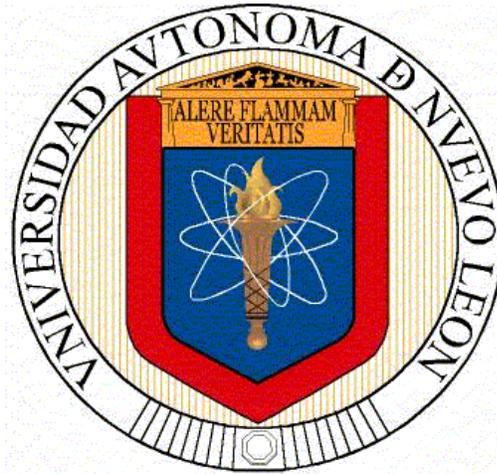


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INTEGRACIÓN DE UN MODELO PSICOSOCIAL SOBRE EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES DE LA ZONA METROPOLITANA DE
MONTERREY**

PRESENTA:

ELVIA SISI ARELLANO CAMPOS

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMUDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, SEPTIEMBRE 2013

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA**



**INTEGRACIÓN DE UN MODELO PISCOSOCIAL SOBRE EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES DE LA ZONA METROPOLITANA DE
MONTERREY**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR
EN FILOSOFIA CON ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
ARELLANO CAMPOS ELVIA SISSI**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMUDEZ**

MONTERREY, N. L., MEXICO, SEPTIEMBRE 2013

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a todos aquellos adolescentes anónimos que me permitieron entrar en una parte de sus vidas, al compartir y confiar en mí sus experiencias de vida, en su mayoría dolorosas; es para ellos a quienes está dirigido los frutos que pudiera brindar esta investigación... como una esperanza para el cambio en el abordaje del intrincado y complejo fenómeno de las adicciones...

A mi adolescente más querida Marisol Márquez Arellano...

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por existir, por toda su entrega, por todo su amor...

Al Dr. Javier Álvarez por su apoyo, conocimientos, paciencia y entusiasmo...

A mis compañeros y amigos que me brindó esta controvertida ciudad: Mayra, Gloria, Oswaldo, Lalo, Seigy, Salvador, Juany y Reyna...

A la Dra. Itiziar Fernández en Madrid, España...

A las diferentes instituciones: al CONACYT, a la UNANL, a la UNED por apoyar a quienes desean avanzar en su vida académica...

A los CIJ y a la gente que conocí ahí, por su noble labor y por todo el apoyo y consideración hacia mí: Carmen, Brisa, Sandra, Elisa, Alma, Rosario...

A la gente que ya no está conmigo... pero que su presencia en mi vida dejó una experiencia de gran trascendencia en mí...

A la vida... que me ha dado tanto...

Índice

CAPITULO I

Antecedentes	8
Justificación	13
Definición del problema	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	17

CAPITULO II

Marco teórico

Modelos de atención

La adolescencia y el consumo de sustancias.....	19
Modelo Médico	21
Modelos basados en el enfoque sistémico	28
Modelos Integradores	29
Modelo Psicosocial	34
Conclusión	37

La Teoría de las Representaciones Sociales

El concepto de representación social	41
Estructura y funcionamiento de la Representación social.....	44
El consumo de sustancias y las representaciones sociales.....	46

Factores de riesgo

Concepto	55
Eventos de vida	56
Malestar emocional	58

Eventos de vida y malestar emocional	64
Soporte social	65
Estilo de vida	67
Accesibilidad a las sustancias	70
Clasificación del Consumo de drogas	
El concepto de droga	72
Uso, abuso y dependencia	70
Epidemiología del consumo de drogas en México y Monterrey	
El caso de Monterrey, Nuevo León.....	81
Las tendencias del consumo de sustancias por sexo	82
Prevalencia del consumo de drogas en población escolar	84
Programas de intervención en el manejo del Consumo de sustancias.....	90
 CAPITULO III	
Diseño metodológico	
Primera etapa	107
Segunda etapa	112
Tercera etapa	116
Diseño de investigación.....	118
Población y muestra	118
Procedimiento.....	119
Ruta crítica	120
Análisis de datos	121

