 04510, Distrito Federal, México.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Av. de los Barrios N.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, CP 54090, Estado de México, México.

www.iztacala.unam.mx

ISBN: 978-607-02-8163-1

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

ESTA OBRA FUE DICTAMINADA POR:

Dr. Jorge Bernal Hernández. Maestría en Neurociencias, ENEP Iztacala, UNAM. Doctorado en Ciencias Fisiológicas. Investigador Nacional Nivel I, Nivel del Priede: "D". Líneas de investigación: Psicofisiología de la atención y de la memoria en niños y adultos y Psicofisiología del lenguaje en niños escolares. Autor de 12 artículos en revistas nacionales y 10 internacionales con arbitraje, 14 capítulos en libros, 178 presentaciones en congresos nacionales y 132 en congresos internacionales. Director de 3 tesis de licenciatura, 3 de maestría y 2 de doctorado. Proyectos financiados: 10.

Mtra. Elvira Velázquez Dávalos. Licenciatura en Psicología, ENEP Iztacala, UNAM. Maestría en Modificación de la conducta, FES Iztacala, UNAM. Diplomado en género violencia y adicciones y clínicas para dejar de fumar. Talleres presenciales y distancia: "Organización Bodeline y adicciones" y "Otras manifestaciones de la organización bodeline en la familia" impartido por Dr. Luigi Carcerini (2009). Experiencia de 13 años en la atención a personas con adicciones, Centros de Integración Juvenil AC y 2 años de trabajo en antisocialidad en la FES Iztacala, UNAM. Ponente en Congreso Latinoamericano de Psicología, ULAPSI Sao Paulo, Brasil (2005) y Congreso Salud Mental en la Mujer, Madrid, España (2011); congresos nacionales sobre adicciones organizados por Centros de Integración Juvenil. Conferencista en el tema de adicciones. Integrante de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Lic. Ricardo León Fabela. Licenciado en Psicología, FES Zaragoza, UNAM. Pasante de la maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM. Jefe del Departamento de Consulta Externa. Director de Unidad Operativa de atención a las adicciones CIJ Tlalnepantla y Subjefe de los Departamentos de Unidades Operativas y Proyectos Nacionales. Acompañante terapéutico en la Comunidad Terapéutica del Instituto Antares (1993). 17 años de experiencia en la operación y área preventiva de Adicciones. Autor de diversos artículos de carácter técnico y colaborador en los libros *Cómo Proteger a tus hijos contra Las Drogas y Drogas las cien preguntas más frecuentes*, así como en materiales didácticos. Orientador Educativo ENP 8, UNAM y en psicoterapia y consejería en práctica privada.

Lic. Olga Lidia Toledo Salgado. Licenciada en Psicología, FES Zaragoza, UNAM. Diplomados en Competencias Docentes para la Educación Actual, en Orientación Educativa, en Grafología, en Pruebas Psicológicas para el Área Laboral y en Terapia Familiar Sistémica. Consultora en desarrollo integral humano. Coordinadora académica y orientadora a nivel secundaria y medio superior. Directora del Departamento de Psicopedagogía. Participación en el Congreso Internacional de Educación por Competencias. Cursos en *Bullying* y Violencia Escolar, Competencias para la vida, Estrategias de trabajo con alumnos que presentan TDAH y Habilidades de comunicación asertiva entre otros.

APOYO TÉCNICO

MC José Jaime Ávila Valdivieso

CUIDADADO DE LA EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO

PLH Jorge Arturo Ávila Gómora

PLLyLH Julio Vicente Morales Castillo

CORRECCIÓN DE ESTILO

DG Elihu Gamboa Mijangos

FORMACIÓN EDITORIAL, DISEÑO DE PORTADA Y CONVERSIÓN A EPUB

DG Jacqueline Verónica Sánchez Ruiz

RETOQUE Y ADECUACIÓN DE IMÁGENES

Libro financiado por el Programa de Edición electrónica de libros PAPIIT, PAPIME e INFOCAB de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), título del libro: Adicciones en el Adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico. Clave RL300216. Convocatoria Extraordinaria 2016.

Impreso y hecho en México

DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO

Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO; Cirujana Dentista y maestra en Modificación de la Conducta por la FES Iztacala, ambas de la UNAM, y doctora en Salud Pública por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Profesora Titular “A” TC, Definitiva, adscrita a la División de Investigación y Posgrado de la FES Iztacala, con 27 años de experiencia. Profesora y coordinadora del Módulo de Atención a las Adicciones en el Área de la Salud en la carrera de Enfermería, y profesora en la asignatura “Psicología del Desarrollo, Sistemas de Educación Media Superior” en la Maestría en Docencia para la Educación Media Superior (MADEMS) en la FES Iztacala, UNAM. Prima al Desempeño (PRIDE), nivel “C”. Recertificada con excelencia como docente en Enfermería por el Colegio Mexicano de Enfermería (COMACE) para el periodo 2014-2017. Miembro de la International Association for Women’s Mental Health (IAWMH). Diplomados en: Enseñanza Superior, Bioética, Tanatología, Promotores del Desarrollo Humano y Psiquiatría Infantil. Tutora en los Posgrados de Enfermería y de Docencia para la Educación Media Superior en la UNAM. Ganadora de la Medalla “Gustavo Baz Prada”, otorgada por la UNAM, por el Programa de Servicio Social “Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y de violencia escolar en adolescentes”, en tres ocasiones: 2011, 2012, 2014. Revisora de artículos de la revista del CONAMED; en Science Domain: *International British Journal of Medicine and Medical Research* y *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, y en International Research Journals: *Journal of Research in Nursing and Midwifery*.

RAFAEL VILLALOBOS MOLINA

Biólogo, maestro y doctor en Ciencias por la UNAM. Profesor de Carrera Titular “C”, FES Iztacala, UNAM. PRIDE: Nivel “D”. Investigador Nacional Nivel III. Investigador Cinvestav 3C, Departamento de Farmacobiología, CINVESTAV-IPN (1988-2006). Profesor de Bioquímica, Facultad de Medicina, UNAM (1979-1985). Visiting Scientist, USDA, Human Nutrition Research Center on Aging at Tufts University, Boston, MA. (1993-1994). Visiting Fellow, Molecular Physiology and Genetics Section, Gerontology Research Center, NIA, NIH, Baltimore, MD (1990-1992). Visiting Fellow, Department of Biochemistry, Hahnemann University School of Medicine, Philadelphia, PA. (1985-1988). Autor de diversos artículos en revistas internacionales y nacionales. Líneas de investigación: Hipertensión, Síndrome Metabólico, Envejecimiento.

MYRNA MIRIAM VALERA MOTA

Licenciatura en Optometría. Maestría en Docencia. Doctorado en Educación. Profesora definitiva de Metodología, carrera de Optometría, FESI, UNAM. Coordinadora de asesores, profesora y tutora en la maestría en Docencia para Educación Media Superior Biología, FESI, UNAM. Jefa de Posgrado en la FESI 2007-2009. Secretaria del CAAx de la División de Investigación y Posgrado y del CAAx de la Carrera de Optometría. Coordinadora de Orientación vocacional de la carrera de Optometría. Coordinadora de la Disciplina de Optometría del Programa de Salud integral comunitaria. Ponente en diplomados de Calidad docente, Investigación en salud, Metodología de la Investigación, Educación Continua de la FESI. Más de 40 ponencias nacionales y 7 internacionales, 18 cursos, 2 talleres y 2 diplomados. Publicaciones tanto clínicas como educativas, capítulos de libro, artículos nacionales e internacionales y manuales. Colaboradora en 5 proyectos PAPIME y 3 PAPCA.

JOSÉ LUIS CADENA ANGUIANO

Egresado de FES Iztacala, UNAM. Mención Honorífica y Medalla Gabino Barreda, UNAM. Profesor asociado "C" FES Iztacala, UNAM. Posgrado en Cirugía Maxilofacial en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza IMSS. Profesor de Posgrado en el curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en el Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Profesor de Patología en la Universidad Tecnológica UNITEC. Miembro certificado en el Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial A.C. (fundador). Titular de comisión científica del Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial A.C. 2003-2006. Socio Activo de la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C. de 2000 a la fecha. Vocal de Comisión Científica del Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial A.C., periodo del 2010-2012. Miembro de la International Association of Oral and Maxillofacial Surgery.

JUAN FRANCISCO RAMÍREZ ESTRADA

Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM. Especialidad en la atención de las adicciones en los Centros de Integración Juvenil A.C. Líneas de investigación en la Prevención, tratamiento e investigación de adicciones. Profesor de Educación Media Superior en el Instituto Politécnico Nacional. Profesor de la licenciatura en Enfermería de la FES Iztacala, UNAM. Terapeuta especializado en intervención de incremento motivacional para consumidores de sustancias en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y la Universidad de Miami.

AGRADECIMIENTOS

PREFACIO

PRESENTACIÓN

EL CEREBRO INUNDADO CON DROGAS

Bases neurobiológicas de las adicciones

Los centros del placer afectados por las drogas

Drogas que causan adicción

Drogas cuya adicción está en discusión

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL USO DE DROGAS

Ámbito internacional

Ámbito nacional

DROGAS Y ADICCIÓN

Conceptos básicos

Consumo experimental, social, funcional y disfuncional

Variables que conforman el acto de usar una droga

Síndrome de intoxicación

Síndrome de abstinencia

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Clasificación jurídica

Clasificación según sus efectos

Clasificación según su capacidad adictiva

Clasificación según la OMS

Despenalización (¿legalización?) del uso de la Marihuana en México

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

EN GRUPOS VULNERABLES

Adolescencia ¿grupo vulnerable?

Factores de riesgo en relación con el consumo de drogas

Factores de protección en relación con el consumo de drogas

Asociación de las adicciones con el *bullying*

Adicciones y *bullying*

Consecuencias del *bullying*

PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN ADOLESCENTES

Identidad y desarrollo en la adolescencia

Inteligencia emocional y prevención de conductas antisociales
Papel de los padres y de los maestros

EMBARAZO Y ADICCIONES

Adolescentes embarazadas que consumen drogas
Problemas de embarazadas que consumen drogas

ATENCIÓN A PACIENTES ADICTOS

Atención a pacientes adictos
Prevención universal, selectiva e indicada
Intervención en crisis
Rehabilitación y reinserción social
Participación de todos

REFERENCIAS

AGRADECIMIENTOS

Hace ya varios años, personas muy importantes para mí, que ya no están físicamente, me enseñaron la dicha de tener vida, salud y amor, lo demás se da por añadidura; esos maestros fueron mis padres y adquirí el compromiso de transmitir esas enseñanzas a mis hijos, posteriormente tuve el honor de ingresar a la UNAM y, en esas aulas, se dio la otra parte de mi formación; hoy quiero compartir mediante esta gran oportunidad que nos da la FESI de escribir para nuestra comunidad, las bondades que la vida me ha regalado, por ello, invité a grandes académicos a trabajar en la construcción de este libro, basada en el respeto y admiración que tengo por ellos debido a su conocimiento, experiencia y compromiso universitario.

Tengo sueños que alcanzar y eso me regala la sensación de existir, ya que enfoco mi energía hacia el logro de los mismos, no importa cuánto me tarde; además, cuento con el apoyo, guía y la compañía de los que comparten estos sueños, por lo anterior quiero agradecer a mi familia, amigos, amigas, alumnos, alumnas, pasantes y compañeros que me regalan la oportunidad de compartir buenos y malos momentos, lo cual se vive sólo entre los que se dan la mano para crecer y aprender bajo el cobijo de un código basado en la amistad, la honestidad y la aceptación.

También, quiero agradecer infinitamente a los participantes de esta obra, ya que su amplia experiencia ha permitido identificar los contenidos para responder con visión multidisciplinaria al contexto actual sobre este problema de Salud Pública, con las competencias y habilidades pertinentes.

Gracias a todas estas personas, esta meta se ha cumplido.

Diana Cecilia Tapia Pancardo

PREFACIO

Esta obra contiene la información más actual sobre el consumo de drogas en las diferentes etapas de la vida, y describe los factores de riesgo asociados con su consumo de acuerdo a la persona, la familia y la sociedad; así como los factores de protección que se deben identificar y fomentar en los diferentes grupos vulnerables. Partimos de un panorama epidemiológico, internacional y nacional, que permite el marco de referencia de la realidad actual, las dimensiones del problema y la identificación de un severo problema de salud pública.

Los contenidos del libro presentan una respuesta a las necesidades de los profesionales del Área de la Salud, profesores y padres de familia; preocupados por un grupo tan vulnerable como es el de los adolescentes, a los que ya no se les puede cobijar la mayor parte del tiempo en casa, debido a la dinámica actual la vida, que abre la puerta a un mundo de oportunidades y riesgos, en la que los jóvenes serán los únicos que tomarán la pluma para escribir su historia, puesto que tendrán más libertad pero también más responsabilidades. En la actualidad, quien tenga la capacidad para conciliar con compromiso, prudencia y sabiduría, la libertad con la responsabilidad, perfilará su vida hacia grandes senderos; por el contrario, quien se arrebate y se deje sorprender por el brillo del placer inmediato y efímero, se encaminará hacia grandes problemas; un instante basta para decir a tiempo, **sí o no...** si le es posible comentar la respuesta de manera libre y sin vergüenza, entonces se habrá optado por la mejor respuesta, pero si la respuesta se oculta porque no corresponde a los valores inculcados en casa y escuela, entonces las cosas andan mal y esa decisión puede cambiar su vida.

Invitamos a los padres de familia a reflexionar en este tema tan delicado y a que recuerden que nuestros adolescentes seguirán siendo eso, hasta que cumplan ciertas tareas, tales como seleccionar una profesión, lograr un equilibrio emocional y ser independientes; por tanto, es imprescindible evitar su aislamiento, mediante una buena comunicación, para lo cual se requiere una preocupación constante sobre ¿cómo están?, ¿qué hacen?, ¿qué sienten?, ¿cómo van en la escuela? Como padres, sabemos que no podemos conformarnos con la respuesta “**bien**”,

ya que no brinda información suficiente. Los adolescentes, debido a la búsqueda de identidad, pertenencia y aceptación, son vulnerables a numerosos peligros en las calles y a la manipulación de personas que quieren sacar ventaja. Es importante que nos involucremos a lo largo de su vida, pues siempre será necesaria la guía o los consejos de nuestros seres queridos. Como familia lograremos enfrentar los problemas de nuestra sociedad y no permitiremos que nada ni nadie contamine a lo que más amamos.

Diana Cecilia Tapia Pancardo

PRESENTACIÓN

En términos generales, el material que el lector tiene en sus manos, plasma de una manera sencilla y completa los tópicos más importantes sobre el tema de adicciones. De primera impresión, podría decir que el tipo de lenguaje utilizado es comprensible para aquellos que se encuentran en formación académica y desean abordar el tema en las distintas disciplinas de la salud; sin embargo, como formadora y promotora de la educación formal en jóvenes adolescentes, puedo apuntalar que el contenido del material puede ser explotado para la orientación a padres de familia y docentes que, en su formación universitaria, carecieron de información precisa en el desarrollo psicológico, social y emocional de jóvenes adolescentes.

Considero de suma importancia el acercar este libro a la consulta continua de los padres de familia, ya que son ellos la primera fuente de prevención de cualquier tipo de conducta inadecuada. Como se aborda en el capítulo 5 “Factores de riesgo y de protección en grupos vulnerables”, la actitud que presenta el adolescente frente al duelo por los padres de la infancia puede desencadenar, en ellos, la presencia de actitudes destructivas. Tal como lo refiere Papalia, la separación progresiva de los padres será exitosa si existen funciones parentales bien definidas que le permitan tomar decisiones asertivas en su vida futura. Los estilos de crianza cobran especial importancia cuando hablamos de factores de riesgo y por ello se deja a consideración enlazar estos tópicos para que los padres de familia puedan consultar el material y, así, reconocer las consecuencias de no fijar relaciones sanas en el núcleo familiar, la importancia y efectos de no establecer vínculos comunicativos efectivos entre padres e hijos y las consecuencias que tienen las brechas generacionales cuando éstas se fundamentan en la diferencia y no en la relación entre ambas.

Con respecto al tema de sentido de identidad en el adolescente, toma relevancia la actividad social que se lleva a cabo en los centros educativos, debido a que éstos cumplen una función importante en el proceso de formación de la personalidad y, al mismo tiempo, favorecen la inserción de los adolescentes en el mundo social de los adultos.

El establecimiento de normas claras en los centros educativos tiene un impacto importante en los adolescentes; ampliar la información sobre el efecto y las pautas de acción que se pueden llevar a cabo, puede de ser de gran utilidad para aquellos que se dedican a la educación formal en los diferentes niveles educativos.

En virtud de la experiencia que me ha dejado el trabajo con personal del Sector Salud y la cercanía con población adolescente durante los últimos 10 años, considero que el capítulo 8 “Atención a pacientes adictos”; resulta de indispensable para orientar a quienes serán los responsables de encauzar el proceso de atención de los jóvenes, con información y estrategias, con el fin de establecer una comunicación efectiva con los pacientes identificados. Puntualizar las disciplinas que trabajan en pro de la rehabilitación de jóvenes adictos identificados o no, así como de la gama de estrategias que pueden emplearse para establecer el primer contacto que puede ser, en la mayor parte de los casos, el factor determinante para que los jóvenes reconozcan que necesitan ayuda y permitan ser ayudados. Corrientes teóricas como la Programación Neurolingüística (PNL), la hipnosis Eriksoniana, la terapia centrada en soluciones, la Antropología social y familiar, entre otras, pueden aportar distintas consideraciones que refuercen el trabajo teórico previamente revisado.

En conclusión, *Adicciones en el Adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*, presenta excelentes áreas de oportunidad para llegar a cada vez más personas, y que éstas puedan sumarse a las redes de apoyos familiares, escolares y sociales, que han sido descritas en líneas anteriores, desde el punto de vista de la Psicología clínica y educativa, áreas de mi formación académica y experiencia laboral.

Es una obra que puede quitar la venda de los ojos a algunos que, a pesar de ser expertos en sus áreas de trabajo, desconocen la génesis de las adicciones en nuestros jóvenes. Si bien se han logrado avances importantes en este tema, aun tenemos mucho camino que recorrer padres, educadores, alumnos en formación, jóvenes adolescentes y aquellos interesados en mejorar la calidad de vida de nuestra sociedad, en especial, de nuestros jóvenes, futuro de nuestra nación.

Esperando que la presente sea de ayuda para quienes, con gran responsabilidad ética y moral, hacen de un sueño algo real y de sus objetivos personales, logros en sociedad.

Olga Lidia Toledo Salgado

EL CEREBRO INUNDADO CON DROGAS

*Rafael Villalobos Molina
Myrna Miriam Valera Mota
Itzel Mondragón Ramírez
Diana Cecilia Tapia Pancardo*

Para que nuestras sensaciones sean adecuadas y para que podamos reaccionar voluntaria o involuntariamente frente al mundo que nos rodea, el Sistema Nervioso ha de funcionar de manera efectiva.

Fernando Caballero Martínez

Según la Organización Mundial de la Salud (www.oms.org), una droga es aquella sustancia de origen biológico, mineral o sintético que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalada, aspirada, inyectada, fumada o tomada), puede alterar de modo alguno el Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo.

Cualquier droga, legal o ilegal, proporciona una recompensa; a su vez, representa un riesgo y su abuso puede causar adicción.

Por supuesto, la decisión de usar drogas depende de cada persona, quien debe valorar la relación recompensa/riesgo. Las recompensas cubren una gama de efectos como: cura de una enfermedad, disminución de dolor físico o emocional, intoxicación, relajación. Algunas drogas conocidas como psicodélicas (del griego *ψυχή*, “alma”, y *δήλομαι*, “manifestar”: “que manifiesta el alma”) permiten, además, el incremento y la expansión en las sensaciones emocionales y de introspección del individuo. Los riesgos también son variados: daño físico, disrupción psicodélica (alteración de la percepción), dependencia a las drogas (adicción) y violación de la ley.

BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LAS ADICCIONES

Para entender cómo las drogas ejercen su acción y cuáles son algunos de sus efectos, se debe conocer el mecanismo de neurotransmisión en el SNC. La neurotransmisión por el agente endógeno, acetilcolina (Figura 1.1) es tomada como ejemplo del fenómeno bioquímico-fisiológico de la comunicación física (cambio en el potencial de membrana o potencial de acción en células excitables) y química (liberación de un neurotransmisor de una célula nerviosa y su acción sobre otra, nerviosa o muscular) (Lehninger, 2009).

La membrana plasmática de la célula (neurona) presináptica está polarizada (el valor interno es negativo) debido a la acción electrogénica de la ATPasa de Na^+/K^+ , que bombea 3 Na^+ hacia afuera e introduce 2 K^+ . Un estímulo en la neurona presináptica genera el potencial de acción (1) que recorre la célula a lo largo del axón y abre canales de Na^+ operados por voltaje, que permiten la entrada del catión y resulta en despolarización local, lo cual abre el canal adyacente.

La direccionalidad del potencial de acción ocurre porque hay un breve periodo refractario en los canales de Na^+ . Una vez que el impulso eléctrico llega a la punta del axón, se abren canales de Ca^{2+} operados por voltaje, permitiendo la entrada del catión Ca^{2+} (2), esto aumenta la concentración de Ca^{2+} , disparando la fusión de vesículas que contienen acetilcolina con la membrana plasmática y la exocitosis que libera al neurotransmisor (3). La acetilcolina se une al receptor-canal iónico que está en la neurona posináptica (o célula muscular), causando que se abra el canal iónico operado por ligando, es decir la acetilcolina o la nicotina (4). Los iones Na^+ y Ca^{2+} entran a través de este canal despolarizando la célula posináptica (5). La señal eléctrica o potencial de acción se transfiere a la neurona posináptica (o célula muscular) y se moverá a una tercera neurona con la misma secuencia de eventos.¹

¹ Véase el sitio www.hhmi.org/biointeractive/animations, para observar un video sobre la neurotransmisión.

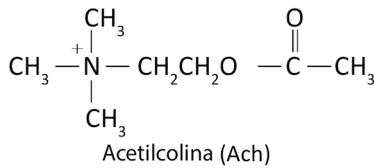
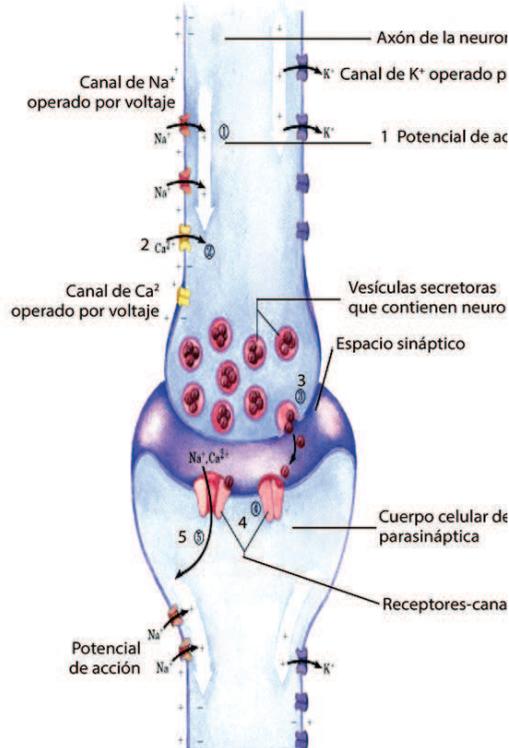


Figura 1.1. Fórmula química de la acetilcolina y mecanismo de neurotransmisión. (Adaptado de Lehninger: Principios de Bioquímica, 2009).

LOS CENTROS DEL PLACER AFECTADOS POR LAS DROGAS

Núcleo *accumbens*

El núcleo *accumbens* tiene una función central en el circuito de recompensa. Su operación se basa principalmente en dos neurotransmisores

esenciales: la dopamina, que promueve el deseo, y la serotonina, cuyos efectos incluyen saciedad e inhibición. Muchos estudios en animales han mostrado que todas las drogas incrementan la producción de dopamina en este núcleo, mientras que se reduce la de serotonina. Sin embargo, el núcleo *accumbens* no funciona aislado, sino que mantiene estrecha relación con otros centros involucrados en los mecanismos del placer, y en particular, con el área ventral tegmental (VTA, por sus siglas en inglés) (Figuras 1.2 y 1.3).

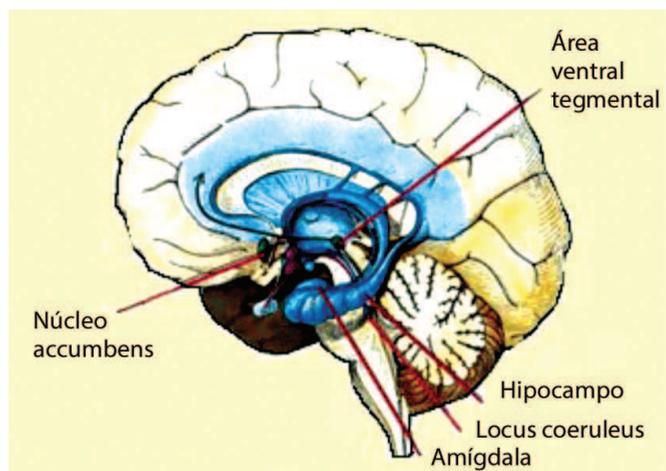


Figura 1.2. Estructuras del cerebro involucradas en la adicción a drogas (<http://www.google.com.mx/search?q=imagen+de+neurotransmision+colinergica&hl=es&clie>).

Área Ventral Tegmental

El VTA se localiza en el cerebro medio, encima del tallo cerebral y es una de las partes más primitivas del cerebro. Las neuronas de esta área sintetizan dopamina, mientras que sus axones llegan al núcleo *accumbens*. El VTA también es influenciado por las endorfinas, cuyos receptores son el blanco de las drogas opiáceas como la heroína y la morfina. Otra estructura involucrada en los mecanismos del placer es la corteza prefrontal, cuya función es la planeación y la motivación. La corteza prefrontal es un relevo del circuito de recompensa significativo, que tam-

bién es modulado por la dopamina. El *locus coeruleus*, un centro de alarma del cerebro repleto de noradrenalina, es otra estructura cerebral que tiene una importante función en la adicción a las drogas: cuando no hay acceso a la droga, el *locus coeruleus* obliga al adicto a realizar cualquier acción para obtenerla.

Tres estructuras del sistema límbico también participan de manera activa en el circuito del placer y, como consecuencia, en la dependencia a las drogas: 1) la amígdala, que proporciona coloración agradable o desagradable a las percepciones; 2) el hipocampo, base de la memoria que preserva los recuerdos agradables asociados con el uso de una droga y, por asociación, con todos los detalles del entorno en el cual es usada (con el tiempo estos detalles pueden reabrir el deseo de usar la droga y quizá contribuir a que el paciente regrese a la condición de adicto); 3) la ínsula, la porción más anterior de la corteza insular, es la parte del sistema límbico que posiblemente tiene una función activa en la búsqueda de placer asociada con los alimentos y con las sustancias psicoactivas. También puede contribuir con el aspecto consciente de nuestras experiencias emocionales, necesidades y deseos.



Figura 1.3. Estructuras químicas de la Dopamina [4-(2-aminoetil) benceno-1,2-diol], la Serotonina [3-(2-aminoetil)-1H-indol-5-ol] y la Noradrenalina [4-[(1R)-2-amino-1-hidroxietil] benceno-1,2-diol].

DROGAS QUE CAUSAN ADICCIÓN

Alcohol

El alcohol o etanol (Figura 1.4) pasa directamente del tracto digestivo a los vasos sanguíneos y, en minutos, la sangre lo transporta a todo el

cuerpo, incluido el cerebro. Afecta las neuronas cerebrales de varias maneras: altera sus membranas y sus canales iónicos, enzimas y receptores; también se une directamente con los receptores para acetilcolina, serotonina, GABA y con los receptores NMDA para el glutamato.

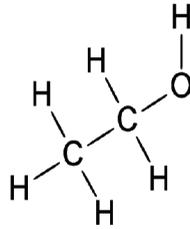


Figura 1.4. Alcohol, etanol.

El consumo crónico de alcohol produce gradualmente que los receptores NMDA sean hipersensibles al glutamato y que los receptores GABAérgicos se desensibilicen. Es esta adaptación la que puede causar el estado de excitación característico del síndrome de abstinencia al alcohol.²

El alcohol incrementa la liberación de dopamina por un proceso que aún no se entiende por completo, pero parece involucrar la disminución en la actividad de la enzima que degrada a la dopamina. También actúa en el cerebro produciendo efectos diversos en el comportamiento, y estos dependen de:

- La cantidad de alcohol ingerido
- El periodo de tiempo en el cual se consume el alcohol
- El consumo simultáneo con otras drogas
- La historia de bebedor del individuo
- El estado físico de la persona que consume alcohol
- El genoma del individuo (ej. etnicidad, género)
- El estado de ánimo y psicológico de la persona
- El entorno en el que se ingiere el alcohol.

En general, el alcohol ingerido en dosis pequeñas (Concen-

² Véase el sitio <http://www.thebrain.mcgill.ca>, para observar una animación sobre la interacción del alcohol con el receptor para GABA.

traciones de Alcohol en Sangre (BAC, por sus siglas en inglés) = 0.03-0.12%) producen: baja inhibición, sensación de relajación, mayor autoconfianza, disminución del juicio, menor atención y ligera descoordinación. Las BAC de 0.09-0.25% inducen: mayor descoordinación, menor tiempo de reacción, pérdida de balance, visión borrosa, movimientos exagerados, dificultad para recordar. Las BAC mayores a 0.30% resultan en: confusión, mareo, dicción “chorreada”, intoxicación severa, alteraciones en el ánimo, agresión o cariño incrementado, y disminución en la habilidad para sentir dolor físico. Las BAC más altas, hasta 0.40%, pueden resultar en estupor, estar incapacitado, pérdida de las sensaciones, dificultad para despertar y lapsos de inconsciencia. Finalmente, si el alcohol sanguíneo alcanza 0.50% la persona puede morir por una variedad de complicaciones fisiológicas, como reflejos disminuidos, menor frecuencia cardíaca, menor respiración y disminución de la temperatura corporal.

Nicotina

La nicotina mimetiza la acción del neurotransmisor acetilcolina y se une al receptor para acetilcolina del tipo nicotínico (canal iónico). Si la acetilcolina o la nicotina se unen al receptor nicotínico, la respuesta es similar: el receptor cambia su conformación y abre el canal iónico asociado por unos milisegundos, el que permite la entrada de Na^+ a la neurona y despolariza la membrana, excitando a la célula (Figura 1.5).³

Después, el canal se cierra y el receptor nicotínico no responde a ningún neurotransmisor durante un tiempo. Este estado de desensibilización es artificialmente prolongado por la exposición continua a la nicotina. La dependencia al tabaco se desarrolla muy rápido debido a que los receptores nicotínicos se ubican en el VTA, el cual proyecta sus axones hacia el núcleo *accumbens* y, con la estimulación continua, aumenta la liberación de dopamina en ese núcleo. En los fumadores crónicos se mantiene la alta concentración de nicotina que desactiva los receptores y disminuye su recuperación. Esto explica por qué los fumadores desarrollan la tolerancia a la nicotina.

³ Véase el sitio www.hhmi.org/biointeractive/animations para observar un video sobre la neurotransmisión de acetilcolina; Lehninger, 2009.

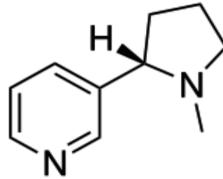


Figura 1.5. Nicotina: 3-[(2S)-1-metilpirrolidin-2-il]piridina].

Después de un periodo breve sin fumar (durante el sueño), la concentración de nicotina disminuye y algunos receptores se recuperan; al ser funcionales de nuevo, la neurotransmisión colinérgica aumenta a un nivel anormal que afecta todos los sistemas colinérgicos del cerebro. Así, los fumadores experimentan agitación y no placer, lo que los obliga a fumar de nuevo.

En el humo del tabaco hay una molécula, no identificada, que inhibe a la enzima monoamino oxidasa B (MAO B), que hidroliza e inactiva la dopamina; aumentando la concentración de esta última en el circuito de recompensa, lo que contribuye a la dependencia del fumador. Cuando se asocia el alcohol con el cigarro, existe inflamación del nervio óptico, disminuye la agudeza visual y la visión al color se ve afectada, el nervio óptico puede perder sus fibras y la *mácula* destruirse definitivamente, por lo que resulta una ceguera irreversible.

Cocaína

La cocaína bloquea la recaptura de neurotransmisores (dopamina, noradrenalina y serotonina) al unirse a los transportadores que remueven el exceso de esos agentes de la sinapsis, resultando en el efecto amplificado de la dopamina (Figura 1.6). Así, esas neuronas producen mayor dependencia (por la dopamina), autoconfianza (por la serotonina) y energía (por la noradrenalina), experimentadas por personas adictas a la cocaína. Además, las neuronas noradrenérgicas del *locus coeruleus* proyectan sus axones a las estructuras principales del cerebro frontal, por lo que el poderoso efecto de la cocaína se puede entender fácilmente. Durante el consumo crónico, el cerebro depende de la cocaína exógena para mantener el alto grado de placer, asociado con la alta concentración

de neurotransmisores en los circuitos de recompensa. Así, la neurona posináptica se puede adaptar a la alta concentración de dopamina y sintetiza nuevos receptores para su unión y efectos. Por tanto, aumenta la sensibilidad general y cuando no hay consumo de cocaína, se produce depresión y antojo por la droga y la dopamina regresa a su concentración normal. La dependencia a la cocaína está muy relacionada con sus efectos en las neuronas de los circuitos de recompensa.

La cocaína causa midriasis, fotofobia, y es frecuente la inflamación e infección de los conductos lagrimales (en el caso de la cocaína aspirada). Cuando la cocaína está mezclada con silicato de magnesio (talco), y se suministra por vía intravenosa, llegan partículas al pulmón denominadas granulomas pulmonares, que se liberan a la circulación general y llegan a la retina, provocando que el fondo de ojo se visualice con opacidades cristalinas retinianas, generalmente concentradas en la *mácula*, produciendo isquemia macular con disminución de agudeza visual central; además, puede inducir desprendimiento de retina.

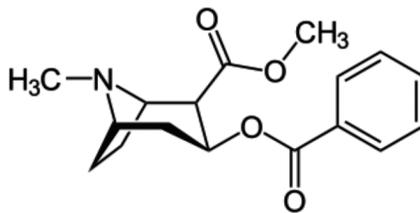


Figura 1.6. Cocaína: [(1R, 2R, 3S, 5S)-3-(benzoiloxi)-8-metil-8-azabicyclo [3.2.1] octano-2-carboxilato de metilo].

Anfetaminas

Las anfetaminas son drogas psicoestimulantes de la familia de las fenetilaminas, usadas para disminuir la fatiga y el apetito; al igual que la cocaína, las anfetaminas aumentan la concentración de dopamina en la sinapsis, pero por un mecanismo distinto; son similares a la dopamina, por lo que pueden llegar a la parte terminal de la neurona presináptica por difusión directa o por los transportadores de dopamina (Figura 1.7). Una vez en la neurona presináptica, las anfetaminas fuerzan a las

vesículas a liberar dopamina hacia la sinapsis, al hacer que los transportadores funcionen en reversa (Shulgin & Shulgin, 2007).

Las anfetaminas también actúan por otros mecanismos: disminuyen la captación de dopamina y, en altas concentraciones, inhiben a la MAO A (Figura 1.8). También excitan a las neuronas dopaminérgicas a través de las neuronas glutamatérgicas, quitando el efecto inhibitorio de los receptores metabotrópicos de glutamato. Así, al eliminar este inhibidor natural, las anfetaminas hacen a las neuronas dopaminérgicas más fácilmente excitables.

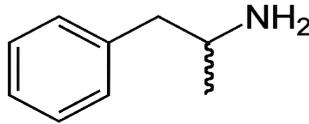


Figura 1.7. Anfetamina: [(±)-1-fenilpropan-2-amina].

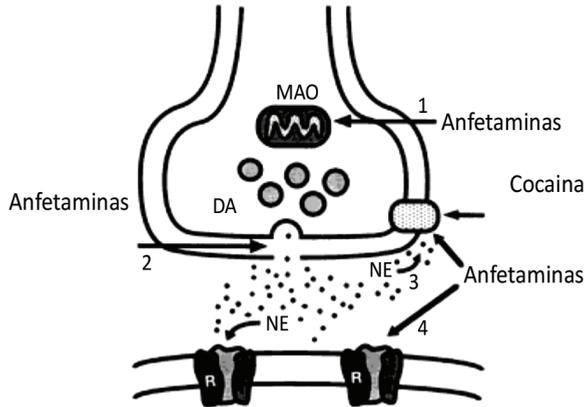


Figura 1.8. Las anfetaminas y la cocaína modifican la comunicación entre las neuronas que usan dopamina (DA) y noradrenalina (NE) como neurotransmisores.

Opiáceos

El cuerpo humano produce naturalmente sustancias parecidas a opiáceos y las usa como neurotransmisores. Estos opiáceos incluyen a las endorfinas, las encefalinas y la dinorfina, conocidas como opioides endógenos. Los opioides endógenos modulan nuestras reacciones a los estímulos dolorosos, regulan funciones vitales como el hambre y la sed y están involucrados en el estado de ánimo, la respuesta inmunitaria y otros procesos.

La razón por la que los opiáceos, como la heroína y la morfina (Figura 1.9; Evans-Schultes y Hofmann, 2008), afectan de manera importante es que estas sustancias exógenas se unen a los mismos receptores que nuestros opioides endógenos. Existen tres tipos de receptores distribuidos ampliamente en el cerebro: los receptores mu (μ), los delta (δ) y los kappa (κ). Estos receptores, a través de segundos mensajeros, aumentan la probabilidad de que los canales iónicos se abran, lo que reduce la excitabilidad de las neuronas. La disminución en la excitabilidad es la fuente más común de los efectos eufóricos de los opiáceos, y parece ser mediada por los receptores μ y δ .

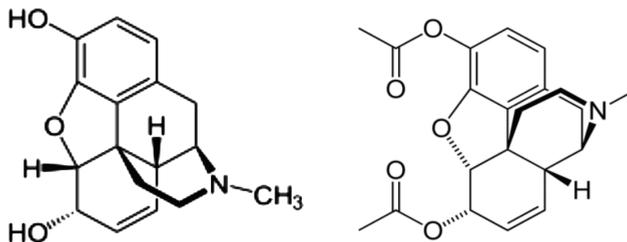


Figura 1.9. Estructuras químicas de la morfina y de la heroína: [(5 α ,6 α)-7,8-dideshidro-4,5-epoxi-17-metilmorfinan-3,6-diol y 5 α ,6 α)-7,8-dideshidro-4,5-epoxi-17-metilmorfinax-3,6-diolmiacetato].

El efecto eufórico también parece involucrar otro mecanismo en el cual las interneuronas GABA-inhedoras del VTA entran en acción. Al unirse a los receptores μ , los opiáceos exógenos reducen la cantidad de GABA liberado; normalmente, este último reduce la cantidad de dopamina liberada en el núcleo *accumbens*. Al suprimir a este inhibidor, los opiáceos incrementan la cantidad de dopamina producida y la cantidad de placer obtenida.

El consumo crónico de los opiáceos inhibe la producción de AMP cíclico, pero esta inhibición se compensa, a largo plazo, por otros mecanismos de producción de AMPc. Cuando no hay opiáceos disponibles, este aumento en la capacidad de producción de AMPc aparece y resulta en hiperactividad neural y la sensación de antojo por la droga.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas como el diazepam (Valium) y el clonazepam (Rivotril) son ansiolíticos con efectos de hipnosis o amnesia y, al igual que el alcohol, aumentan la eficiencia de la transmisión sináptica del neurotransmisor GABA, al actuar sobre sus receptores (Figura 1.10). El receptor para GABA es un complejo multiproteico que une GABA y reconoce, en sitios diferentes, a las benzodiazepinas que modulan su actividad: una vez que la droga se une a su sitio, no estimula directamente el receptor sino que aumenta su eficiencia al incrementar la frecuencia de apertura del canal de Cl⁻, cuando el GABA se une a su sitio en el receptor. El aumento en la concentración de iones Cl⁻ en la neurona posináptica, la hiperpolariza haciéndola menos excitable.