CAPITULO IV

Resultados

Descripción de la muestra	123
Descripción del patrón de consumo	127
Perfil de usuario	133
Análisis cualitativo.....	140
Integración de los resultados	156
Perfiles de los tipos de usuarios	170

CAPITULO V

Discusión y conclusiones	181
--------------------------------	-----

REFERENCIAS	195
--------------------------	-----

ANEXOS

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES

Actualmente, el consumo de sustancias es un grave problema de índole social, económico, pero sobre todo de salud pública, que afecta principalmente a la población adolescente y cuyos alcances tienen relevancia mundial. Es por ello que este fenómeno continúa siendo un tema de preocupación en la mayoría de los países, incluyendo México.

Es pertinente precisar que el fenómeno de las adicciones en México, también se encuentra matizado por ciertos elementos característicos de nuestro presente histórico, -no obstante, su etiología multicausal- existe un fenómeno adicional en nuestro país que responde a la evolución de las características de los mercados de las drogas, ya que de ser un mercado incipiente formado por una mayoría de usuarios experimentales, se ha convertido en un mercado maduro formado por un número creciente de personas que usan regularmente las sustancias y que desarrollan dependencia, siendo la zona del noreste del país (de la cual forma parte la ciudad de Monterrey) una de las más afectadas (SSA, 2009; Juárez, 2008).

Año tras año han surgido nuevas sustancias y formas de consumo; esto, entre otros aspectos, ha favorecido que aumente la prevalencia y disminuya la edad de inicio, incrementado así los daños físicos en los usuarios. De acuerdo con el informe Mundial sobre Drogas 2008, el aumento de las tasas de prevalencia anual a nivel mundial han incrementado en los últimos cuatro años en casi todas las sustancias (cannabis, heroína, cocaína); el 4.9% de la población mundial de 15 a 64 años consumieron drogas por lo menos una vez en los últimos 12 meses; el problema

afecta aproximadamente a un 0.6% de la población mundial de 15 a 64 años (ONU, 2008).

En nuestro país, según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 - por sus siglas ENA-, el mayor consumo de drogas se encontraba entre los varones de 18 a 34 años de edad, lo cual representó aproximadamente en ese año 1'300,000 de personas (SSA, 1999). Sin embargo, la ENA del 2002 mostró un aumento en el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida por parte de la población adolescente, ascendiendo a 215,634 (entre jóvenes de 12 y 17 años) (SSA, 2003).

Para el 2008, los resultados arrojados por la encuesta, revelan que los adolescentes entre 12 y 17 años de edad tienen más riesgo de adquirir alguna adicción, tienen 68 veces más posibilidades de fumar marihuana cuando están expuestos a la oportunidad. Entre 2002 y 2008, el número de personas que probaron alguna vez una droga aumentó un 28.9%. Además, se reportaron importantes variaciones en los índices de consumo de sustancias en las diferentes regiones del país, con índices más altos en la zona norte (5.6% entre los varones y 1.5% en las mujeres) en comparación con las zonas centro (4.7 y 2.1%) y sur (4.4 y 0.9%), (SSA, 2009).

La última Encuesta Nacional de Adicciones 2011, refiere que la prevalencia más elevada se observa en el Noroccidente (2.8%) (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) y la prevalencia más baja en la región Sur (0.6%) (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco).

En la población adolescente (de 12-17 años), el 1.6% ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año. El 1.6% ha consumido marihuana, 0.5% cocaína y 0.4% inhalables.

Este breve panorama de la prevalencia en nuestro país sobre el consumo de sustancias, muestra una clara tendencia en el incremento de los índices de consumo, no obstante, las investigaciones sobre el fenómeno son amplias. Ante esta interrogante, Quevedo-Blasco, Díaz-Piedra & Guglielmi (2010), argumentan que existe una desconexión entre la investigación científica iberoamericana en la psiquiatría y psicología clínica y su relevancia en el contexto socio-sanitario actual. Estos autores llegaron a dicha conclusión a través de los resultados de un meta-análisis realizado sobre la investigación básica y aplicada en ambas disciplinas (psiquiatría y psicología), las cuales parecen no responder a las necesidades sociales, sanitarias y educativas de la población con respecto al consumo de sustancias, pues según los investigadores, la producción científica en las revistas españolas y latinoamericanas de estas disciplinas es relativamente escasa al tomar en cuenta el pobre impacto que tiene en los aspectos sociales, sanitarios y políticos de las sociedades afectadas. Es probable que este vacío responda la complejidad social que caracteriza al fenómeno de las adicciones, al ser un importante elemento que se adhiere a su etiología multicausal.

En nuestro país el panorama tampoco es alentador, a pesar de que también existen numerosos estudios, así como diversos programas de prevención y tratamiento para el consumo de sustancias, en la realidad no existen datos que confirmen la eficacia de los mismos.

Desde la perspectiva psicosocial, se ha generado un gran número de investigaciones; señalando una relación importante entre la adolescencia, los

factores de riesgo psicosociales y el consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco), ya que en esta etapa puede surgir la experimentación con sustancias y con ello, la probabilidad de convertirse en abusadores o dependientes del consumo de sustancias ya sea legales o ilegales (Guibert et al, 2005; Rodríguez et al, 2007). Al respecto, también ha quedado demostrado que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de marihuana, así como de ésta al consumo de heroína o cocaína y, en tales casos, se observa que hay una progresión en el uso de drogas que comienza desde el no consumo, uso de drogas legales, uso de marihuana y uso de otras drogas ilegales - para los que llegan hasta esta etapa-; aunque cabe señalar que no en todos los casos sucede así, muchos no progresan de las primeras sustancias a las sucesivas; este proceso debe ser considerado en términos de probabilidad y no de causalidad, además de que se deben considerar el resto de los factores de riesgo (Moral, Rodríguez & Sirvent, 2006). Otros factores determinantes son la relación con el grupo de iguales consumidores de drogas, las conductas antisociales e indicios de búsqueda de atención (Guibert et al, 2005, Rodríguez et al, 2007).

Como sabemos, el consumo de sustancias no depende de una sola causa, sino que se encuentra relacionado con diversos factores, a los cuales se les ha denominado tradicionalmente, factores de riesgo, que a su vez han sido agrupados en factores individuales, interpersonales y ambientales o contextuales (González & García-Señoran, 1996; Margain, 2000; Guibert, Gutiérrez & Martínez, 2005). En México han sido detectados a través de estudios epidemiológicos en muestras nacionales y locales de estudiantes, primero 33 y ahora 50 factores de riesgo para el uso y abuso de drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior, los

cuales se distribuyen en tres fuentes de variación: el individuo, la droga y el medio ambiente (Castro, 1990); Campollo & García, 2007) y en población abierta, (Medina-Mora et al., 2003; Álvarez e Ybarra, 2011).

De forma específica, se estudiaron los factores de riesgo y de protección para el uso experimental de drogas en adolescentes de bachillerato, en dos ciudades del Noreste de México, una de ellas Monterrey (Álvarez e Ybarra, 2011), encontrando 8 factores de riesgo/protectores distribuidos en los tres factores; individual, interpersonal y contextual. Entre los factores de riesgo, los autores destacan *pertenecer al género masculino, tener mayor edad, presentar síntomas depresivos, tener problemas escolares y creer que se tiene una alta accesibilidad a las sustancias*; estos son factores similares a los reportados por los autores clásicos como Medina-Mora et al. (2003), Castro (1990), algunos de estos fueron retomados para nuestro estudio. Cabe destacar que los diferentes factores de riesgo pueden variar en sus mecanismos de influencia sobre el comportamiento adictivo, algunos de ellos quizá ejerzan sus efectos de un modo directo, sin variables mediadoras, otros en cambio, quizá ejerzan una influencia directa e inmediata (Luengo et al., 1999).