Los barbitúricos se unen a otro sitio en el receptor GABA con efectos similares; sin embargo, la ventaja de las benzodiazepinas es que no abren los canales de Cl⁻ directamente, sino que potencian el efecto del GABA. Mezclar alcohol con benzodiazepinas es peligroso, debido a que sus efectos sobre los canales de Cl⁻ pueden ser aditivos. Ahora se sabe que las benzodiazepinas causan dependencia aún en dosis terapéuticas y tratamientos cortos.

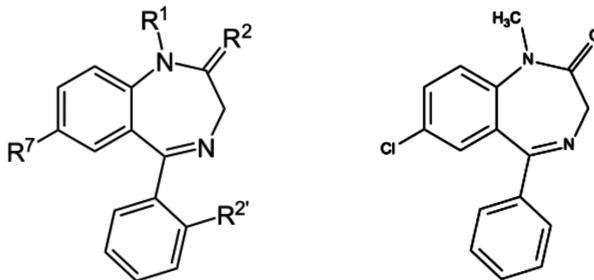


Figura 1.10. Benzodiazepina y diazepam: [5-fenil-1*H*-benzo[*e*] [1,4] diazepin-2(3*H*)-ona y 7-cloro-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepin-2-ona].

Éxtasis

El éxtasis o cristal (3,4-metilendioxi metanfetamina, MDMA) (Shulgin & Shulgin, 2007) es una droga sintética y actúa simultáneamente como estimulante y como alucinógeno, ya que su estructura molecular es similar a las anfetaminas y al ácido lisérgico (LSD). Al igual que las anfetaminas y la cocaína, el éxtasis bloquea la recaptura de neurotransmisores, incrementando su concentración en la sinapsis y su efecto en la célula posináptica (Figura 1.11). También potencia los efectos de noradrenalina y de dopamina, pero es diferente a otros psicoestimulantes, ya que tiene alta afinidad por los transportadores de serotonina, por lo que el efecto inicial del éxtasis es aumentar la liberación del neurotransmisor por las neuronas serotoninérgicas. Así, la persona siente mayor energía, euforia y suprime ciertas inhibiciones en su relación con otras personas. Unas horas después, disminuye la concentración de serotonina, ya que se reduce la actividad de la enzima que la sintetiza (triptófano hidroxilasa) y puede durar más tiempo que el incremento inicial; es decir: el aumento artificial por la droga, en la concentración de serotonina ejerce la retroalimentación negativa sobre la enzima que la sintetiza. Por tanto, cuando cesa la ingesta de la droga, el exceso inicial del neurotransmisor se convierte en carencia.

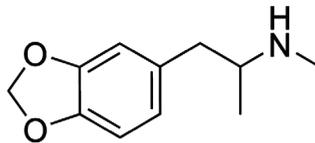


Figura 1.11. Éxtasis o cristal: [3,4-metilendioxi metanfetamina].

El éxtasis, al igual que todas las drogas psicoactivas, incrementa la liberación de dopamina al circuito de recompensa; además, la serotonina aumentada por la droga conduce, indirectamente, a la excitación de las neuronas dopaminérgicas por las neuronas serotoninérgicas conectadas a ellas. La toxicidad del éxtasis para los humanos no se ha establecido completamente, aunque en experimentos con animales se conoce que el consumo crónico destruye las terminales de las neuronas serotoninérgicas.

Cafeína

El efecto estimulante del café se debe a su acción sobre los receptores del nucleósido adenosina en la membrana neuronal; éste funciona como neuromodulador disminuyendo la actividad neuronal, adormilando a la persona. Así, la adenosina facilita el sueño y dilata los vasos sanguíneos, lo que asegura buena oxigenación durante el sueño. La cafeína, entonces, es un antagonista de los receptores a adenosina; es decir, se une a los mismos receptores pero no disminuye la actividad neuronal. Así, quedan pocos receptores libres para la adenosina, por lo que el café aumenta la actividad neuronal (Figura 1.12).

La activación de varios circuitos neuronales por la cafeína produce, también, que la glándula pituitaria secrete hormonas que estimulan la liberación de adrenalina por las glándulas suprarrenales. Esta hormona aumenta el grado de atención y proporciona energía extra al organismo, vía sus acciones en hígado y músculo. Este efecto es el que buscan los bebedores de café.

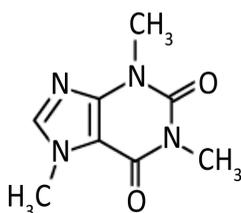


Figura 1.12. Cafeína: [1, 3, 7-trimetil-1*H*-purina-2, 6(3*H*, 7*H*)-diona o 1, 3, 7-trimetilxantina].

En general, se obtiene un efecto estimulante con cada taza de café ingerido, y prácticamente no se genera tolerancia; aunque la cafeína puede crear dependencia física: los síntomas de abstinencia de la cafeína empiezan 1 o 2 días después de no consumirla y consisten en dolor de cabeza, náusea e insomnio y afecta al 50% de los tomadores de café. La cafeína, al igual que la mayor parte de las drogas, aumenta la producción de dopamina en los circuitos del placer del cerebro, lo que provoca que la gente dependa.

Inhalantes

Los inhalantes son vapores químicos que las personas aspiran para “elevarse”. El término *inhalantes* se usa exclusivamente para definir las sustancias que siempre o casi siempre se consumen por esa vía (Cuadro 1.1).

Algunos de los productos que usamos de manera cotidiana en el hogar o en el trabajo, como pinturas en aerosol, marcadores, pegamentos y líquidos de limpieza, contienen sustancias volátiles con propiedades psicoactivas (que alteran la mente) cuando se inhalan. Es común que las personas no miren estos productos como drogas, ya que no fueron diseñados para tal efecto; sin embargo, se puede abusar de estos productos como si lo fueran. Los niños y los adolescentes son quienes presentan mayor abuso de inhalantes y son la única clase de sustancias que se consumen más por niños-adolescentes que por adolescentes-adultos.

Los inhalantes se consiguen y usan de manera sencilla. En general, las formas en las que niños y adolescentes inhalan químicos tóxicos son las siguientes:

- **Oler:** respiran del envase de pegamento, líquido corrector, esmalte, etc., o lo sostienen bajo sus bocas mientras el contenedor libera la sustancia a inhalar.
- **Aspirar:** “mojan” una tela con aerosol, gasolina o tiner de pintura, lo aplican a la boca o nariz e inhalan los vapores.
- **Bolsear:** introducen el inhalante en una bolsa de plástico o papel y lo aplican a la nariz y/o boca e inhalan los vapores.

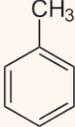
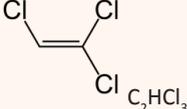
La mayor parte de los inhalantes disminuyen el aporte de oxígeno al cuerpo, ya que compiten con el aire en el proceso de inhalación; así, el corazón aumenta su frecuencia de latidos para llevar sangre al cerebro y la periferia.

Aunque los inhalantes difieren en sus efectos, en general son de las siguientes categorías:

- **Disolventes Volátiles**, líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente:
 - Adelgazador de pinturas (*thinner*), removedor de barniz de uñas, desgrasantes, líquidos para lavar en seco, gasolina, y pegamento de contacto
 - Suministros de oficina, como líquido corrector, marcadores de texto.

- **Aerosoles**, que contienen propelentes:
 - Pintura en aerosol, aerosoles para cabello, desodorantes, de aceite vegetal y protector de telas.
- **Gases**, incluidos en productos del hogar o comerciales o como anestésicos médicos:
 - Encendedores de butano, tanques de propano, gases refrigerantes
 - Anestesia, como éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso
- **Nitritos**, son inhalantes usados como aumentadores del sexo (nitritos orgánicos como los de amilo, butilo y ciclohexilo, entre otros). El nitrito de amilo se usó en medicina para aliviar el dolor de pecho y a veces se utiliza actualmente como diagnóstico en exámenes de corazón.

Cuadro 1.1. Nombre, fórmula química, ejemplos y algunos efectos de los inhalantes más usados.

Inhalante	Ejemplos	Efectos
Tolueno	Pintra en spray Pegamento Desgrasante	Caída de cabello Daño a la materia blanca del cerebro
	 Fórmula química del tolueno	
Tricloroetileno	Líquido corrector Líquido de limpieza	Caída de cabello
	 Fórmula química del tricloroetileno	
Hexano	Cemento Gasolina	Neuropatía periférica (disfunción del SNC)
	 Fórmula química del hexano C_6H_{14}	
Óxido Nitroso	Dispensadores de crema batida Cilindros de gas	Caída del cabello
	N_2O Fórmula química del Óxido Nitroso	

El gas butano (líquido de los encendedores de cigarrillos) hace que el corazón sea más sensible al neurotransmisor noradrenalina que se libera en las terminales neuromusculares y hace que aumente la frecuencia cardíaca; puede alterar el ritmo cardíaco, produciendo arritmias con consecuencias letales.

El uso de los Nitritos tiene otros riesgos para la salud; contrario a lo que hacen los demás inhalantes, que actúan directamente en el SNC, los nitritos aumentan la luz de los vasos y permiten mayor flujo sanguíneo en ellos. Los nitritos inhalados hacen que el corazón aumente su frecuencia y produce sensación de calor y excitación que puede durar varios minutos. También pueden causar mareos y dolor de cabeza; son usados por adolescentes-adultos y su abuso se asocia con prácticas sexuales inseguras.

Efectos de inhalantes a corto plazo

Después de una corta euforia, se pueden experimentar náuseas, vómito, desorientación o confusión, además de presentar dificultad para caminar, ponerse de pie y hablar normalmente. Respirar con dificultad es un efecto después de inhalar, ya que el cuerpo no tiene la misma facilidad para distribuir oxígeno hacia las células, tejidos y órganos vitales.

Síntomas físicos: cansancio, debilidad, insomnio, dificultad en el habla, visión doble, movimientos oculares inconsistentes, caminar tambaleante, dificultad para pararse o sentarse, sonidos en el oído, dolor de estómago, sudor, sensaciones de temblor, imperfecciones en la piel alrededor de la nariz y boca (infección de oledor de pegamento/cemento) y ataques epilépticos de ciertos tipos.

Síntomas emocionales: cambios bruscos de temperamento, ansiedad, ataques de pánico o miedo, agitación, irritabilidad y depresión.

Síntomas mentales: confusión, desorientación, pérdida temporal de la memoria e incapacidad para concentrarse.

Efectos de inhalantes a largo plazo

Los usuarios de inhalantes tienden a ser desordenados, desorganizados o hasta delincuentes, como resultado de la etapa prematura del consumo de inhalantes, así como de la falta de madurez física y mental; las consecuencias físicas que ocurren por el prolongado abuso de la droga.

En un estudio reciente, de 25 personas inhalantes que participaron en un tratamiento médico, 13 de ellos (53%) fueron diagnosticados con daño al Sistema Nervioso Central.

Efectos letales de inhalantes

La aspiración continua de químicos concentrados en disolventes y aerosoles puede causar arritmias y conducir a falla cardíaca y muerte en pocos minutos. La “muerte súbita por aspiración” se asocia con el abuso de butano, propano y químicos en aerosol. Concentraciones altas de inhalantes también puede causar la muerte por sofocación; esto ocurre cuando el vapor del inhalante reemplaza al oxígeno en los pulmones y cerebro, causando que cese la respiración; por ejemplo, cuando se inhala en una bolsa de plástico o papel o en áreas cerradas. Bajo los efectos de los inhalantes, las personas pueden morir por asfixia con su propio vómito o por accidentes, incluidos los de automóvil.

DROGAS CUYA ADICCIÓN ESTÁ EN DISCUSIÓN

Cannabis (marihuana)

La marihuana produce sensaciones de euforia ligera y percepción amplificada visual y auditiva que ocurren como respuesta a su unión con los receptores a canabinoides (CB1) en el cerebro. Estos receptores son ubicuos en el cerebro y responden a un agente endógeno que se une a ellos: la anandamida.

La anandamida regula el humor, la memoria, el apetito, el dolor, la cognición y las emociones. Así, cuando se fuma marihuana, su ingrediente activo (Δ -9-tetrahidrocanabinol, THC; figura 1.13), interfiere con todas esas funciones (Evans-Schultes y Hofmann, 2008). El THC se une a los receptores CB1 y modifica la actividad de enzimas intracelulares, incluida la disminución en la producción de AMPc y menos actividad de la Proteína Kinasa A. A su vez, la disminución de la PKA afecta a canales de K^+ y de Ca^{2+} , por lo que disminuye la liberación de neurotransmisores y la excitabilidad de las redes neuronales. En el circuito de recompensa se libera más dopamina y, al igual que con los opiáceos, este aumento se explica porque la marihuana suprime la inhibición que las neuronas GABAérgicas ejercen sobre las neuronas dopaminérgicas, y las activa.

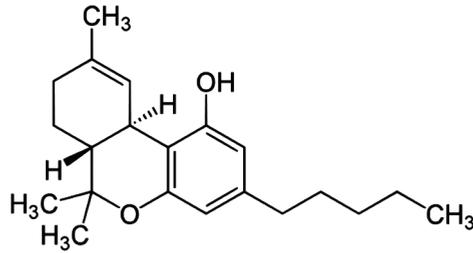


Figura 1.13. Δ -9-tetrahidrocannabinol, THC.

Los consumidores crónicos de marihuana pierden receptores CB1 en las arterias cerebrales, por lo que disminuye el flujo sanguíneo, la glucosa y el oxígeno y, en consecuencia, hay déficit de atención, pérdida de memoria y disminución en el aprendizaje. Los síntomas por fumar marihuana son: hiperemia conjuntival, ojo seco, midriasis y fotofobia, y en casos severos nistagmos. Es muy común que las personas adictas a la marihuana soliciten gotas lubricantes o vasoconstrictores en la consulta optométrica, con los que se debe cuidar la dosis, ya que una sobredosis puede aumentar la presión intraocular y desencadenar un glaucoma.

Mescalina (Peyote)

La mescalina (Figura 1.14) es un alcaloide psicoactivo que posee una estructura química muy similar a la adrenalina, por lo que se une a los receptores adrenérgicos en el cerebro y ocasiona alteraciones en la consciencia y en la percepción, a nivel visual, generando combinaciones de forma y color (Evans-Schultes y Hofmann, 2008).

La mescalina posee una larga tradición de uso medicinal y ritual. Produce una fase inicial de euforia hacia las sensaciones percibidas, y continúa con serenidad y lasitud muscular, por lo que los estímulos perceptivos pasan a orientarse a la introspección y meditación. A nivel físico, aumentan el ritmo cardíaco y respiratorio y las pupilas se dilatan. Los efectos de la mescalina son impredecibles, ya que dependen de quien la consume, la pureza y el entorno.

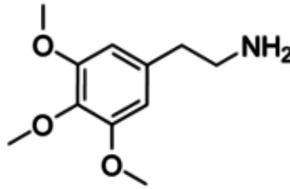


Figura 1.14. Mescalina: [3, 4, 5-trimetoxi- β -feniletilamina].

Psilocibina

La psilocibina es un profármaco que es rápidamente metabolizado por defosforilación, en el compuesto activo psilocina, causante del efecto psicotrópico dentro del cuerpo (Herrera y Ulloa, 2004; Evans-Schultes y Hofmann, 2008). La psilocibina tiene una estructura química de triptamina, derivada del triptófano, con un grupo indol y una etilamina, por lo que es semejante al neurotransmisor serotonina. La psilocibina/psilocina actúa como agonista parcial en los receptores de serotonina, 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} , en el cerebro. La psilocibina, al igual que la mescalina, posee una tradición de uso medicinal y ritual; los efectos asociados con esta droga duran de 3 a 8 horas; sin embargo, para los individuos que la consumen la duración parece mayor ya que perciben el paso del tiempo de manera distorsionada y la usan para prácticas de meditación, y psicoterapia psicodélica. La intensidad y duración del efecto de la psilocibina es muy variable, dependiendo de la especie de hongo consumida, la dosis, el individuo y el entorno. Posee baja toxicidad y no se conoce dosis letal por ingestión de esta droga (Figuras 1.15 y 1.16).

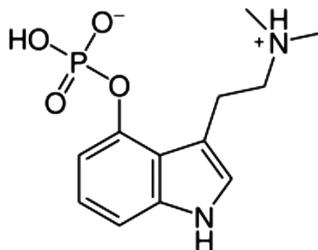


Figura 1.15. Psilocibina: [3-(2-dimetilaminoetil)-1*H*-indol-4-il] Dihidrógeno fosfato.

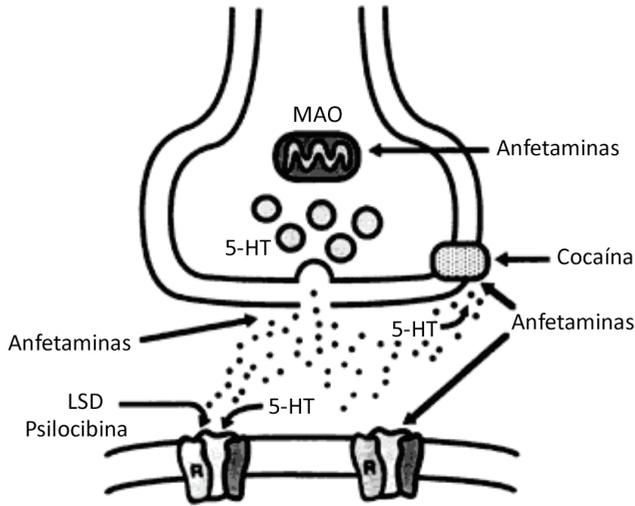


Figura 1.16. Las drogas alucinógenas psilocibina y LSD actúan en la comunicación entre las neuronas que utilizan la serotonina como neurotransmisor. Estas neuronas son también el sitio donde actúan las anfetaminas y la cocaína.

LSD (Lysergsäure-Diethylamid)

La dietilamida del ácido lisérgico o LSD es un derivado de la ergotamina con efectos psicotrópicos. Sus efectos en el SNC son muy variables: sensación de euforia, contracciones uterinas, hipotermia, fiebre, hiperglucemia, piloerección del vello, taquicardia, transpiración, pupilas dilatadas, insomnio, parestesia, hiperreflexia y tremores. La ergotamina es similar a los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina; por lo que se puede unir a sus receptores como agonista y antagonista, en diferentes circuitos neuronales (Figura 1.17) (Shulgin & Shulgin, 2007).

El LSD no causa dependencia física y su uso frecuente, o el de otras drogas relacionadas como la mescalina y la psilocibina, produce una rápida tolerancia, por lo que su consumo no genera efecto. La tolerancia involucra la regulación de los receptores de serotonina, 5-HT_{2A} en el cerebro, y disminuye tras unos días de abstinencia.

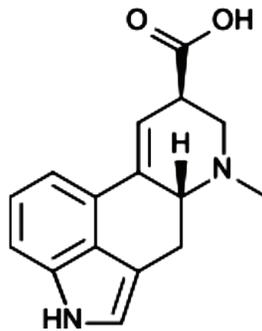


Figura 1.17. LSD, Dietilamida del Ácido Lisérgico:
[(6a*R*, 9*R*)-*N*, *N*-dietil-7-metil-4, 6, 6a, 7, 8, 9- hexahidroindolo
[4,3-*fg*]quinolina-9-carboxamida].

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL USO DE DROGAS

*Diana Cecilia Tapia Pancardo
Olivia del Rocío Guzmán Vázquez
Astrid Gabriela Maldonado Bonilla
Dulce María Luisa Ortiz Pérez*

El único símbolo de superioridad que conozco es la bondad.
Ludwig Van Beethoven

ÁMBITO INTERNACIONAL

La Organización de Estados Americanos (OEA), la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas (CICAD), el gobierno de Canadá, así como sus Centros de Salud Mental, son organismos que difunden y apoyan investigaciones sobre el panorama epidemiológico del uso de drogas, dando a conocer datos relevantes, como es el caso de la investigación realizada en la Universidad de Sao Paulo, Brasil, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia del uso de drogas en la población universitaria de las carreras de Enfermería, Farmacia y Odontología en quienes el consumo de tabaco, marihuana y cocaína fueron significativos (Pimenta, Cunningham, Strike, Brands & Miotto Wright, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó estudios descriptivos en varios países (Brasil, Colombia, Chile, Honduras, Perú y otros), y encontró similitudes en la prevalencia del uso de drogas, siendo más frecuente entre los jóvenes en comparación con los adultos, en diferentes países del mundo (Montoya, Cunningham, Brands, Strike, Miotto, 2009). Según la OMS, cada año crece el número de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas y tabaco en el mundo entero, las cifras muestran que el consumo de tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global, y refiere que existen 1300 millones de fumadores en el mundo; de los cuales 5 millones, aproximadamente, mori-

rán este año por enfermedades relacionadas con el tabaco y para el año 2030 esta cifra aumentará a 10 millones.

La población más afectada por el consumo de drogas es la de los adolescentes; en Costa Rica, por ejemplo, son 27% de la población total, es decir, 1 013 508 personas (V informe del Estado de los Derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica, 2005, Vargas *et al.*, 2010). El dato relevante en diferentes países es que el consumo de drogas está iniciando a más temprana edad. En los estudios durante 2009 por diferentes investigadores, se resalta la diversidad de drogas y el porcentaje representativo en los jóvenes consumidores en relación con el total de la población de cada país. En el Noreste y Sureste de Alaska los jóvenes utilizan inhalables (Gruenewald, Jhonson *et al.*, 2009). En el caso de países Europeos reportan mayor consumo de alcohol como es el caso de Islandia cuyos jóvenes consumidores representan el 30%, en tanto que en Australia los jóvenes consumidores se encuentran entre 15 y 16 años, representan el 80% (Downing & Bellis, 2009). En Tailandia la prevalencia de consumir tabaco era de 5%, el alcohol de 37% y 38% para drogas ilegales en jóvenes. Se reporta que existe una tendencia a concentrar más individuos adolescentes respecto al uso de drogas (Rodríguez, Fernández *et al.*, 2009).

Como se aprecia, existe un interés por investigar el uso de drogas en poblaciones de adolescentes y estudiantes, en especial, en el caso de universitarios de carreras de la salud; en Irlanda, por ejemplo, en un estudio prospectivo (1973-2002) evaluaron el consumo de drogas en estudiantes de medicina, evidenciando una disminución en el consumo de cigarrillos (de 29% a 9%) en contraste con una fuerte alza en el consumo de alcohol.

Las cifras del Banco Mundial indican que cada día de 80 mil a 100 mil jóvenes alrededor del mundo se vuelven adictos a la nicotina; de continuar esta tendencia, casi 650 millones morirán por causas asociadas al consumo de tabaco, la mitad de ellas en edad productiva y cada una habrá perdido de 20 a 25 años de vida. Para el año 2020 se predice que el tabaquismo será la causa de más del 12% de las muertes; originará más muertes que el VIH, la TB, la mortalidad materna, los accidentes de vehículos, el suicidio y el homicidio combinados.

Consumo de alcohol

Hoy día, el abuso del alcohol es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; sin embargo, en América Latina esta situación es aún más grave; se conoce que la cantidad ingerida de alcohol es más perjudicial para esta región, lo cual se refleja en las estadísticas que superan los promedios globales en problemas como: muertes relacionadas con el consumo de alcohol, patrones de consumo de alcohol, trastornos por el uso de alcohol (OPS/OMS, 2007).

Mortalidad: Se estima que en el año 2002 el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región (aproximadamente 323*000). Se ha calculado que 5% de todas las muertes en el continente americano en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 4%, es decir, 46% más que el promedio mundial (OPS/OMS, 2007).

Morbilidad: El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud, que van desde consumo excesivo de alcohol durante el embarazo afectando al feto, hasta lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por su relación con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol también está relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, la familia y la comunidad (OPS/OMS, 2007).

El consumo de alcohol en el continente americano es 50% mayor que el promedio mundial, además de que el consumo excesivo episódico, especialmente en jóvenes, es muy elevado en muchos países de la región (OMS, 2001). Los estudios sugieren que en algunos países americanos los niños están empezando a beber alcohol desde los diez años de edad (Bruno, *et al.*, 2009). El consumo excesivo episódico, en especial el prevalente en jóvenes de varios países de la región, se define como 5 o más tragos estándar (cualquier bebida que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión (o por un periodo de dos horas) para el hombre, y 4 o más tragos estándar para la mujer, es un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocio-

nales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección, ETS y VIH (Botello-Harbaum, *et al.*, 2009).

Recientes análisis de la Encuesta 2004 de Adicciones de Canadá describieron que 62% del consumo de alcohol ocurría en días en los que consumían 5 o más tragos los varones y 4 o más tragos las mujeres (Sun, 2008). Para los jóvenes de 19 a 24 años este porcentaje se elevó a casi 90%. En muchos países en vías de desarrollo de la región, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el consumo excesivo episódico es muy elevado (beber más de 5 tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes (Montoya, *et al.*, 2009; Munist, 2007).

Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. Desde 2001, los análisis de las encuestas escolares en algunos países de la región, en su mayoría patrocinadas por CICAD (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas), indican que los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y a una edad en la que el consumo de alcohol está prohibido por la ley (Cuadro 2.1).

A través del “Informe de la Situación Mundial del Alcohol y Salud 2014”, la OMS dio a conocer que en 2010, el consumo de alcohol puro en personas de 15 años en adelante fue de 6.2 litros, lo que se traduce en 13.5 gramos por día. Fue en Europa y América donde se encontraron los niveles más altos de consumo per cápita, con 10.9 y 8.4 litros, respectivamente, en la misma población. A nivel mundial, alrededor del 16.0% de los consumidores mayores de 15 años presentaron ingestas episódicas; es decir, consumen 60 gramos o más (6 copas estándar de en la mayor parte de los países) al menos en una ocasión en los últimos 30 días. Cabe resaltar, que el uso nocivo de esta sustancia se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo para la enfermedad, la discapacidad y la muerte en todo el mundo.

En 2012, el 5.9% del total de muertes a nivel mundial (3.3 millones) se debieron al consumo de alcohol. En cuanto a la población de entre 15 y 19 años de edad, las regiones de América (52.7%), Europa (69.5%) y del Pacífico Occidental (37.3%) tuvieron las mayores prevalencias de consumo en el último mes y estuvieron por arriba del promedio mundial (34.1%). Globalmente, los episodios de consumo alto fueron más frecuentes en este rango de edad, que entre la población

total. Los mayores porcentajes de consumo excesivo entre los jóvenes se presentan en Europa (40.0%), América (29.35%) y la región del Pacífico Occidental (18.3%). Así también, en las regiones pertenecientes a la OMS, son las mujeres quienes se abstienen en mayor medida de consumir alcohol durante su vida; en promedio, beben menos que los hombres y tienen menos episodios de consumo excesivo. No obstante, estas diferencias entre sexos se hacen menores en las regiones de América, África y Europa.

Por otra parte, el informe del Observatorio Interamericano de Drogas (2015) indicó que entre los estudiantes de secundaria, los hábitos de consumo de alcohol se presentan a diferentes niveles. En cinco países sudamericanos y del Caribe, más de 75% lo ha consumido alguna vez en la vida, mientras que en Ecuador, El Salvador y Venezuela el consumo fue menor a 20%. En cuanto a la prevalencia del último mes, se presentaron variaciones de menos de 10% hasta por encima de 50%. En Argentina, Colombia y San Vicente y las Granadinas, casi la mitad de los estudiantes ingirió durante el último mes, mientras que Honduras, Perú y El Salvador reportaron los menores índices de consumo (12.7%, 12.0% y 7.0%, respectivamente).

A su vez, la ingesta en jóvenes entre el 8° y el 12° grado también registró un aumento. Por ejemplo, en el último mes ésta se triplicó en Estados Unidos, Panamá, Ecuador, Perú, Chile, Barbados y República Dominicana; en tanto que en otros 20 países de la región sólo se duplicó. Al diferenciar el consumo según el sexo, se observa que éste es similar entre hombres y mujeres en la mayor parte de los países, mientras que en Belice, Argentina, Colombia, Paraguay, Uruguay, Chile, Ecuador, Guyana, Perú, San Vicente y las Granadinas, Granada, Barbados, Saint Kitts y Nevis y Jamaica es prácticamente el mismo.

En cuanto al consumo compulsivo (4 bebidas o más en mujeres y 5 o más en hombres), cifras de estudiantes en Estados Unidos revelan que 12.5% de los hombres y 10.9% de las mujeres tuvieron este tipo de ingesta el año anterior a la encuesta. En Canadá estas cifras se elevaron a 38.6% en hombres y 35.2% en mujeres. En Sudamérica, entre 60% y 70% de los estudiantes presentó este tipo de consumo, mientras que en el Caribe lo hicieron entre el 40% y el 60%. Las tendencias de consumo de alcohol en Argentina, Chile y Costa Rica indicaron que

se ha mantenido estable, mientras que en Estados Unidos, Perú y Paraguay las tendencias van a la baja.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Consumo de Drogas 2012 (NSDUH por sus siglas en inglés), aplicada en hogares de Estados Unidos mediante entrevista a personas mayores de 12 años de edad, identificó que poco más de la mitad (52.2%) de la población en ese rango de edad o mayores, reportaron ser bebedores y casi una cuarta parte (22.9%) abusó del alcohol en los 30 días anteriores a la encuesta. Por edad, un 0.8% de los encuestados de entre 12 y 13 años de edad abusó de esta sustancia, así como 4.5% de quienes indicaron tener entre 14 y 15 años, 13.1% de entre 16 y 17 años, 29.1% de aquellos entre 18 y 20 años y 43.3% en quienes indicaron tener entre 21 y 25 años de edad. En 2013, el consumo en adolescentes de entre 12 y 17 años fue de 11.6%, en tanto que en adultos jóvenes (de 18 a 25 años), el 62.3% de los hombres y el 56.9% de las mujeres indicaron ingerir alcohol. De éstos, el 44.4% de hombres y el 31.4% de las mujeres reportaron un consumo excesivo.

En la encuesta *Monitoring The Future* (Johnston, O'Malley, Miech, Bachman & Schulenberg, 2014) realizada a estudiantes de 8°, 10° y 12° grado, se encontró que su consumo de alcohol durante el último año fue 42.8%, mientras que en el último mes llegó a 24.3%. El informe también indicó que el 9.0% de los alumnos de 8° grado, el 24.0% de 10° y el 37.0% de 12° grado, bebieron durante el mes previo a la encuesta. Las tendencias de consumo alguna vez en la vida muestran una disminución desde 1991, año en que fue de 80.1%, a 46.4% en 2014, en tanto que la prevalencia de consumo en el último año disminuyó a partir del año 2001, pasando de 58.2% a 40.7% en 2014.

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012/2013) mostró que en 2012, 83.9% de los estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida, 81.9% en el último año y 74.0% en los últimos 30 días. De éstos, 60.7% se embriagó al menos una vez en la vida, 52% en el último año y 30.8% en el último mes. Un 26% lo hizo a los 14 años de edad, 40% a los 15 años, 53% a los 16 años y 63% a los 17 años. En estudiantes de entre 14 y 16 años, el porcentaje de mujeres que se emborrachan fue mayor que el de hombres. La revisión de los distintos estudios sobre el uso de esta sustancia, permite contar con una visión más amplia de lo que pasa con

los jóvenes en distintos contextos. Los datos reportados en Centros de Tratamiento y en Consejos Tutelares (2013), muestran que el alcohol es la principal droga de inicio (46.5% y 32.2% respectivamente), que puede conllevar al uso de otras sustancias. Además, se presenta en una alta proporción en jóvenes menores de edad.

El Informe sobre la Situación Mundial del Alcohol y Salud 2014 de la OMS refiere que la población entre 15 y 19 años de las regiones de América (52.7%), Europa (69.5%) y del Pacífico Occidental (37.7%), tuvieron las mayores prevalencias de consumo en el último mes y presentaron porcentajes arriba del promedio mundial. Por su parte, las Encuestas de Estudiantes (2014) reportaron una edad de inicio de consumo entre los 14 y los 15 años.

Si bien en la mayor parte de las encuestas resalta que en la actualidad el uso de alcohol entre hombres y mujeres jóvenes es similar, este mismo informe menciona que en las regiones pertenecientes a la OMS, las mujeres se abstienen en mayor medida que los hombres; sin embargo, estas diferencias disminuyen en América, África y Europa (Secretaría de Salud, 2016).

El Informe Mundial de la OMS 2014 señala que el porcentaje de mortalidad por causas relacionadas con el alcohol es mayor en hombres que en mujeres, 7.6 % de y 4%, respectivamente; sin embargo, hay evidencia de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos que produce. En promedio, las personas en América ingieren 8.4 litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca a la región en segundo lugar después de Europa, donde este consumo es de 10.9 litros por año. Los países con las tasas más altas de consumo per cápita y anuales en América son: Granada (12.5 litros), Saint Lucia (10.4), Canadá (10.2), Chile (9.6), Argentina (9.3), y Estados Unidos (9.2); mientras que aquellos con el consumo per cápita más bajo son: El Salvador (3.2 litros), Guatemala (3.8), Honduras (4), Jamaica (4.9), Nicaragua (5) y Cuba (5.2). América y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes (15 a 19 años) que admiten ser consumidores actualmente, con 53% y 70%, respectivamente. América tiene la prevalencia más alta de desórdenes entre mujeres causadas por esta sustancia, con un estimado de 12.6% de niñas y mujeres afectadas.

A nivel mundial, 2 mil millones de personas que consumen bebidas alcohólicas, 76 millones son dependientes y 2.5 millones mue-

ren al año por esta causa. “Entre ellos hay jóvenes que también mueren, 320 mil por año” (Arellano, 2016).

Consumo de tabaco

El tabaquismo es un problema de salud que no se ha podido erradicar a pesar de las políticas mundiales y regionales en contra del tabaco. Según datos de la OPS la prevalencia de tabaquismo en jóvenes en la región es, en promedio, de 13% solo entre los 13 y 15 años, tomando en cuenta a estudiantes en estas edades que fumaron un cigarrillo o más en los últimos 30 días antes de ser encuestados. (Cuadro 2.2)

Mortalidad: El tabaquismo causa cerca de 90% de las muertes por cáncer de pulmón en los hombres y casi 80% en las mujeres. En Latinoamérica se habla de un promedio de 7 mil muertes por cáncer de tráquea, bronquio y pulmón, y una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón promedio de 14 por cada 100 mil (Cuadro 2.3).

Cuadro 2.1. Consumo de alcohol en jóvenes escolares (14 a 17 años de edad) en países latinoamericanos selectos, 2001-2005.

País	Género	Uso durante la vida	Uso en el año anterior	Uso en el mes anterior
Venezuela	Mujeres	63.1%	42.8%	23.1%
	Hombres	68.2%	49.4%	27.8%
	Total	65.6%	45.9%	25.4%
México*	Mujeres	4.6%	-	35.2%
	Hombres	45.8%	-	35.1%
	Total	45.9%	-	35.2%
Panamá	Mujeres	63.7%	43.8%	27.2%
	Hombres	63.9%	46.7%	31.0%
	Total	63.8%	45.2%	28.8%
Guatemala	Mujeres	47.9%	27.7%	13.3%
	Hombres	53.9%	34.4%	19.3%
	Total	50.5%	30.6%	15.8%
Nicaragua	Mujeres	53.6%	32.3%	16.0%
	Hombres	65.7%	43.3%	26.1%
	Total	59.0%	37.7%	20.5%

País	Género	Uso durante la vida	Uso en el año anterior	Uso en el mes anterior
Uruguay	Mujeres	77.1%	65.3%	48.2%
	Hombres	79.4%	68.9%	52.5%
	Total	78.2%	67.0%	50.1%
Paraguay	Mujeres	60.8%	49.0%	40.0%
	Hombres	58.7%	48.1%	40.4%
	Total	59.8%	48.6%	40.0%
Brasil	Mujeres	70.3%	68.8%	48.3%
	Hombres	68.4%	66.2%	47.8%
	Total	69.3%	67.4%	48.0%
Colombia	Mujeres	74.2%	63.1%	49.0%
	Hombres	79.1%	68.4%	55.3%
	Total	76.4%	65.4%	51.9%
Chile	Mujeres	69.5%	59.2%	40.2%
	Hombres	66.8%	54.6%	40.2%
	Total	68.1%	56.9%	40.1%
Bolivia	Mujeres	34.0%	22.7%	13.7%
	Hombres	44.3%	30.9%	19.3%
	Total	39.0%	26.7%	16.4%
Ecuador	Mujeres	58.0%	39.8%	25.3%
	Hombres	63.3%	43.7%	30.9%
	Total	60.5%	41.7%	28.0%
Perú	Mujeres	47.2%	35.0%	23.2%
	Hombres	65.7%	40.1%	28.6%
	Total	59.0%	37.5%	25.9%
Argentina	Mujeres	62.3%	50.0%	42.0%
	Hombres	65.7%	56.6%	46.0%
	Total	59.0%	53.0%	42.2%

* Rango de edades de 12-16 años de edad (Villatoro *et al.*, 2005).

Fuente para Brasil: SENAD (Secretaría Nacional Antidrogas); Fuente para México: Villatoro *et al.*, 2005;

Fuente para otros países: encuestas escolares CICAD.

Cuadro 2.2. Jóvenes consumidores de tabaco por país, en Latinoamérica (PATIOS, 2010).

2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL USO DE DROGAS
 DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO

País	Año	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Barbuda	2004	2.7	4.4	3.6
Argentina	2007	21.1	27.3	24.5
Bahamas	2004	6.2	3.7	5.2
Barbados	2007	14.3	9.3	11.6
Belice	2008	11.7	4.4	7.7
Bolivia	2003	20.3	12	16.3
Brasil	2006	9.1	12.9	12.3
Chile	2008	28	39.9	34.2
Colombia	2007	25.4	26.6	26.2
Costa Rica	2008	9.4	9.7	9.6
Cuba	2004	11.2	8.8	10
Dominica	2004	11.8	9.6	11.5
Ecuador	2007	23.2	18.1	20.5
El Salvador	2003	18.4	10.9	14
Estados Unidos	2004	12.1	13.9	13
Granada	2004	10.9	9.5	10.2
Guatemala	2008	13.7	9.1	11.4
Guyana	2004	11	5.4	8.1
Haití	2005	14.1	13.8	14
Honduras	2003	14.4	14.1	14.2
Jamaica	2006	20.6	10.9	15.4
México	2006	26.3	27.1	27.1
Nicaragua	2003	25.6	17.4	21.2
Panamá	2008	5.9	2.8	4.3
Paraguay	2008	11.3	5.5	8.3
Perú	2007	16.7	15.2	16.5
República Dominicana	2004	7.3	5.8	6.6
Saint Kitts y Nevis	2002	7	1.9	4.6
San Vicente y las Granadinas	2007	14.8	9.5	12
Santa Lucía	2007	17	9.6	12.7
Surinam	2004	9.3	4.7	6.9
Trinidad y Tobago	2007	14.7	10.3	12.9
Uruguay	2007	16.4	22.9	20.2
Venezuela	2003	7.8	6.3	7.1

Cuadro 2.3. Mortalidad relacionada con el tabaquismo (PATIOS, 2010).

País	Año	Total # de muertes por cáncer de pulmón	Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón (por 100,000)
Antigua y Barbuda	2004	3	4.7
Argentina	2004	9495	22.5
Bahamas	2004	28	11.2
Barbados	2004	20	6.2
Belice	2004	17	12.5
Bolivia	2004	601	11.4
Brasil	2004	22,338	15.6
Canadá	2004	17,590	36.4
Chile	2004	2,355	14.9
Colombia	2004	3,884	13.2
Costa Rica	2004	279	9
Cuba	2004	4,511	31.3
Dominica	2004	11	18.7
Ecuador	2004	737	8
El Salvador	2004	199	4.5
Estados Unidos	2004	163,891	38.8
Granada	2004	10	12.7
Guatemala	2004	818	12.6
Guyana	2004	32	5.9
Haití	2004	206.	4.5
Honduras	2004	552	16.2
Jamaica	2004	346	15
México	2004	8034	10.7
Nicaragua	2004	305	11.2
Panamá	2004	242	10.3
Paraguay	2004	556	15.8
Perú	2004	1,776	9.6
República Dominicana	2004	1,074	16.9
Saint Kitts y Nevis	2004	2	5.1
San Vicente y las Granadinas	2004	11	13.4
Santa Lucía	2004	8	6.3
Surinam	2004	44	13
Trinidad y Tobago	2004	113	10.1
Uruguay	2004	1,238	27.8
Venezuela	2004	2,653	15

A nivel internacional, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) presentan informes periódicos acerca del consumo de drogas en la población general. Asimismo, los Observatorios Internacionales proporcionan información enfocada tanto en población general como en estudiantes. Los resultados de este informe, dieron cuenta de la variabilidad en las prevalencias del uso de tabaco en el continente. Por ejemplo, en los estudiantes de secundaria, en el último mes éste fue desde un 1.8% en Antigua y Barbuda hasta un 24.5% en Chile. En países como Argentina, Paraguay, Bolivia y Canadá dicho consumo superó el 10%, mientras que en República Dominicana, Bahamas, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Barbados, Santa Lucía, Jamaica y Panamá, fue menor a 5.0%. La prevalencia más alta se ubicó en Sudamérica, con 13.5% y la más baja en la región del Caribe con 5.1%.

En la mayor parte de los países, fueron los hombres quienes tuvieron mayores prevalencias, encontrando variaciones considerables. En Guyana, fue 3.6 veces mayor en hombres que en mujeres, mientras que en Argentina esta diferencia apenas fue de 1.1. En contraste, Uruguay, Chile y Antigua y Barbuda ubicaron la población femenina con índices más altos. Al analizar éstos por grado escolar también se encontraron variaciones importantes. De manera general, entre más alto fue el grado escolar mayor fue la prevalencia; sin embargo, en países como Saint Kitts y Nevis y Granada fueron los estudiantes de 12° grado quienes presentaron menor consumo. Los datos de este informe sugieren que en países donde se encontraron altas prevalencias, se elevan en grados escolares menores, situación que prevaleció en Argentina, Chile, Colombia y Paraguay.

Con respecto a las tendencias de consumo de tabaco en la zona, se puede concluir que, de manera general, está disminuyendo, aunque a distintos niveles en cada país. Uruguay, por ejemplo, ha tenido la caída más marcada (de 30.2% en 2003 a 9.2% en 2014), seguido por Chile (de 42.0% en 2001 a 26.7% en 2013) y Argentina (de 24.8% en 2001 a 18.7% en 2011).

En cuanto al consumo en el último mes de 20 cigarrillos o más en la región del Caribe, se observó que en Barbados, Granada y Trinidad-Tobago entre 14% y 19% de los fumadores fumaron más de

20 cigarrillos al día, mientras que en Jamaica sólo lo hizo el 6.3% (OEA, 2015). Por su parte, la NSDUH 2012 identificó que en el último mes el número de fumadores jóvenes de 12 a 17 años de edad se redujo de 15.2% en 2002 a 7.8% en 2012. En esta misma población se observó que 5.7% de los hombres y 5.5% de las mujeres fuman.

En 2013, la prevalencia de consumo disminuyó en los varones en comparación con los resultados de 2012 (12.3% a 5.7%), mientras que en las mujeres fue similar tanto en 2012 (6.3%) como en 2013. Por su parte, Monitoring The Future (MTF) 2014 reveló que el consumo de cigarros alguna vez en la vida fue de 25.6%, mientras que para el último año fue de 9.6%. En alumnos de 8°, 10° y 12° grado, esta cifra se redujo de 57.8% en 1996 a 22.9% en 2014. Por último, en España, la ESTUDES 2012/2013 mostró que el porcentaje de fumadores en el último año fue de 35.3% (33.1% hombres y 37.5% mujeres). El dato anterior indica que el uso se ha extendido más en las mujeres que en los hombres; sin embargo, las mujeres que fuman diariamente consumen menor cantidad de cigarrillos que los hombres. La edad de promedio de inicio del consumo fue alrededor de los 13 años, pero es a los 18 años de edad donde se encontraron las prevalencias más altas en estudiantes (48.6%).

Las tendencias indicaron que ha disminuido el número de cigarrillos entre los fumadores diarios, detectando un aumento en los años 2010 y 2012. Los datos reportados en los diferentes estudios nacionales e internacionales, reflejan una disminución importante del consumo de tabaco, tanto en etapa adulta como en la adolescencia tardía. Menor porcentaje de jóvenes adquiere este vicio, aunque quienes lo hacen, inician en edades cercanas a los 13 años. Si bien el uso de tabaco es mayor en los hombres, entre las mujeres éste ha aumentado, incluso, en varios países sudamericanos superan a los hombres. Finalmente, llama la atención que en estos países el consumo se incrementa de manera importante conforme más alto es el grado educativo (Secretaría de Salud, 2016).

Según la OMS (2013), el cigarro es la primera causa prevenible de muerte prematura y enfermedad en el mundo. En la actualidad, más de 5 millones de personas mueren al año debido a enfermedades relacionadas con su uso y se estima que causará cerca de 8 millones anuales para 2030. A pesar que las tendencias actuales están cambian-

do, la mayor parte de estas muertes ocurrirán en países en desarrollo. En América existen 145 millones de fumadores, lo que representa 12% de los más de mil millones de fumadores del mundo. En esta región, la prevalencia del tabaquismo en la población adulta es del 22% y ocupa el cuarto lugar entre las seis regiones de la OMS.

Consumo de drogas ilegales

Se denomina droga ilegal (*illicit drug*) a la sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo es en determinadas circunstancias y bajo determinada jurisdicción. El término más exacto “mercado de drogas ilegales” hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos (OMS 1994).

La Salud Internacional sigue de cerca el fenómeno que representa el consumo de drogas diversas, muchas de ellas ilegales, con el propósito de comprender ampliamente este problema, ya que ni las políticas ni los gobiernos han logrado crear las estrategias necesarias para atacarlo de manera eficaz (Caballero, 2010; CIJ, 2007).

A nivel mundial, el uso y abuso de drogas ha sido hábilmente potenciada. Aparecieron modalidades cada vez más complejas de politoxicomanía; entre ellas, fueron frecuentes las combinaciones de diversos estupefacientes, sustancias psicotrópicas, alcohol, solventes volátiles y sustancias no sujetas a los tratados internacionales de fiscalización de estupefacientes. Hubo más sectores afectados en un número creciente de las sociedades; la mayor parte de los informes señalaron la vulnerabilidad especial de las personas jóvenes. Por regiones, solamente algunas zonas de Europa Oriental, algunas de Asia Central, incluida China y algunos territorios insulares del pacífico meridional quedaron relativamente a salvo; muchos informes indican que el fenómeno continúa extendiéndose desde las grandes ciudades y las poblaciones a localidades urbanas más pequeñas e incluso a las zonas rurales.

En estudios realizados en 2009 por diferentes investigadores se encontró una diversidad de drogas y el porcentaje representativo en los jóvenes consumidores en relación con el total de la población de cada país (Buela, 2003; Domínguez, 2002; Donas, 2001). En Tailandia,

por ejemplo, el 38% de la población es consumidora de drogas ilegales. Ahora bien, este crecimiento del tráfico, merced al incremento del consumo, ha tenido, en los últimos cinco años, importantes repercusiones en la política antidroga de muchos países, siendo algunos de los efectos más importantes la intervención directa o indirecta de los países consumidores en el control de drogas en los países productores, así como un replanteamiento de la estrategia penal frente al consumidor.

La UNODC (2015) estima que un total de 246 millones de personas, o bien, una de cada 20 personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. Si bien ello representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, debido al crecimiento de la población mundial, en realidad, el consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable.

La magnitud de este problema mundial se hace más evidente si se tiene en cuenta que uno de cada 10 consumidores de drogas es problemático o sufre trastornos ocasionados por drogodependencia. Lo anterior significa que, cerca de 27 millones de personas (casi la totalidad de población de un país del tamaño de Malasia) son consumidores problemáticos de drogas. De éstos, prácticamente la mitad (12 millones) consumen drogas inyectables, y se estima que 1.65 millones de ellos estaban afectados por el VIH en 2013 (Figura 2.1).



Figura 2.1. Tendencias mundiales del número estimado de consumidores de drogas, 2006-2013. Cuestionario para los informes anuales de la UNODC 2015.

*Nota: Las estimaciones corresponden a la población adulta (entre 15 y 64 años) y se han elaborado sobre la base del consumo del año anterior.

ÁMBITO NACIONAL

En México, más de 32 millones personas entre 12 y 65 años consumen alcohol, el 26% de la población consume tabaco y cerca de 2 millones 700 mil personas de 12 a 65 años han consumido drogas ilegales alguna vez en su vida. Asimismo, poco más de 3 millones 500 mil personas de entre 12 y 17 años de edad consumieron alcohol; del 26% de la población de ese grupo, por cada mujer hay 1.4 varones. Ha habido un incremento en el consumo de alcohol de 9% para la población de 15 años. Cada vez son más las mujeres que consumen alcohol (CIJ, 2009, 2007b).

El 50% de acciones violentas, el 35% de accidentes de tránsito, el 30% de accidentes de trabajo y el 77% de suicidios se relacionan con el consumo de alcohol. La cirrosis hepática, enfermedad provocada por el consumo de alcohol, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en la población masculina de 40 a 45 años de edad (Cruz, 2007; Gross, 2001).

México gasta 29 mil millones de pesos en salud por enfermedades asociadas al tabaquismo. La tolerancia social frente al consumo de tabaco tanto en hombres como en mujeres, favorece la adicción a esta sustancia. La información que se presenta a continuación, fue obtenida de la encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), realizada en conjunto por la Secretaría de Salud y El Consejo Nacional contra las Adicciones en México.

La droga de inicio es definida como la primera sustancia legal o ilegal que se consumió. En promedio, la edad en que esto sucede es a los 14.8 años de edad (desviación estándar de 4.8 años) y 88.4% refirieron continuar con el consumo de la droga de inicio referida.

La droga de inicio de mayor frecuencia relativa fue el alcohol con 50.1%, seguido por el tabaco y la marihuana con 25.6% y 13.3%, respectivamente. En conjunto, estas tres sustancias representan 89% de la distribución de la población según droga de inicio (SISVEA, 2014) (Figura 2.2).

Sustancia	n	%
Alcohol	36454	50.1
Tabaco	18619	25.6
Marihuana	9705	13.3
Inhalables	3146	4.3
Cristal	1898	2.6
Cocaína	1748	2.4
Heroína	473	0.7
O. Drogas Ilegales	344	0.5
Tranquilizantes	245	0.3
Anfetaminas	68	0.1
O. Drogas Médicas	42	0.1
Se ignora	4	0.0
Total	72746	100

* Alucinógenos, y otros psicotrópicos

** Morfina y derivados, barbitúricos, anticolinérgicos, antidepresivos

Figura 2.2. Distribución de la población según droga de inicio de acuerdo con los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales, México 2014. Fuente; Secretaría de Salud/DGE/DGAE/DIE/SISVEA/Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2014.

En relación con la droga de impacto se inició su consumo en promedio a los 17.3 años, es decir, aproximadamente tres años después al consumo de la de inicio. De igual manera, el alcohol representa la principal droga de impacto (44%), seguido por la marihuana (17%) y el cristal (14.3%). Además, el alcohol fue la principal droga de impacto en las zonas centro y Sur, en tanto en que en el Norte fue el Cristal la de mayor frecuencia relativa (SISVEA, 2014) (Figura 2.3).

Sustancia	n	%
Alcohol	32014	44.0
Marihuana	12337	17.0
Cristal	10434	14.3
Cocaína	5521	7.6
Inhalables	4172	5.7
Tabaco	3922	5.4
Heroína	2309	3.2
O. Drogas Ilegales	1273	1.7
Tranquilizantes	479	0.7
Anfetaminas	162	0.2
Se ignora	9	0.0
Total	72746	100

*Alucinógenos y otros psicotrópicos

** Morfina y derivados, barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos

Figura 2.3 Distribución de la población según droga de impacto, según los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales, México 2014. Fuente; Secretaría de Salud/DGAE/DIE/SISVEA/Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2014

Según el Sistema de vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, en subsistema de Consejos Tutelares para Menores, se identificó que los menores de entre 10 y 14 años refieren como principal droga de inicio el tabaco (37.1%), seguido de la marihuana y el alcohol (17.5%) En el resto de los grupos, la principal droga de inicio referida fue el alcohol. De acuerdo con el sexo, se encontró mayor consumo de alcohol y tabaco en el sexo femenino 33.7% y 30.7, respectivamente. El 51.2% del total de los menores entrevistados refirieron que continúan con el consumo de la droga de inicio, y el 21.5% de este consumo es, por lo menos, una vez por día (SISVEA, 2014).

Consumo de alcohol

La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 8 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29 (Figura 2.4).

De esta población, el abuso y dependencia en adolescentes de 12 a 17 años, en promedio, es de 4% (245 484) en hombres y 2% (146 394) en mujeres. Una cifra alarmante es la de abuso/dependencia (patrón de consumo desadaptativo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por la presencia de tres o más síntomas y uso continuado a pesar de la consciencia del daño), pues aunque es de 3% en total, se observa que en las adolescentes es más alta que en las mujeres adultas y que rebasa el total (Figura 2.5).

ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DESDE UN ENFOQUE HOLÍSTICO

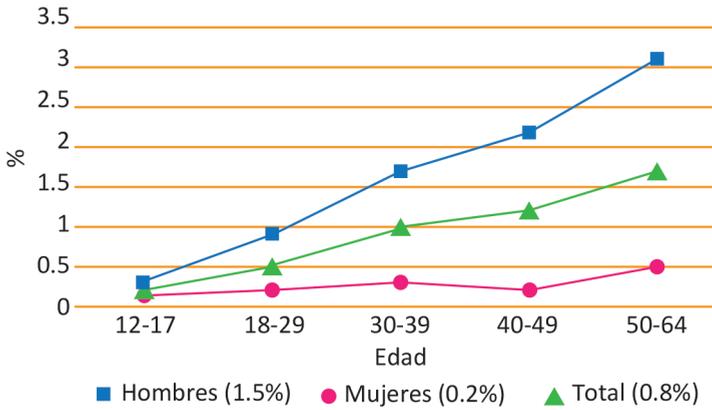


Figura 2.4. Población bebedora por sexo y edad. El consumo diario es poco frecuente en la población, por sexo es más frecuente en hombres y aumenta con la edad. México (ENA, 2008).

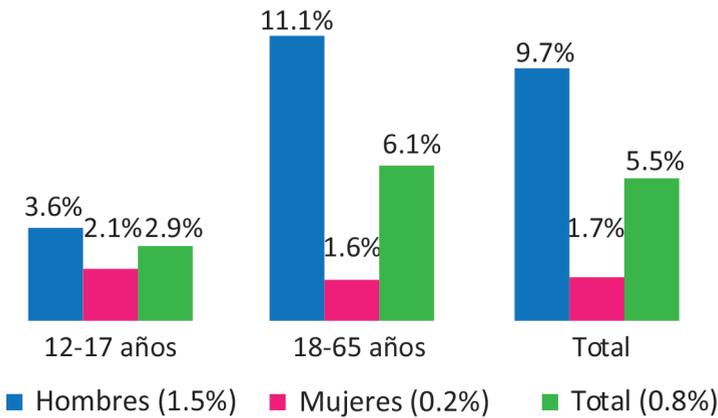


Figura 2.5. Población que cumple con el criterio de abuso/dependencia, México (ENA, 2008).

El consumo de alcohol provoca problemas tanto sociales como psíquicos y físicos, a continuación se observa la situación de algunos de ellos en los adolescentes (Figuras 2.6 y 2.7).

Problemas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ha tenido problemas con la policía debido al uso de bebidas alcohólicas	63 527	5.0	9 724	1.0	73 251	3.3
Ha tenido problemas con su salud debido a su consumo de bebidas alcohólicas	16 033	1.3	8 715	.9	24 748	1.1
Ha perdido o casi perdió un trabajo debido a la bebida	6 207	.5	1 153	.1	7 360	.3

Porcentajes obtenidos del total de bebedores definido en las columnas

Figura 2.6. Población total de 12 a 17 años, según problemas por el consumo de alcohol por sexo, México (ENA, 2008).

Problemas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ha tenido problemas en su trabajo debido su consumo de bebidas alcohólicas	8 438	.7	4 072	.4	12 510	.6
Ha tenido problemas con su familia debido a su consumo de bebidas alcohólicas	136 164	10.7	75 422	7.8	211 586	9.5
Se vio involucrado en una pelea debido a su consumo de bebidas alcohólicas	100 235	7.9	42 121	4.4	142 356	6.4

Porcentajes obtenidos del total de bebedores definido en las columnas

Figura 2.7. Población total de 12 a 17 años, según problemas por el consumo de alcohol por sexo. México, ENA, 2008.

Estas cifras nos dan un panorama sobre la forma de beber de los adolescentes mexicanos, quienes generalmente beben en cantidades excesivas, en una sola exposición.

Los estudios realizados en el Estado de Jalisco mostraron una disminución significativa en el consumo de alcohol de 65.1% en 2009 a

58.1% en 2012, situación similar al porcentaje de abuso, el cual disminuyó de 21.0% a 16.9% en el mismo periodo. La edad de inicio se mantuvo en los 12.5 años en ambos años. Por su parte, también en 2009, la Ciudad de México registró un índice de consumo alguna vez en la vida de 71.4% (cifra idéntica para hombres y mujeres), mientras que para 2012 la prevalencia fue de 68.2%, en donde hombres y mujeres mostraron porcentajes similares (68.7% y 67.7%, respectivamente).

En 2012, 53.6% de los adolescentes de 14 años o menos indicaron haber ingerido alcohol alguna vez en su vida, mientras que la prevalencia en jóvenes de 18 años o más fue de 92.5%. Asimismo, se observó un incremento importante en el uso entre los 14 y 15 años de edad. Otro estudio realizado en la Ciudad de Tijuana, encontró que la prevalencia de consumo en el último año fue mayor en hombres de 5° y 6° de primaria (11.7%), en comparación con las mujeres de los mismos grados escolares (8.6%). A su vez, el abuso en esta población escolar resultó similar y por debajo del 3% tanto para hombres (2.5%) como para mujeres (2.3%). En cuanto a los estudiantes de secundaria en la Ciudad de Tijuana, el consumo de esta sustancia fue menor a los de otros estudios realizados en 2012 en diferentes estados del país con población estudiantil, en hombres alcanzó el 24.7%, mientras que en mujeres fue de 26.7%. De igual manera, el abuso en la manera de beber de esta población, tuvo una prevalencia menor (8.3% en hombres y 8.2% en mujeres) al comparar los datos con otros estados que tuvieron porcentajes entre el 12.4% y el 14.2% (Secretaría de Salud, 2016).

Durante 2012, se registró a 48 378 personas provenientes de 1658 Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales de las 32 entidades federativas. De esta población, 85.5% (40 812) fueron hombres y 14.5% (7566) mujeres. El 17.0% resultó ser menor de 14 años y 31.3% indicó tener entre 15 y 19 años. En este reporte, la principal droga de inicio mencionada fue el alcohol (46.5%), siendo reportado por 52.6% de las mujeres y 45.4% de los hombres. El mayor porcentaje se presentó entre las personas de 35 años de edad o mayores (57.0%), seguidas por los grupos de 30 a 34 años (46.9%) y de 14 años o menores (46.2%). Un 53.3% de quienes reportaron el alcohol como droga de inicio refirieron ser estudiantes de tiempo completo, mientras que 39.7% de las personas refirió a esta sustancia como droga de impacto, afectando más a las mujeres (44.2%) que a los hombres (38.9%). De

quienes refirieron ésta como droga de impacto, 40.1% eran estudiantes de tiempo completo; por grupos de edad, el mayor porcentaje fue el de las personas mayores de 35 años (58.3%).

Durante 2012, se obtuvo un total de 3698 registros obtenidos de los Consejos Tutelares para Menores (hombres 91.5%, mujeres 8.5%); de éstos, 89.9% perteneció al grupo de 15 a 18 años de edad. Del total de la población, sólo 65.9% indicó consumir alguna sustancia legal o ilegal habitualmente; de los cuales 32.2% mencionó al alcohol como droga de inicio, principalmente en el grupo de edad de 15 a 18 años y afectando más a las mujeres (39.7%) que a los hombres (31.5%). Asimismo, entre quienes cometieron algún delito bajo el efecto de alguna droga, esta sustancia fue la que más se mencionó (43.3%).

Por otra parte, los Servicios de Urgencias Hospitalarias reportaron que un total de 6957 personas respondieron la cédula, de las cuales 56.7% fueron mujeres. La media de edad fue de 37.1 años, la estratificación de la población por grupo de edad y sexo mostró que el sexo femenino tuvo una discreta mayoría en los grupos de 15 a 24 años de edad; 11.3% reportó ser estudiante de tiempo completo. Por otro lado, 3.0% de los pacientes que se presentaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga; de éstos, 73.7% reportó haber ingerido alcohol y 6.2% marihuana.

En 2014, las Unidades de Especialidades Médicas–Centro de Atención Primaria en Adicciones atendieron a un total de 44 126 personas por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, de ellas 16 267 (36.9%) refirieron acudir por problemas con el alcohol. La mayoría fueron hombres (63.3%), en promedio tenían 25.2 años (± 12.7 años); 46.8% de la población contaba con estudios de secundaria, 34.7% con bachillerato o estudios técnicos, 10.8% con primaria, 6.5% con estudios de superiores o posgrado y 1.2% era analfabeta funcional. Poco más de la mitad de los consumidores estaban estudiando (51.7%), 34.8% se encontraban empleados y 8% no tenía empleo ni estudiaba, 4.9% eran amas de casa y el resto eran jubilados y pensionados. Siete de cada 10 se encontraban solteros, dos de cada 10 tenían pareja (Secretaría de Salud, 2016).

En México, el consumo de alcohol inicia antes de los 10 años de edad, Manuel Mondragón y Kalb, señaló que en promedio 6 millones de adolescentes mexicanos han probado el alcohol y que no hay

diferencia entre hombres y mujeres, ya que las cifras casi se equilibran (Arellano, 2016). Por su parte, la ENCODE 2014 reportó que 1.5 millones de preparatorianos y estudiantes de secundaria han abusado de esa sustancia (más de cinco copas por ocasión); la cifra al respecto para niños de quinto y sexto grados de primaria es de 110 600.

El 68.2% de la población adolescente ha ingerido alcohol alguna vez en su vida y 40.1% lo ha hecho en el último mes. Los estudiantes de bachillerato presentan porcentajes de consumo y abuso de 2 veces mayores que aquellos de secundaria. De esto últimos, 27.2% ha consumido alcohol durante el último mes, mientras que para los estudiantes de educación media superior, el porcentaje se incrementa a 56.5%.

La mortalidad por trastornos por abuso de alcohol ocupa el lugar 13 en los hombres; asimismo, es el principal factor de riesgo para enfermar y morir joven en los hombres y ocupa el sexto lugar en las mujeres (ENCODE-CdMx, 2012). Las dos principales causas de muerte en adolescentes entre 10 y 19 años que están íntimamente ligadas al abuso de esta sustancia son los accidentes de vehículos de motor y la violencia interpersonal (Arellano, 2016).

La edad de inicio promedio de consumo de alcohol es de 12.6 años. El porcentaje de adolescentes de 14 años o menos que lo ha consumido alguna vez en su vida es de 53.6%, mientras que en quienes tienen 18 años o más es de 92.5% (ENCODE-CdMx, 2012).

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud, del cual México no está exento; diariamente mueren alrededor de 147 personas por causas vinculadas con el tabaco, lo que suma 53,000 en un año (ENA, 2008).

Se observó que la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población general fue de 17 años y en la población adolescente fue de 13.7 años (Figura 2.8).

Grupos de edad

IC 95%

L. inferior

L. superior

Adolescentes	Media	13.7	13.5	13.8
Adultos	Media	17.4	17.2	17.5
Total	Media	17.1	17.0	17.2

Figura 2.8. Edad de consumo de tabaco por primera vez según grupo de edad. México, ENA, 2008.

Las dos causas más frecuentes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 30% de los hombres y 27% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 69% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Con base en estos hallazgos, podemos concluir que las razones para el inicio del consumo de tabaco son similares, en hombres y mujeres como en adolescentes y adultos (ENA, 2008; Tapia, 2008; Echeverría, 2007) (Figura 2.9).

		Sexo		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Adolescentes	Adultos	Total
Porque su familia,	N*	5 230	2 455	491	7 193	7 685
Amigos o compañeros fumaban	IC 95% L. inferior	4 912	2 238	427	6 795	7 271
	L. superior	5 549	2 671	556	7 592	8 099
	%	29.8%	26.9%	24.1%	29.2%	28.8%
	IC 95% L. inferior	28.3%	25.0%	21.5%	27.8%	27.7%
	L. superior	31.3%	29.0%	27.0%	30.6%	30.1%
Por curiosidad	N*	10 684	5 478	1 399	14 764	16 162
	IC 95% L. inferior	10 256	5 145	1 280	14 232	15 599

ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DESDE UN ENFOQUE HOLÍSTICO

	L. superior	11 112	5 812	1 517	15 295	16 725
	%	60.8%	60.1%	68.6%	59.9%	60.6%
	IC 95% L. inferior	59.2%	57.8%	65.7%	58.4%	59.1%
	L. superior	62.3%	62.4%	71.5%	61.4%	62.0%
Otra razón	N*	1 663	1 176	148	2 691	2 839
	IC 95% L. inferior	1 487	1 037	112	2 469	2 611
	L. superior	1 838	1 315	183	2 913	3 066
	%	9.5%	12.9%	7.3%	10.9%	10.6%
	IC 95% L. inferior	8.6%	11.5%	5.8%	10.1%	9.9%
	L. superior	10.4%	14.4%	9.1%	11.8%	11.5%
Total	N*	17 577	9 109	2 038	24 648	26 686

*N en miles

Figura 2.9. Motivo por la que empezó a fumar según sexo y grupos de edad. México (ENA, 2008).

De los adolescentes, el 85% (11 626) nunca ha fumado, el 8.8% (1 201) es fumador activo y el 6% (840) son ex fumadores. Para caracterizar a la población mexicana con respecto al consumo de tabaco, se utilizaron las siguientes definiciones:

- Fumador activo: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año
- Ex fumador: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año
- No fumador: persona que contestó no haber fumado en la vida.

De estos adolescentes que son fumadores activos, el promedio de edad de inicio de consumo diario de tabaco es de 14 años.

La encuesta también encontró que 16.4% de los hombres (1.1 millones) y 8.1% de las mujeres (539 mil) de entre 12 y 17 años son

fumadores, lo que equivale a 1.7 millones de adolescentes. Sólo en el caso de las mujeres el aumento fue estadísticamente significativo (de 3.7% en 2002 a 8.1% en 2012). La prevalencia en el último año pasó de 9.0% en 2002 a 12.3% en 2012, porcentaje que se constituyó en su mayoría por fumadores ocasionales (10.4%) y 2% de fumadores diarios (ENA, 2011).

En Jalisco se encontró una disminución significativa de prevalencia, pasando de 34.9% en 2009 a 27.3% en 2012. En este último año se observó que los hombres presentaron porcentajes de consumo más altos (31.4%) con respecto a las mujeres (23.4%). Los estudiantes de nivel bachillerato reportaron en mayor medida este consumo (42.4%) en comparación con los de secundaria (22.4%). La edad de inicio para el consumo de esta sustancia, fue alrededor de los 12 años.

En el caso de la Ciudad de México, el consumo de tabaco alguna vez, en la medición 2009, fue de 44.3%, y disminuyó a 41% para 2012. La prevalencia en este último año para los hombres fue de 42.1% y para las mujeres de 39.9%. Mientras tanto, Tijuana, Baja California registró una prevalencia de consumo alguna vez de 4.7% en estudiantes de 5° y 6° grado de primaria. En la población masculina de secundaria en aquella ciudad, el porcentaje de consumo de tabaco (12.1%) fue similar al encontrado en otros estados; mientras que las mujeres tuvieron un porcentaje similar al de las estudiantes del mismo nivel educativo en Jalisco (9.8% y 8.8%, respectivamente) y menor comparado con las de la Ciudad de México (12.1%).

En la medición de 2006 del Estado de Nuevo León, se encontró que 36.0% de los varones y 28.9% de las mujeres estudiantes de secundaria han fumado alguna vez en su vida, con una prevalencia de 32.3%. Por nivel educativo, este porcentaje fue de 22.3% en estudiantes de secundaria y 49.5% en bachillerato. La edad de inicio del consumo fue alrededor de los 13 años. En el mismo año, pero en el Estado de Colima, la prevalencia de tabaco alguna vez fue de 25.3%; (28.9% hombres y 22.0% mujeres). Por nivel educativo, 18.0% de los alumnos de secundaria y 37.2% de bachillerato refirieron haberlo consumido. La edad de inicio del consumo en este estado fue alrededor de los 13 años.

En 2009, la encuesta del Estado de México reportó que 49.4% de los estudiantes fumaron tabaco alguna vez; de los cuales 52.1% fueron hombres y 46.9% mujeres. El 40.7% de los estudiantes de secun-

daria y 65.5% de los de bachillerato presentaron consumo de tabaco. En este estado, se presentaron los porcentajes de consumo más altos en comparación con los estados de Nuevo León, Colima, Campeche, Jalisco, Baja California y la Ciudad de México. En el caso de Campeche, la medición del 2006 arrojó que 27.5% de los estudiantes había fumado tabaco alguna vez, y que el consumo de los hombres fue mayor al de las mujeres, con porcentajes de 33.7% y 21.4%, respectivamente. Un 20.6% de los estudiantes de secundaria habían consumido tabaco alguna vez y este porcentaje se incrementó a 38.5% en estudiantes de bachillerato.

A nivel nacional, la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes México 2011, aplicada en escuelas secundarias a jóvenes de entre 13 y 15 años reportó que 42.8% de los estudiantes utilizó el cigarro alguna vez en su vida; de los fumadores, 67.5% lo hizo entre los 11 y los 13 años de edad, mientras que el 16% lo hizo antes de los 10 años. En cuanto a los no fumadores, un 27.5% refirió que aceptaría un cigarro si se lo ofreciera su mejor amigo o que piensa que es posible que fume en los próximos 12 meses (Secretaría de Salud, 2016).

A nivel nacional, se estima que 21.7% de la población mexicana entre 12 y 65 años es fumadora activa (31.4% hombres y 12.6% mujeres); 26.4% son ex fumadores (30.9% hombres y 22.2% mujeres), y 51.9% nunca ha fumado (37.8% hombres y 65.2% mujeres). En términos absolutos, se estima que 17.3 millones de mexicanos entre 12 y 65 años son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres), 21 millones son ex fumadores y cerca de 41.3 millones nunca han fumado. A nivel regional, la prevalencia más alta de consumo de tabaco se observa en la Ciudad de México (30.8%), seguido de las regiones Occidental, Nororiental, Norte Centro, Centro y Noroccidental, donde las prevalencias oscilan entre 20% y 25%. Las prevalencias más

bajas se observan en las regiones Centro Sur y Sur, siendo esta última la más baja a nivel nacional (13.7%).

Los fumadores activos fuman, en promedio, 6.5 cigarrillos diarios; 50% de los fumadores diarios consume menos de 4 cigarrillos y sólo 1.5% fuma más de 20 cigarrillos al día. El patrón de consumo del fumador mexicano es principalmente ocasional. El 11.4% (1.5 millones) de los fumadores activos tienen adicción, de los cuales 1.2 millones son hombres y 300 mil mujeres.

La prevalencia de consumo en alumnos de primaria y secundaria fue de 1.3%. Por su parte, la edad de inicio promedio para consumir tabaco se situó en 13.1 años, aunque el porcentaje de incidencia al tabaco en estudiantes de secundaria es menor en comparación con los de bachillerato, ubicándose en 25.0% y 61.3%, respectivamente. Cabe destacar que a pesar de las regulaciones gubernamentales que prohíben la venta de cigarrillos a menores de edad, 29.1% de los consumidores actuales de tabaco tienen 17 años.

Las delegaciones Azcapotzalco, Cuajimalpa, Iztacalco, Coyoacán, Miguel Hidalgo, Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Álvaro Obregón, son las más afectadas por el consumo actual de tabaco ya que presentan una prevalencia de consumo significativamente mayor al promedio de la Ciudad de México que se ubica en 14.9% (ENCODE-CdMx, 2012).

Uno de los factores de riesgo más importantes que influyen en el consumo de drogas, es la disponibilidad y su uso en el entorno. Se encontró que una proporción importante notificó exceso de consumo de alcohol en el padre (22%), de consumo de drogas en el mejor amigo (13%) y en algún miembro de la familia (7%); 2 de cada 100 notificaron sobre un exceso de consumo de alcohol en la madre. El consumo en la familia y en el entorno inmediato, particularmente de alcohol, dada su frecuencia, constituye un factor de riesgo importante para la oportunidad de uso y abuso (ENA, 2008; Tapia, 2009, 2008; Tapia-Cuéllar, 2002).

Consumo de drogas ilegales

El panorama general del consumo de drogas ilegales resalta que el consumo en jóvenes es muy elevado y en el sexo femenino la cifra es más alta en adolescentes que en adultas (Figura 2.10).

Para que un adolescente o joven se involucre con drogas debe encontrar una oportunidad para usarlas. Entender cómo se da la progresión, desde que se le ofrece al individuo la oportunidad de uso, hasta que desarrolla la adicción, es crucial para el diseño de programas de intervención que permitan incidir en cada una de las etapas y, así, reducir la probabilidad de ocurrencia. Sabemos que muchos de los factores que se han asociado con el riesgo de usar drogas, como la supervisión de los padres o el género, pueden relacionarse con el uso de drogas solamente si los jóvenes tienen acceso a ellas (Figura 2.11).

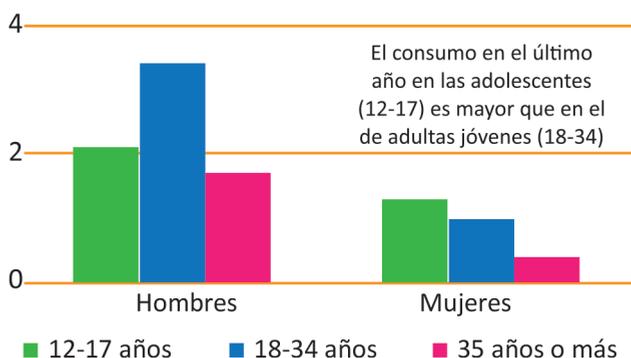


Figura 2.10. Prevalencia anual de consumo de drogas por grupos de edad y sexo. Se trata de un fenómeno que afecta principalmente a los jóvenes. México (ENA, 2008).

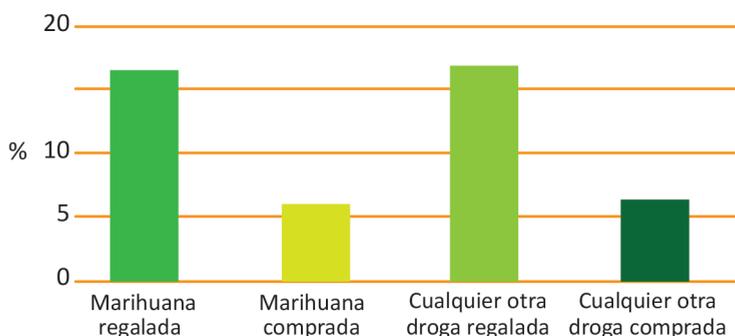


Figura 2.11. Disponibilidad de algunas drogas, para su uso. Proporción que reportó haber recibido oferta de marihuana u otras drogas compradas o regaladas. A una de cada cinco personas (18.5%) le han ofrecido drogas. La droga a la que están más expuestos los jóvenes es a la marihuana. México (ENA, 2008).

En la ENA 2008 se observa un panorama del uso de drogas, en el que se incluye la percepción de la población sobre el riesgo adictivo de algunas drogas además de su consumo. El mayor consenso sobre el potencial adictivo de las drogas se observó para la marihuana (80%) y para la cocaína (76%); les sigue en importancia el alcohol (71%). Menor porcentaje se observó para el tabaco (66%), la heroína (60%), los inhalables (56%) y los alucinógenos (52%); sin embargo, todavía hay personas que piensan que no causan ninguna adicción (Figura 2.12).

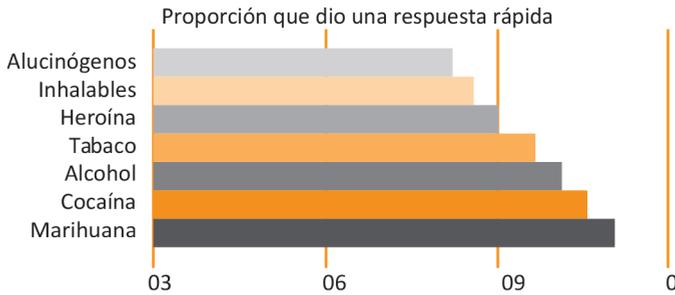


Figura 2.12. Percepción sobre la adicción de diferentes drogas en la población. Una proporción alta de la población no considera que las drogas producen adicción; es necesario reforzar el conocimiento en la población sobre los mecanismos de desarrollo de dependencia, especialmente del tabaco, los inhalables y la heroína. México (ENA, 2008).

Es importante definir la manera en que se presenta el consumo, dada la oportunidad de usar drogas; a esto se le llama prevalencia condicionada. Los datos indican que si bien más hombres (9%) que mujeres (3%) han usado drogas, se debe principalmente a que han tenido más oportunidades de hacerlo. Cuando se controla la exposición a las drogas, las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres desaparecen. Alrededor de la mitad de quienes se han expuesto a la venta o compra de marihuana u otras drogas, la ha consumido (58% de los hombres y 53% de las mujeres). Las estimaciones por razón de momios indican que las mujeres tienen mayor probabilidad de probar marihuana si se la ofrecen, que los varones (Figura 2.13).

Los adolescentes también progresan en mayor proporción hacia la dependencia. Dado el abuso, 36% de los adolescentes, 25% de los

adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y 15% de quienes tienen más de 25 años progresan a la dependencia (Figura 2.14).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes reveló que si bien la marihuana es el estupefaciente más consumido, hay una tendencia de repunte del uso de la cocaína (Pierre, 2016). En cuanto al uso según el grado escolar, el estudio señala que la primera es la droga de mayor uso, tanto en secundaria como a nivel medio superior; en tanto que los inhalables y la cocaína ocupan los siguientes lugares, con 5.8% (608 mil 437) y 3.3% (345 mil 42), respectivamente. Asimismo, muestra que 2.3% de los niños que cursan 5° y 6° grados de primaria han consumido marihuana, lo que equivale a 106 mil estudiantes. De manera específica, se trata de 1.1% de las niñas y 3.4% de los niños de esos grados.

Del total de estudiantes de secundaria y bachillerato, 1.18 millones consumieron marihuana alguna vez. Al detallar por tipo de droga, la encuesta, que se levantó en las 32 entidades federativas, encontró que la prevalencia de uso alguna vez de esta sustancia entre los estudiantes pasó de 1.54% a 10.6% en los últimos 23 años (6.1% en secundaria y 18.1% en bachillerato) (Secretaría de Salud, 2016). El reporte señala que el consumo de marihuana por los estudiantes mexicanos en el último año supera el de niños en escuelas de Honduras, El Salvador, Panamá y Brasil, y es menor a lo que ocurre en Estados Unidos, Canadá, Belice, Costa Rica, Argentina, Chile y Uruguay (Pierre, 2016).

El Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID, 2015) que se realiza en la Ciudad de México, indica que la marihuana es la sustancia que presenta el nivel de consumo más alto de las sustancias estudiadas (89.9%). Los usuarios de esta sustancia inician antes de los 11 años; sin embargo, el grupo más vulnerable es el de los 15 a 19 años (45.1%). La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo en la prevalencia de alguna vez (40.0%); de igual manera, el grupo más afectado es el de los 15 a 19 años de edad (52.6%). En cuanto a los inhalables, éstos representan el 39.6% del uso de sustancias consumidas alguna vez. También, el grupo de los 15 a 19 años de edad es el más afectado (49.0%) (Ortiz, Martínez, Meza, SIRD, 2015).

Hoy día, los niños mexicanos de 5° y 6° año de primaria, además de alcohol y tabaco, ya consumen marihuana, inhalables y otras

drogas duras. La muestra se llevó a cabo entre 52 171 alumnos de ese nivel (Secretaría de Salud, 2016).

Estupefacientes

La ENCODE 2014 advierte que mientras un 1 798 400 estudiantes de secundaria y bachillerato, es decir, 17.2% en esos niveles educativos, admitieron haber consumido alguna vez un estupefaciente, 152 181 alumnos de 5° y 6° grados de primaria reconocieron haberlo hecho. Esto significa que, en suma, 1 950 581 alumnos en dichos niveles educativos aceptaron que han consumido alguna droga.