Por otro lado, el marco referencial sobre el que se realizó el análisis interpretativo de nuestro modelo, es la teoría de las representaciones sociales; constructo teórico que se refiere a las motivaciones, creencias, actitudes, explicaciones, atribuciones, emociones y conductas que las personas tienen con respecto a algún objeto, persona, proceso ó fenómeno que les resulten significativos

(Álvarez 2002, 2004). Debido a que es una teoría desarrollada recientemente, el número de estudios que se han realizado bajo este enfoque en México, es limitado. Así lo confirma una investigación hecha por Palacios (2009); quien a través de una búsqueda sistemática en las principales revistas de corte científico del país sobre artículos realizados bajo la teoría de las representaciones sociales, encontró sólo un estudio que investigaba la relación entre adolescentes y el consumo de sustancias.

No obstante, en Guadalajara se desarrolló un modelo teórico realizado con población adolescente adicta, basado en la teoría de las Representaciones Sociales y modelos de toma de decisiones, al establecer cómo ciertas formas de pensamiento social que emergen en adolescentes consumidores y en sus padres, prescriben determinadas tomas de decisión. Los autores concluyen que en las familias hay componentes ideológicos que se van heredando de una generación a otra y, que precisamente por su carácter ideológico, no son cuestionados por los miembros. En los padres identificaron tres etapas: el descubrimiento de la adicción, la permanencia en el mundo de las drogas y la retirada. En los adolescentes: el ingreso al mundo de las drogas, la permanencia y la retirada. En ambos, estas representaciones son mantenidas por conocimientos, creencias, actitudes y afectividades que crearon círculos viciosos y detuvieron el uso de servicios de salud (Nuño-Gutiérrez & Álvarez-Nemegyei, 2006). Los estudios realizados por Álvarez (2002), Alonso & Álvarez (2004), Álvarez e Ybarra (2011), son antecedentes acerca del trabajo con esta teoría. Sin embargo, sus estudios se han enfocado sólo en el consumo de alcohol.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias en México, como en el resto del mundo sigue siendo un fenómeno que a pesar de ser investigado de manera amplia, no existe evidencia que sea concluyente y que integre todos los aspectos que en él se involucran y lo expliquen en su totalidad (Andrade, 2009; Guibert et al, 2005; Margain, 2000; Quevedo-Blasco, Díaz-Piedra & Guglielmi, 2010; Rodríguez et al, 2007). Existen reportes científicos que revelan que el riesgo de consumir drogas en cualquier etapa de la vida es una constante, sin embargo, coinciden en que la etapa adolescente es particularmente vulnerable si tomamos en cuenta todos los cambios (biológicos, psicológicos y sociales) por los que atraviesa el individuo (CIJ, 2008, Palacios y Cañas, 2010).

. En este contexto, los esfuerzos para enfrentar el consumo de drogas en México, han sido dirigidos principalmente a la población adolescente. No obstante, las estrategias de prevención e intervención que se han realizado en este campo (las cuales se describirán posteriormente), se observa una clara tendencia hacia el incremento del consumo de sustancias y, se acentúa en la población adolescente (ENA 2008). Lo anterior toma especial relevancia si asumimos que, a pesar de que se conocen muchas variables predictoras del uso y abuso de drogas en adolescentes (Castro, 1990), se sabe relativamente poco de cómo se ordenan y se relacionan estas variables entre sí. No obstante, cabe destacar que existen investigaciones que se han enfocado en el estudio de factores causales en población predominantemente escolar (Villatoro 2005, 2009; Campollo, 2007), pero no en población que ya ha sido diagnosticada como adicta.

Con base en la idea de que los factores de riesgo deben ser analizados por su presencia combinada, más que por su presencia única; pretendemos dejar claro que estos factores pueden actuar de manera diferente dependiendo del contexto en el que se desenvuelvan las personas, de manera que lo que en un ambiente puede ser un factor de riesgo, en otro puede no serlo, de ahí se desprende la importancia de que cada comunidad sea diagnosticada y evaluada de manera específica, tal como lo señala Margain (2000).

Para efectos de este estudio, se seleccionaron los factores de riesgo, que por su relevancia y consistencia se han hecho presentes en los hallazgos encontrados con respecto a la relación que guardan con la conducta del consumo de sustancias en esta población. Estos factores de riesgo son: *eventos de vida* (Arellano & Álvarez, 2010; Lucio, León, Durán, y Bravo y Velasco, 2001, Luengo et al. 1999; Wagner, 1996; Welberg, 1992), *soporte social* (Cuenya, 2006; Bassabe, Valdemosa & Páez, 1993; Páez, 1986), *trastornos emocionales* (Villatoro 2009; Michael et al., 2007; De la Garza, Mendiola y Rábago. 1991), *accesibilidad contextual a las sustancias* (Berruecos, 2007; Medina-Mora, 2003; Becoña, 2002) y *estilo de vida* (Lumbrera et al., 2009; Furlong & Cartmel (2001).

Finalmente, consideramos relevante mencionar que el marco conceptual de la Teoría de las Representaciones Sociales nos permitió profundizar en el entendimiento de los factores asociados al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias en esta población, rescatando el complicado proceso de adquisición de la conducta adictiva bajo la mirada del propio consumidor, en su mayoría con una dependencia a las sustancias. La importancia de abordar el fenómeno del consumo

de sustancias desde esta perspectiva nos puede ayudar a dirigir esfuerzos encaminados tanto a la realización de programas preventivos como de atención en adolescentes; en particular porque este abordaje nos brinda la oportunidad de comprender y analizar el proceso de la adquisición de la adicción, ya que esta población es considerada como adicta.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta los factores mencionados dentro del panorama actual del consumo de sustancias, es evidente que México se encuentra frente a un grave problema social y de salud pública. En este sentido, el área metropolitana de la ciudad de Monterrey, considerada la segunda más grande de México, presenta una alta complejidad social, al formar parte de la región norte, donde el consumo de drogas es mayor que en el resto del país (SSA, 2009). En esta ciudad, los esfuerzos que se han realizado para combatir el problema tampoco han sido contundentes.

Por tales razones, la intención de realizar esta investigación, fue conocer la influencia de ciertos factores de riesgo y determinar su interacción con la conducta adictiva en adolescentes consumidores de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

1.4 OBJETIVO GENERAL

Integrar un modelo psicosocial que permita explicar el consumo de sustancias en los adolescentes consumidores de la zona metropolitana de la ciudad de Monterrey a través del análisis de los *factores de riesgo individuales* (eventos de vida y malestar emocional) *grupales o sociales* (soporte social objetivo y subjetivo y

estilo de vida) y, *ambientales* (accesibilidad), bajo la perspectiva teórica de las representaciones sociales.

1.5 Objetivos específicos

1. Determinar la interacción que tienen los factores de riesgo individuales, -los cuales se incluyen dentro de la primera área- denominada *área individual*; caracterizada por las variables: *eventos de vida y malestar emocional* en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias (tanto legales como ilegales) de los adolescentes.

2. Determinar la interacción que tienen los factores de riesgo grupales, -los cuales se incluyen dentro de la segunda área denominada *área grupal o social*; caracterizado por las variables: *soporte social objetivo y subjetivo y estilo de vida*- en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias de los adolescentes.

3. Determinar la interacción que tienen los factores de riesgo sociales o ambientales, -los cuales se incluyen dentro de la tercera área denominada *área contextual o ambiental*; caracterizado por la variable: *accesibilidad a las sustancias en el contexto social*- en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias.