Cocaína

Del total de estudiantes de bachillerato, 316 mil consumieron cocaína. El uso de esta droga entre los estudiantes de secundaria y bachillerato alcanza los mismos niveles que este grupo poblacional en Estados Unidos (1.6%), es mayor a los de Costa Rica, Honduras, Perú y Paraguay y menor a los de Canadá, Chile, Argentina, Colombia y Uruguay (Pierre, 2016).

Según datos de la ENCODE 2016, 713 mil jóvenes de secundaria y bachillerato requieren tratamiento por el consumo de alguna droga ilegal, lo que equivale a 1.5% del total de esta población escolar. Para ello, nuestro país cuenta con la red más grande de Latinoamérica que brinda servicios de prevención y atención de situaciones relacionadas con el consumo de drogas legales.

Cabe destacar que la ENCODE 2014 marcó un parteaguas como fuente de información, ya que no se había realizado un estudio similar en nuestro país desde 1991 (Secretaría de Salud, 2016). Por su parte, Jorge Villatoro, investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, menciona que las tendencias en los últimos 23 años, muestran que del total de población de entre 10 y 18 años el consumo se duplicó (de 8.2% a 17.2%), de acuerdo con los datos más recientes en la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), en coordinación con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (Secretaría de Salud, 2015), y el apoyo de la Secretaría

Educación Pública, lo que ofrece un amplio panorama sobre la problemática en este grupo de la población (Secretaría de Salud, 2016).

La ENCODE 2014 midió el consumo de drogas en alumnos de 5° y 6° grados de primaria y señaló que 3.3% de los niños en esos niveles educativos han consumido algún estupefaciente. La mayoría de ellos (2.3%) había consumido marihuana, 1.9% inhalables y 1.6% otro tipo de drogas. La Encuesta se aplicó a un total de 26,503 estudiantes, de los cuales el 49.2% fueron mujeres y 50.8% hombres; el 56.0% cursa nivel secundaria y el 44.0% asiste a nivel medio superior, por lo que el 54.2% de la población encuestada tiene 14 años o menos. La mayoría de las y los adolescentes fueron estudiantes de tiempo completo durante el año anterior al levantamiento de la encuesta y sólo el 6.3% de los hombres y el 4.8% de las mujeres no eran estudiantes (Secretaría de Salud, 2015).

Finalmente, el Panorama epidemiológico resalta que en total, 3.3% de los estudiantes de primaria de los últimos dos grados a nivel nacional han consumido alguna droga, es decir, 4.7% para el caso de los niños y 1.7% para el de las niñas. Campeche, Michoacán y Quintana Roo son los estados con las prevalencias más altas en el consumo de drogas entre los estudiantes de primaria, mientras que Guanajuato es la entidad federativa con la prevalencia más baja (Secretaría de Salud, 2016).

Entre los resultados encontrados destaca que la prevalencia de consumir alguna vez cualquier droga entre los estudiantes de secundaria y bachillerato fue de 18.6% para los hombres, es decir, 968 mil alumnos. En el caso de las mujeres suman 15.9%, lo que representa 825 mil alumnas, de manera que el resultado promedio es de 17.25%. El estudio, revela que por cada 10 usuarios de drogas ilegales, siete son experimentales, lo que quiere decir que probaron esas sustancias entre una y cinco veces. La adicción sigue siendo más frecuente en los hombres, aunque la distancia se ha reducido, al registrarse que por cada seis mujeres hay siete varones (Secretaría de Salud, 2016).

La percepción del riesgo de consumir sustancias es menor en los usuarios, lo cual se observa en mayor medida en consumidores de marihuana, así como en consumidores de cocaína, inhalables y heroína. Los usuarios de drogas perciben una mayor tolerancia social ante el consumo de sustancias ilícitas por parte de su familia, sus maestros y su mejor amigo, mientras que se ha incrementado la disponibilidad de los

estupefacientes en el mercado nacional. El promedio de edad de inicio del consumo de estupefacientes en México, señalaron los especialistas, es a los 13.6 años (Pierre, 2016).

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es un problema de salud pública en el que la porción de la población más afectada son los adolescentes. Se ha comprobado que el alcohol y el tabaco son las drogas de inicio, sobretodo en la población mexicana rural, iniciando su consumo a los 11 años (Tapia, 2008).

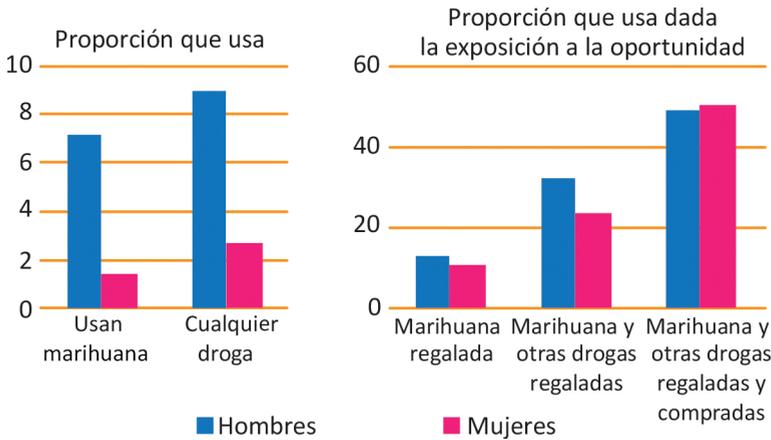


Figura 2.13. Diferencia en el consumo de drogas entre hombres y mujeres. Cuando se controla por la exposición a la oportunidad de consumir, las diferencias entre hombres y mujeres desaparecen. México (ENA, 2008).

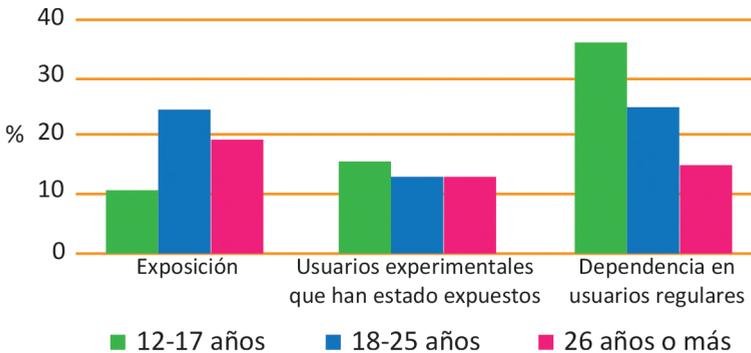


Figura 2.14. Diferencias en el riesgo de progresión hacia el uso y dependencia de las drogas de acuerdo a la edad. La posibilidad de progresar hacia el uso y la dependencia es mayor cuando la exposición a drogas ocurre durante la adolescencia. México (ENA, 2008).

Los adolescentes mexicanos beben generalmente en cantidades excesivas, en una sola exposición, lo que provoca problemas graves tanto sociales como psíquicos y físicos (ENA, 2008).

Con base en la información nacional e internacional, se destaca que el consumo de alcohol y tabaco son un problema de salud pública, por lo que es necesario implementar estrategias de intervención con enfoque preventivo, de identificación temprana y de rehabilitación (Tapia, 2009).

Entre las cinco recomendaciones que presentaron las instituciones participantes para atacar el problema destacan: la necesidad de trabajar más con los niños en el desarrollo de habilidades sociales, fomentar acciones con los padres de familia y maestros, dirigidas a mejorar las prácticas de parentalidad y disciplina, así como promover la integración de equipos de investigación sobre el tema (Pierre, 2016).

- Estudios epidemiológicos
- Estudios clínicos
- Estudios psicosociales
- Perspectiva de género
- Grupos vulnerables.

El punto de partida es reconocer el liderazgo de los profesionales de la salud y asumir este compromiso de manera activa, reforzando: la confianza de la sociedad, práctica clínica constante, prevención, consejería y educación para la salud.

Diana Cecilia Tapia Pancardo
Beatriz Gómez Casimiro
Christian Yolotli Hernández Ortiz
Gustavo Yañez Fabila
José Luis Cadena Anguiano

Las drogas son sustancias dialécticas: contienen remedio y enfermedad a la vez.

Fernando Caballero Martínez

CONCEPTOS BÁSICOS

Actualmente, el abuso de drogas es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; sin embargo, en América Latina esta situación es aún más grave pues se ha encontrado que los niveles de ingesta de alcohol son muy elevados, principalmente en los adolescentes, propiciando la adicción en ellos.

Una visión psicodinámica de la adicción está integrada por una dependencia neurobiológica con una focalización principalmente sobre los factores que propician una vulnerabilidad para la adicción. La dependencia o adicción a las drogas es un desorden caracterizado por:

- 1) Compulsión al buscar y consumir la droga
- 2) Pérdida de control en la limitación del consumo de drogas
- 3) Emergencia de un estado emocional negativo (disforia, ansiedad, irritabilidad); cuando su acceso a las drogas es frustrado.

Es indispensable considerar la importancia de la intervención multisectorial ante el uso, abuso y dependencia al tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas o psicotrópicos de empleo lícito o ilícito, que constituyen un grave problema de salud pública y tienen importantes consecuencias negativas en la población juvenil, debido a que el consumo de algún tipo de droga es cada vez a edad más temprana y su consumo excesivo repercute en los índices de morbilidad y mortalidad.

A continuación se presentan los conceptos básicos para introducirnos al entendimiento del mundo de las adicciones.

Droga

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprimible al tomarla en forma periódica o continuada a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta (Kuri *et al.*, 2006; Martínez y Rubio, 2002; Lahuerta, 2000) (Figura 3.1).

Es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración del natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (Coleman y Hendry, 2003; Martínez Ruiz y Aguilar, 2002; Davidoff, 2002).

Es toda materia prima de origen biológico que directa o indirectamente sirve para la elaboración de medicamentos, y se llama principio activo a la sustancia responsable de la actividad farmacológica (Evans, 2008; Herrera y Ulloa 2004).

Fármaco

Toda sustancia química purificada utilizada en la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación y cura de una enfermedad, para evitar la aparición de un proceso fisiológico no deseado o para modificar condiciones fisiológicas con fines específicos (Evans y Hofmann, 2008; Herrera, 2004).

Uso

Aquella forma de relación con las drogas en la que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física y social del sujeto, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (García, 2008; Guzmán & Pedrao, 2008).

Abuso

Aquella forma de relación con las drogas en la que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto,

se producen consecuencias negativas para el consumidor y su entorno (García, 2008; Larger y López, 2002; Mrazek & Haggarty, 1994).

Actualmente se habla de tres tipos de usos y/o abusos de drogas:

- 1) Ocasional, experimentadores, uso social controlado
- 2) Abuso de drogas, perjudicial
- 3) Adicción o dependencia a las drogas.



Figura 3.1. Uso, abuso y dependencia.

Tolerancia

Después de un período de experiencias de uso con una droga, se puede desarrollar el fenómeno conocido como tolerancia. La tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesaria una dosis mayor (Martínez-Martínez, 2008; Mrazek, 1994).

Dependencia

La definición internacional de drogadicción, postulada por el comité de expertos convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la dependencia a las drogas como un “estado psíquico y a veces también físico” que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, caracterizada por la modificación de la conducta y otras reacciones, que siempre comprende un impulso que lleva a tomar

la sustancia de modo continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar de su privación.

Según la OMS, la drogodependencia es el producto de la interacción de tres elementos: la persona, la droga y el medio ambiente o momento sociocultural. (OMS, 2010) (Cuadro 3.1).

Dependencia física

Se define como la situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma la droga, o un impulso que demanda su administración periódica o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia de la droga, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una sustancia, se caracteriza porque el organismo modifica su comportamiento, y siempre está presente un impulso irreprimible por tomar la droga en forma continua o periódica (Nelson, 2009; Nicolson, 2002; Nató, 2001).

En la dependencia física hay un estado de adaptación que pone de manifiesto al producirse intensas alteraciones corporales (síndrome de abstinencia) cuando se suspende la administración de una droga (Domenech, 2005; Martínez, Rubio, 2002).

Dependencia psicológica

Se considera como dependencia psicológica a 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 de la misma. Para el adicto, el trabajo, el estudio y la lucha por la vida no valen la pena. La satisfacción que podría dar esta clase de actividades la tiene al alcance de la mano con un pinchazo de heroína o con un cigarro de marihuana. En esta etapa, el adicto tiene modificaciones de aspecto psicológico y físico. Se observa en los adictos el deseo intenso de drogarse cuando entran en contacto con alguno de los elementos asociados al consumo (ambientes, objetos o personas) que de algún modo están asociados al consumo (Pimenta *et al.*, 2009; Rossi, 2008; Puentes, 2004).

Cuadro 3.1. Características de la dependencia según tipo de sustancia.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA						
	Cocaína	Anfetaminas	Barbitúricos BDZ	Cannabis	Opiáceos	Inhalantes
Acción Farmacológica	Estimulante	Estimulante	Depresor	Depresor y Estimulante	Depresor	Depresor
Dependencia psicológica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dependencia física	Sí	Sí	Sí	Discutida	Sí	Discutida
Síndrome de Abstinencia	Sí	Sí	Sí	Discutida	Sí	Discutida
Tolerancia	Discutida	Sí	Sí	Discutida	Sí	Sí

Sobredosis

Se presenta cuando al organismo se le ministra cierta cantidad y calidad de sustancia no resistida por el organismo que la ingiere. Por ejemplo, un adicto que tiene el mismo proveedor acostumbra a consumir las mismas cantidades de acuerdo con el potencial ya conocido; ocurriendo el cambio de proveedor, la nueva partida podrá contener un grado de pureza considerablemente superior al esperado y para el cual, el organismo no estaba acostumbrado, ocurriendo así la sobredosis (García, 2008; Cruz, 2007).

CONSUMO EXPERIMENTAL, SOCIAL, FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

Actualmente, se habla de tres tipos de usos de drogas:

1. Ocasional, experimental, uso social controlado

2. Abuso de drogas, perjudicial
3. Adicción o dependencia a las drogas.

El enfoque de esta aproximación es sobre el desarrollo de dificultades, trastornos emocionales, factores estructurales (ego), organización de la personalidad y la construcción de él mismo (Downing & Bellis, 2009; Cerezo, 2004; Furlan, 2003).

De acuerdo a la frecuencia del consumo y al grado de dependencia psicológica o física, el consumo se clasifica como: experimental, social, funcional y disfuncional.

Consumo experimental

Las personas con este tipo de consumo no se consideran propiamente adictos, pues el consumo es motivado por la curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga, por ser una experiencia novedosa; esta conducta es vista comúnmente en la adolescencia (Downing & Bellis, 2009; Piédrola, 2006; Flores, 2004).

Consumo social

Se da cuando las personas utilizan sustancias tóxicas, específicamente en situaciones pasajeras, o sólo en situaciones sociales; o bien, las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos; sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia (Caballero, 2010; Castro, 2008; Domínguez, 2002).

Consumo funcional

Este tipo de consumo se manifiesta cuando las personas hacen uso de drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando social y productivamente; sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga (CIJ, 2009, 2007; Coleman y Hendry, 2003).

Consumo disfuncional

Se observa cuando las personas constantemente necesitan consumir la droga y han dejado de funcionar social y productivamente; su vida

gira en torno a las drogas y todas sus actividades están dedicadas a su obtención y consumo, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento (Echeverría, 2007; Domenech, 2005; Domínguez, 2002).

VARIABLES QUE CONFORMAN EL ACTO DE USAR UNA DROGA

Se considera que el uso de una droga es multifactorial, estos factores son calificados de riesgo, y son aquellas variables internas y/o externas que combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio y/o mantenimiento de la drogodependencia. En la adolescencia, un aspecto importante en el acto de usar una droga, está basado en las expectativas sobre los efectos que espera obtener de manera consciente o implícita el usuario: en esta etapa de la vida, las expectativas de los efectos son más importantes que los propios efectos. Además, puede responder a modas.

- La institucionalización y la transgresión social: el uso de una droga va enmarcado en un ritual determinado o la transgresión del mismo, generalmente en la adolescencia se trata más de lo segundo.
- La relación social: el uso de drogas supone, por lo general, una toma de posición de la persona con respecto a los demás o a solas, porque quieren ser como los demás o distinguirse.
- El contexto vital del uso de las drogas: los usos de drogas tienen sentido en función de momentos y situaciones vitales diferentes. En los adolescentes, la mayor parte de sus usos están relacionados, sobre todo, con los momentos de diversión y ocio (García, 2010; Guelar, 2002; Goffman, 1993).

El camino hacia las drogas es diferente en cada individuo, el origen del consumo se encuentra en una determinada cantidad de factores que actúan conjuntamente, como pueden ser, por ejemplo: relaciones familiares deterioradas, problemas escolares, influencia de personas cercanas y/o medios de comunicación (Se amplía en el capítulo 5).

SÍNDROME DE INTOXICACIÓN

Conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos) que definen un estado mórbido, producido por una o varias sustancias. La intoxicación alude al estado, agudo o crónico, que resulta del uso reciente de una o varias drogas que producen alteraciones físicas y psicológicas, asociadas con su concentración sanguínea. La severidad depende de la dosis y de condiciones como pureza de la sustancia, vía de administración y uso simultáneo de otras drogas (Hawkins, 2009; Guzmán, 2008).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

La OMS lo define como el conjunto de signos y síntomas, físicos y psicológicos, que pueden aparecer como consecuencia de la supresión del consumo de una droga que produzca dependencia. La severidad es mayor proporcionalmente a la rapidez en que se genera la dependencia física al fármaco.

Algunos síndromes se asocian con un alto índice de mortalidad, debido a las complicaciones que producen a nivel cardiaco, pulmonar y del SNC. Los síntomas de abstinencia son normalmente opuestos a los efectos agudos de cada sustancia adictiva y varían mucho según la clase de sustancia (Martínez y Aguilar, 2002; Rossi, 2008; Martínez-Rubio, 2002).

Hay signos fisiológicos comunes fáciles de identificar, en la abstinencia del alcohol, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los signos y síntomas de abstinencia de los estimulantes como las anfetaminas, cocaína, nicotina y cannabis son más difíciles de identificar, ya que pertenecen a la esfera emocional y cognitiva (Cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Síndrome de abstinencia según tipo de sustancia.

ANFETAMINAS	COCAÍNA Bejada o choque (9 h-4 días)	NICOTINA	ALCOHOL	BENZODIACEPINAS	OPIOIDES
Fatiga	Fatiga Agitación Depresión Anorexia Hiperfagia	Irritabilidad Agresividad Estreñimiento Boca seca	Varían mucho en severidad: Agitación Transpiración Palpitaciones	Traspiración Rinorrea Escalofríos Cefalea Mareo	Fase 1 Abstinencia inmediata (8-36 h) Respiración acelerada Rinorrea Bostezos Lagrimo Escalofríos
Sueños vívidos desagradables	Deseo intenso por consumir la droga Somnolencia excesiva	Ansiedad	Delirium tremens: Alucinaciones auditivas Visuales pánico	Visión borrosa Hipersensibilidad a la luz y al sonido Alucinaciones Distorsiones perceptuales	Deseo intenso de la droga
Trastornos del sueño (en general, sueño excesivo)	Abstinencia establecida (1-10 semanas) Se normaliza el sueño	Dificultad para dormir	Insomnio	Insomnio Irritabilidad pesadillas	
Aumento del apetito	Ansiedad Falta de energía, de interés en todo (anhedonia)	Aumento del apetito que puede llevar a aumento de peso	Anorexia		Fase 2 Abstinencia mediata (hasta una semana)
Retardo o agitación psicomotora	Deseo por consumir la droga que se intensifica frente a condicionantes		Aumento de la actividad motora Agitación motora extrema	Boca seca metálica Rigidez muscular Fatiga Debilidad Temblor	Los signos de la fase 1 más: Náusea Vómito Diarrea
Falta de concentración	Remisión (variable)	Dificultad para concentrarse	Desorientación		Calambres estomacales

ANFETAMINAS	COCAÍNA Bajada o choque (9 h-4 días)	NICOTINA	ALCOHOL	BENZODIACEPINAS	OPIOIDES
Falta de motivación	Deseos episódicos de consumir droga		Falta generalizada de interés	Fobia social Ataques de pánico Agorafobia	Dolor generalizado
Deseo intenso de volver a consumir la sustancia	Deseo muy intenso frente a condicionantes ambientales	Deseo intenso de volver a fumar	Deseo intenso de volver a consumir alcohol	Obsesiones	Fase 3 Abstinencia Tardía (duración variable) Deseo muy intenso frente a condicionantes ambientales

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

*Diana Cecilia Tapia Pancardo
Beatriz Gómez Casimiro
Christian Yolotli Hernández Ortiz
Gustavo Yañez Fabila
José Luis Cadena Anguiano
Rafael Villalobos Molina*

El ser humano por desgracia, en su historia, presenta paradojas y ambigüedades entre el comportamiento de cuidado y de descuido.

Vera Regina Waldow

El consumo de drogas es un tema en torno al cual en nuestro país existe una gran preocupación social. Existen diferentes criterios para clasificarlas. Se les puede agrupar según los efectos que producen en el Sistema Nervioso, procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, según la potencialidad farmacológica, su pertinencia en la sociedad legalmente, y muchas otras variantes.

El uso y abuso de las drogas representa un problema de salud pública muy grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales, a continuación ampliaremos la explicación para cada criterio de clasificación.

CLASIFICACIÓN JURÍDICA

De acuerdo con esta característica, las drogas se clasifican en legales o ilegales. Cabe resaltar que a veces es difícil entender la claridad de esta clasificación, ya que el tabaco se clasifica como droga legal y los disolventes no, a pesar de que en ambos casos su venta y posesión está permitida, siempre y cuando se trate de personas mayores de 18 años. Esta clasificación corresponde a cada nación, y sólo el tabaco y el alcohol

son las sustancias adictivas que se han legalizado en todo el mundo; mientras que para el resto de las sustancias existen diferencias, como en el caso de la marihuana, que es legal en países europeos. En general, el declarar ilegal el consumo de una sustancia tiene como propósito evitar el acceso del público a compuestos que se consideran peligrosos (CIJ, 2009, 2007).

Drogas legales

Las drogas legales son aquellas cuya venta ha sido aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador. El alcohol, que puede consumirse legalmente en las bebidas excepto por los menores de cierta edad, es una droga.

La fabricación y el expendio de estas drogas están reglamentados por leyes y normas de los gobiernos federales (Malpica, 2011; Montoya *et al.*, 2009).

Dentro de las drogas legales se encuentran: alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias (heroína, metadona), psicotrópicos *bajo prescripción médica*, ciertos disolventes de uso doméstico o industrial (Cuadros 4.1 y 4.2).

Cuadro 4.1. Alcohol, droga legal (NIDA).

ALCOHOL	
CLASIFICACIÓN	Legal Sedante hipnótico
EFFECTOS SNC	Es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). Inicialmente y en poca cantidad es estimulante; sin embargo, su efecto es mayormente depresor (sedante hipnótico) al aumentar la cantidad de alcohol en sangre.
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA	Es inmediata, de acuerdo con la cantidad de alcohol que es absorbida y se encuentra en la sangre.

ALCOHOL	
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	<p>Hay una progresión de cambios psicológicos y fisiológicos correspondientes al incremento de los niveles de alcohol en sangre, medidos en % (g/100 mL) (donde 0.08 g alcohol/100 mL = 17 mM):</p> <p>0.01-0.05%. Cambios en la personalidad, alivio de la ansiedad, lubricante social (más parlanchín, enérgico, elocuente), desinhibición.</p> <p>0.05-0.08%. Desinhibición significativa ("alma de la fiesta"), alteración del juicio, alteración de la cognición, la alteración de la función motora.</p> <p>0.08-0.15%. Ataxia marcada (asombramiento; trastornos del habla), mayor deficiencia motora, deterioro de valor de tiempo de reacción, apagones.</p> <p>0.15-0.30%. Mayor sedación/hipnosis (estuporoso pero consciente), acercándose a la anestesia general, acercándose al coma.</p> <p>0.30–0.40%. Dosis letal para el 50% de las personas.</p>
COMPLICACIONES	<p>Se pueden presentar: hepatopatías, pancreopatías, trastornos gastrointestinales, cardiopatías, miopatías alcohólicas, síndromes alcohólicos fetales, trastornos hematológicos, cáncer, demencia de Korsakoff (por deficiencia de tiamina), entre otros.</p>
TOLERANCIA	<p>En fases de alto consumo aparece la intolerancia (pequeñas cantidades de alcohol producen grandes intoxicaciones).</p> <p>El uso continuo de bebidas alcohólicas produce un aumento progresivo de la tolerancia en el organismo.</p> <p>Tiene una tolerancia cruzada con la mayor parte de depresores del SNC, los barbitúricos y las benzodiazepinas.</p>
INTOXICACIÓN	<p>Si es aguda, puede llegar a producir coma y muerte.</p> <p>Si es atípica, puede presentar de forma combinada, la agitación psicomotriz y un cuadro de delirio o alucinaciones.</p>

ALCOHOL	
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	<p>En casos graves, se presenta el delirio tremens, aparición posterior a las 72 horas de la última ingesta.</p> <p>Puede presentar agitación, trastornos de memoria, sudoración, hipertermia, temblores, insomnio, ansiedad, alucinaciones visuales.</p> <p>Si es grave debe tratarse con rapidez por el manifiesto peligroso de deshidratación y trastorno del equilibrio electrolítico, incluso pueden producir la muerte.</p>

Cuadro 4.2. Tabaco, droga legal (NIDA).

TABACO (NIDA)	
CLASIFICACIÓN	Legal
EFFECTOS SNC	Estimulante
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA	La nicotina cuando es fumada e inhalada es absorbida rápidamente a los pulmones en partículas suspendidas de alquitrán. La nicotina llega hasta el cerebro en 8 s por medio de la sangre.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	La nicotina tiene un número de efectos fisiológicos, atribuido principalmente a su capacidad para activar los receptores ganglionares en el Sistema Nervioso Autónomo, incluyendo la médula adrenal. Sin embargo, esta activación es transitoria y seguida por la persistente depresión de todos los ganglios autonómicos, dependiendo de la dosis y la historia de la ingesta de la nicotina en los seres humanos: fumar tabaco aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial; la nicotina también produce dilatación bronquial y la estimulación de las glándulas salivales; además, provoca un estímulo inicial de la motilidad en el tracto gastrointestinal, seguido por inhibición.

TABACO (NIDA)	
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	<p>La nicotina, en un individuo que la consume por primera vez, causa vómito debido a la activación de los quimiorreceptores desencadenadores eméticos, en una activación vagal, por reflejo en los nervios de la médula espinal.</p> <p>También tiene efectos ansiolíticos, pues activa transitoriamente el Sistema Nervioso Autónomo.</p>
COMPLICACIONES	<p>El humo de la nicotina eleva la carboxihemoglobina, debido al monóxido de carbono del humo, también proporciona cantidades significativas de agentes carcinógenos que se han vinculado con los efectos tóxicos del hábito de fumar. Por ello, se asocia a tres grandes tipos de enfermedades: los cánceres (boca, lengua, laringe, esófago, estómago, pulmones, vejiga), cardiovasculares (hipertensión, infarto agudo al miocardio, angina en sus diferentes tipos), respiratorias por el daño del humo a los diferentes órganos (enfisema pulmonar, EPOC).</p>
TOLERANCIA	<p>Sí el fumador regula el consumo de manera que siempre mantiene el mismo nivel habitual de droga, estos niveles, si varían, lo hacen de forma lenta.</p>
INTOXICACIÓN	<p>Malestar corporal, sensación de obnubilación y vómito.</p>
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	<p>Producido por la dependencia de la nicotina.</p> <p>Síntomas: ansiedad, irritabilidad, cefaleas, apatía, insomnio, dificultad de concentración, trastornos gastrointestinales.</p>

Drogas ilegales

Las drogas ilegales son aquellas cuya fabricación, venta, compra con fines de venta o posesión están prohibidas por las leyes. Dichas drogas se fabrican en laboratorios ilegales clandestinos y se accede a través del mercado negro a ellas (CIJ, 2009, 2007).

Dentro de las drogas ilegales se encuentran: La metadona obtenida subrepticamente aunque inicialmente haya sido dispensada a partir de vías legales), derivados del cannabis, heroína, cocaína, drogas sintéticas y otras.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SUS EFECTOS

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas en los Estados Unidos (NIDA), es el principal organismo internacional encargado de promover el estudio de las drogas de abuso, recomienda una clasificación farmacológica de las drogas; ésta tiene como base cuatro grandes grupos de acuerdo con sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central: depresores, estimulantes, alucinógenos y mixtos.

Depresores

También denominados psicolépticos, inhiben el funcionamiento del SNC, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen hay estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, desinhibición social, relajación, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sedación, somnolencia, sueño, adicción, analgesia e incluso coma. Ejemplos de estas sustancias son: el alcohol, los diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona), ciertos psicofármacos como los tranquilizantes o sedantes, los hipnóticos, algunos anestésicos, el *éxtasis* líquido o GHB y los inhalantes (Cuadros 4.3-4.5).

Cuadro 4.3. Barbitúricos-Depresores del SNC (NIDA).

BARBITÚRICOS	
Vía de administración	Con carácter terapéutico: oral, inyectable o rectal. No terapéutico: oral, inyectable, inhalada.

BARBITÚRICOS	
Acción farmacológica	Depresor del SNC.
Aconsejado terapéuticamente	Casi con exclusividad limitado a las epilepsias, aunque por la fuerte dependencia que genera, se recomienda el uso de otros fármacos de eficacia parecida.
Tolerancia	Existe tolerancia cruzada entre estos y el alcohol. Aparece con rapidez.
Efectos a largo plazo	Cambios de comportamiento, labilidad efectiva, dermatopatías, ansiedad.
Intoxicación	<p>Aguda: Se presenta muchas veces como un intento de suicidio. Los síntomas son parecidos a los de una depresión del SNC, y del Sistema Cardiovascular. Puede llegar incluso a producir la muerte.</p> <p>Leve: Hipotonía muscular, hipotensión arterial, bradicardia, miosis, depresión respiratoria o pupilas indicativas, hipotermia, <i>shock</i>, disminución del nivel de conciencia (varía desde un estupor a un coma).</p>
Nombre de uso popular	Caramelo, <i>barbs</i> , <i>goofballs</i> , <i>peanuts</i> .

Cuadro 4.4. Inhalantes-depresores del SNC (NIDA).

INHALANTES	
Vía de administración	Inhalada, aspirada.
Acción farmacológica	Son depresores del SNC.

INHALANTES	
Aconsejado terapéuticamente	No poseen indicación alguna.
Tolerancia	Muy alta, aparece con rapidez.
Efectos a largo plazo	Son más o menos graves en función de la sustancia inhalada. Afecta gravemente al SNC y ello provoca reacciones convulsivas, neuropatías periféricas, lesiones cerebrales y trastornos psicológicos de tipo psicótico. Manifestaciones neoplásicas en lengua, bronquios, laringe, faringe vejiga y labios.
Intoxicación	Se distinguen por su similitud con los cuadros etílicos o alcohólicos. Fuerte halitosis y olor característico.
Síndrome de abstinencia	Los consumidores habituales pueden presentar efectos inespecíficos, vómito, rampas, contracciones musculares, comportamientos extravagantes. Pueden presentar síntomas parecidos a los de la embriaguez alcohólica.

Cuadro 4.5. Opiáceos-Depresores del SNC (NIDA).

OPIÁCEOS	
Vía de administración	Terapéutica: oral, rectal e inyectada. No terapéutica: oral, inyectada intravenosa, inhalada esnifada, inhalada–fumada.
Acción farmacológica	Todas sus variantes son depresoras del SNC. Se dividen en: agonistas puros (cocaína, heroína, metadona), agonistas parciales (buprenorfina, agonista/antagonista (butorfanol, pentazocina), antagonistas puros (nal-trexona, naloxona).

OPIÁCEOS	
Aconsejado terapéuticamente	Alivio de la tos. Dolor agudo o crónico, diarrea aguda con cólico.
Tolerancia	Presencia rápida. Depende de la pureza y la cantidad en las dosis.
Efectos a largo plazo	Adelgazamiento, impotencia sexual, esterilidad (amenorrea), anorexia, hepatitis, estado de confusión.
Intoxicación	Se presenta un estado comatoso, confusión, edema pulmonar, miosis puntiforme, convulsiones depresión respiratoria.
Síndrome de abstinencia	Variable según la dosis, la forma de administración y la utilización conjunta con otras drogas.
Nombres de uso popular	Caballo, jaco.

Estimulantes

También llamados psicoanalépticos, producen activación general del SNC e incrementan las funciones corporales, aumenta el estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción. Se establece una distinción entre estimulantes mayores, tales como la cocaína en su presentación de sal (clorhidrato de cocaína o simplemente cocaína en polvo), como en su presentación de base libre (*crack*), también se consideran las anfetaminas y las metanfetaminas y el MDMA, mejor conocida como *éxtasis* (clasificado como mixto) y menores como la nicotina, las xantinas (caféina, teína, teobromina, teofilina) (Cuadros 4.6 y 4.7).

Cuadro 4.6. Anfetaminas-Estimulantes del SNC (NIDA).

ANFETAMINAS

Vía de administración	Preferentemente por vía oral. En algunos casos y de forma no terapéutica, se inyecta por lo que los efectos son mucho mayores.
Acción farmacológica	Estimulan el SNC. Es aconsejable la sustitución de este fármaco por otros de efectos similares y que, en cambio, generan menos trastornos psicofísicos y de dependencia.
Aconsejado terapéuticamente	Para casos muy limitados de hiperactividad infantil, obesidad exógena y narcolepsia.
Tolerancia	Aparece si se mantiene una ingesta continuada de seis semanas a tres meses.
Efectos a largo plazo	Adelgazamiento, irritabilidad, cambios de carácter, estallidos violentos, conductas agresivas, trastornos delirantes.
Intoxicación	Presentan midriasis, irritabilidad, hipertensión, sudoración. En casos graves puede producirse la pérdida de la conciencia y muerte.
Síndrome de abstinencia	Depresión, somnolencia y trastornos del sueño, apatía, dolores musculares e intranquilidad. Se puede presentar crisis de carácter afectivo con riesgo de suicidio.
Nombres de uso popular	Anfetas, <i>speed</i> , éxtasis, <i>bennis</i> .

Cuadro 4.7. Cocaína-estimulante del SNC (NIDA).

COCAÍNA	
Vía de administración	Inhalada—esnifada. Inhalada—fumada. Inyectada—intravenosa.
Acción farmacológica	Sustancia estimulante del SNC. Su uso sólo es aconsejado como antiséptico superficial (vasoconstrictor).

Aconsejado terapéuticamente	Como anestésico local en oftalmología, otorrinolaringología.
Tolerancia	Es un tema todavía controvertido y en discusión.
Efectos a largo plazo	Si se administra inhalada—esnifada, es frecuente en grandes consumidores (por sus efectos vasoconstrictores), atrofia o perforación del tabique nasal.
Efectos a largo plazo	Alteraciones endocrinas. Déficit respiratorio y patología infecciosa con lesiones equimóticas y necrosis en su uso inyectado. Trastornos mentales.
Intoxicación	Produce irritaciones cutáneas que son vividas de forma alucinatoria, como si existieran gusanos bajo la piel. En ocasiones se presentan cuadros delirantes. Síntomas de hiperestimulación simpática: sudoración, taquicardia, arritmias, convulsiones, palpitaciones, hipertermia y midriasis.
Síndrome de abstinencia	Aunque ha estado en debate durante mucho tiempo, parece que en la actualidad se confirma, tanto a nivel psíquico (depresión, irritabilidad, trastornos del sueño, inquietud), como a nivel físico (taquicardia, trastornos de la coordinación, vértigos).
Nombres de uso popular	Coca, nieve, pasta, perica y crack.

Alucinógenos

Alucinógenos o psicodislépticos: también conocidos como perturbadores, es el grupo más extenso ya que existen numerosos compuestos naturales que son capaces de producir falsas percepciones sensoriales. Producen un estado de conciencia alterado, distorsión de la percepción

del tiempo y del espacio, cambios bruscos en el estado de ánimo, efectos variables en función del entorno en el que se consume la droga, mezcla de percepciones sensoriales (oír colores, y evocar imágenes sensoriales sin entrada sensorial); presentación esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron por la droga, sin que ésta se encuentre presente en el organismo (*flashbacks*). Ejemplos de estas sustancias son el LSD y los compuestos químicamente relacionados con esta sustancia como la *Psilocibina* presente en los hongos alucinógenos y la *Mescalina* sustancia activa del *peyote*; los anestésicos disociativos, entre los que se incluye a la *fenciclidina*, también conocida como PCP (por sus siglas: phenylcyclohexyl piperidine) o polvo de ángel, y la *ketamina* y los *cannabinoídes* (preparados de la planta de marihuana), son considerados alucinógenos menores (Cuadro 4.8).

Cuadro 4.8. Alucinógenos (NIDA).

ALUCINÓGENOS	
Vía de administración	Oral.
Acción farmacológica	Poseen efectos psicodélicos (cambios en la percepción, sensibilidad). Efectos psicoticomiméticos (cambios en la organización del pensamiento).
Aconsejado terapéuticamente	Efectos psicodislépticos (amplificación de la realidad, cambios en el estado psíquico general y modificaciones del umbral emocional).
Tolerancia	Se presenta rápidamente. LSD, psilocibina y mescalina presentan, entre ellas, tolerancia cruzada.
Efectos a largo plazo	Pueden producir trastornos mentales graves. En algunas situaciones puede hacer crónicas o radicalizar otras manifestaciones de carácter mental, incluso psicosis.

Intoxicación	<p>Aunque por sí mismas no se las puede considerar mortales, producen efectos alucinógenos y alteraciones mentales que pueden acarrear accidentes o conllevar a suicidios.</p> <p>Presenta: midriasis, agresividad, alteraciones visuales y psicomotrices, pánico, ansiedad, depresión. En ocasiones, después de suprimida la dosis.</p>
Síndrome de abstinencia	Aunque no presenta trastornos específicos, pueden aparecer algunos efectos psicógenos.
Nombres de uso popular	Ácidos, tripis, bichos, estrellas, micropunto.

Mixtos

Son sustancias que provocan una combinación en su acción en el SNC, en mayor o menor intensidad, como *éxtasis* y *cannabis* clasificados como mixtos (Cuadro 4.9).

Cuadro 4.9. Cannabis-Mixto (NIDA).

Cannabis	
Clasificación	<p>Ilegal.</p> <p>Natural.</p>
Efectos SNC	Produce sensaciones psicodélicas y psicodislépticas. Es un depresor del SNC. Estimulante al inicio y depresora al aumentar la cantidad y el tiempo de exposición.
Tipo de dependencia	Psicológica y física discutida.
Tiempo de inicio de sintomatología	En minutos, cuando el THC llega al cerebro, a los receptores específicos.

Manifestaciones clínicas	Euforia caracterizada por sentimientos iniciales de "felicidad" facilidad de palabra repentina, estado de sueño, o activación general e hiperactividad. Aumento de la sensibilidad al sonido y una mayor apreciación del ritmo y el tiempo. La percepción del tiempo, a menudo es más lento. La percepción del espacio puede ampliarse y los objetos cercanos pueden aparecer distantes. Hay algunos efectos de alucinaciones visuales.
Complicaciones	Los efectos patológicos de intoxicación por uso de dosis altas y de forma crónica, incluyen los peligros de usar un automóvil o volar un avión mientras se está intoxicado, riesgos de salud para problemas cardíacos en aquellos con predisposición, reacciones de ansiedad y pánico, la exacerbación de los síntomas de la esquizofrenia en los individuos que son vulnerables a desarrollarla y la precipitación de síndromes parecidos a la esquizofrenia. Hay una hipótesis que dice que el humo de la marihuana tiene la misma toxicidad potencial que el humo de los cigarrillos con respecto a la función del pulmón.
Intoxicación	En altas dosis puede presentar deshidratación, conjuntivas enrojecidas, taquicardia, ansiedad, depresión pasiva, hipotensión.
Síndrome de abstinencia	Síntomas de ansiedad, irritabilidad, sueño, que pueden durar desde pocas horas a cuatro o cinco días después de la supresión.
Nombres de uso popular	Chocolate, porro, canuto, mierda, petardo, hachís, grifa, marihuana, costo, goma, kij, tate.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU CAPACIDAD ADICTIVA

Las distintas drogas generan diferente nivel de dependencia física, algunas de muy poca relevancia y otras de tal impacto biológico que no se les puede dejar sin una cuidadosa compensación orgánica. En su origen, esta clasificación sirve para distinguir las drogas altamente adictivas

que representan serios daños a la salud (duras), de las poco adictivas, que no presentan un riesgo tan severo para quien las consume, no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos y no hay evidencia completa de que produzcan adicción física o está en discusión (blandas).

Las drogas duras son aquellas que originan dependencia física, ocasionan dependencia más rápidamente y tienen mayor toxicidad. Todas las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia extremadamente violento y un alto grado de tolerancia (García, 2010; Secades, 2001). Ejemplos de drogas duras: Cocaína, opioides, alcohol, anfetaminas.

Las drogas blandas son aquellas que ocasionan sólo dependencia psíquica, su dependencia es menos rápida y proporcionan menos toxicidad y, por lo tanto, el consumidor puede dejar de tomarlas sin tener que sufrir graves trastornos corporales. Ejemplos de drogas blandas: Derivados de cannabis (marihuana, hachís) (García, 2010; Secades, 2001).

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA OMS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que realiza estudios descriptivos en varios países como: Brasil, Colombia, Chile, Honduras, Perú y otros, ha encontrado similitudes acerca de la prevalencia del uso de drogas, la cual es más frecuente entre los jóvenes en comparación con los adultos en diferentes países del mundo, siendo el alcohol la más frecuente. Los criterios de clasificación de las drogas son diversos y van a depender de aspectos como el origen, efectos sobre el Sistema Nervioso Central, dependencia, peligrosidad, legalidad y aceptación social (Cuadro 4.10). Según la OMS, las drogas duras son en primer lugar los opiáceos (heroína, morfina), los barbitúricos y el alcohol, seguidos por la cocaína y las anfetaminas; plantea que junto con las medidas legales y sociales, las educativas son la base para realizar la prevención en el consumo (OMS, 2010; CIJ, 2007).

Cuadro 4.10. Clasificación de las drogas según la OMS.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OMS	
Tipo de alcohol	Bebidas alcohólicas de cualquier clase.
Tipo de anfetamina	Anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
Tipo de barbitúrico	Barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de cloral, el clordiacepóxido, el diacepan, el meprobamato y la metaqualona.
Tipo de cannabis	Preparación de la cannabis sativa, como marihuana (bhang, daggam, kif, maconha) ganja y hachís (charas).
Tipo de cocaína	Cocaína y hojas de coca.
Tipo de alucinógeno	Dimetilriptamina (DMT), lisérgida (LSD), mescalina, peyote, psicolocibina y estramonio.
Tipo de khat	Preparaciones de <i>Catha edulis</i> Forsk.
Tipo de opiáceo	Opio, morfina, heroína, codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.
Tipo de solventes volátiles (producto de inhalación)	Tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos agentes anestésicos como el éter, el cloroformo, y el óxido nitroso.

DESPENALIZACIÓN (¿LEGALIZACIÓN?) DEL USO DE LA MARIHUANA EN MÉXICO

La información descrita en este capítulo pone de manifiesto la dicotomía entre lo legal y lo no legal, en cuanto a tipo de drogas se refiere; por tanto, se planteó un cuestionamiento que guía este apartado, ¿cuál es la diferencia entre uno y otro?

Las drogas legales causan dependencia y adicción (alcohol, tabaco), las ilegales también (cocaína, anfetaminas), entonces, ¿cuál es la diferencia entre legal y no legal?

Este apartado retoma algunas ideas del capítulo 1 que involucran los argumentos, tanto a favor como en contra, para el consumo de la marihuana en México, desde diferentes puntos de vista, y queda en el lector hacer su propia evaluación de tan controversial tema.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) de los EUA, el consumo por largo plazo de marihuana puede llevar a la adicción; es decir, los consumidores tendrán dificultad en controlar su uso y o poderla dejar aunque interfiera con muchos aspectos de su vida diaria. Se estima que el 9% de consumidores de marihuana se harán adictos a ella. La adicción a la marihuana se relaciona con el síndrome de abstinencia similar al de la nicotina (tabaco), lo que dificulta abandonar su consumo, aun con el conocimiento de los daños que puede causar.

La investigación científica ha mostrado que la marihuana produce efectos negativos sobre la atención, la memoria y el aprendizaje, que pueden durar días o semanas después de su uso. En consecuencia, alguien que fuma diario puede funcionar a un nivel intelectual menor la mayor parte del tiempo; así, la evidencia sugiere que los fumadores de marihuana tienden a obtener menores calificaciones, y es más probable que dejen sus estudios que aquellos que no son fumadores. Un estudio de 48 investigaciones relevantes (meta-análisis), describió que el uso de *cannabis* se asoció, de manera constante, con un desempeño educacional menor. Sin embargo, no se ha probado una relación causal entre el uso de marihuana por los jóvenes y el daño psicosocial.

Por el lado de los políticos, también hay controversia:

En México, políticos de diversos partidos están a favor de la despenalización del consumo de la marihuana por la población; tanto así, que el ex-Presidente Vicente Fox Quesada; el ex Secretario de Gobernación, Fernando Gómez Mont; el de Relaciones Exteriores, Jorge Castañeda Gutman; el de Hacienda, Pedro Aspe Armella; los de Salud, Juan Ramón de la Fuente y Julio Frenk; Miguel Ángel Mancera Espinosa, Jefe de Gobierno y el ex-Secretario de Educación del Gobierno del Distrito Federal, Senador Mario Delgado, se han pronunciado a favor de esta medida y consideran que el DF tiene las condiciones para des-

penalizar el consumo (Simposio EU-México sobre Legalización y Uso Médico de *Cannabis*).

Los políticos que están en contra de la despenalización: el actual Presidente de México, lic. Enrique Peña Nieto; la Iglesia; los centros educativos de los diferentes niveles académicos desde pre-escolar hasta universidad y, entre otros, los padres de familia, preocupados por tener que luchar contra una más de las drogas socialmente permitidas, como la nicotina y el alcohol, ambas de fácil acceso en cualquier reunión o grupo social; sin embargo, no todo queda ahí, los cambios en la integridad física, en la estabilidad emocional hasta donde es posible del adolescente; la posibilidad de deserción escolar, de embarazo en la adolescencia, o el padecimiento de enfermedades de transmisión sexual, bajo el efecto de alguna droga social, sigue repercutiendo en la salud de nuestros adolescentes y recién nacidos con bajo peso y síndrome de abstinencia real, que los alcanza sin haber sido parte de esta votación y decisión.

En los capítulos anteriores, se ha presentado la información necesaria para que se reflexione sobre el tema; al término de la revisión del libro, cada quien asumirá su rol en la toma de decisiones, sobre su persona.

Quien exprese que las drogas se controlan socialmente, finalmente, es un usuario evadiendo su proceso consumidor asiduo.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN GRUPOS VULNERABLES

Diana Cecilia Tapia Pancardo

Beatriz Gómez Casimiro

Christian Yolotli Hernández Ortiz

Gustavo Yañez Fabila

José Luis Cadena Anguiano

El genio se compone de 2% de talento y 98% de perseverante aplicación.

Ludwig Van Beethoven

ADOLESCENCIA ¿GRUPO VULNERABLE?

La adolescencia es un fenómeno cultural y social; por tanto, el delimitarla no es fácil, ya que abarca características físicas (pubertad) y psicológicas (adolescencia). La palabra deriva del significado latino del verbo *adolescere* “crecer.” Se ha llegado a definir como “La etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”, siendo la identidad un *continuo* (León-Rubio, 2001; Rice, 2000).

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, representa una etapa vital con características particulares. Etapa de la vida donde aparecen cambios bio-psico-sociales que transforman la conducta del individuo con el mundo de los adultos (Tessier, 2004; Trianes-Torres, 2002). Durante esta etapa, el adolescente llega a tener una elevada tendencia a situaciones de riesgo, adicciones, violencia o accidentes (Trianes-Torres, 2007; Wertsch, 2001). Según la OMS, la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 a los 19 años, dicha clasificación

está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional.

Dentro de los cambios físicos a los que se enfrentan los adolescentes se encuentran (Figuras 5.1 y 5.2):

Mujeres: telarca, crecimiento de su cuerpo y ensanchamiento de cadera, pubarca y crecimiento de vello axilar, aumento de tamaño de las glándulas mamarias y menarca.

Hombres: incremento del tamaño testicular, crecimiento del cuerpo, incremento de peso, aparición del vello pubiano, axilar, facial, poluciones nocturnas, sueños húmedos y cambio de voz.

El tiempo se identifica con cambios drásticos: en el cuerpo, progresos en la psicología, la carrera académica y vocacional de una persona, la vida social y la identidad sexual.

Todos los adolescentes experimentan sentimientos contradictorios que les crean conflictos, que alteran su conducta y desordenan su vida familiar. Durante este periodo, buscan lazos afectivos extrafamiliares, surgen actitudes de independencia, curiosidad por el mundo exterior y búsqueda de intereses ajenos al hogar (Trianes *et al.*, 2007; Vallés, 1998). Esto impulsa a este grupo a relacionarse con otros nuevos que los ayuden a crecer y les brinden seguridad (Tessier, 2004). Esta dependencia a la aceptación social podría convertirse en un factor de riesgo, si en el grupo al que se desea pertenecer es habitual el consumo de drogas (Roca, 2005; Rodríguez, 2005; Tapia-Cuéllar, 2000).

La UNICEF define la adolescencia como la época de cambios que trae consigo variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto.

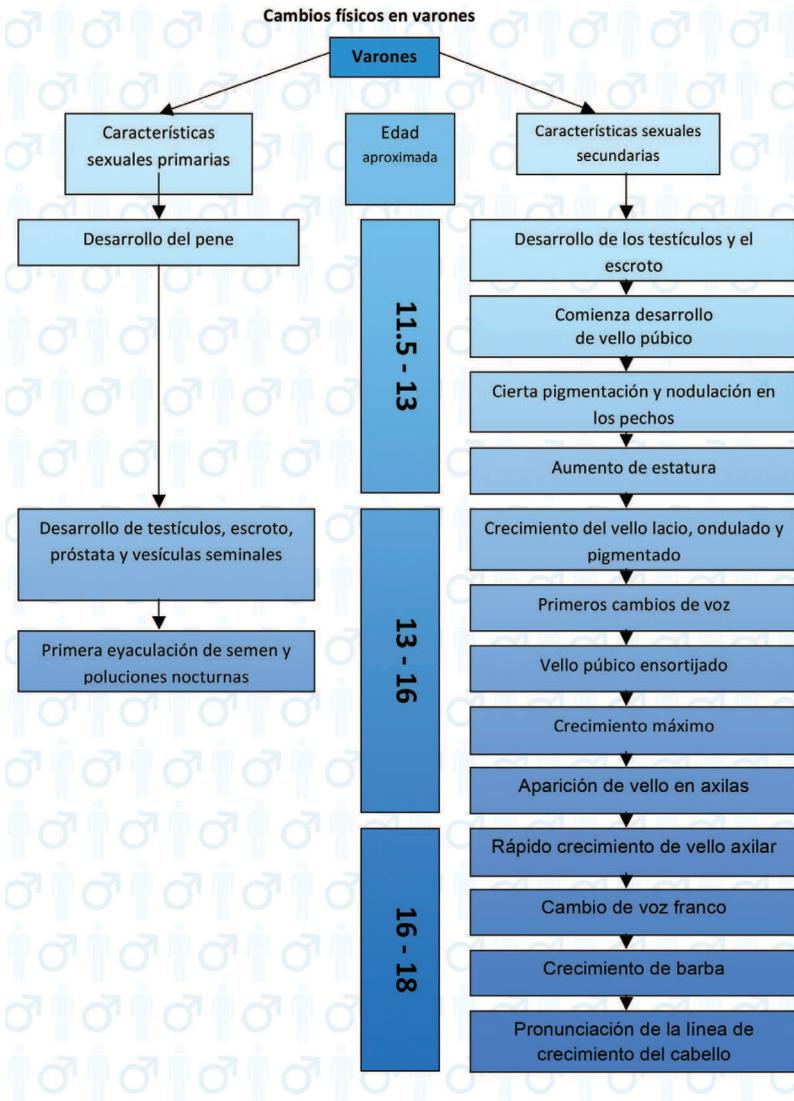


Figura 5.1. Diagrama de flujo hombres.

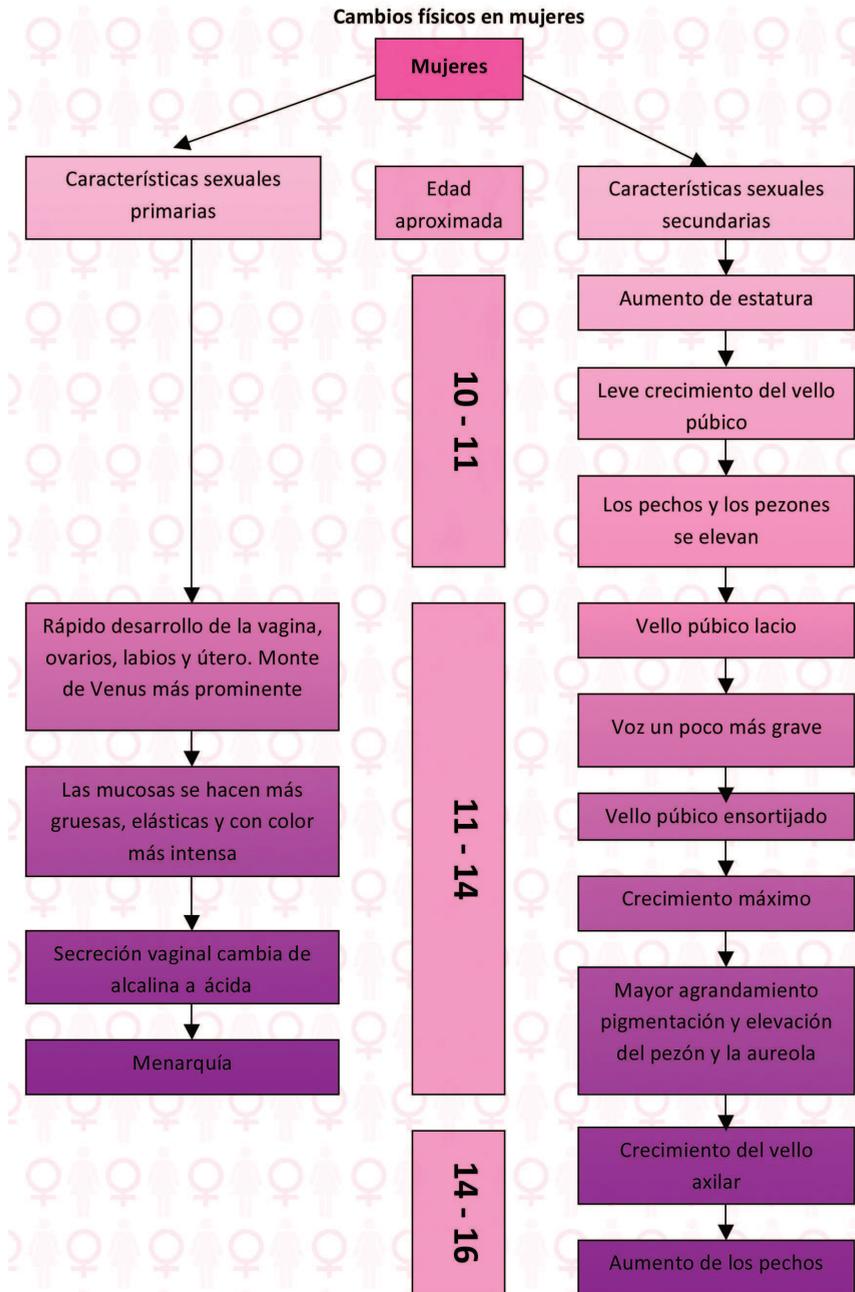


Figura 5.2. Diagrama de flujo mujeres.

Clasificación de la adolescencia

La adolescencia se divide en cuatro etapas:

- Preadolescencia (9-10 años): se produce una diferenciación en la evolución entre niños y niñas
- Adolescencia temprana (11-14 años): rápida aceleración del crecimiento corporal. Pensamiento concreto e inicio del pensamiento abstracto.
- Adolescencia intermedia (15-17 años): el desarrollo puberal esta casi completo. Los adolescentes muestran gran interés por la sexualidad, distanciamiento con los padres, se sienten únicos e invulnerables.
- Adolescencia tardía (18-21 años): Se afirma la personalidad, valores, preferencia vocacional, establecen relaciones de pareja.

En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr lo anterior, el adolescente aún necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje (Papalia, 2005; Papalia, 2001; Piaget, 1973).

La investigación ha probado que la estratificación social entre las categorías de edad es causa de estereotipos y generalización; por ejemplo, el mito perpetuado por los medios de que todos los adolescentes son poco maduros, violentos y rebeldes; la realidad es que la adolescencia es una etapa de grandes oportunidades como de grandes riesgos, debido a que el adolescente se encuentra en el umbral del amor, del trabajo, de la participación en la sociedad adulta y de la identidad (Papalia, 2001).

Tareas del desarrollo en la adolescencia

En la sociedad occidental, para que un adolescente llegue a ser verdaderamente adulto y no simplemente maduro en lo biológico, debe vivir un proceso de transición que le permita introducirse a su sociedad, tiene que llevar a cabo una serie de *tareas básicas de desarrollo*, las cuales requieren de un acompañamiento constante y grandes dosis de amor, tolerancia, respeto y conocimiento, para ir resolviendo una por una sus tareas, entre las que resaltan:

- Ajuste a los cambios físicos de la pubertad y del crecimiento posterior adolescente, adaptarse a su propio cuerpo
- Aceptación que se refleja en una positiva autoestima
- Ajuste a la corriente de pensamientos nuevos a que da lugar la maduración sexual. Aprender los papeles sexuales adecuados a fin de prepararse para la vida en pareja y la vida familiar
- Desarrollo de su independencia respecto de los padres o de otras personas que se encargan de él o ella
- Establecimiento de efectivas relaciones sociales y de trabajo con los iguales del mismo sexo y del opuesto (habilidades y competencias)
- Preparación para una elección vocacional y ocupacional que tenga sentido y le permita una independencia económica
- Desarrollar y rescatar un sistema de valores e ideales
- Formación de identidad.

La búsqueda de la identidad, definida por Erickson como: “La confianza en la continuidad interior de uno mismo en medio del cambio”, es la principal tarea durante los años adolescentes (Papalia, 2005, 2001).

La identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres aspectos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores en qué creer y por qué vivir y el desarrollo de una preferencia sexual satisfactoria.

Conforme interactúan los individuos, empezando desde que son niños pequeños, recopilan información con respecto a si los otros están o no de acuerdo con su conducta, y en la adolescencia, se da la búsqueda de aprobación por sus pares en los aspectos siguientes: evaluaciones, percepciones, creencias, emociones y necesidades.

Se piensa que todos los seres humanos son inseguros y dudan; por tanto, requieren reafirmar constantemente su personalidad. Nuestro bienestar depende, en parte, de los demás, los humanos poseemos la tendencia a observar personas, identificarnos y convivir con ellas, necesitamos ser aceptados. Algunas investigaciones realizadas encontraron que los jóvenes que maduran temprano son más aplomados, tranquilos, bondadosos y populares entre sus pares, y es probable que sean líderes y menos impulsivos que los que maduran más tarde (Rodríguez, 2005; OPS, OMS, 2001). Otros estudios encontraron que estos jóvenes están más preocupados por agradar a la gente, ser más cautos, confiar más en los demás y estar gobernados por reglas y rutinas (Rodríguez, 2005).

En el proceso de enfrentamiento a tales desafíos, la persona joven tiene que contar con un modelaje congruente, de manera permanente, de la realidad, que le permita desarrollar una filosofía de la vida, una visión del mundo y un conjunto de creencias morales y de normas; esto nos corresponde a todos los adultos que interactuamos con ellos en las diferentes funciones: padres, maestros, amigos. El joven tiene que desarrollar un sentido de identidad, alguna idea de lo que es, a dónde se dirige y cuáles son sus posibilidades de llegar allí, lo cual, lo centra en percibirse a sí mismo como una persona distinta, congruente consigo misma, por derecho propio, la formación de la identidad no es una tarea fácil, puede estar llena de ajustes simples o complejos, muchos adolescentes pasan por un periodo de confusión de identidad, siendo incapaces de decidir qué desean ser o hacer con sus vidas, una positiva relación con los padres, maestros y amigos pueden ayudar mucho a disminuir las posibilidades de confusión, así como de que surja el estrés durante la adolescencia y facilitar la transición hacia la edad adulta (Velázquez, Tapia, 2011; Tapia-Cuéllar, 2002).

Este proceso de duelo es básico y fundamental; la estabilización de la personalidad no se logra si no se pasa por cierto grado de conducta “patológica”, que se podría considerar inherente a la evolución “normal” de esta etapa de la vida. Sintetizando las características de la adolescencia, se describe la siguiente sintomatología que integrará este “Síndrome de la Adolescencia Normal” (Velázquez, Tapia, 2011; Munist, 2007; Pappalia, 2001):

1. La búsqueda de sí mismo y de la identidad: Es el conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico en su mundo circundante que tiene características especiales en cada edad evolutiva. La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento de sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida.

Aquí, se destaca la posibilidad de disconformidad con la personalidad adquirida y el deseo de lograr otra, por medio de identificarse a través de otros. Existen problemas de seudoidentidad, expresiones manifiestas de lo que se quisiera o pudiera ser, y que ocultan identidad latente, verdadera, lo cual puede llevar al adolescente a adoptar distintas identidades; por ejemplo: las *identidades transitorias, circunstanciales y ocasionales*.

Así, la *identidad adolescente* es la que se caracterizará por el cambio de relación del individuo, básicamente con sus padres. En la

adolescencia, el individuo da un nuevo paso para estructurarse en la preparación para la adultez.

2. La tendencia grupal: En la búsqueda por su identidad, el adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de *uniformidad*, que puede brindar seguridad y estima personal. En esta etapa, hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. El fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental, ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial. El grupo constituye, así, la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

3. La necesidad de intelectualizar y fantasear: Ésta se presenta como una de las formas típicas del pensamiento adolescente. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, a la función y a los padres, así como a la bisexualidad que acompaña a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una sensación de fracaso a la realidad externa. Esto, obliga al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar; por lo que las fantasías inconscientes y la intelectualización sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de pérdida tan dolorosas.

4. Las crisis religiosas: En cuanto a la religiosidad, el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico fervoroso. Por supuesto, entre ellas hay una gran variedad de posiciones religiosas y cambios muy frecuentes. Es común observar que un mismo adolescente pasa incluso por períodos místicos o por períodos de un ateísmo absoluto. Surge una preocupación metafísica con gran intensidad, las frecuentes crisis religiosas no son mero reflejo caprichoso de lo místico, como a veces suele aparecer a los ojos de los adultos, sino intentos de solución de la angustia que vive el “yo” en su búsqueda de identificaciones positivas y con el enfrentamiento del fenómeno de la muerte definitiva de su “yo” corporal. Así, la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar para él una salida mágica.

Para la construcción definitiva de una ideología, así como de valores éticos o morales, es preciso que el individuo pase por algunas idealizaciones persecutorias y después las abandone por objetos idealizados para luego, tener un proceso de desidealización que permita construir nuevas y verdaderas ideologías de vida.

5. La desubicación temporal: Desde el punto de vista de la conducta observable, es posible decir que el adolescente vive con una cierta desubicación temporal; convierte el tiempo en presente y en activo, como un intento de manejarlo. En cuanto a su expresión de conducta, el adolescente parecería vivir en proceso primario con respecto a lo temporal; es decir, las urgencias son enormes y a veces, las postergaciones son aparentemente irracionales.

Sin embargo, es durante la adolescencia que la dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminatorias. A las dificultades del adolescente para diferencias externo-interno, adulto-infantil y otras, se agrega la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro. En él, se puede unir el “pasado y el futuro en un devorador presente”, presente que tiene características no discriminadas y, por tanto, implicaría temporalidad diferente.

Mientras esto ocurre, la noción temporal del adolescente es de características corporales o rítmicas, o sea, basadas en el tiempo de comer, defecar, jugar, dormir, estudiar, creando así un tiempo vivencial.

A medida que se van elaborando los duelos típicos de la adolescencia, la dimensión temporal adquiere otras características. Surge entonces la conceptualización del tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro.

6. La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad: En esta evolución que se observa en el adolescente, se puede describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, que tiene características especiales en esta fase de desarrollo, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa, que sólo se da con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, recién en la adultez.

Al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia su búsqueda de pareja en forma tímida pero intensa. Es el período en que comienzan los contactos superficiales, las caricias cada vez más profundas e íntimas que llenan la vida sexual del adolescente.

El enamoramiento apasionado es también un fenómeno que adquiere características singulares en la adolescencia y presenta todo aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interper-

sonal. El primer episodio de enamoramiento ocurre en la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad.

Entre las numerosas tareas a cumplir por el adolescente, ninguna es más impresionante o desafiante que el naciente sentimiento de identidad sexual, manifestado por el aumento de la acción hormonal, el deseo sexual y las fantasías e impulsos frecuentemente imprevisibles que lo acompañan, tarea que al no ser resuelta los lleva con facilidad a refugiarse en el alcohol, tabaco y otras drogas. (Papalia *et al.*, 2005).

- Las formas que la sexualidad adopte y la manera en que se exprese habrán de variar, según el sexo del adolescente y de acuerdo también con toda una variedad de fuerzas psicológicas y culturales; el acompañamiento y respeto a su elección será determinante en su proceso de aceptación.
- Entre las chicas el impulso sexual suele ser menos apremiante y produce sentimientos más difusos y vagos, la sexualidad para la chica adolescente no es experimentada como en el hombre, ellas fácilmente espiritualizan e idealizan sus deseos relacionándolos con el amor, evidentemente a medida que avanza la adolescencia, las chicas experimentan un mayor incremento de su toma de conciencia de los impulsos sexuales, pero aún entonces, para muchas chicas la satisfacción sexual como tal, probablemente tendrá una importancia secundaria respecto de la satisfacción de otras necesidades, como la autoestima, la seguridad, el afecto y el amor; la alarma está en el abandono familiar, la falta de comunicación y afecto que las lleva a negociar sexo por la necesidad de atención-afecto-amor, experimentando cada vez más frecuentemente embarazos en la adolescencia.
- La actividad sexual en general, y la masturbación en particular, es mayor entre los chicos que entre las chicas, probablemente se deba hasta cierto punto a que están más influenciados por las actitudes sociales más restrictivas de la satisfacción sexual de las jóvenes en nuestra cultura, aún cuando la magnitud de las diferencias haya disminuido en años recientes.

Definitivamente, la claridad de la toma de decisiones se ve perturbada por la influencia del alcohol y otras drogas, cuando se con-

vierten en el acompañante y “amigo” (Munist, 2007; Maravilla, 2002; North, 1991).

7. La actitud social reivindicadora: No todo el proceso de la adolescencia depende del adolescente mismo, como una unidad aislada en un mundo que no existiera. No hay duda alguna de que la constelación familiar es la primera expresión de la sociedad que influye y determina la conducta del adolescente.

La sociedad, manejada de diferente manera y con distintos criterios socioeconómicos, impone restricciones a la vida del adolescente. Éste, con su pujanza, con su actividad, con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificar la sociedad, que, por otra parte, está viviendo constantemente modificaciones intensas. Teniendo conciencia de la traspolación que significa, es posible decir que se crea un malestar en el mundo adulto que se siente amenazado por los jóvenes que van a ocupar ese lugar y que, por tanto, son desplazados.

Las actitudes reivindicatorias y de reforma social del adolescente pueden ser la cristalización en la acción de lo que ha ocurrido en el pensamiento. Las intelectualizaciones, las fantasías y sus propias necesidades refuerzan un “yo” grupal, creando un pensamiento activo.

Frente al duelo por los padres de la infancia, de la cual ya se ha hablado, el adolescente descarga todo su odio y envidia desarrollando actitudes destructivas. Si puede elaborar bien este duelo y reconocer la sensación de fracaso, podrá introducirse en el mundo de los adultos con ideas reconstructivas modificadoras, en un sentido positivo, de la realidad social y tendientes a que cuando se ejerza su identidad adulta, pueda encontrarse realmente en un mundo mejor (Gruenewald *el al.*, 2009; Maravilla, 2002).

8. Las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: La conducta de adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma más típica de expresión en estos momentos de la vida. El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces lo intenta y lo busca. Muchas veces se ha hablado de la personalidad del adolescente como “esponjosa”. Es una personalidad permeable, que recibe todo y que también proyecta enormemente; es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes (Papalia *el al.*, 2005).

9. La separación progresiva de los padres: Uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia. Por tanto, una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de los padres, lo que está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en un momento cronológico del individuo (Papalia, 2005).

Lo anterior, significa que la presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con funciones bien definidas, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto. Por otro lado, funciones no muy definidas en sus padres, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizados y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes; con ídolos de distinto tipo: cinematográficos, deportivos, haciéndose estas identificaciones como sujetos parentales. Las relaciones con maestros, compañeros mayores, adquieren características parentales y pueden empezar a establecer relaciones mucho más satisfactorias.

10. Las constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: El fenómeno de duelo acompaña a la adolescencia, no sin provocar ansiedad y depresión. La cantidad y calidad en la elaboración de los duelos en la adolescencia determinarán la mayor o menor intensidad de sus sentimientos. En el proceso de fluctuaciones dolorosas permanentes, la realidad no siempre satisface las aspiraciones del adolescente, por lo que realiza intentos de conexión placentera, que no siempre logra, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda puede ser muy intensa y obligar al individuo a refugiarse en sí mismo. Se produce un repliegue autista que es tan singular en el adolescente y que da lugar a ese sentimiento de soledad característica de esa tan típica situación de “frustración y desaliento” o “aburrimiento”.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos; sobre los procesos de duelo por la pérdida de sus objetos parentales y su propio cuerpo infantil, al fallar sus intentos de elaboración, aparecen los cambios de humor y pueden aparecer como microcrisis.

Otra situación clave a contemplar en el desarrollo de las tareas a cumplir por los adolescentes, es su relación con los iguales, estos desempeñan un papel de vital importancia en el desarrollo psicológico, de habilidades y competencias, de la mayoría de los adolescentes, a

medida que se van debilitando los lazos con los padres, para lo cual los adultos también debemos prepararnos y otorgar, de alguna manera, a sus pares esa oportunidad de convivir; vale la pena conocer a sus amigos, sus hábitos y conductas, ya que es en donde pueden quedar vulnerables a las adicciones.

- Los iguales permiten aprender destrezas sociales, controlar la conducta y compartir problemas y sentimientos semejantes
- El ser aceptado por los iguales y, sobre todo, el tener uno o más amigos íntimos puede ser muy valioso para un joven cuando la soledad y el desaliento lo abrazan (Munist, 2007; Papalia, 2005).

Entre los numerosos factores que afectan la probabilidad de que el adolescente sea aceptado por los iguales tenemos a la inteligencia, el aspecto físico, las destrezas, la posición social y los talentos especiales. En general, los adolescentes aceptan más a los iguales alegres, tolerantes, de buen carácter, entusiastas, que dan algo a los demás y esto se ensaya desde casa (Rodríguez-Estrada, 2005b, c).

Decidirse por una vocación y prepararse para ella, es otra de las grandes tareas del desarrollo del adolescente; en la maduración de la elección vocacional distinguimos tres periodos: el de la fantasía, el tentativo y el realista, que comienza hacia los 17 años y culmina hacia los 25 años de edad; entre los determinantes psicológicos en la elección de la carrera figuran los motivos básicos, como el altruismo y la identificación con los padres. Mientras que son determinantes culturales la clase social, el grupo de iguales, la escuela y el sexo.

Uno de los grandes problemas de la sociedad contemporánea es el de encajar a los jóvenes en el marco económico principal, la tasa de desempleo de los jóvenes es más elevada que en la población general, lo cual les puede generar frustración y llevarlos a refugiarse en el alcohol o el tabaco.

Los papeles sexuales y sociales asignados a hombres y mujeres adolescentes, pueden cambiar, como en efecto lo hacen hoy día; también son capaces de cambiar las responsabilidades y los privilegios asociados a la independencia; quizás aumenten las dificultades de proyectar las necesidades vocacionales del futuro y se altere la clase de identidad personal y social que serán viables en el presente y en el futuro (Rodríguez Estrada, 2005a, b).

Sin embargo, es muy importante resaltar que *existen adolescentes que no están dominando con éxito estas tareas del desarrollo* o lo hacen con mucha dificultad, dando pauta al incremento de desertores sociales, delincuencia juvenil, así como a trastornos psicológicos y psicofisiológicos comunes en la adolescencia, como ansiedad, depresión, hipocondría, trastornos psicósomáticos (como las úlceras gastrointestinales y trastornos de la alimentación como la obesidad, la anorexia nerviosa), problemas de exceso en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, problemas escolares, *bullying*, huidas del hogar, embarazos y en el peor de los casos, el suicidio.

El problema del alcoholismo y tabaquismo en jóvenes surge en sí por tres razones principales:

- La primera porque la bebida alcohólica y el tabaco parece adecuada para cualquier ocasión especial
- La segunda por curiosidad, imitación o porque sus padres les sirvieron una copa, o porque han sido fumadores pasivos desde la infancia y en la adolescencia se vuelven activos y por pertenecer a un grupo especial en donde es ya un hábito el consumo de estas sustancias
- La tercera es continuar bebiendo y fumando por otras razones, para ser sociables, porque les gusta y para estar en “ambiente” o porque ya son adictos (Tapia-Cuéllar, 2002; Tapia, Bustos, 2008).

Una solución para quienes no quieran caer en la adicción del alcohol y el tabaco, es saber rechazar oportunamente el consumo y convencerse de que esto no trae beneficios y sí trae muchos riesgos a corto, mediano y largo plazos; este aprendizaje ocurre por la convivencia positiva con nuestros seres queridos, mediante una comunicación no violenta, que permita identificar y expresar los sentimientos y necesidades oportunamente (Tapia, Ortiz, 2009; Roca, 2005).

Situación de los grupos vulnerables en relación con el consumo de drogas en México

México tenía un total de 13 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6 millones son mujeres y 7 millones son hombres. En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no

asistían a la escuela; del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 49% de hombres y 44% de mujeres.

Dejar la escuela antes del tiempo establecido significa el riesgo de continuar el aprendizaje predominantemente en las calles. Con esto, las capacidades y oportunidades de los adolescentes se ven recortadas de manera drástica y los riesgos de salud física y mental aumentan. La mayoría de ellos, además, estarán condenados a vivir en situación de pobreza monetaria y educacional. La falta de orientación y oportunidades también se refleja en el alto número de adolescentes que mueren por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Según datos oficiales, éstas son las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad en México. En 2007, morían diariamente tres adolescentes por accidentes de tránsito; cada semana eran asesinados ocho jóvenes y ocho se suicidaban.

La orientación callejera, la curiosidad y la presión social también propician que muchos adolescentes *contraigan adicciones al alcohol, al tabaco y a los estupefacientes*, lo que constituye un grave problema que es cada vez mayor. En 2009, 44% de los adolescentes y jóvenes en México convivían en el hogar con fumadores; 7% fuma por vez primera a los 10 años o menos; 45% inicia el consumo entre 11 y 14 años y 48% entre 15 y 17 años. Además, los datos revelan que la relación por género en el consumo de tabaco es ya de 1 a 1. De hecho, 20% de los estudiantes de secundaria son fumadores activos. De los 14 millones de fumadores que había en México en 2008, 10 millones comenzaron a fumar antes de los 14 años (UNICEF).

La exposición a la oportunidad está mediada por una serie de variables; así, entre los adolescentes, no estar en la escuela es un factor de riesgo importante. Los factores como trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo que consuma, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos, aumentan la probabilidad de la exposición a las drogas. Lo que plantea la presencia de una serie de factores de riesgo individuales, familiares y sociales.

FACTORES DE RIESGO EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS

Son aquellos atributos o características, individuales, familiares, condición situacional y/o contexto ambiental, que aumentan la probabilidad del uso y abuso de alcohol, tabaco u otras drogas (Velázquez, Tapia, 2011; Tapia-Bustos, 2008).

Concebir los factores de riesgo explica la vulnerabilidad de quienes viven ciertas condiciones sociales, étnicas y económicas desfavorables para su desarrollo personal, familiar, social o cultural (Velázquez, Tapia, 2011; Tapia, Ortiz, 2009), siendo evidente que la vulnerabilidad hace énfasis en la presencia de mayor número de factores de riesgo que de protección. Los factores de riesgo son aquellos que aparecen antes de que inicie el consumo de drogas, y tienen un efecto acumulativo; es decir, entre más factores de riesgo tenga una persona, mayor será la probabilidad de que consuma drogas (Cuadro 5.1). Cada persona se encuentra en un determinado “nivel de riesgo” que depende de la interacción dinámica de varios factores que lo predisponen o incitan al consumo y abuso de drogas, existen tres niveles:

1. ***Sin riesgo:*** Implica que el individuo no está expuesto a factores de riesgo que puedan provocarle una problemática significativa, o bien, en el caso de estar expuesto, estos no determinan en él o ella esa problemática, probablemente, por la presencia de “resistencia” o “factores protectores”.
2. ***Bajo riesgo o moderado:*** La persona ya manifiesta algunas problemáticas, puede estar experimentando algunos problemas familiares o escolares, o consumir esporádicamente tabaco o alcohol.
3. ***Alto riesgo:*** Tiene alto riesgo de experimentar problemas a causa de otros factores de riesgo personales, ambientales o familiares (Caballero, 2010; Tapia, 2009).

Los factores de riesgo se dividen en cinco categorías:

1. ***Influencias sociales a favor de las drogas:*** Vienen de padres, amigos, hermanos u otros cercanos y son muy significativas porque la primera experiencia social se da dentro de la familia; sin embargo, a medida que crecen, los adolescentes tienen relaciones sociales fuera de la familia y su mayor influencia se da en el grupo de los amigos.
2. ***Creencias y actitudes a favor de las drogas (baja percepción de riesgo):*** La creencia de que el uso de drogas no tiene con-

secuencias graves es muy común en la adolescencia y crece a medida que la socialización lleva al sujeto a consumirlas como parte de esa socialización, volviéndose algo común y cotidiano, sin percibir riesgo en la conducta de consumidor (Velázquez, Tapia, 2011).

3. *Lazos familiares débiles y supervisión paterna inadecuada:* Los lazos y relaciones afectivas entre padres e hijos son una función importante para el desarrollo social y cognitivo de los adolescentes, por lo que si los padres están poco involucrados con los hijos, tendrán menor autoridad ante ellos.
4. *Falta de interés por la escuela y pobre desempeño escolar:* La escuela es una institución que permite al adolescente desarrollarse en los ámbitos individual y social, en ella se logra cierta independencia de la familia e integra nuevas pautas comportamentales y relacionales. Sin embargo, existe un incremento en el consumo de drogas en aquellos individuos con problemas para adherirse a la escuela en la instancia formativa que, además de conocimientos, reproduce valores, actitudes, habilidades sociales, hábitos y estilos de vida.
5. *Conducta desviada previa:* En algún momento del desarrollo se aprendieron conductas violentas y el adolescente experimentó resolver sus problemas de esa forma; de igual manera, la disciplina incorrecta y la supervisión inadecuada provocan un comportamiento antisocial (Tessier, 2004).

Los factores de riesgo inciden en el inicio y en la persistencia del consumo de acuerdo a las propiedades de la sustancia, las características del usuario y el contexto, por lo que se clasifican de la manera siguiente (Cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas.