4. Obtener el perfil del usuario, a través de las características del patrón de consumo; droga de inicio, droga de impacto, frecuencia de consumo, edad de inicio, etc.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 La adolescencia y su relación con el consumo de sustancias

La edad de inicio es determinante para definir la probabilidad de convertir el consumo de sustancias en una adicción. Estudios científicos insisten en que la etapa vital de mayor riesgo es la adolescencia, caracterizada, entre otros aspectos, por una tendencia a experimentar nuevos estados y un cuestionamiento constante de la autoridad, factores que conjugados facilitan el acercamiento a las drogas (Moral, Rodríguez & Sirvent, 2006). A continuación se describen de manera breve algunos elementos para comprender la importancia de esta etapa en el marco de la conducta del consumo de sustancias.

La Organización Mundial de la Salud sitúa los límites de la *adolescencia* entre las edades de 10 y 19 años y los de la *juventud* entre los 15 y 24 años, periodo de transición considerado en la mayoría de las culturas, y cuyo inicio es la pubertad. De acuerdo con la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), tradicionalmente se ha concebido a la juventud como una fase de transición entre dos etapas; la niñez y la adultez. En otras palabras, es un proceso de transición en el que los niños se van transformando en personas autónomas, por lo que también puede entenderse como una etapa de preparación para que las personas se incorporen en el proceso productivo y se independicen respecto a sus familias de origen.

Desde el ámbito sociológico, se considera que la juventud inicia con la capacidad del individuo para reproducir a la especie humana y termina con la asunción plena de las responsabilidades y autoridad del adulto. No obstante, con el objetivo de homologar los criterios de los diferentes países así como de tener una definición universal de juventud, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha definido a ésta como *a las personas que se encuentran en el rango de edad de 15 a*

24 años. Esto representa un parámetro para que cada nación establezca una definición propia, por ejemplo en la Comunidad Europea el rango de edad oscila entre los 15 y 29 años, para el caso de México es de 12 a 29 años (Instituto Mexicano de la Juventud, 2008).

Así pues, la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es sólo un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino un proceso que apunta a una mayor independencia psicológica y social. En la evolución psicosocial y emocional de los adolescentes se ha descrito el llamado *síndrome de la adolescencia normal* (Aberasturí & Nobel, 1981) integrado por una serie de características, que dependen de diferencias individuales y del ambiente cultural, presentes en mayor o menor grado durante esta etapa de la vida. Algunos rasgos generales son:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Manifestaciones sexuales más abiertas que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad manifiesta.
- La actitud social reivindicatoria, con tendencias antisociales o asociales de diversa intensidad.

- Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta.
- Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos.

Por todo esto, el periodo de la adolescencia se ha considerado tradicionalmente una etapa de especial vulnerabilidad para la exploración y el inicio en el consumo de drogas, convirtiéndose en un grupo de riesgo particularmente importante.

2.2 MODELOS DE ATENCIÓN

A partir de la necesidad de enfrentar las consecuencias adversas del consumo de sustancias, la conceptualización del fenómeno ha sufrido transformaciones en el devenir de los años, con un conjunto de antecedentes prolífico, producto de la investigación realizada en diferentes disciplinas como la Medicina, la Psicología, la Sociología, entre otras. No obstante, para el caso que nos ocupa, el de la psicología, también han surgido diferentes posturas para su estudio. El modelo médico - sanitario (Bukoski, 1995), la teoría del aprendizaje social, (Bandura, 1982, 1986), el entrenamiento de habilidades para la vida (Botvin, 1995), entre otros, son algunos de los constructos teóricos que han intentado abordar este complejo fenómeno. A continuación se describen algunos de los modelos más representativos que se han hecho presentes a lo largo de la historia de este padecimiento.

2.2.1 MODELO MÉDICO

Una de las primeras teorías que ha mostrado interés en explicar la causa de un trastorno, sea físico o mental, es que aquel es una consecuencia de un déficit

biológico, una causa genética, una lesión, o una alteración cerebral que es responsable del mismo. En el campo de las drogodependencias es innegable el papel que las distintas drogas producen en el cerebro y en los restantes órganos corporales. Sin embargo, esta explicación se convierte en reduccionista si la causa, o la principal causa, de la dependencia de las drogas se reduce en la explicación a causas meramente biológicas, o al simple efecto del funcionamiento cerebral como consecuencia de la ingestión de una droga concreta. Por desgracia, en muchas ocasiones, encontramos explicaciones simplistas de este tipo. Hacer mención de las bases neurobiológicas de la adicción, es un elemento importante, pero si se utiliza aisladamente, se convierte en una explicación reduccionista y parcial.