AMBIENTE	FACTOR DE RIESGO	FACTOR PROTECTOR
Individual	Conducta agresiva precoz	Autocontrol
Familiar	Falta de supervisión de los padres	Monitoreo de los padres

Compañeros	Abuso de sustancias	Comunicación asertiva entre pares
Escuela	Disponibilidad de drogas	Políticas antidrogas
Comunidad	Pobreza	Buena autoestima y valores

Factores de riesgo individuales

Las personas no son elementos pasivos que se limiten a responder ante los efectos farmacológicos de la sustancia, por el contrario, es el protagonista de la conducta de consumo de drogas; el individuo es quien da un significado u otro al riesgo, consecuencias o efecto del consumo, es quien tiene la posibilidad de aceptar o rechazar las presiones o, incluso, de modificar su ambiente. Los factores de riesgo relevantes en el desarrollo personal predisponente al consumo de drogas, son de carácter individual, lo cual comprende aspectos físicos relacionados al sexo y edad; genéticos, en donde influye la sensibilidad, la tolerancia y la dependencia; evolutivos y de personalidad, como experimentación temprana y consumo con drogas, falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima, sistema de valores poco claros, escasos o nulas habilidades sociales y dificultad para hacer frente a los conflictos. Por lo que es importante considerar los factores individuales que se citan en el cuadro 5.2.

Factores de riesgo familiares

Las personas viven, por naturaleza, en grupos; en nuestra sociedad la base está dada por la familia, la cual es proveedora de los valores y esquemas morales a seguir en la convivencia social, por lo que tiene una gran influencia en los niños y adolescentes en general, el riesgo de iniciar el consumo de drogas.

- Estructura familiar disfuncional: ausencia de uno o ambos padres, por divorcio, enfermedad, muerte u otro factor
- Falta de cohesión familiar: actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros

- Clima afectivo inadecuado: conflictos, inexpressión emocional, represión
- Estilo educativo familiar rígido, laxo o caótico: reglas y funciones poco claras, ausencia o distorsión de la comunicación
- Consumo de drogas por parte de familiares o presión de la familia para usar drogas.

Cuadro 5.2. Factores de riesgo individuales.

<p>Factores individuales de personalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja autoestima ● Baja asertividad ● Elevada búsqueda de sensaciones ● Lugar en que se sitúa la causa de los acontecimientos (Locus de control social) ● Falta de conformidad con las normas sociales ● Escasa tolerancia a la frustración ● Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía respecto al grupo ● Dificultad para el manejo del estrés.
<p>Factores individuales conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Insatisfacción con el empleo del tiempo libre ● Bajo aprovechamiento escolar ● Falta de habilidades sociales.
<p>Factores individuales cognitivos, actitudes y valores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de conocimiento acerca de las drogas y baja percepción de riesgo ● Expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas ● Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas ● Actitudes favorables hacia las drogas ● Sobreestimación de la prevalencia del consumo de drogas ● Confusión en el sistema de valores.

Factores de riesgo sociales

Existe mayor vulnerabilidad por las situaciones socioculturales en las que están inmersos; es decir, los entornos sociales en los que socializan: creciendo en entornos de alto riesgo (barrios o zonas de alto consu-

mo de drogas, delincuencia, desarraigo social, marginación, altos índices de delincuencia), con familias multiproblemáticas, en conflictos sociales severos o excluidos socialmente, implicados en actividades delictivas, con causas judiciales en curso o cumpliendo algún tipo de medida penal, son inmigrantes con problemas de integración social, son inmigrantes no acompañados (menores en situación de calle), son inmigrantes y/o autóctonos acompañados por algún adulto, pero en una situación de desprotección de hecho (menores que pasan la mayor parte de su tiempo en la calle). Por lo que los factores de riesgo sociales se han organizado en el cuadro 5.3.

Si un individuo está expuesto a uno o varios factores de riesgo, no quiere decir que vaya a usar drogas, sólo lo hace más vulnerable ante la probabilidad de su consumo. Los niños de hoy enfrentan una presión excesiva a crecer demasiado rápido, los medios de comunicación, la televisión, las películas y la industria de la música han distorsionado la percepción acerca de lo que es popular (Trianes-Torres, 2007; Torrego, 2000).

La sustancia como tal no es un elemento fundamental para el inicio, mantenimiento o incremento del consumo, sino que toma importancia en la medida en que adquiere significado, tiene una representación y cumple una función determinada en la vida del usuario en un contexto específico. Sin embargo, como factores de riesgo propios de la droga se pueden enunciar:

- Efectos que provoca en el organismo
- Características químicas o naturales
- Capacidad adictiva
- Vía de administración
- Oferta y disponibilidad.

Cuadro 5.3. Factores de riesgo sociales.

<p>Factores relacionados con el contexto social inmediato (Microsociales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas más significativas y/o inmediatas actúan como modelos • La necesidad de aprobación social funciona como un reforzador de la conducta • El consumo de drogas está en estrecha relación con un sinnúmero de procesos que se producen en distintos ámbitos.
--	---

<p>Factores relacionados con el ambiente escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta y/o consumo de drogas en la escuela • Tolerancia al consumo de drogas en la escuela • Falta de integración e identificación con el grupo escolar • Desinterés por las actividades escolares • Escasa participación en actividades extracurriculares • Hábitos de estudio caóticos • Bajo aprovechamiento escolar • Ausentismo o deserción escolar.
<p>Factores relacionados con el ambiente laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso a sustancias en el centro de trabajo • Tolerancia hacia el consumo en el área de trabajo • Largas jornadas de trabajo • Cansancio y estrés laboral • Conflictos con compañeros y jefes • Compañeros consumidores • Presión de los compañeros ante el consumo • Ausentismo e inestabilidad en el trabajo.
<p>Factores relacionados con el grupo de pares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso a sustancias en el grupo de amigos • Tolerancia hacia el consumo por parte de los amigos • Consumo de drogas entre compañeros y amigos • Presión de los amigos para que se consuma alguna droga • Fiestas o reuniones de amigos donde se consumen tabaco, alcohol y otras drogas • Conductas delictivas o antisociales por parte de los amigos.
<p>Factores relacionados con características culturales o sociales (Macro-sociales)</p>	<p>Comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso a las sustancias en la comunidad • Tolerancia y normalización del consumo • Baja percepción de riesgo • Estructuras de contención insuficientes o frágiles • Alternativas para el tiempo libre escasas o inadecuadas. <p>Ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitud social tolerante hacia el consumo de drogas • Normalización del consumo y baja percepción de riesgo • Publicidad de alcohol y tabaco • Acceso a lugares públicos donde se ofrecen y/o consumen tabaco, alcohol y otras drogas • Sistema de valores débil o distorsionado • Falsa asociación del consumo de drogas con aspectos como el éxito, dinero y poder • Información escasa o distorsionada sobre drogas • Servicios de salud, educativos y recreativos insuficientes • Problemas sociales: migración, violencia, delitos, entre otros.

FACTORES DE PROTECCIÓN EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS

Los factores de protección son atributos o características individuales, condición situacional y contexto-ambiente que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas (Tapia, Ortiz, 2009; Rosenberg, 2007). También se definen como las condiciones o entornos que favorecen el desarrollo de los individuos y grupos, que en muchos de los casos reducen los efectos de circunstancias desfavorables.

La investigación enfocada en los factores de riesgo y protección (próximas o distantes), ha generado vasto conocimiento sobre los estilos de convivencia y del reto por establecer metodologías adecuadas, para responder a la indudable demanda de quienes hoy enfrentan mayores riesgos que las generaciones pasadas (Tapia, Ortiz, 2009; Castro, Margain, 2008).

Existen factores de protección para que una persona no inicie el uso de drogas, controle y disminuya su consumo o, en su defecto, reduzca o evite los riesgos y daños asociados, al igual que con los factores de riesgo, éstos son acumulativos y se requiere de su interacción de ellos para lograr el efecto protector. Los principales factores protectores son:

- **Autoestima:** Es la valoración que tiene el individuo sobre sí mismo, indica hasta qué punto la persona se cree capaz, importante y competente. En ella se incluyen autoconocimiento, autorrealización, autoconcepto, autoaceptación, autorrespeto y autoevaluación. Esto permite a los individuos contar con capacidad, seguridad y firmeza para identificar las situaciones que le benefician o le perjudican.
- **Apego escolar:** Se refiere al proceso de permanencia y asistencia a la escuela, además de poner en práctica, desarrollar o fortalecer las capacidades de cada persona, motiva su interés y creatividad.
- **Habilidades sociales:** Se refiere al conjunto de actividades exitosas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa las actitudes, sentimientos, deseos y opiniones de modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas in-

mediatos a la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas; algunas son: comunicación, solución de problemas, afrontar las emociones negativas, asertividad.

Los riesgos de una adicción se encuentran presentes en la vida de todos los adolescentes, en mayor o menor medida; sin embargo, la percepción que tienen de estos factores va desarrollando una *percepción de riesgo* o de aceptación hacia el consumo de drogas, lo que podría favorecer el uso o no de éstas (Tapia-Ortiz, 2009).

La percepción puede variar de un individuo a otro, influida por diversos factores; de acuerdo con Tapia-Ortiz (2009), estos factores se pueden dividir en tres categorías, según tengan que ver con el perceptor, la persona (u objeto) percibido y el contenido de la percepción:

- 1. Factores asociados al perceptor:** Todo aquello que el perceptor espera, lo que implica las metas, también cómo se procesa la información y lo que se busca. De esta manera se formará lo percibido, con los estereotipos o la base del conocimiento ya existentes. Otro factor es la familiaridad, pues la impresión formada es más compleja y exacta cuando lo percibido es casi desconocido. También influye el significado emotivo del estímulo y la experiencia del perceptor.
- 2. Factores asociados a la persona percibida:** Habitualmente, la persona percibida intenta regular y controlar, conscientemente o no, la información que presenta al perceptor, especialmente la información referente a uno mismo. A esto se le ha denominado manejo de la impresión. Puesto que los demás se están formando impresiones de nosotros continuamente, es importante influir sobre esa impresión en la dirección deseada. De la misma forma en que el manejo de la impresión por una persona funciona, se puede hablar de los objetos percibidos; es decir, al hablar de riesgos, éstos se presentan de una forma que llama la atención o es algo deseable para el perceptor.
- 3. Factores relativos al contenido de la percepción:** Existen algunas características del contenido de lo percibido que influyen en la importancia que se le da a ese contenido, y que influyen en el proceso general de formación de impresiones. Aquí podemos hablar de los efectos de orden, el tono evaluativo de los ele-

mentos informativos, la información única y redundante y el carácter ambiguo de la información (Tapia, Ortiz, 2009).

Hay algo que se llama efecto de primacía, en éste, se observa que lo primero que conocemos es lo que más influye en la percepción y lo que conocemos posteriormente se sumará a estos primeros elementos; sin embargo, existen ocasiones en que la información presentada en último lugar es la más fácil de recordar o más viva que la primera.

El tono evaluativo de los elementos informativos influye en el proceso perceptivo: cuando la evaluación tiene elementos positivos y negativos, estos últimos tienen una mayor importancia en la impresión formada. También se ha visto que la información única o peculiar, tiene un impacto más positivo sobre la impresión resultante que la información redundante y que, un rasgo claro y preciso tiene más importancia en el proceso de percepción que un rasgo ambiguo.

De esta manera, podemos hablar de la percepción de riesgos como un proceso en el que hay influencias que tienen que ver con el receptor, lo percibido y el contenido de la percepción; tomando en cuenta las consecuencias que podría desencadenar una acción.

El trabajo preventivo, basado en los factores de riesgo y protección, así como en percepción de riesgo hacia el consumo de drogas, es el más respaldado por investigaciones (García-Carvalho, 2008), las intervenciones sobre adolescentes con características de mayores riesgos familiares, individuales o escolares, son ejemplos de lo que se requiere con niños y adolescentes.

ASOCIACIÓN DE LAS ADICCIONES CON EL BULLYING

¿Qué es el *bullying*?

Antecedentes. El inicio de las investigaciones sobre este fenómeno comienza en Suecia en 1970, como consecuencia del suicidio de tres adolescentes. Posteriormente, entre 1973-1982 en Noruega, bajo la dirección de Dan Olweus comenzaron a investigar y hacer campañas *antibullying* a raíz de tres suicidios de adolescentes. En España la alarma

social estalló con el suicidio del adolescente Jokin Ceberio en Hondarribia, en Septiembre del 2004. Suceso que marcó un antes y un después en la toma de conciencia social sobre el fenómeno del acoso escolar y se popularizó la palabra *bullying*.

El *bullying* es una forma de violencia, acoso u hostigamiento en forma *prolongada y reiterada* que se expresa de un niño o adolescente a otro (Olweus, 1998). Por su parte, Menéndez (2009) y Smith (2004) la definen como la violencia entre estudiantes, entendida como el producto de actos *intencionales y sistemáticos* que resultan en un daño o en una amenaza. Desde este punto de vista, las conductas agresivas de uno o varios alumnos más fuertes en contra de otro más débil (todos de la misma escuela), es considerado *bullying*.

Es una forma de maltrato entre pares, aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse. El agresor acosa a la víctima cuando está solo (en los baños, en los pasillos, en el comedor, en el patio), es importante señalar que la ubicación del sitio donde se lleva a cabo el *bullying* tiene sus peculiaridades (Avilés, 2002; Kaltiala-Heino, 2000):

- No se delimita el espacio donde se producen las agresiones
- Ni el lugar ni los medios son determinantes a la hora de diagnosticar un caso de acoso escolar
- Ni siquiera es necesario el contacto directo entre víctima y agresor en un determinado espacio, como sucede con el *ciberbullying* (acoso indirecto y anónimo)
- Se puede producir tanto dentro como fuera del centro escolar.

Se considerará *bullying* siempre que las partes implicadas pertenezcan al mismo colegio, las agresiones se den de manera prolongada y reiterada y esté siendo molestado con toda la intención de ser dañado, siendo difícil para la víctima defenderse por sí mismo. No se considera *bullying* cuando están presentes las características siguientes (Menéndez, 2009; Kaltiala-Heino, 2000; Olweus, 1998):

- Se mete con otro de forma amistosa o en un juego
- Discute o pelea con otro que tiene la misma fuerza
- Los típicos altibajos que se producen en las relaciones entre los alumnos, especialmente a lo largo de la etapa de la adolescencia y preadolescencia

- Los conflictos y las malas relaciones entre iguales, los problemas de comportamiento o de indisciplina son fenómenos perturbadores, pero no son verdaderos problemas de violencia, *aunque pueden degenerar en ellos, si no se resuelven de manera adecuada.*

Lo que diferencia lo normal del acoso escolar, es que en el *bullying* la conducta es continua y el agresor es más grande, fuerte y poderoso que la víctima. Es muy importante distinguir lo episódico de lo habitual. La persistencia es un poderoso indicador del riesgo que pueden estar corriendo, tanto víctima como agresor, de verse muy afectados. Se presenta fundamentalmente entre alumnos de edades comprendidas entre 6 y 17 años. Sin embargo, la edad de mayor riesgo en la aparición de la violencia se sitúa entre los 11 y los 15 años, porque es cuando más cambios se producen.

Tipos de *bullying*

El *bullying* se manifiesta por medio de: intimidaciones verbales, psicológicas, agresiones físicas, aislamiento social y acoso sexual (Cerezo, 2004; Kaltiala-Heino, 2000).

Esto nos indica, siguiendo a Cerezo (2004), que se ejercen diferentes tipos de violencia entre los estudiantes: verbal, física, psicológica-social y *ciberbullying*.

Bullying verbal. Es el más común y está representado principalmente por las manifestaciones siguientes:

- El agresor le llama por nombres molestos o hirientes, le dice cosas desagradables, o le envía notas
- Se ríe de él o ella, ridiculizándolo ante los demás
- Insultos, burlas, motes, calumnias, menosprecio en público
- Resaltar defectos físicos mediante apodos, son los más frecuentes.

Bullying físico. Es la agresión física, la cual puede ser directa o indirecta. Se da con más frecuencia en el nivel escolar de primaria que en secundaria.

- Directo: contra el cuerpo, se manifiesta mediante golpes, patadas, empujones o amenazas
- Indirecto: contra la propiedad, se manifiesta mediante el robo, la ruptura o deterioro de las pertenencias del alumno agredido.

Bullying psicológico-social. El maltrato tiene efectos sobre el componente psicológico de la víctima y su ámbito social.

- El componente psicológico se encuentra en todas las formas de maltrato
- El agresor le ignora completamente, le excluye de su grupo de amigos o le retira de actividades a propósito y trata de convencer a los demás para que no se relacionen con él o ella
- Minan la autoestima y fomentan la inseguridad y el temor de la víctima
- Cuenta mentiras o falsos rumores sobre él o ella
- Aíslan al individuo del grupo.

Cyberbullying. Las agresiones se realizan a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como internet y el teléfono móvil.

- Es una forma de acoso indirecto y anónimo
- Las grabaciones de agresiones físicas brutales o vejaciones, que son difundidas a través del teléfono móvil o internet (redes sociales), se denomina *Happy slapping*.

Dating violence (citas violentas). Es el acoso entre parejas de adolescentes, donde prevalece el chantaje emocional

- Es considerado como la antesala de la violencia de género.

Protagonistas del *bullying*

La víctima

Puede presentar baja autoestima, poca asertividad y un manejo deficiente en la solución de problemas, miedo, inseguridad, ocasionalmente se trata de niños o adolescentes sobreprotegidos en casa (Trianes, Muñoz y Jiménez, 2007) (Figura 5.3).



Figura 5.3. Víctima.

Perfil de riesgo de la víctima (*buleado*)

- Baja popularidad entre sus compañeros con los que no logra tener buenas relaciones y es rechazado lo suficiente como para no recibir ayuda de ellos cuando lo están agrediendo
- El miedo como rasgo de la personalidad, lo que le hace tener una infancia y adolescencia infeliz, por su inseguridad
- Temperamento débil y tímido
- Sobreprotegido por la familia, por lo que carece de habilidades para enfrentarse al mundo
- Gestos, postura corporal, físico, son características que les posicionan en la fijación de los agresores (Figuras 5.5 y 5.6)
- De todas formas, cualquiera puede llegar a ser víctima: un buen estudiante, con buen comportamiento, sociable y con buenas relaciones familiares
- Hay un tipo de víctima llamada provocadora, que por su torpeza social o psicológica (el hiperactivo), no sabe o no puede tener relaciones normales con sus compañeros, estos se sienten provocados o agredidos y responden con violencia (Trianes, Muñoz y Jiménez, 2007).

El agresor

También llamado *buller* presenta baja tolerancia a la frustración y un deficiente control de impulsos. Puede tener un entorno familiar poco afectivo, donde existen situaciones de violencia, abuso o humillación ejercida por los padres y/o hermanos mayores o, por el contrario, es un niño sumamente mimado, sin límites (Trianes, Muñoz, Jiménez, 2007) (Figura 5.4).



Figura 5.4. Agresor.

Perfil de riesgo del agresor (*buleador*)

- Es impaciente, inestable, ansioso, prepotente, sarcástico
- En el contexto escolar suele ser identificado como el típico líder negativo
- Goza de mayor popularidad y apoyo, pero con sentimientos ambivalentes de respeto o miedo por parte de sus compañeros
- Carece del sentimiento de culpabilidad
- Falta de normas, conductas disciplinarias en la familia que no le controla (Alta permisividad)
- No suele reconocer a la autoridad y transgrede las normas
- Mal estudiante y sin interés por los estudios, baja autoestima académica

- Con facilidad consume alcohol, tabaco y otras drogas
- De todas formas, cualquiera se puede sumar al grupo del acosador para evitar ser víctima o marginado del grupo (Figuras 5.5 y 5.7)
- Su comportamiento puede estar relacionado con el consumo de drogas.

El espectador

Los espectadores son el grupo más numeroso de los participantes en el *bullying* y pueden ser pasivos o activos. El espectador pasivo es el más numeroso, el 90% es testigo de una conducta de este tipo en su entorno, pero no interviene; observa las agresiones, las conoce, pero no las delata, no le avisa, ni ayuda a la víctima. El activo experimenta una pérdida de empatía por la víctima, de alguna manera busca estar en el lugar del ataque, para enardecer la furia del agresor, experimenta desensibilización, no le duele el llanto y miedo de la víctima y no se muestra nada solidario (Trianes, Muñoz y Jiménez, 2007).



Figura 5.5. Protagonistas del *bullying*.

La relación trilateral se sostiene mediante la ley del silencio y la condena pública del delator.

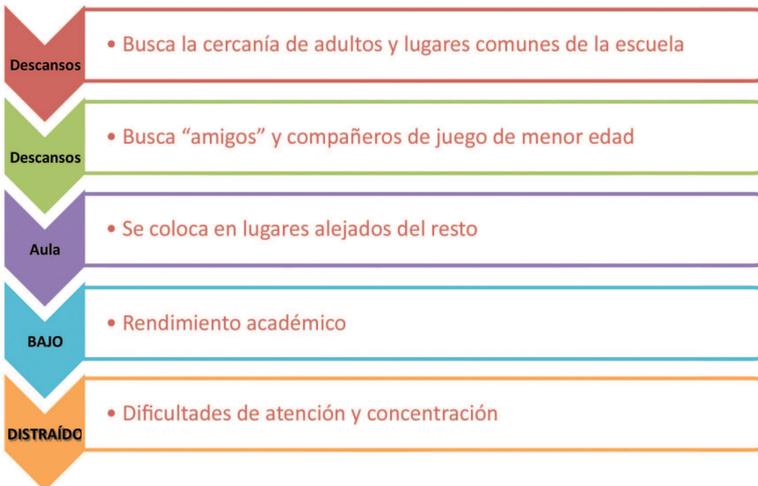


Figura 5.6. Conductas indicadoras de vivir el *bullying*.



Figura 5.7. Conductas indicadoras de ejercer el *bullying*.

ADICCIONES Y *BULLYING*

Cuando el niño o adolescente recibe de manera reiterada humillaciones, y vive con temor a ser golpeado, ridiculizado o aislado, por uno o varios de sus compañeros, está reuniendo una serie de factores de riesgo que lo pueden llevar al consumo de drogas; además de presentar, ante tal vivencia, una autoimagen deteriorada, en donde se piensa que ya no le puede pasar nada más grave, esto favorece dos caminos principalmente: uno para evadir el temor y la desesperanza al sentirse solo contra lo que no puede cambiar, o por la necesidad de ser aceptado por los agresores se incorpora a las conductas del resto del grupo o del líder. Ambos lo siguen colocando a merced de los agresores (Trianes, Muñoz y Jiménez, 2007; Myers, 2002).

El *buleador*, al no tener claridad en las tareas del desarrollo que debe cubrir, fácilmente se incorpora al consumo de tabaco y alcohol como parte del reto propio de la adolescencia, mostrando al resto

de los compañeros, la audacia y valentía mal entendida para desafiar a la autoridad, dando paso al consumo de drogas ilegales e incorporándose fácilmente a otro tipo de actividades delictivas (Downing, 2009; Cerezo, 2004; Avilés, 2002).

CONSECUENCIAS DEL BULLYING

- Somatización severa: gastritis, úlcera péptica, colitis ulcerosa, migraña.
- Daño psicológico: terror y pánico, baja inteligencia emocional, síndrome de Estrés Postraumático, persistencia de síntomas a largo plazo y en edad adulta, alteraciones del estado de ánimo, depresión e ideación de suicidio.
- El 40% de los pacientes psiquiátricos fue víctima de un «acoso» en el colegio (Munist, 2007; Olweus, 2004; Nicolson, 2002). (Figuras 4.8 y 4.9).

PARA LA VÍCTIMA	PARA EL AGRESOR	PARA LOS ESPECTADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Soledad, infelicidad, temor, baja autoestima, pierde la confianza en los demás, y desesperanza • Problemas de salud física y emocional • Fobia a la escuela • Sensación de pérdida de libertad y derechos • Reacciones agresivas e intentos de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su actitud y conducta son la antesala de futuros hechos delictivos • Las amenazas y las agresiones físicas pueden ser denunciadas • Instaura una creencia en sí mismo de que se puede lograr poder y liderazgo mediante la violencia • Es probable que quién ha sido agresor, en infancia/juventud perpetúe conductas violentas en las relaciones adultas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acabarán valorando la violencia como forma de éxito social • Sufren un proceso de desensibilización ante los continuados episodios de sufrimiento que están contemplando • Todo el entorno social sufre una sensación de indefensión y de incapacidad de reacción similar a la de la víctima • Lo llevan a su vida adulta. • Riesgo de ser víctima o agresor.

Figura 5.8. Consecuencias del *bullying*.



Figura 5.9. Consecuencias del *bullying* en los espectadores.

La gravedad de las consecuencias del *bullying* invitan de alguna forma, para que todos los participantes, padres, alumnos, profesores, personal de salud, realicemos un examen de conciencia honesto y doloroso ante un fenómeno que no es nuevo, y que llevan padeciendo muchos de nuestros alumnos, hijos o nosotros mismos desde hace muchos años, y que merece una reflexión colectiva y un urgente programa educativo *antibullying* en las instituciones educativas y de salud.

No debemos olvidar que el “acosador de hoy puede ser el maltratador, el adicto o el delincuente de mañana”, y que la víctima puede ser un hijo; nuestra obligación como profesores y profesionales es evitar que la violencia germine en nuestros niños y jóvenes (Trianes, Muñoz, Jiménez, 2007; Olweus, 2004; Nicolson, 2002; Myers, 2000).

PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN ADOLESCENTES

*Diana Cecilia Tapia Pancardo
Juan Francisco Ramírez Estrada*

La epidemiología no tiene nombre ni apellido y no siente,
pero las personas que viven una adicción sí.

Pedro Ruiz-Miguel Casas

IDENTIDAD Y DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

Cuando los jóvenes tienen dificultades para decidirse por una identidad ocupacional, o cuando sus oportunidades son limitadas *artificialmente* y no logran cubrir sus tareas del desarrollo, corren el riesgo de presentar comportamientos que pueden acarrearles consecuencias negativas graves, tales como: depresión, *bullying*, embarazo en adolescentes, anorexia-bulimia, adicciones, delincuencia, muerte (Tapia, Bustos, 2008).

El desarrollo de la independencia ocupa un lugar central en toda discusión de las tareas de la adolescencia: el fracaso de un adolescente, en lo que respecta a la resolución del conflicto entre una dependencia continua y las demandas más nuevas y privilegios de independencia, dará origen a problemas y un aspecto vulnerable para las adicciones que influirá en la mayoría de los demás campos. Sin la realización de un grado razonable de separación y autonomía, no puede esperarse que el adolescente alcance: relaciones maduras heterosexuales o con los iguales, orientación vocacional, sentimiento de identidad e independencia, todo lo cual requiere de una imagen positiva de sí mismo como persona congruente y razonablemente bien integrada.

La relativa facilidad o dificultad de establecer su independencia está relacionada, en gran parte, con las relaciones padre-hijo previas y continuadas, éstas pueden ser: *autocríticas* (cuando los padres simple-

mente les dicen a sus hijos adolescentes lo que tienen que hacer); *autoritarias* (cuando el niño o el adolescente pueden participar, pero no se les consulta para la toma de decisiones); *autoritativas* (cuando el joven participa libremente en la discusión de aspectos que tienen que ver con su conducta e, inclusive, puede formar parte en la toma de decisiones, pero la autoridad última es retenida aún por los padres); *igualitarias* (cuando existe una diferenciación mínima de papeles entre padres e hijos); *permissivas* (cuando la balanza en la toma de decisiones se inclina en dirección del niño o del adolescente) y el “*fair*” (cuando el joven está en libertad de atender o desatender los deseos de los padres) (Trianes Torres, 2007)

Varios estudios han investigado la relación entre las prácticas de los padres y aspectos de la personalidad y conducta de los adolescentes, como son la autoestima, la independencia y la competencia. Así, parece ser que las prácticas *autoritativas*, con frecuentes explicaciones por parte de los padres, mediante una comunicación no violenta, en relación con sus reglas de conducta y sus expectativas, fomentan la independencia responsable de distintas maneras:

- Al proporcionar oportunidades para aumentar la autonomía, guiados por padres interesados y ocupados en sus hijos, que se comunican con ellos y ejercen grados adecuados de control.
- Al fomentar la identificación positiva con los padres, basada en el amor y en el respeto por el adolescente, y no en el rechazo, la ofensa, la indiferencia o la descalificación.
- Al proporcionar modelos de independencia razonable, es decir, de autonomía dentro del marco del orden democrático. En contraste con esto, el hijo de padres autocráticos o indiferentes no tienen modelos de independencia cooperativa, responsable, participativa; por consiguiente, no se ve alentado por la relación con sus padres a identificarse con los adultos y no se le proporcionan experiencias, graduadas conforme a la edad, que le permita ensayar el camino hacia la adopción ordenada de una autonomía responsable.
- Las creencias religiosas de los adolescentes, así como su preocupación por valores y normas morales, cobran especial importancia en esta etapa, son reflejo también de su desarrollo cognoscitivo acelerado y las experiencias vividas en familia.

En la adolescencia entran en un constante conflicto entre el bien y el mal, ampliando su definición a conveniencia, permitiéndose jugar con estos conceptos, hasta que logran claridad (Gil Rodríguez *et ál.*, 2001). Por ello, la identidad es el resultado de la capacidad reflexiva, es la capacidad de la persona de ser objeto de sí misma, se entiende como una organización del conocimiento sobre sí mismo. Así, la definimos como *un concepto relacional, es un constructo que permite referirse a la continuidad de la experiencia de uno mismo, es algo que se construye a lo largo de la vida, que adquiere múltiples formas y tiene mayor o menor solidez.*

La búsqueda de la identidad en la adolescencia es una etapa importante en la vida de las personas, pues en ella, los jóvenes se preparan para entrar al mundo de los adultos. En esta preparación, la convivencia con sus iguales juega un papel determinante, al igual que el contexto que le rodea, familiar y social. Debe encontrarse a sí mismo, su identidad, saber quién es y cómo es; esta tarea no es fácil para todos los jóvenes y, como ya se planteó, va por pasos, por lo que podemos decir que es un proceso influido por el contexto y por sus características intrínsecas, en donde los padres, la escuela, los profesores y los modelos a seguir juegan un papel muy importante.

La escuela genera ese espacio donde se crea un ambiente propicio para que el adolescente se exprese libremente de diferentes formas con sus iguales, para que forme subgrupos en los que se sienta aceptado, en donde se forma un conjunto de ideas y valores que se incorporan luego a la sociedad para hacerse notar y, de alguna manera, decir: soy así y estoy aquí. Los profesores y los profesionales del área de la salud con funciones docentes, como elemento importante en el ambiente escolar, influimos en el logro de la identidad de los adolescentes; sin embargo, esta influencia puede ser positiva o negativa: consideramos que es negativa cuando etiquetamos a un alumno como “el flojo”, “el que no puede”, “el lento”, “el que no participa”, y de manera positiva cuando los motivamos a creer en ellos, haciendo críticas constructivas sobre su imagen, su forma de vestir, pues ayudamos a que construyan un concepto positivo de sí mismos, a que se valoren por el papel que les toca desarrollar como estudiantes, como amigos, como miembros de su familia, como novios(as); para que se motiven a aprender, a aceptarse como son, a tener una individualidad y a comprender que todos son importantes, únicos e irrepetibles y que la tolerancia a las diferencias es la clave de la

socialización (Roland, 2002; Vopel, 2001).

En el ambiente escolar no sólo el adolescente va a hacer cosas, sino a aprender cómo hacerlas; el papel docente influye en el logro de la identidad, haciendo que se sientan orgullosos de ellos mismos por los logros que van teniendo y se asimilan como sujetos que puede hacer las cosas. Los docentes sabemos que todos los alumnos son diferentes y que se tienen que respetar estas diferencias; sin embargo, consideramos que dentro de un grupo existen alumnos que necesitan más apoyo y que, en ocasiones, los detectamos inmediatamente.

Un ejemplo claro de lo anterior, es cuando se aborda el tema del consumo de drogas legales e ilegales: al grupo se le brinda información sobre el tema, pero a los que se detecta como casos especiales, por observación o por comentarios que ellos mismos realizan en momentos, se les debe dar orientación específica y, en ciertos casos, los adolescentes necesitan de ayuda profesional y deben ser canalizados oportunamente para limitar los daños; por tanto, como docentes, vale la pena tener la información adecuada para orientarlos oportunamente en esta etapa tan vulnerable.

Las clínicas universitarias de la UNAM otorgan servicio psicológico y profesional calificado para abordar estos temas y dan servicio a la población en general en ambos turnos.

Los Centros de Integración Juvenil, A.C., distribuidos en las diferentes Delegaciones del DF y en el Estado de México; así como en varios Estados de la República, ofrecen información a través de su página electrónica en cij.gob.mx

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ANTISOCIALES

El término “inteligencia emocional” (IE) fue introducido en la literatura científica en dos artículos publicados en 1990. El primero fue el de Peter Salovey de *Yale University* y John (Jack) D. Mayer de la *University of New Hampshire*, que definieron formalmente a la IE como “la habilidad para controlar los sentimientos y emociones de uno mismo y de otros, discriminar entre ellos y usar esta información para guiar las ac-

ciones y el pensamiento de uno” (Goleman, 2011; Gil-Rodríguez, 2001).

Daniel Goleman (2011) popularizó el constructo en 1995, en el *Best Seller* Mundial *Inteligencia Emocional*. En los años siguientes, educadores, psicólogos y profesionales de los recursos humanos, de la salud e investigadores comenzaron a consultar y a escribir sobre IE, surgiendo así la información que hace referencia a los procesos implicados en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de otros para resolver problemas y regular la conducta: es la capacidad del individuo para razonar sobre las emociones y procesar la información emocional para aumentar el razonamiento.

La IE forma parte de un emergente grupo de habilidades mentales junto a la inteligencia social, la inteligencia práctica y la inteligencia personal. Partiendo del conjunto de habilidades mentales Mestre y Fernández (2009), definen a la IE como un conjunto de cuatro habilidades relacionadas con:

- Percibir y expresar emociones de manera precisa
- Facilitación emocional del pensamiento (usar la emoción para facilitar la actividad cognitiva)
- Comprender y analizar las emociones (empleando el conocimiento emocional)
- Regular las emociones para el crecimiento personal, intelectual y emocional.

La percepción de emociones hace referencia a la habilidad para percibir e identificar las emociones en uno mismo y en otros, e incluye otros estímulos como las voces de las personas, historias, música y trabajos de arte. El ser humano también es capaz de expresar sentimientos de manera adecuada y expresar necesidades alrededor de aquellos sentimientos, ya que los individuos emocionalmente inteligentes conocen de cerca la expresión y la manifestación de la emoción, así como también son sensibles a detectar las expresiones falsas o manipuladas.

Usar emociones se refiere a la habilidad para utilizar los sentimientos de modo que ayuden en ciertas empresas cognitivas, como la solución de problemas, la toma de decisiones y la comunicación interpersonal, y también, lleva a focalizar la atención y posiblemente el pensamiento creativo. Existe un proceso en el cual las emociones pueden ser generadas, sentidas, manipuladas y examinadas para ser mejor entendi-

das antes de tomar una decisión. La emocionalidad puede ayudar a la gente a considerar múltiples perspectivas (Roca, 2005; Ontoria, 2000).

Comprender emociones, implica el conocimiento de los términos relacionados con la emoción y la manera en la que ésta se combina o progresa, como la transición de una emoción a otra. Las emociones tienden a ocurrir encadenadas: la ira puede intensificarse a furia y, entonces, transformarse en satisfacción o culpa dependiendo de la circunstancia. Conforme avanza el desarrollo de una persona, ésta va progresando en el razonamiento sobre las secuencias de la emoción; así, razonar sobre la progresión de los sentimientos en las relaciones interpersonales es clave para la IE.

Regular emociones incluye la habilidad para emplear estrategias que cambien los sentimientos y la evaluación de la eficacia de tales estrategias. A medida que las personas maduran, surge también una consistente reflexión o metaexperiencia de los estados de humor y de la emoción. Una cualidad que parece relevante es que las emociones deben ser entendidas sin exagerar o minimizar su importancia.

Comprender el concepto de IE requiere explorar los términos que lo componen: *inteligencia* y *emoción*; la inteligencia engloba habilidades como el poder para combinar y separar conceptos, juzgar y razonar y engarzar con el pensamiento abstracto (Roca, 2005; Rodríguez-Estrada, 2005c; Rice, 2000).

Las emociones pertenecen a la segunda división de la mente, llamada también esfera afectiva del funcionamiento mental, la cual contempla las emociones en sí mismas, los estados de humor, las evaluaciones y otros sentimientos o estados, incluyendo la fatiga o la energía. Recordemos que la motivación es la tercera esfera, se refiere a impulsos biológicos o a comportamientos intencionados en busca de metas.

Goleman (2011) popularizó la idea de que las emociones priorizan la cognición, basado en la siguiente reflexión: aunque sea cierto que en algunas ocasiones las emociones perturban el pensamiento, en muchas otras las reacciones emocionales extremas promueven la inteligencia, cuando ayudan a interrumpir un proceso progresivo de inadaptación y dirigir la atención hacia lo que puede ser importante.

De todas las formas posibles de clasificarlas, las emociones se contemplan más como contribuciones potenciales del pensamiento que como factores perturbadores de éste. Se asume que, para la mayoría de las personas saludables, las emociones transmiten cierto conoci-

miento sobre las relaciones que la gente tiene con el mundo (Goleman, 2011; Guelar, 2002; Maravilla, 2002). El miedo indica que una persona se está enfrentando a una amenaza relativamente poderosa o incontrolable; en general, la felicidad indica las relaciones armoniosas de unos con otros y la ira refleja a menudo un sentimiento de injusticia; de acuerdo con esta visión, existen ciertas normas para reconocer y razonar con los sentimientos; por consiguiente, la IE requiere como mínimo algunas respuestas correctas o esperadas en cuanto a los sentimientos experimentados, lógicamente estas respuestas correctas estarán asociadas a la historia de vida del individuo, la cultura y la subcultura; por ejemplo, los individuos de climas cálidos son descritos, y se describen a sí mismos, como emocionalmente más demostrativos en contraste con los de clima frío que son menos emotivos (Mestre y Fernández, 2009).

Según lo anterior, IE implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento, la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual (Mestre y Fernández, 2009).

Estas habilidades están representadas en cuatro ramas que consideran desde los procesos psicológicos más básicos a los más elevados; el nivel más básico concierne a la habilidad relativamente simple de percibir y expresar la emoción, el más alto, contempla la regulación consciente y reflexiva de la emoción. Cada una de las ramas tiene cuatro habilidades representadas en la Cuadro 6.1, las habilidades situadas a la izquierda son las que emergen tempranamente en el desarrollo, las que emergen más tarde se sitúan a la derecha. Se espera que las personas con una elevada IE progresen más rápidamente a través de las habilidades diseñadas y dominen la mayoría de ellas (Goleman, 2011; Mestre y Fernández, 2009).

Cuadro 6.1. Inteligencia Emocional.

<p>Rama: 4 Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual</p>			
Habilidad para estar abiertos a los sentimientos, tanto los placenteros como los displacenteros.	Habilidad para atraer o distanciarse reflexivamente de una emoción, dependiendo de su información o utilidad juzgada.	Habilidad para monitorizar reflexivamente las emociones en relación a uno mismo y a otros, tales como reconocer qué tan claros, típicos, influyentes o razonables son.	Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros, mitigando las emociones negativas e intensificando las placenteras, sin reprimir o exagerar la información que transmiten.
<p>Rama: 3 Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional</p>			
Habilidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones mismas, tales como la relación entre gustar y amar.	Habilidad para interpretar los significados que las emociones conllevan respecto a las relaciones, tales como que la tristeza a menudo es precedida de una pérdida.	Habilidad para comprender sentimientos complejos: sentimientos simultáneos de amor y odio, o mezclados, como el temor o una combinación de miedo y sorpresa.	Habilidad para reconocer las transiciones entre emociones, como la transición de la ira a la satisfacción, o de la ira a la vergüenza.
<p>Rama: 2 Facilitación emocional del pensamiento</p>			
Las emociones priorizan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante.	Las emociones son tan intensas y disponibles que pueden ser generadas como ayuda del juicio y de la memoria sobre los sentimientos.	El humor cambia la perspectiva del individuo desde el optimismo hasta el pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista.	Los estados emocionales estimulan afrontar diferencialmente problemas específicos, como cuando la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

<p>Rama: 1 Percepción, valoración y expresión de la emoción</p>			
<p>La habilidad para identificar la emoción en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno.</p>	<p>La habilidad para identificar emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del lenguaje, sonido, apariencia y conducta.</p>	<p>Habilidad para expresar emociones adecuadamente y expresar las necesidades relacionadas con esos sentimientos.</p>	<p>Habilidad para discriminar entre expresiones precisas o imprecisas, u honestas <i>versus</i> deshonestas, de las emociones.</p>

En la esfera de la inteligencia académica, inteligencia equiva- le a aptitud, el logro representa el cumplimiento de obligaciones y la competencia indica el logro que se obtiene, comparándolo con un es- tándar determinado. Análogamente a esos conceptos, la IE representa la aptitud o la habilidad central para razonar con emociones. El logro emocional representa el aprendizaje que una persona ha alcanzado so- bre la emoción o en la información relacionada con las emociones. La competencia emocional existe cuando se ha alcanzado un determinado nivel de logro (Goleman, 2011; Mestre y Fernández, 2009).

Muchos psicólogos de la educación prefieren hablar en térmi- nos de competencia en lugar de inteligencia; la idea de competencia emocional ya fue introducida por Munist (2007), que se centra más en el conocimiento y destrezas que el individuo puede alcanzar para funcionar adecuadamente en diferentes situaciones. Desde el punto de vista teórico, tiene sentido desarrollar juntas las ideas de intelligen- cia emocional, logro emocional y competencia emocional (Goleman, 2011; Mestre y Fernández, 2009).

La IE se espera implicada en el hogar, la escuela, el trabajo y en otros lugares. Las habilidades emocionales comienzan en casa, con una buena interacción entre padres e hijos. Los padres ayudan a los niños a identificar y etiquetar sus emociones, a respetar sus sentimientos y a co- menzar a relacionarlas con las situaciones sociales. En cada casa o fami- lia, este proceso puede tener éxito en mayor o menor grado. Los padres pueden tener limitaciones psicológicas graves que no les permitan ini- ciar un proceso de aprendizaje cognitivo-emocional; así, las lecciones

sobre las emociones que un niño aprende pueden ser incorrectas; por ejemplo, los padres pueden evitar sentimientos o incluso pueden negar que estén enfadados mientras se comportan con hostilidad, como consecuencia, los niños pueden desarrollar desórdenes en los que llegan a alejarse de sus sentimientos o a interpretarlos inadecuadamente (Algunos de los aprendizajes más importantes tienen lugar en las relaciones informales entre el niño y su profesor, estos a menudo desempeñan un papel de modelo adulto, potencialmente sabio e importante, lo mismo pasa con los integrantes del equipo de salud que cubren funciones docentes) (Goleman, 2011; Mestre y Fernández, 2009).

Una de las principales funciones de la educación, por todos reconocida, es la adaptación social del individuo; la socialización es el proceso a través del cual cada sujeto en interacción con otros, desarrolla las maneras de pensar, sentir y actuar, esenciales para la participación eficaz en la sociedad (Velázquez, Tapia, 2011). En las últimas décadas, en las sociedades desarrolladas venimos presentando multitud de continuos y vertiginosos cambios que, a su vez, exigen de las personas un reajuste continuo e igualmente vertiginoso; ante este hecho, es importante plantear la necesidad de potenciar la capacidad de adaptación y flexibilidad de los sujetos, para que puedan hacer frente a las necesidades que van surgiendo: los conocimientos que hoy resultan fundamentales mañana pueden no serlo, pero lo que siempre será válido es nuestra capacidad de no dejarnos llevar por determinados estados emocionales y de poner la emoción al servicio de la razón; en este sentido, el desarrollo de la IE se nos presenta no sólo como una herramienta útil, sino como una necesidad para garantizar un adecuado ajuste emocional de nuestros jóvenes.

Los jóvenes se verán obligados a competir unos con otros; en general, se encaminan los esfuerzos por apoyar el desarrollo académico, generando programas de educación compensatoria, pero algunos investigadores defienden la idea de que la vida emocional de los jóvenes tiene impacto importante en estos resultados (Goleman, 2011, Mestre y Fernández, 2009).

El modelo de IE emocional de Mayer y Salovey, posibilita impulsar el desarrollo de las habilidades emocionales relacionadas con el aprendizaje, la adaptación social y la toma de decisiones, factores impor-

tantes en la prevención de adicciones y conductas antisociales, como el *bullying*.

La capacidad de regulación emocional puede desempeñar un importante papel en el desarrollo social y académico de los jóvenes (Goleman, 2011). Los jóvenes necesitan controlar sus arranques emocionales y reacciones impulsivas al permanecer atentos durante las clases e interactuar con los profesores y los compañeros; la adaptación social y emocional de los adolescentes y los lazos afectivos con sus iguales y adultos pueden contribuir a incrementar sus motivaciones para el aprendizaje (Goleman, 2011; Guelar, 2002, Gil-Rodríguez, 2001).

Se considera que una alta IE está asociada con un mejor afrontamiento de situaciones estresantes y el uso de estrategias más efectivas; estudios de diversos autores, encontraron que los adolescentes con mayor IE presentaron menores rasgos de afrontamiento pasivo, mayor utilización de estrategias de afrontamiento en la resolución de problemas, menor malestar físico, menor ansiedad social y depresión, mejor autoestima y mayor satisfacción interpersonal (Goleman, 2011; Mestre y Fernández, 2009).

Tessier (2004) y Trianes-Torres (2002) analizaron la relación entre IE y diversos comportamientos cotidianos (conductas saludables-no saludables), como cuidado personal, consumo de sustancias psicoactivas, relaciones interpersonales con los padres y amigos, actividades académicas, tiempos de estudio, de juego, de ocio; obtuvieron resultados claros sobre la relación entre IE y menor manifestación de sintomatología depresiva y/o ansiosa, menor frecuencia de comportamientos no adaptativos, mayor índice de conductas saludables y niveles más elevados de bienestar psicológico.

Otras investigaciones informaron la correlación entre alumnos con puntuaciones inferiores de IE y los diversos niveles de agresividad y empleo de drogas; este alumnado, en la subescala percepción emocional del MSCEIT-YV (*Test Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence para adolescentes*), actuó de manera más antisocial, mostró conductas más agresivas y consumió mayor cantidad de drogas; alumnos con alta puntuación de IE correlaciona con reducida participación en conductas violentas y menor consumo de sustancias psicoactivas (Tomlinson, 2005; Torrego, 2000).

El papel del modelador y modulador que los padres, profesores y personal de salud, con funciones docentes, realizamos en los procesos de socialización es fundamental para los adolescentes, ya que se conducen por imitación y aprendizaje social; en este sentido, el aprendizaje de socialización emocional otorga, por imitación, un valor fundamental en el desarrollo de la IE, no sólo en el diseño de programas formales de entrenamiento en competencias socioemocionales, sino por el hecho de que los docentes, adultos, padres y educadores actuamos como modelos adecuados o inadecuados de autogestión emocional (Papalia, 2005, 2001; Sternberg, 2003).

El ambiente familiar es un elemento fundamental en el proceso de socialización de las emociones, desempeñando una función importante durante el proceso de crecimiento del niño. Papalia (2005) y Ontoria-Peña *et al.* (2000) plantean, concretamente, que los padres emocionalmente inteligentes pueden modelar habilidades eficaces a sus hijos, accidental o intencionalmente. Los factores más determinantes en el desarrollo de la IE son:

- La educación que los padres dan a sus hijos sobre emociones
- Un aprendizaje indirecto de los hijos, a través de la observación y modelado de las respuestas emocionales de los padres, a las diferentes situaciones de la vida cotidiana (Goleman, 2011; Nicolson, 2002).

Algunos padres consideran perjudicial mostrar sus emociones negativas delante de sus hijos e intentan modular su supresión (Goleman, 2011). Los niños que normalmente observan cómo sus padres suprimen la expresión de sus emociones negativas, interiorizarán esta estrategia como el primer recurso cuando regulen sus propias experiencias emocionales. Otros padres, por el contrario, consideran que lo adecuado es expresar las emociones negativas de forma abierta y libre. Unos más, ante situaciones complicadas, actúan como modelo de persona que emplea correctamente técnicas como la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social (útiles para regular las emociones); mientras que otros pueden actuar como modelos de comportamientos explosivos o abusivos (indicando falta de regulación emocional).

Los niños y posteriormente adolescentes, a partir de la observación de las conductas de sus modelos, aprenden a adecuar su conducta general a los diversos contextos específicos (Goleman, 2011).

Por ejemplo, en un concierto, las emociones se pueden expresar muy intensamente, mientras que en una reunión familiar las expresiones deben ser moderadas y mínimas o ninguna en una conferencia cultural.

Los niños y adolescentes que observan comportamiento agresivo entre sus padres utilizarán estas pautas de comportamiento y aprenderán que las interacciones sociales están formadas por la dominación y la hostilidad y, consecuentemente, trasladarán esta expectativa a otras situaciones sociales y responderán agresivamente. Estudios indican que la probabilidad del comportamiento prosocial o antisocial de la niñez depende de las respuestas que refuerzan los padres (Martínez-Martínez, 2008).

El estilo educativo de los padres y su práctica se relaciona con el desarrollo de las habilidades emocionales de sus hijos. La combinación de autonomía, ánimo y apoyo paternal, predice positivamente la autorregulación de los niños (Martínez-Martínez, 2008).

Guelar (2002) y Gross (2001) identificaron al estilo educativo de los padres como uno de los cuatro factores de riesgo fundamentales en el desarrollo de problemas de conductas. Los niños que experimentan violencia entre sus padres, una disciplina severa o abusos físicos, tienen mayor probabilidad de comportarse agresivamente, ya que aprenden estas conductas observándolas. Los niños maltratados presentan mayor dificultad a la hora de afrontar el estrés y expresar, reconocer y regular sus emociones.

De la misma forma que a través del aprendizaje por imitación se aprenden modos inadecuados de manejar las emociones, también funcionan para adquirir competencias socioemocionales adecuadas. Concretamente, con la incorporación del comportamiento vicario en los programas educativos, se pueden provocar tres efectos principales (Gross, 2001):

- *Modelado*: supone el aprendizaje de respuestas nuevas. El modelo debe exhibir respuestas nuevas y el observador reproducirlas de forma sustancialmente idéntica. Un ejemplo práctico, aplicado al entrenamiento en habilidades socioemocionales, es que una persona representara cómo actuar ante un conflicto con un compañero de forma no violenta y, posteriormente, el alumno reprodujera la actuación del modelo.
- *Inhibición o desinhibición de conductas aprendidas anteriormente* y que forman parte del repertorio conductual del suje-

to. La observación de modelos puede fortalecer o debilitar las respuestas inhibitorias. Sería algo similar al anterior; la diferencia radica en que el observador sabe realizar lo que observa del modelo, pero lo hace con mayor o menor frecuencia y/o intensidad de lo deseado. Los ensayos consistirán en aprender a hacerlo en grado justo y adecuado a la situación.

- *Facilitación social o provocación de respuestas existentes en nuestro repertorio de conductas.* La observación de modelos a veces provoca, en el observador, respuestas de emulación aprendidas previamente, simplemente porque la percepción de actos de un determinado tipo sirve como detonador de respuestas de la misma clase. Es común oír a un niño decirle a otro “no se pega a los amigos” o “las cosas se comparten” para resolver conflictos entre sus propios compañeros, mientras que al mismo tiempo les señalan con el dedo índice.

Cuando se observa actuar a un modelo se adquieren, principalmente, representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por éste; esas representaciones servirán de guía para efectuarlas de manera apropiada. Así, los procesos que controlan o dirigen el aprendizaje por la observación son: atención, retención, reproducción y motivación. Para que un niño o adolescente aprenda la forma correcta de comportarse ante un conflicto con compañeros u otra situación, es necesario que preste atención a los rasgos significativos de la conducta que le sirve de modelo y que los perciba de forma adecuada. Tiene que determinar, de entre varios posibles, con cuáles se queda, y es necesario que represente esa conducta en su memoria, de forma simbólica, ya sea mediante imágenes o verbalmente. La riqueza del vocabulario emocional del que observa será muy importante.

Cualquier programa de educación emocional debe contemplar los objetivos siguientes (Goleman, 2011):

- Proporcionar herramientas para el éxito a largo plazo, tanto a nivel personal como social
- Incrementar el comportamiento emocionalmente inteligente, desarrollando la empatía, la comunicación afectiva, no violenta, la inclusión y la cooperación
- Prevenir los factores de riesgo en la familia, el aula y la sociedad

- Crear un ambiente de aprendizaje en el que la curiosidad del grupo mantenga su automotivación intrínseca, con el fin de construir un contexto favorable
- Incrementar el conocimiento de la interdependencia, de la responsabilidad personal, del uso de opciones y del pensamiento
- Transferir las habilidades de la IE en temas académicos al funcionamiento personal y social, desarrollando el pensamiento crítico y creativo.

Los beneficios derivados de la aplicación de estos programas son:

- Aumento de la autoestima
- Incremento del rendimiento académico
- Incremento de las relaciones interpersonales
- Disminución de los conflictos
- Disminución de la ansiedad
- Mejora de la conducta social
- Aprendizaje de formas constructivas de relacionarse con los demás
- Incremento de la tolerancia
- Mejora en la toma de decisiones
- Desarrollo del control de los propios impulsos
- Desarrollo de la responsabilidad personal.

Las capacidades emocionales pueden estar parcialmente influidas por factores genéticos y un desarrollo previo, pero hay espacio para aprender.

PAPEL DE LOS PADRES Y DE LOS MAESTROS

El contexto actual difiere del de otros tiempos, en varios sentidos; nuestros niños y adolescentes están cautivos en una ciudad de asfalto, llena de peligros que les impide correr y jugar como nosotros lo hicimos en nuestra feliz niñez; ahora, de manera obligatoria, los niños y jóvenes deben tener videojuegos, celular y otros artefactos electrónicos de última moda, para no ser descalificados por los escenarios escolares, las redes sociales y el círculo de amigos; si se requiere información, lo ideal es buscarla en los medios antes citados. Con estos avances, el encuentro directo perso-

na a persona, se desplaza a otros lugares menos importantes. Es común observar escenarios en reunión casual o formal, donde los miembros de una familia o un grupo de amigos, están revisando sus mensajes, contestando el celular, manejando la *tablet*, etc, pero la comunicación entre ellos es secundaria. La sobremesa después de disfrutar una rica comida es cosa de viejitos, porque el adolescente requiere irse a su cuarto a su mundo virtual, donde siente que encuentra comprensión, amistad, intereses comunes y, algunos, hasta amor... ¿o será desamor?

La realidad nos muestra que las conversaciones con nuestros hijos se está perdiendo; las tensiones del día, el agotamiento del tráfico, las marchas, los mítines, las obras de la ciudad, las demandas del trabajo, la frustración de trabajar todo el día y recibir tan poco, nos rebasan y preferimos el silencio de casa al llegar, para relajarnos y escapar del estrés, por lo que se recurre a satisfacer la demanda de comprar el aparato de última moda, disminuyendo así, la culpa por abandono.

Pero ¿quién platica con ellos?, ¿a quién le comentan sus sentimientos?, ¿quién le resuelve sus dudas?, ¿quién le modela los valores?, ¿quién transmite la cultura? Son tantas las necesidades por resolver y tantos los miedos por combatir, que nuestros niños y adolescentes viven y sobreviven solos, o bajo la compañía de la televisión, de los juegos electrónicos, de la Internet, de los celulares y del amigo horno de microondas que calienta la comida rápida guardada en el refrigerador.

Este libro nos invita a **reflexionar** a cada uno de los que decidimos y a los que nos sorprendió el tener un hijo, a tomar nuestro papel con seriedad, como si fuera lo más sagrado por hacer, porque, al final, ellos son nuestra responsabilidad y sus risas o llantos serán parte de nuestra herencia, hagamos lo que nos toca hacer: amemos, escuchemos y acompañemos a nuestros hijos en su desarrollo físico, emocional y espiritual hasta que ya no nos necesite, pero nosotros si los necesitamos.

La realidad mencionada con anterioridad, es más grave para los que somos docentes, ya que nuestros alumnos se refugian en nosotros esperando recibir lo que no reciben en casa, y la más mínima atención por parte del maestro, para ellos representa un modelo a seguir, la oportunidad de ser escuchados y, además, sin recibir la frase “**te lo dije, te dije que te iba a pasar esto**”.

Tomemos con orgullo, responsabilidad y amor estos dos momentos que la vida nos regala y hagamos de ellos, nuestra mejor obra.

*Diana Cecilia Tapia Pancardo
Juan Francisco Ramírez Estrada*

- ¡Yo hago con mi cuerpo y mi mente lo que quiero y no le importa a nadie...
- Pero no cuando llevas un bebé dentro de ti!

Por una madre

ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE CONSUMEN DROGAS

El embarazo adolescente es aquel que se produce durante la adolescencia: entre la pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayor parte de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general, el término se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo; así como a las mujeres adolescentes que dependen de la familia de origen. Las adolescentes embarazadas, además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, *a priori*, con mayor desprotección, con mayor preocupación sobre su salud y su situación socioeconómica, con escasa atención médica y nula protección social durante el embarazo.

En los países desarrollados los datos sobre embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza y otras situaciones de inestabilidad familiar y social. El embarazo adolescente se produce, por lo general, fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones, se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y disminuir el número de embarazos en adolescentes.

En ciertas culturas de países considerados subdesarrollados o en vías de desarrollo, el embarazo adolescente se produce dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de una sociedad a otra e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y la función de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Por el contrario, en las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos es la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

Según la información disponible en el *Guttmacher Institute* tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajo número de embarazos en la adolescencia, no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes, por lo que se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Además de la práctica sexual deseada y consentida, pero practicada sin métodos anticonceptivos, también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Un estudio de la *Kaiser Family Foundation* en adolescentes de Estados Unidos, concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que “las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual” y el 24% declaraba que había “hecho algo sexual que realmente no quería hacer”.

Varias encuestas han indicado que la presión de los compañeros es un factor que alienta a los(as) adolescentes a tener relaciones sexuales. Asimismo, el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición, que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en compor-

tamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales.

El consumo de drogas y medicamentos que se han vinculado con el embarazo en adolescentes son: alcohol y anfetaminas, (incluyendo MDMA-éxtasis). Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación, o es muy escasa, son los opiáceos (como heroína, morfina y oxicodona), de los que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido. Parece que en la adolescencia el consumo de algunos opiáceos ha reducido, significativamente, la tasa de concepción frente a las drogas, alcohol y anfetaminas. Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de TDAH. Los países con la más alta prescripción de anfetaminas a los adolescentes, también tienen las tasas más altas de embarazo en esa etapa (Burroughs, 2002).

La marihuana es la droga más común consumida por el 14% de las mujeres embarazadas; el 2% consumen cocaína, el 0.5% opiáceos. El consumo de drogas pesadas durante el embarazo está relacionado con muchos otros factores de riesgo, entre ellos, la pobreza, una enfermedad mental y actividades ilegales.

La función de los profesionales de la salud en atención primaria es fortalecer y motivar las conductas productoras de salud y evitar las conductas de riesgos, interviniendo en mujeres no consumidoras de drogas en edad fértil vía la consejería y educación y, en mujeres consumidoras, actuar vía la pesquisa precoz y su derivación al nivel secundario de salud, de acuerdo a sus necesidades, con seguimiento continuo.

El trabajo de promoción y prevención en mujeres en edad fértil debe ser fuerte en las adolescentes, ya que en esta etapa: son más vulnerables a adoptar conductas de riesgos, comienzan el consumo de drogas y alcohol; es preferible discontinuar las conductas de riesgos y evitar complicaciones graves.

El trabajo de educación en los colegios y consejería a adolescentes es primordial para evitar el consumo de alcohol y drogas en las embarazadas. Los temas necesarios para trabajar con las jóvenes en la promoción y prevención tienen relación con: desarrollo de habilidades sociales, solución de conflictos, autoestima y habilidades para la vida, promover el establecimiento de relaciones sexuales seguras, educar sobre los efectos biopsicosociales del consumo, fomentar y brindar herramientas de autocontrol.

PROBLEMAS DE EMBARAZADAS QUE CONSUMEN DROGAS

Son múltiples los daños irreversibles asociados con embarazadas que consumen drogas, cada sustancia produce, en la madre y en el producto, una serie de cambios que pueden conducir a la muerte de ambos (Aller, 1999).

Entre los efectos del consumo de drogas en un bebé y un niño, destacan:

- Las mujeres embarazadas sufren problemas médicos
- La tasa de mortalidad del feto es más alta
- Mayor número de complicaciones neonatales
- Partos prematuros
- El bebé nace con bajo peso
- Más problemas respiratorios
- Se produce el síndrome de abstinencia neonatal (por el consumo de opiáceos)
- La incidencia del Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es más alta
- El índice de problemas respiratorios y muerte súbita es más alto entre los bebés de madres drogadictas (8.87 de cada mil nacimientos) que en la población general (1.22 de cada mil nacimientos)
- El riesgo de problemas de desarrollo postnatales (por ejemplo abandono) es más alto.

A continuación, describimos algunas sustancias tóxicas y sus principales efectos en el periodo de gestación.

Alcohol y embarazo

La ingesta de alcohol en el embarazo ocasiona alto riesgo de aborto y efectos adversos sobre el feto. El alto consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación, más de 40 gramos por día (una copa de vino contiene aproximadamente 18 gramos de alcohol), se asocia con un patrón característico de anomalías fetales denominado Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF). Este síndrome retarda el crecimiento intrauterino y posnatal, genera anomalías craneofaciales, microcefalia, trastornos de la conducta y retardo mental.

En Chile, la incidencia del SAF es 1:600 R/N vivos y constituye

una de las causas más frecuente de retardo mental. El SAF se caracteriza por: niños anormalmente pequeños al nacer; rasgos faciales anormales (fisura palpebral, nariz corta con depresión del puente nasal, pliegues del epicanto e hipoplasia del maxilar, labio superior delgado, fisura palatina, edema periorbitario, ptosis); deficiencias del desarrollo (retardo mental o bajo coeficiente intelectual, lesiones cardíacas, deformidades esqueléticas, hidronefrosis); problemas del SNC [mala coordinación, conducta hiperactiva, discapacidades del aprendizaje, discapacidades del desarrollo (por ejemplo, retardo en el habla y en el lenguaje), problemas en el vivir diario, capacidad de razonamiento y juicio deficiente, dificultades para dormir y problemas de succión en la infancia]. (Aller, 1999).

Tabaco y embarazo

Se desencadenan una serie de procesos fisiopatológicos generales.

En la madre:

- Vasoconstricción de capilares placentarios y aumento del RVP
- Microinfartos locales
- Disminución del intercambio gaseoso y nutricional
- Alteración de la inmunidad en cuello uterino: riesgo de infección
- Riesgo de aborto espontáneo, placenta previa, partos prematuros.
- Durante la lactancia inhibe la producción de prolactina y oxitocina.

En el feto:

- Necrosis de neumocitos tipo I y proliferación de tipo II, obstaculizando la formación de tejido alveolar y disminuyendo el área de intercambio gaseoso y nutrientes
- Disminución de calibre de la vía aérea
- Malformaciones congénitas: Fisura labio-palatina.

En el recién nacido:

- Policitemia neonatal
- Bajo peso y talla al nacer
- Alteraciones en la función pulmonar
- Trastornos de aprendizaje
- Alta susceptibilidad a insuficiencia respiratoria aguda y síndromes obstructivos.

Marihuana y embarazo

La marihuana es una de las drogas ilícitas más usadas durante el embarazo. Disminuye el periodo de gestación una semana en promedio, y se ha asociado con menor peso y talla al nacer, anormalidades sutiles en el neurodesarrollo. Habitualmente, las consumidoras de marihuana la asocian con alcohol y tabaco, por lo que sus efectos sobre el feto no son del todo claros; sin embargo, pareciera ser que su principal efecto es retardo del crecimiento intrauterino.

El tetrahidrocanabinol (THC) atraviesa la placenta y es capaz de aumentar la carboxihemoglobina, en mayor grado que el tabaco, produciendo hipoxia fetal y disminuyendo flujo uterino; además, pasa a la leche materna. Los resultados de estos fenómenos hipóxicos consisten en alteraciones neurológicas de distinto grado en el recién nacido (Aller, 1999).

En la madre:

- Cambios en el ciclo menstrual, como oligomenorrea o defectos de fase lútea, afectando la fertilidad
- Relajación de la musculatura lisa del oviducto, provocando mayor incidencia de embarazo ectópico
- Afecta la dinámica del trabajo de parto, al disminuir las contracciones
- Alteración de los cursos de prolactina, con la consecuente disminución láctea
- Dependencia psicológica y tolerancia
- Disminución de la concentración y capacidad de aprendizaje.

En el recién nacido:

- Recién nacido prematuro
- Bajo peso al nacer
- Síntomas de abstinencia como llanto excesivo y temblores
- Secuelas neurológicas provocadas por la hipoxia fetal
- Problemas en la concentración
- Problemas visuales
- Efecto del consumo durante la lactancia: altera su sabor y en el niño provoca irritabilidad.

Cocaína y embarazo

El consumo de cocaína durante el embarazo puede afectar a la mujer y al feto de muchas maneras. Durante los primeros meses puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo; también puede causar la muerte del producto antes de nacer, o que sufra un accidente cerebrovascular que puede conducir a daños cerebrales irreversibles; puede provocar el desprendimiento prematuro de la placenta, puede causar hemorragias prolongadas y ser fatal tanto para la madre como para el bebé.

En el recién nacido:

- Bajo peso al nacer
- La motricidad, los reflejos, la atención y el control del estado de ánimo de estos bebés no es tan buena, como en los que no han sido expuestos a la droga y es menos probable que respondan al estímulo de una cara o una voz humana
- Toxicidad en el SNC
- Mayor riesgo de discapacidades como retraso mental, parálisis cerebral, deficiencia visual y auditiva
- Malformaciones de la vía urinaria
- Retraso en sus habilidades motrices
- Anormalidades conductuales
- Microcefalia
- Leche materna alterada en su sabor, genera en el niño irritabilidad y diarrea.

Pasta base de cocaína y embarazo

Cruza la placenta por difusión facilitada. Efecto nocivo por dos mecanismos:

- Vasoconstricción y taquicardia materna y fetal
- Bloqueo de la recaptación de catecolaminas.

Provoca daños irreparables en el recién nacido de madres que consumen esta droga durante el embarazo. Malformaciones congénitas asociadas al consumo de pasta base.

En el recién nacido:

- Nacen prematuramente e insuficientemente desarrollados
- Diámetro craneal inferior y menor longitud
- Bajo peso al nacer
- Retrasos y otras deficiencias mentales; así como también imposibilidad de mantener la atención y la concentración por períodos de tiempo mínimos como para permitir el aprendizaje.

Las drogas consumidas durante el embarazo no sólo son dañinas para la madre, sino que también afectan de manera negativa al desarrollo del nuevo ser en gestación, afectando, además del individuo que las consume, a su familia, entorno, trabajo, relaciones interpersonales e incluso a la sociedad misma (Burroughs, 2002).

Los profesionales de la salud brindan la atención primaria: promoción y prevención del consumo de alcohol y drogas en la comunidad, razón por la cual resulta de suma importancia aunar todos nuestros esfuerzos y energías en estos puntos. Contamos con las herramientas y habilidades para llevar a cabo nuestra misión como profesionales: el velar por el bienestar de nuestros pacientes desde antes de su nacimiento.

ATENCIÓN A PACIENTES ADICTOS

*Diana Cecilia Tapia Pancardo
Juan Francisco Ramírez Estrada*

Las drogas son una forma moderna de esclavitud. Al promover que los individuos eviten utilizar drogas, no sólo se protege la vida y salud de la población, así como el desarrollo digno de las personas y las comunidades, sino que se promueve la libertad al evitar que los jóvenes encadenen sus vidas a una adicción.

Octavio Paz

ATENCIÓN A PACIENTES ADICTOS

Los adictos a drogas ingresan con frecuencia a hospitales generales y salas de urgencias; dadas sus características, se les abandona en términos de apoyo emocional y referencias apropiadas (Cuatrocchi, 2008; Ruiz-Osuna, 2005). Son susceptibles de ser tratados de manera inapropiada o peor aún, abusiva físicamente por el personal que carece de información adecuada sobre el paciente adicto.

En un congreso de especialistas en Salud Mental realizado en Zihuatanejo, se mencionó que el estigma social contra los usuarios-adictos a marihuana produce en los profesionales de la salud incomprensión, maltrato y rechazo, tanto a los adictos como a sus familiares, dificultando así, el manejo apropiado del caso (Congreso Regional Vicepresidencia Centro Psiquiatría: ciencia y compromisos. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C.; 2004 29 Oct.- 1º. Nov, Ixtapa, Zihuatanejo).

El personal con poca capacitación sobre adicciones, el estigma social que se ha formado sobre los adictos y, posiblemente la falta de información, pueden influir en la percepción de los profesionales de la salud por lo que en una institución hospitalaria, cada sujeto tendrá su propia percepción de acuerdo con su experiencia y en cada caso particular con los distintos individuos; luego entonces, dicha percepción hará que

cada sujeto se forme una imagen con las sensaciones que experimenta al atender a los usuarios independiente de su patología, lo que conduce a tener distintas conductas por parte de los profesionales de la salud ante los usuarios.

En un estudio de 250 casos relacionados con drogas, desarrollado durante ocho meses en una sala de urgencias, Kornblit *et al.* (1989) registró las reacciones del personal, las cuales iban desde el abuso verbal hasta el lavado gástrico punitivo. Estas reacciones las clasifica en las categorías siguientes:

- El personal con exceso de trabajo se resiente al tratar con personas que se autoinfligen la lesión
- Convicción de que los adictos son casos irrecuperables
- Creencia en que son pacientes difíciles y poco cooperadores.

Existen evidencias de que este tipo de enfermos en algunos casos no son del agrado de los profesionales de la salud; sin embargo, necesariamente se deberá tomar en cuenta que siendo este recurso humano la base del sistema de salud, es importante su sensibilización y participación en la problemática de las adicciones como un elemento a favor para hacerle frente.

La sensibilización de los profesionales de enfermería es de suma importancia, pues siendo dicha profesión en quien se apoyan la mayor parte de los programas de prevención en materia de salud, es necesaria una formación académica bajo la temática que aquí se está tratando, por ello, tanto las instituciones sanitarias como los colegios profesionales que tienen la responsabilidad social de velar por un buen ejercicio de la profesión, deben hacer todo lo que esté en sus manos para ayudar en la formación de tan valioso recurso humano, en la medida de lo posible para garantizar, al mismo tiempo, la protección de la salud y la vida de las personas atendidas por estos profesionales quienes, indiscutiblemente, son necesarios para hacer frente a los problemas de salud y, específicamente, a la problemática social de la adicción.

Es básico que, para poder entender al paciente drogadicto en los servicios de urgencia, el licenciado en Enfermería cuente con algunas características principales como: flexibilidad, creatividad y una formación integral que abarque no sólo lo relacionado con su quehacer técnico o profesional, sino también con aspectos personales. Se trata de un profesionista que haya trabajado consigo mismo y que sea capaz

de reconocer sus problemáticas y abordarlas responsablemente, evitando con ello, transferir sus propios conflictos en la relación con la persona en tratamiento.

No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. Es muy importante lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamientos con los problemas y las necesidades particulares de cada individuo, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad. La atención de Enfermería, en este nivel, se basa en tratamiento de la patología, prevención de mayores complicaciones y posterior derivación.

En caso de que la paciente embarazada llegue intoxicada al servicio de urgencia es importante valorar:

- Estado general: conciencia (alucinaciones), control de signos vitales, examen neurológico
- Examen físico segmentario: lesiones, sangrado, síntomas de pérdida, ruptura de membrana
- Entrevista a familiares y amigos para averiguar el tipo y cantidad de sustancias consumidas, frecuencia con que las consume, vía de administración y tiempo pasado desde la última ingesta
- Preguntar si el embarazo se está controlando en algún centro asistencial
- Exámenes: alcoholemia, orina completa, HUGO-P
- Valorar en el feto: Hemodinamia
- Control de signos vitales en el producto.

Los procedimientos que deben realizarse una vez que se ha valorado al paciente y dependiendo del diagnóstico inicial son, entre otros:

- Contención física en caso de agitación
- Lavado gástrico: instalación de SNG, instalación solución carbón activado
- Informar sobre redes de apoyo disponibles
- Fomentar adherencia a grupos de autoayuda si es necesario
- Educación a la familia, consejería y apoyo.

En caso de que un paciente llegue intoxicado al servicio de urgencia es importante valorar:

- Estado general: conciencia (alucinaciones)
- Control de signos vitales
- Examen neurológico
- Examen físico segmentario: lesiones
- Entrevista a familiares y amigos para averiguar el tipo y cantidad de sustancias consumidas, frecuencia con que la consume, vía de administración y tiempo pasado desde la última ingesta
- Contención emocional
- Realizar consejería sobre el consumo de sustancias y sus repercusiones en su proyecto de vida.

PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVA E INDICADA

En los últimos años, se han revisado y adaptado diversas definiciones, lineamientos y estrategias de prevención, orientadas a combatir el problema de las adicciones. A partir de 1980, el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, y algunos autores como Gordon (1987), establecen una clasificación de prevención, partiendo del nivel de riesgo en que se encuentran los individuos para desarrollar un problema de adicción. Con esta base, y con el respaldo de numerosas investigaciones en la materia, se distinguen tres modalidades de intervención preventiva: universal, selectiva e indicada.

Universal

Está dirigida a toda la población, sin un nivel de analizar si los individuos o grupos usan drogas o no, o si se encuentran en riesgo (alto, moderado o bajo) ante el consumo. Esta modalidad opera con estrategias generales cuyo objetivo es prevenir o posponer el uso y abuso de alcohol, tabaco u otras drogas en la población, mediante la difusión de mensajes e información veraz sobre las drogas y sus repercusiones, la sensibilización acerca del problema, el incremento de la percepción de riesgo, etc. Las intervenciones universales se dirigen a la comunidad (nacional, local, contextual) y operan con estrategias y contenidos ge-

nerales. Cualquier tipo de población puede beneficiarse de los programas de prevención universal.

Selectiva

Se enfoca en aquellos grupos de la población que, por sus condiciones o estilos de vida, son más propensos a iniciar el consumo de sustancias tóxicas. Los denominados “grupos de riesgo” pueden identificarse detectando variables o factores de orden biológico, psicológico o socioambiental que están asociados al inicio del consumo del tabaco, alcohol u otras drogas; sin embargo, no se evalúa el riesgo personal sino el colectivo. Los grupos de interés para este tipo de intervenciones se pueden definir a partir de la edad, del género, de la historia familiar, del lugar de residencia, de la marginalidad, de la victimización por la violencia, entre otros. El riesgo puede ser inminente, o bien, tratarse de una etapa o de circunstancias de vida.

Las intervenciones selectivas se dirigen a todo el grupo y subgrupo, sin considerar el nivel de riesgo de los individuos en la colectividad; esto es, un individuo dentro del subgrupo puede no encontrarse en riesgo de consumir drogas, mientras que otro del mismo grupo puede estar abusando de ellas, aunque como integrantes de un sistema grupal comparten factores que están asociados al consumo. El programa de prevención selectiva se aplica al subgrupo, puesto que éste, como un todo, se encuentra en mayor riesgo ante el consumo de drogas, que la población en su conjunto (Sloboda, 1990; Alvira, 1993).

El conocimiento de los factores de riesgo dentro de la población permite a los diseñadores, operadores y evaluadores delimitar objetivos completos y estrategias específicas en el marco de sus intervenciones. Por ende, la detección o tamizaje de estos factores de riesgo es de los principios básicos para referir que se trata de un programa de prevención selectiva o indicada.

Los programas selectivos abarcan, en general, un periodo más largo, son intensivos y requieren mayor esfuerzo por parte de los coordinadores y los participantes, en comparación con los programas universales (IOM, 1991, citado por Mestas, 1999).

En este sentido, los programas de prevención selectiva tienen el objetivo de disminuir factores de riesgo o incrementar los de protec-

ción (Wyne y Black, 1999). Ejemplos de poblaciones objeto de programas de prevención selectiva para el abuso de drogas incluyen: hijos de alcohólicos, mujeres que sufren violencia, trabajadores migrantes, reclusos, menores en situación de calle, entre otros.

Indicada

Está dirigida a las personas que han consumido drogas de manera experimental u ocasional pero que aun no cumplen con los criterios de adicción o dependencia (DSM-IVR, 2006; CIE-10, 2004) o que muestran otro tipo de comportamientos problemáticos relacionados, a fin de propiciar la reducción de riesgos y daños. Por ello, para seleccionar a la población objetivo de esta modalidad preventiva es indispensable partir de los procedimientos establecidos en el marco de la detección temprana y el tamizaje de riesgos.

A diferencia de los programas universales y selectivos, los de prevención indicada tratan con los factores de riesgo asociados, de manera específica, con el individuo: problemas de estima, trastornos de conducta, escasas habilidades para enfrentar situaciones adversas, entre otros.

El objetivo de las intervenciones indicadas es evitar la repetición del consumo o abuso de alguna sustancia y minimizar la severidad de los riesgos y daños que estos provocan. Por tanto, en este tipo de prevención es necesario realizar una evaluación rigurosa tanto del riesgo personal como del nivel en que se desarrollan las conductas problemáticas relacionadas.

Es importante señalar que cada modalidad de intervención deberá adecuarse a las características, necesidades y recursos de la población objetivo, potenciando tanto la identificación como la reducción de los factores que inciden, predisponen y anteceden al consumo; asimismo, favorecerá la delimitación y el reforzamiento de aquellas variables que pueden proteger del consumo a las personas, tanto en grupos como en comunidad, promoviendo estilos de vida más saludables.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Muchas veces los adictos se presentan a la sala de urgencias por síntomas o enfermedad que son, en realidad, producidas por la adicción, de ma-

nera que es necesario diagnosticar la adicción subyacente y explicar al paciente la necesidad del tratamiento específico. Estos momentos son claves para lograr mejorar la calidad de vida de estos pacientes y muchas veces hacen la diferencia entre la vida y la muerte. Los estudios demuestran que en casi todas las ocasiones los pacientes responden positivamente. Al igual que en los casos de urgencia, la intervención del profesional en estos casos, brindando información, asesoría y apoyo son cruciales para motivar la recuperación.

La intoxicación aguda y la sobredosis son situaciones clínicas de urgencia que pueden ser mortales si no se tratan con la rapidez necesaria. El tratamiento depende del grado de intoxicación, de la droga ingerida y de la presencia o no de otros problemas médicos o psiquiátricos coexistentes. Una de las primeras cosas que se necesitan, es averiguar la droga o drogas involucradas en la intoxicación. Si el paciente está inconsciente, investigue con los familiares o los acompañantes. Puede haber resistencia a hablar sobre el tema si se trata de sustancias ilegales, pero si se percibe un ambiente seguro es muy probable que digan la verdad.

Delirium tremens

Es un síndrome grave, potencialmente letal, que ocurre en aproximadamente el 5% de los pacientes que, siendo alcohólicos, incurren en abstinencia súbita de alcohol. Tiene una morbilidad cercana al 10% y su aparición se sitúa, generalmente, a las 72 horas de haber tomado la última copa de alcohol. Sin embargo, el *delirium tremens* puede desarrollarse sin que haya habido un cambio en el patrón de bebida. De esta manera, en los servicios de urgencias pueden encontrarse pacientes que, aún bebiendo, presentan los síntomas y signos propios del síndrome. La presencia del *delirium tremens* asociado con una ingesta diaria intensa de alcohol define la adicción a este.

Beber en exceso diariamente, durante un tiempo prolongado, produce inevitablemente adicción al alcohol y el subsiguiente síndrome de abstinencia.

Desdichadamente, la cantidad y duración del alcohol ingerido requerido para producir dependencia física y síntomas de abstinencia, no han sido suficientemente valoradas. Se cree que estos últimos se ha-

cen evidentes en los pacientes que consumen diariamente entre 100 y 150 gramos de etanol durante dos o cuatro semanas.

El *delirium tremens* se caracteriza por presentar componentes neuropsiquiátricos como el temblor, alucinaciones, confusión, agitación y signos de hiperactividad autonómica, tales como midriasis, diaforesis, taquicardia y taquipnea. Generalmente se produce de 72 a 96 horas después de haber bebido por última vez y suele resolverse de 3 a 5 días.

Se trata de una afección grave con un riesgo de morbilidad elevado, puesto que estos pacientes son susceptibles de padecer hipomagnesemia, hipoglucemia y deshidratación debido a la fiebre, la diaforesis y el vómito. El síndrome puede tener un inicio brusco e insidioso. Los síntomas adquieren su máxima intensidad en un período de 1 a 8 horas. La variedad en la presentación puede dificultar el diagnóstico: la agitación puede ser leve o extrema y es posible que no haya signos autonómicos o que estos sean muy graves; también hay alteraciones que semejan cuadros esquizofrénicos, con alucinaciones auditivas o visuales. Los pacientes de peor pronóstico son aquellos en los que se hallan signos autonómicos agravados por hiperventilación y alcalosis.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Este síndrome, caracterizado por alteraciones oculares, ataxia y estado confusional, se diferencia del *delirium tremens* por su compromiso neurológico ocular: nistagmos horizontales, parálisis bilateral del recto externo y parálisis de la mirada conjugada. Además, la ataxia ocasionada por atrofia del vermis cerebeloso superior y el daño de los núcleos vestibulares es persistente. Este síndrome es causado por deficiencia de vitamina B1 o tiamina y, por tanto, su tratamiento difiere notablemente al del *delirium tremens*.

Hematoma subdural

Es frecuente que se presente en los alcohólicos debido a una caída. Lo importante es notar que la agitación es leve, aún inexistente y que el cuadro suele mostrar signos neurológicos focales.

Síndromes esquizofrénicos agudos

Estos muestran típicamente un número menor de signos autonómicos y de alucinaciones, pero los delirios son más notorios.

Para cualesquiera de las entidades señaladas se deben tener en cuenta las siguientes ayudas:

- Laboratorio clínico: cuadro hemático, química sanguínea (electrolitos, glicemia, calcio), gases arteriales, niveles de alcohol en sangre
- El primer objetivo de esta evaluación es confirmar el diagnóstico de *delirium tremens* y diferenciar otras posibles causas.

Cuadros clínicos de meningitis, neumonía y accidente cerebrovascular, también pueden hacer difícil el diagnóstico, dando lugar a síndromes atípicos.

El tratamiento inicial debe iniciarse lo más pronto posible. El fármaco indicado es el diazepam, pero no se pueden descartar otras benzodiazepinas. Se aconseja administrar 10 mg IV en 3 a 5 minutos. Si pasados 20 minutos el paciente no se ha tranquilizado pueden aplicarse 5 mg IV. El tratamiento suprime los síntomas, pero no ha demostrado tener efecto sobre la duración del *delirium tremens*.

Los pacientes deben ser monitoreados y vigilados cuidadosamente para prevenir la broncoaspiración y el agravamiento de los trastornos en el ritmo cardíaco. Los líquidos parenterales están generalmente indicados para conservar el equilibrio hidroelectrolítico.

En el proceso, el profesional de enfermería deberá:

- Mantener una vía aérea permeable porque es potencial la depresión respiratoria
- Valorar el nivel de conciencia del paciente y los signos vitales
- Mantener un ambiente tranquilo y calmado con observación constante
- Mantener la hidratación y control de la ingesta y diuresis
- Animar al paciente a que exprese sus percepciones. Use frases claras y concisas
- Iniciar una relación uno a uno con el paciente
- Animar al paciente a que comente sus funciones y expectativas dentro de la familia buscando que desarrolle un sistema de apoyo

- Educar al paciente sobre los efectos de las drogas de las que abusa
- Enseñar al paciente sobre técnicas de solución de problemas, toma de decisiones, comunicación y relajación
- Ayudar al paciente a que identifique las conductas que necesitan cambios y las conductas de afrontamiento eficaz durante los cambios
- Restringir las visitas, si es necesario en equipo con la trabajadora social y el médico tratante
- Observar signos de miedo como dilatación de la pupila, agitación, taquipnea, hipertensión o diaforesis y motive la expresión oral de la sensación
- Administrar medicamentos como benzodiazepinas y complejos vitamínicos de acuerdo a las indicaciones médicas con precaución
- Vigilar hábitos de alimentación, eliminación, autocuidado y sueño
- Proporcionar información sobre los factores de riesgo
- Controlar los signos vitales y revise los resultados de laboratorio
- Motivar al paciente a que tome conciencia de su problema
- Vincular con redes de apoyo.

REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

La rehabilitación “es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida” (ONU, OPS, OMS).

Su objetivo principal está orientado a mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y a lograr la recuperación máxima de la funcionalidad, ya sea física o mental. Para lograr una óptima rehabilitación de los individuos con problemas de adicción, se necesitan estrategias, las cuales comprenden:

- Terapia ocupacional en el hogar y hospital
- Educación de la familia y amigos para la aceptación del individuo
- Ocupación máxima y adecuada de las capacidades remanentes
- Protección estatal del individuo que se encuentra incapacitado, producto de una adicción.

En toda intervención con los pacientes drogadictos es necesario que el personal profesional cuente con ciertas características, que facilitarán la empatía en la atención.

Características de la enfermera(o)

- Debe ser flexible y con capacidad para establecer vínculos resilientes, con sentido del humor y capacidades comunicativas, con habilidades suficientes y necesarias para trabajar las experiencias de trauma y duelos tan frecuentemente observadas en esta población
- Se requiere de capacidad de empatía, de escuchar activo, de contención emocional, de conocimientos teóricos y prácticos de los conflictos y problemas asociados al consumo de drogas.

Se observa que la demanda de atención de las mujeres con problemas de drogas se ve retardada por factores personales, sociales y del ambiente. Por este motivo, se consultan en una etapa avanzada del problema, lo que dificulta el pronóstico de tratamiento. Algunas de las hipótesis clínicas que se manejan en relación a las causas de la tardanza en la consulta, dicen tener relación con la estigmatización social asociada a la tríada: mujer-madre-droga.

Sin embargo, se ha visto que en el tratamiento de mujeres con problemas de drogas se requiere la utilización de técnicas para mujeres, donde el elemento central es la capacidad de generar y mantener el vínculo terapéutico. La actitud comprensiva y de acogida del (la) enfermero(a), sumada a la capacidad de mostrar, entrenar e instaurar límites, son aspectos fundamentales de este quehacer (Vásquez, 2005).

Se debe acoger, contener, educar, entrenar, interpretar, facilitar la toma de conciencia del problema, mostrar los conflictos personales y relacionales, ayudar al desarrollo de la comprensión del “yo”, confrontar, reflejar y acompañar el proceso terapéutico. Asimismo, debe generar climas de confianza e implementar actividades educativas y lúdicas, que faciliten el desarrollo de las diferentes áreas o aspectos de las mujeres.

El período del embarazo suele ser un momento en que la mayoría de las mujeres abandona, en forma espontánea, el consumo, aunque lo retome una vez que el hijo ha nacido. Al parecer, existe un me-

canismo interno de orden biológico y psicológico que permite que la mujer centre su atención en el embarazo, siendo una oportunidad muy ventajosa para la intervención de un programa que motive al abandono del consumo.

Los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores a los de los hombres consumidores, sino que son propios de las consumidoras femeninas y es necesario explicarlos desde su propio marco de referencia. El tratamiento residencial resulta prácticamente imposible para mujeres con hijos(as) pequeños(as).

Las deserciones están relacionadas con factores contextuales, tales como trabajo, responsabilidad en quehaceres domésticos. Hay que considerar esto último debido a que una vez que han iniciado un programa terapéutico y reciben apoyo y soporte social, presentan tasas más altas de egreso que los varones.

La atención terciaria se refiere a las acciones o medidas de rehabilitación, brindadas a las personas, a fin de que se retarde o reduzca la aparición de secuelas de una enfermedad o problemas de salud, y de que logre reintegrarse a la sociedad.

Reinserción social

Se describe como una etapa del proceso terapéutico; sin embargo, es entendida como un objetivo transversal a todo programa. Las intervenciones a realizar dependerán de la situación de cada persona, pero partiendo de que la dependencia a sustancias conlleva a un deterioro importante del ámbito personal, familiar, social, laboral y económico, es necesario trabajar siempre, sobre los dos núcleos básicos; integración o reestructuración familiar y su capacitación para el ámbito laboral.

En el caso particular de las mujeres, los objetivos de la reinserción apuntan a:

- El mantenimiento de la abstinencia y, si no es posible, favorecer la adquisición de patrones de acompañamiento terapéutico, con el objeto de reducir riesgos de empeoramiento
- Fomentar la readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, a fin de reducir o eliminar el condicionamiento provocado por la dependencia. El aprendizaje de la mujer hacia una expresión asertiva de las emociones, aprendiendo

a decir “no” y manifestando las necesidades personales, es un objetivo relacional fundamental de la reinserción

- La adquisición de estilos de vida y estilos de crianza saludables. El mejoramiento de las condiciones sociales mínimas y mantenimiento de hábitos de salud e higiene adecuados, incorporando elementos de autocuidado físico y psicológico
- La reducción o eliminación de los comportamientos de riesgo, lo que significa que la mujer aprenda a anticipar situaciones de riesgo y a abordar los conflictos personales y relacionarlos con mecanismos de control y autoeficacia, fomentando la participación social (pertenencia) y la autoestima.

Consideraciones finales

- Se sugiere que en esta etapa para mujeres se realice en grupos mixtos, como una forma de aproximación y aprendizaje de modelamiento de la interacción entre géneros
- Se sugiere que en la etapa de recepción y acogida, el terapeuta sea de género femenino y que durante todo el proceso terapéutico, las terapeutas mujeres estén presentes para cumplir con la función de modelo de identidad y de relación, especialmente con el género masculino.

La recuperación de la drogadicción es un proceso a largo plazo y como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de periodos de éxito del tratamiento. Los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples para poder lograr la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento completamente restablecido. Participación en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener la abstinencia (Soutullo, 2010).

PARTICIPACIÓN DE TODOS

La presencia de un niño o un adolescente adicto en el seno de una familia o comunidad implica una sucesión de eventos que han comenzado

tiempo atrás. Si bien la niñez y la adolescencia representan las etapas de mayor riesgo para el inicio de un problema de uso de sustancias, también representan una buena oportunidad para llevar a cabo medidas que prevengan su aparición. Hoy día, se sabe que el consumo de drogas rara vez comienza antes de los 10 años o después de los 30 años y que la conducta de búsqueda de ayuda ocurre, en su mayoría, entre 8 y 10 años después de haber experimentado con una droga. Una vez iniciado el consumo de sustancias, los daños y el sufrimiento, así como los costos sociales que este problema de salud pública representa son más difíciles de neutralizar.

Desafortunadamente, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas cada vez ocurre en edades más tempranas, lo cual significa que como sociedad organizada no debemos disminuir el paso en el esfuerzo que representa la lucha para prevenir las adicciones.

En la actualidad contamos con una gran variedad trabajos acerca de este problema, los cuales han permitido, a quienes se dedican a su estudio, plantear las siguientes reflexiones:

- Las adicciones no tienen una causa única
- No desaparecen de manera espontánea
- Son procesos que cambian conforme la dinámica de las sociedades se modifica
- Son problemas que se pueden prevenir
- Su prevención requiere la participación de la sociedad organizada.

Después de lo planteado a lo largo del libro, estamos de acuerdo en que el uso de drogas tiene un componente biológico, otro psicosocial y un tercero ambiental. El elemento biológico se refiere a las determinantes genéticas, en las cuales los ancestros y los padres tienen un papel preponderante. Los hijos de padres con alteraciones de la salud mental, ya sea depresión, ansiedad o perturbaciones mentales graves, son más vulnerables a sufrir problemas. entre ellos, las adicciones. Por ello, es primordial conocer la historia familiar del padre y la madre de un niño, aunque el hecho de que preexista un problema de consumo de drogas u otra alteración de la salud mental no significa que necesariamente los hijos desarrollarán problemas de esta naturaleza.

Como contraparte, las influencias ambientales pueden disminuir o detener el riesgo del consumo en los niños. Esto significa que

es posible modificar el pensamiento a partir del peso del ambiente familiar y educativo que rodea a la persona. Ejemplo de lo anterior es el siguiente: los gemelos idénticos comparten los mismos genes, lo cual hace que posean el mismo color de ojos, de pelo, la misma estatura, entre otros rasgos; sin embargo, el cerebro de cada uno es diferente, ya que tanto los giros como las hendiduras cerebrales son distintos.

También se sabe que los cuidados y las caricias por parte de los padres ayudan a los niños pequeños a estimular el desarrollo del cerebro y a impedir problemas emocionales en etapas posteriores de la vida. Asimismo, la manera en que las familias desempeñan sus funciones protectoras tiene efecto en el desarrollo de los niños. Por ejemplo, si en una familia no se tiene claro que los niños y los adolescentes no deben consumir alcohol ni tabaco y que las drogas tienen un gran potencial dañino, los menores seguramente incorporarán esa misma idea y actuarán en consecuencia.

Durante la adolescencia, las invitaciones cotidianas al consumo de alcohol y tabaco son un hecho común. Este efecto llamado “normalización” significa que el uso excesivo de alcohol entre las personas jóvenes y los adultos ha dejado de constituir una experiencia aislada, dañina o que produce problemas, por lo cual se convierte en una situación acostumbrada, por tanto, aceptable. Esta normalización es especialmente grave cuando es validada por la familia, toda vez que la embriaguez o el consumo de tabaco se juzgan como normales, como parte de la transición a la vida adulta, las posibilidades de consumo en los hijos aumentan.

Un punto fundamental que debemos considerar como componente del contexto es la influencia que los medios de comunicación tienen en los jóvenes, tanto escritos como televisivos y radiofónicos, los cuales como consecuencia de los enormes intereses económicos emiten mensajes que tienen efecto sobre el consumo. Por ello, los padres y los maestros deben estar al tanto de las estrategias publicitarias que son empleadas, para que al interior de los programas preventivos sean discutidas a fin de generar críticas que faciliten el cambio de percepción sobre las características y atributos que se asocian con esos productos.

La prevención de las adicciones debe realizarse a la par de la prevención de otros problemas de salud mental. No es un proceso que inicie o acabe en un momento de la vida; es un asunto que concierne a todos.

La prevención debe ser paralela al desarrollo de mejores condiciones de vida de la comunidad. Debemos preocuparnos por lo que ocurre en nuestro entorno (calle, colonia, barrio) y procurar identificar los problemas, las carencias y las necesidades, pero también mejorar nuestras propias funciones de padres, maestros, empleados y empleadores.

Actualmente entendemos el abuso y dependencia de sustancias adictivas como una enfermedad que tiene multitud de causas, pero principalmente como una enfermedad cerebral porque las drogas y otras sustancias ejercen sus efectos activando núcleos cerebrales específicos, alterando su funcionamiento normal a través de facilitar la liberación de las sustancias que normalmente regulan la transmisión de estímulos placenteros. Estas sustancias se conocen como neurotransmisores.

Para fines prácticos, la adicción se define como enfermedad crónica, de inicio temprano en la vida y sujeta a recaídas múltiples. El aspecto de las recaídas frecuentes es lo que origina que varias personas piensen que las adicciones son incurables o que a la persona afectada le “falta voluntad para salir adelante” o que simplemente “no le echa ganas”.

A lo largo de la historia, es precisamente el aspecto de las recaídas lo que ha dominado la creencia popular y hasta la de los especialistas, creando un estigma alrededor de los enfermos adictos que genera un rechazo social, al considerarlos “viciosos sin moral ni voluntad”, incluso, en ocasiones se les niega el acceso a tratamiento, o bien, se les proponen alternativas como los grupos de ayuda mutua, el servicio comunitario o encarcelamiento en lugar de un tratamiento científico, integral y con múltiples modalidades que satisfagan las necesidades y requerimientos de cada paciente. De tal manera que es necesario mencionar algunas generalidades acerca del tratamiento, como son:

- La atención apropiada requiere del desarrollo y evolución de lineamientos específicos contra el abuso de drogas
- Es necesario reconocer más necesidades de cada paciente para otorgar servicios de calidad
- Los programas de tratamiento requieren de la comprensión total de la historia natural del proceso de recuperación del trastorno adictivo

- Este proceso es a largo plazo y requiere de múltiples intentos y cambios conductuales
- Algunos pacientes recaen varias veces en el consumo antes de lograr una abstinencia verdadera, independientemente de la sustancia de que se trate
- Algunos pacientes que logran asistencia en situaciones estresantes pueden recaer en el consumo, incluso tiempo después de haberla logrado
- Al valorar distintas opciones de tratamiento el especialista responsable deberá recomendar un manejo integral
- Algunos adolescentes rechazan las opciones que se les presentan en favor de intervenciones menos intensivas
- Otros rechazan todo tipo de ayuda externa porque dicen no necesitarla y que “ellos solos” pueden dejar la droga (negación del problema)
- Por lo anterior, es conveniente negociar el tratamiento con el adolescente que tratar de imponer una intervención terapéutica.

El internamiento será necesario cuando se presenten algunos de los casos siguientes:

- Cuando presente una complicación psiquiátrica, como psicosis alcohólica, delirium tremens, psicosis tóxica por drogas o depresión severa con riesgo suicida alto (hospital psiquiátrico)
- Cuando tenga una complicación médica grave como sangrado digestivo (por gastritis o varices esofágicas), sangrado nasal incontenible por perforación del tabique, insuficiencia hepática por cirrosis, desequilibrio metabólico por uso de estimulantes o cardiopatía severa por consumo de cocaína (hospital general)
- Cuando, a pesar de tener el deseo de dejar el alcohol o las drogas, no pueda hacerlo por la presencia de un craving intenso (deseo obsesivo de consumir su droga favorita), por presentar recaídas continuas a pesar de estar en un grupo de autoayuda o en un tratamiento profesional externo, o simplemente por el deseo de hacer bien las cosas e iniciar un tratamiento profesional en forma intensiva alejándose temporalmente de un am-

biente estresante y facilitador del consumo de alcohol y drogas (centro de rehabilitación para adictos).

Por lo anterior, es recomendable una intervención terapéutica con un enfoque multimodal por parte de un equipo multidisciplinario ya que éste provee una estructura de apoyo y nueva esperanza de solución al trastorno adictivo, establece límites claros con la ayuda de la familia, desarrolla estrategias específicas de afrontamiento, detecta y ayuda a resolver las consecuencias del consumo y apoya a la familia en el proceso de recuperación.

Por su parte, los servicios de atención y tratamiento para adolescentes con problemas adictivos deberán contener:

- Evaluación y diagnóstico, en la cual se detecta y se hace énfasis en las necesidades de las etapas del desarrollo adolescente
- Ubicación adecuada, el tipo y nivel de tratamiento que cada adolescente requiere: consulta externa, residencial, hospitalario, entre otros
- Orientación médica, psicológica o vocacional con el reforzamiento pedagógico apropiado
- Terapia individual, familiar o grupal y psicofarmacológica
- Atención continua y prevención de recaídas, interés especial en el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad, tanto física como psiquiátrica
- Desarrollo de habilidades, el objetivo es afrontar un estilo de vida libre de drogas con énfasis en la independencia y la autonomía.

Los enfermos por el consumo de drogas no son anónimos, cada uno de ellos tiene un nombre y tiene o tuvieron una familia, aunque al verse al espejo no se reconozcan; vienen de un lugar cercano o lejano, pero tuvieron su punto de partida y, como cualquier otro enfermo, tienen la oportunidad para intentar, una y otra vez, mantenerse por el día de hoy sin el consumo de la droga; lo que no debe quedar en duda es que su adicción los tiene presos y la voluntad no será suficiente para librar esta batalla; requieren del apoyo de todos los que conformamos la sociedad: padres, hijos, hermanos, tíos, abuelos, amigos, profesionales, voluntarios, padrinos, religiosos, dispuestos a tenderles la mano en su momento de titubeo... De esta manera, día a día se alejarán de la recaí-

da, lo que permitirá su reinserción a la sociedad, procurando también, evitar las etiquetas, debido a que nuestra actitud puede provocar su aislamiento, o peor aún, su recaída.

Caso similar sucede con las personas diabéticas o hipertensas, que no se apegan a su dieta y a los fármacos. El proceder con ellos no debe hacerse mediante castigos u ofensas por no ayudar a su mejoría; al contrario, debe brindársele apoyo para adherirse a su tratamiento como a todo enfermo, llevando una vida con disciplina, hábitos positivos y bajo un acompañamiento más estrecho, ante el riesgo de su estilo de vida.

Las oportunidades que hemos mencionado las merecemos todos, puesto que estamos expuestos, de la misma manera, al consumo de drogas. Si algún familiar cercano, padeciera esta enfermedad, esperaríamos un trato digno, por tanto, todos debemos ofrecerlo.

- Alvira, F. (2001). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia antidroga la comunidad de Madrid.
- Aller, J. (1999). *Obstetricia moderna*. (3ª. ed). Caracas, Venezuela: Mc. Graw-Hill, Interamericana.
- Amador, N., Medina, M. E., Oliva, N., Bustos, M., Fregoso, D., Moreno, M., Fleiz, C. & Villatoro, J. (2013). "Drug use in Mexico: Data from student surveys in Tijuana, Jalisco, and Mexico City". In: *Epidemiologic Trends in Drug Abuse Proceedings of the community epidemiology work group* (vol. II). St. Louis, Missouri: U.S. Department of Health and Human Services; National Institute on Health; Division of Epidemiology, Services and Prevention Research; National Institute on Drug Abuse.
- Arellanez, J. (1999). *Modelos y métodos para la evolución de programas de prevención del uso de drogas*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Arellano-García, C. (2016). Consumo de alcohol inicia antes de los 10 años: CONADIC. La Jornada en línea. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/01/18/consumo-de-alcohol-inicia-antes-de-los-10-anos-conadic-8925.html> [Consulta: 11 de marzo 2016].
- Armengol, C. (2002). *El trabajo en equipo en los centros educativos*. Barcelona: Editorial CissPraxis.
- Avilés-Martínez, J. M. (2002). *Bullying: intimidación y maltrato entre el alumnado*. Barcelona: Editorial STEE EILAS.
- Becoña, I. E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Botello-Harbaum, M., Haynie, D., Lannotti, R., Wang, J., Gase, L. & Morton, S. (2009). Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States. *Nicotine Tobacco Research*, 11, 875-885.
- Bruno, R., Matthews, A., Topp, L., Degenhardt, L., Gómez, R. & Dunn, M. (2009). Can the severity of dependence scale be usefully applied to "Ecstasy". *Neuropsychobiology*, 60, 137-147.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (2003). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Burroughs, A, Leifer, G. (2002). *Enfermería Maternoinfantil* (8q. ed). Chicago: Mc. Graw-Hill, Interamericana.
- Caballero-Martínez, F. (2010). *Las Drogas: Educación y prevención*. Madrid: Editorial Cultural CONACYT
- Castro, M. E. y Margain, M. (2008). Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida. *LiberAddictus*, 73, 1-8.
- Centros de Integración Juvenil A.C (2006). *Fundamentos teóricos- conceptuales de la prevención selectiva (documento de circulación interna)*. México: CIJ.

- _____. (2007a). *Prevención del Consumo de drogas: Retos y estrategias en la sociedad contemporánea* (Tomo I). México: Centros de Integración Juvenil AC.
- _____. (2007b). *Prevención del consumo de drogas: Retos y estrategias en la sociedad contemporánea* (Tomo II). México: Centros de Integración Juvenil AC.
- _____. (2009). *De la prevención universal a la prevención selectiva*. México: Centros de Integración Juvenil A.C.
- Cerezo-Ramírez, F. (2004). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid: Ediciones -Pirámide.
- Coleman, C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Editorial Morata.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*.
- Cruz-Martín del Campo, S. L. (2007). *Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas*. México: Editorial Trillas.
- Cuatrocchi E. M. (2008). *La adicción a las drogas: su recuperación en comunidad terapéutica*. Argentina: Espacio.
- Davidoff, L. L. (2003). *Introducción a la psicología*. México: McGraw Hill.
- Díaz Barriga Arceo, F. y Hernández Rojas, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: Editorial McGraw Hill.
- Domenech Llaberia, A. y Baños, I. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Domínguez-Rojas, V., Conde-Herrera, M., Regidor-Poyatos, E., Albaladejo-Vicente, R. y García-Rosado, M. V. (2002). "Alcohol y salud pública". En G. Piédrola Gil (Comp.).(2006). *Medicina preventiva y salud pública* (Cap. 78). Barcelona: Editorial Elsevier Masson.
- Donas-Burak, S. (2001). *Protección, riesgo y vulnerabilidad. Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional.
- Downing, J. & Bellis, M. (2009). Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and antisocial behaviour: A preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 446-456.
- Echeverría, S. L., Carrascoza, C. y Reidl, M. L. (2007). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM.
- Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012-2013 (2013). España: Gobierno de España; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Evans-Schultes, R. y Hofmann, A. (2008). *Plantas de los Dioses, orígenes del uso de los alucinógenos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Flores-Galaz, M. M. (2004). *EMA Escala multidimensional de la asertividad*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Fuentes, P., Ayala, A. y Galán Martínez, J. I. (2000). *Técnicas de trabajo en grupo*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Furlan, A. (2003). "Procesos y prácticas de disciplina y convivencia en la escuela. Los problemas de la indisciplina, incivildades y violencia". En J. M. Piña, A. Furlan y L. Sañudo. (Coord.). *La investigación Educativa en México 1992-2002* (Tomo 2, parte III, pp. 245-376.). México: Editorial COMIE.

- García de Jesús, M. C. & Carvalho Ferrani, M. G. (2008). School as a "protective factor" against drugs: Perception of adolescents and teachers. *Revista-Latinoamericana Enfermagem*, 16, 590-594.
- García-Aurrecochea, R., Rodríguez-Kuri, S. y Córdova, A. A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud Mental*, 31, 453-459.
- García-Averasturi, L. M. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes: Una Revisión Actualizada de la Materia*. Islas Canarias: Editorial Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas.
- Gil-Rodríguez, F., León-Rubio, J. M. y Jarana-Expósito, L. (2001). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Goffman, E. (1993). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Goleman, D. (2011). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Gross, R. (2001). *Psicología, la ciencia de la mente y la conducta*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Gruenewald, J. P., Jhonson, K., Shamblen, R. S., Ogilvie, A. S. & Collins, D. (2009). Reducing adolescent use of harmful legal products: Intermediate effects of a community prevention intervention. *Substance Use Misuse*, 44, 2080-2098.
- Guelar, D. (2002). *La adolescencia; manual de supervivencia: tiempo de hijos; la adolescencia, tiempo de padres*. Barcelona: Editorial Gedis.
- Guzmán, F. R. & Pedrao, L. J. (2008). Personal and interpersonal risk factors in the consumption of illicit drugs by marginal adolescents and young people from juvenile gangs. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16, 368-374.
- Hawkins, D. & Monahan, K. (2009). "Covariance of problem behaviors in adolescence". Paper presented at *IOM Committee on the Science of Adolescence Workshop*. Washington, DC.
- Herrera, T. y Ulloa, M. (2004). "Hongos Tóxicos". En *El Reino de los Hongos* (Cap. 15, pp. 422-442). México: UNAM/Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M. Gutiérrez-Reyes, J. P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C. Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011 [Reporte de drogas]. México: INPRFM. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ena/ena2011_drogas.pdf [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM); Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Villatoro-Velázquez, J. A., Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora, M. E (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 [Reporte de drogas]. México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Villatoro-Velázquez, J. A., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Oliva Robles, N., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez,

- R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora, M. E. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 [Reporte de alcohol]. México: INPRFM. Disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_ALCOHOL_2014.pdf [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2015). Monitoring the future national survey results on drug use 1975-2014. Overview, Key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P. & Rimpela, A. (2000). Bullying at school-an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23, 661-674.
- Kornblit, A. et. ál. (1989). *Estudio sobre drogadicción en l Argentina: Investigación y prevención*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kuri-Morales, P. A., González-Roldan, J. F., Hoy, M. J. y Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 48, S91-S98.
- Lahuerta i Montoliu, A. y Lloret i Grau, T. (2000). *Drogas síntomas y signos*. España: Editorial Octaedro.
- Larger-Brancolini, F. y López-Montoro, F. (2002). *Manual de Drogodependencia para profesionales de la salud*. Barcelona, España: Editorial Universitaria.
- León-Rubio, J. M. (2001). *Elementos de psicología social*. México: Editorial Noriega.
- Maravilla-Ayala, A. (2002). *Las habilidades Sociales Asociadas al afrontamiento en el Adolescente*. Tesis de licenciatura, FESI, UNAM.
- Martínez M. y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para Enfermería*. España: Ed. Díaz de Santos SA.
- Martínez Ruiz, M. y Aguilar Ros, A. (2002). *Manual de Drogodependencia para Enfermería*. España: Editorial Díaz de Santos.
- Martínez-Martínez, K. I., Pedroza-Cabrera, F. J., Vacío-Muro, M. A., Jiménez-Pérez, A. L. y Salazar-Garza, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 247-264.
- Mestre Navas, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Montoya, V. E., Cunningham, J., Brands, B., Strike, C. y Miotto, W. M. (2009). Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17, 886-892.
- Mrazek, P. J. & Haggarty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Munist, M. M. (2007). *Adolescencia y resiliencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Myers, D. G. (2002). *Psicología social*. Buenos Aires: Editorial Mc Graw Hill-Interamericana.
- Nató, A. y Rodríguez-Querejazu, G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad.
- Nelson, D. y M. Cox. (2009). *Bioseñalización*. En Lehninger. *Principios de Bioquímica* (Cap.12, pp. 419-484). Barcelona, España: Ediciones Omega.
- Nicolson, D. y Ayers, H. (2002). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. Madrid: Narcea Ediciones.
- North, R. y Orange, R. Jr. (1991). *El Alcoholismo en la Juventud*. México: Editorial Concepto.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC). (2012). Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Viena: UNODC. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf [Consulta: 13 de marzo de 2016].
- _____. (2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015 [Resumen ejecutivo]. UNODC. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf [Consulta: 11 Marzo de 2016].
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- _____. (2004). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares* (2ª ed.). España: Alfa Omega.
- Ontoria-Peña, A., Gómez J., P. R. y Molina, A. (2000). *Potenciar la capacidad de aprender y pensar modelos mentales y técnicas de aprendizaje-enseñanza*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Organización de los Estados Americanos (OEA); Secretaría de Seguridad Multidimensional; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); Observatorio Interamericano de Drogas. (2015). Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015. Washington, DC: OEA; Secretaría de Seguridad Multidimensional; CICAD; Observatorio Interamericano de Drogas. Disponible en: http://www2.juridicas.unam.mx/marihuana-caso-mexico/wp-content/uploads/2016/02/Uso-Drogas-Américas_SPA_web-CICAD.pdf [Consulta: 11 marzo 2016].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco [Resumen; "sin humo y con vida power"]. Switzerland: oms. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf?ua=1 [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Por una juventud sin tabaco: Adquisición de habilidades para una vida saludable*. Washington: OPS, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para las Américas [Chile]. (2013). Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas 2013. Chile: OPS; OMS, Oficina Regional para las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=551:informe-sobre-control-tabaco-region-americas-2013&Itemid=215 [Consulta: 11 de Marzo 2016].
- Ortiz, A., Martínez, R. y Meza, D. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (SIRD). (2015). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 57. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/sridre-po.html> [Consulta: 13 de marzo de 2016].
- Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para las Américas [Uruguay]. (2014). Informe mundial de la OMS destaca los impactos del alcohol en la salud. Uruguay: OPS; OMS, Oficina Regional para las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_

- content&view=article&id=841:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impac-tos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&catid=697:noticias [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Papalia, D. E. y Wendkos-Olds, S. (2001). *Psicología*. Estados Unidos: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Papalia, D. E., Wendkos-Olds, S. y Dustin-Feldman, R. (2005). *Desarrollo Humano*. Estados Unidos: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Piaget, J. (1973). *Estudios de Psicología Genética*. Argentina: EMECÉ Editores.
- Pierre-Marc, R. (2016). Se duplica el consumo de drogas en menores. El Universal. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2016/01/26/se-duplica-consumo-de-drogas-en-menores> [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Pimenta-Carvalho, A. M., Cunningham, J., Strike, C., Brands, B. & Miotto-Wright, M. D. G. (2009). Normas percibidas por estudiantes sobre el uso de drogas entre sus pares, en tres áreas académicas de la salud. *Revista Latinoamericana Enferma-gem*, 17, 900-906.
- Prado E., Amaya, J. (2007). *Hoy tirano mañana Caín ¿Cómo educar hijos más tolerantes y compasivos en un mundo con crueldad y violencia?* México: Trillas.
- Puentes, M. (2004). *Tu droga, mi droga, nuestra droga*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Rodríguez-Bolaños, R., Ortega-Ceballos, P., Flores Escartín, M. G., Lazcano-Ponce, E. y Hernández-Ávila, M. (2013). Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes. México 2011. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rice, F. P. (2000). *Adolescencia desarrollo relaciones y cultura*. Madrid: Editorial Prentice Hall.
- Roca-Villanueva, E. (2005). *Como mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertivi-dad, autoestima e inteligencia emocional*. México: ACDE Ediciones.
- Rodríguez-Estrada, M. (2005a). *Serie capacitación integral* (Vol. 2: Relaciones humanas). Mé-xico: Asociación mexicana de la creatividad AC, Editorial El Manual Moderno.
- _____. (2005b). *Serie capacitación integral* (Vol. 4: Autoestima: Clave del éxito per-sonal). México: Asociación Mexicana de la creatividad AC, Editorial El Manual Moderno.
- _____. (2005c). *Serie capacitación integral* (Vol. 10: Comunicación y superación per-sonal). Asociación Mexicana de la creatividad AC. México: Editorial El Manual Moderno.
- Roland, E. & Galloway, D. (2002). Classroom influences on bullying. *Educational Research*, 44, 299-312.
- Rosenberg, M. B. (2007). *Comunicación no violenta. El lenguaje de la vida*. Buenos Aires: Editorial Gran Aldea.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes*. Madrid: Editorial Tebar.
- Ruiz-Osuna, M. C. (2005). *Actualización de drogodependencias: Análisis histórico, social y sanitario* (4ª. ed.). Argentina. Asociación Alcalá.
- Secades-Villa, R. (2001). *Alcoholismo Juvenil: Prevención y Tratamiento*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Secretaría de Salud. (2015). Programa de Acción Específico. Prevención y Atención Integral de las Adicciones [Programa Sectorial de Salud 2013-2018, "Versión electrón-ica, en proceso su publicación impresa"]. México: Secretaría de Salud. Dis-ponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf

- [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- _____. (Prensa). (2016). Presentan Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. La ecodet 2014 revela que el 17.2 por ciento de los alumnos de secundaria y bachillerato han consumido alguna vez una droga. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/presentan-encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-en-estudiantes-2014> [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Soutullo, E. Mardomingo, S. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente*. Colombia: Panamericana.
- Sternberg, R. J. y Grigorenko, E. L. (2003). *Evaluación dinámica: naturaleza y evaluación del potencial de aprendizaje* (Sánchez Barberán, G., trad.). Madrid Ediciones Paidós Ibérica.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de epidemiología; Dirección General Adjunta de Epidemiología. (2015). Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones [Informe 2014. Dirección de Información Epidemiológica]. México: Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2014.pdf [Consulta: 11 de Marzo 2016].
- Sun, P., Sussman, S., Dent, C. W., Rohrbach, L. A. (2008). One year follow up evaluation of project towards no drug abuse (TND-4). *Prev-Med.* october; 47(4): 438-442. Doi:10.10116/j.jpmed.2008.07.003
- Tapia, D., Bustos, V., Morales, R. L. (2008). *Frecuencia de Toxicomanías y edad de inicio en los adolescentes y adultos jóvenes del municipio de Sitalá, Estado de Chiapas*. México: Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Tapia, D., Ortíz, G. y Ramírez, B. (2009). *Percepción de Riesgo sobre las drogas de inicio por los adolescentes con nivel escolar de secundaria*. México: Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Tapia-Cuellar, R. (2002). *Las adicciones*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Tessier, G. (2004). *Comprender a los adolescentes*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Tomlinson, C. A. (2005). *Estrategias para trabajar con la diversidad en el aula* (Vitale, G., trad.). México: Editorial Paidós.
- Torrego, J. C. (2000). *Mediación de conflictos en instituciones educativas. Manual para la formación de mediadores*. Madrid: Editorial Narcea.
- Trianes-Torres, M. V. (2002). *Comprensión social, su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide Ediciones.
- Trianes-Torres, M. V., Muñoz-Sanchez, A. M. y Jiménez-Hernández, M. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide Ediciones.
- U. S. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings Rockville, Maryland: U. S. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Center for Behavioral Health Statistics and Quality.

- Vallés-Llorente, A. (1998). *Padres, Hijos y Drogas*. España: Editorial Generalitat Valenciana, Quaderns de Drogodependencies.
- Vásquez, M. E., Pillon, S. C. (2005). La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. *Rev Latino-am Enfermagem*, septiembre-octubre; 13(número especial), 845-53.
- Velázquez, D. E. y Tapia, P. D. (2011). *El enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados*. Tesina. México: FES Iztacala, UNAM.
- Velázquez, M. (2014). *Consumo de tabaco y alcohol en pacientes de primer ingreso a tratamiento en centros de integración juvenil*. Julio-Diciembre, 2013 [Informe de Investigación 14-03d]. México: Centro de Integración Juvenil; Dirección de Investigación y Enseñanza; Subdirección de Investigación: Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica.
- Villatoro, J., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Fleiz, C., Mujica, R., Mendoza, M. A., López, M. A. y Medina-Mora, M. E. (2013). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la Ciudad de México. Medición 2012. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones; Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal. Disponible en: <http://oe.iapa.df.gob.mx/Epidemiologia/Encuestadeestudiantes2012.aspx> [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Vopel, K. W. (2001). *Juegos de interacción para adolescentes y jóvenes*. Madrid: Editorial Nárcea.
- Wertsch, J. (2001). *Vygotsky y la Formación Social de la Mente*. España: Editorial Paidós Ibérica.
- World Health Organization (WHO). (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: who. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf [Consulta: 11 de marzo de 2016].

Páginas de Internet

- Adolescencia* (2010). Disponible en: PDF/Adobe Acrobat, <http://www.foroaps.org/pregrado/adolescencia.pdf>. Consulta diciembre 20, 2010.
- Aprendizaje, percepción y comunicación*. Disponible en: http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0062percepcionaprendizaje.htm#La_percepción. Consultado enero 2011.
- Centro de Integración Juvenil,. *Página para jóvenes*,. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/Paginas/Menulzquierdo/InformacionPara/jovenes/inicio.html>. Consulta Enero 2011.
- Defensor del Pueblo Informe del defensor del pueblo sobre violencia escolar. http://www.defensordelpueblo.es/info/estudios_y_documentos.htm 1999
- ENA. *Encuesta Nacional De Adicciones*, México, 2002. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf. Consulta enero 2011.
- Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos*. México, 2009. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf. Consulta enero 2011.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2008). *La Adolescencia*. Disponible

- en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm. Consulta diciembre 20, 2010.
- García C. (2010) *¿Qué es una adicción?* México. Disponible en: <http://www.parasaber.com/salud/psicologia/trastornospsicologicos/articulo/psicologia-adiccion-dependencia-malestar-adicto/5746/>. Consulta enero 2011.
- Malpica K., *Tabaco-Droga socialmente aceptada.*, México 2011. Disponible en: <http://www.mind-surf.net/drogas/tabaco.htm>. Consulta enero 2011.
- Menéndez Benavente Isabel, *Cómo detectar el bullying*, 2009
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>. Consulta enero 2011.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Adolescencia*. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.html. Consulta diciembre 20, 2010.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> [Consulta: 11 de marzo de 2016].
- Smith, P "Definition, types and prevalence of school bullying and violence". Unit for school and family studies. Goldsmiths College. University of London. <http://www.oecd.org/dataoecd/27/47/33866548.ppt> 2004
- Subdirección de servicios médicos PEMEX., *El tabaquismo y sus consecuencias*. México 2010. Disponible en: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/boletin/tabconsecuencias.htm>. Consulta enero 2011.
- La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. 2009
- Programa de solución de conflictos interpersonales. Antonio Vallés. Ed: Eos. 2010.
www.hhmi.org/biointeractive/animations.
www.oms.org
www.thebrain.mcgill.ca
<http://www.google.com.mx/search?q=imagen+de+neurotransmision+colinergica&hl=es&clie>

ADICCIONES
en el
ADOLESCENTE
Prevención y atención
desde un enfoque holístico

Es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la **Coordinación Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Avenida de los Barrios N.º 1, Los Reyes Iztacala, CP 54090, Tlalnepantla, Estado de México.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de
José Jaime Ávila Valdivieso

Pedidos:
Librería FES Iztacala: 5623-1194
Coordinación Editorial: 5623-1203
Correo-e: joseja@campus.iztacala.unam.mx

Los Reyes Iztacala, 2016