Los investigadores han intentado descubrir aspectos comunes en los procesos de adicción, refuerzo y abstinencia de diversas drogas. Las drogas tienen acciones múltiples, incluso a veces contradictorias, suelen tomarse en combinación y en ambientes que es complejo simularlos en el laboratorio. A pesar de estas dificultades, en la actualidad se conocen con detalle las bases neurobiológicas del abuso y dependencia de las drogas. Por otro lado, este modelo plantea a la adicción como producto de un condicionamiento conductual y, argumenta que aunque los efectos positivos del reforzamiento de las drogas son críticos para establecer la conducta adictiva, tanto los efectos del reforzamiento positivo como negativo son probablemente importantes para mantener el consumo de la droga una vez que se ha desarrollado la adicción, el adicto está sometido a un control conductual bidireccional: el reforzamiento positivo de la droga y los efectos negativos de su ausencia. Las sustancias adictivas son capaces de reforzar positivamente la

conducta de un individuo de forma similar como lo hacen los reforzadores naturales (ej., agua, sexo). Pero a diferencia de éstos, las drogas estimulan directamente el circuito de recompensa cerebral (Stolerman, 1992).

La hipótesis de la automedicación

En los últimos años tomó relevancia la denominada hipótesis de la automedicación. Se mantiene en el nivel de hipótesis, sin embargo, indirectamente sí se puede deducir su existencia de los resultados e implicaciones de la misma. Lo que sostiene esta hipótesis es que una gran parte de los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas, lo hacen porque sufren trastornos endógenos con sustrato biológico que, directa o indirectamente, les abocan al consumo de sustancias psicoactivas como forma de auto-tratamiento.

Por tanto, en muchos de ellos, el intento repetido de orientarlos a la abstinencia, después de varias tentativas fallidas de desintoxicación se puede calificar, desde este punto de vista como inútil, contraproducente, frustrante o peligroso (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992) debido a que la mayoría de las “drogas” tienen una mayor rapidez de acción y generan menos efectos indeseables que los psicofármacos utilizados en la actualidad, por lo que los individuos previamente enfermos que entran en contacto con ellas difícilmente aceptarán, posteriormente, la medicación psiquiátrica recomendada. Sería contraproducente, porque necesitando consumir y estando estas sustancias sujetas a la oferta ilegal que impide conocer su calidad y pureza, el individuo adicto se encuentra

continuamente abocado a complicaciones infecciosas y tóxicas que debilitan su salud.

2.2.2 Modelo de salud pública

El modelo de salud pública aplicado al campo de las drogodependencias, traslada el modelo utilizado en la salud pública para las enfermedades infecciosas a la farmacodependencia. Explica que en el caso de las drogas, el huésped es el individuo; el medio ambiente, es el medio biológico, social y físico; y, el agente las drogas, Bukoski (1995) argumenta que el objetivo en este modelo es aumentar la resistencia individual al agente, por ejemplo mediante el entrenamiento en resistencia frente a la presión del grupo; proteger a los individuos frente al agente, esto se hace comúnmente a través de acciones como; educación sobre las drogas o desarrollar modelos de abstinencia; también mediante el aislamiento del huésped frente al agente, como por ejemplo a través de escuelas ó zonas comunitarias libres de drogas y, finalmente, a través de la modificación del agente para disminuir su daño; consiguiendo así disminuir o eliminar el contenido de distintos componentes en la sustancia. Muchos de los programas de reducción de daños parten de estos principios.

2.2.3 Modelo de creencias de salud

Un modelo derivado del anterior y, que ha sido más útil, es conocido como *Modelo de creencias de salud*. Este modelo fue elaborado originalmente por un grupo de investigadores de la sección de estudios del comportamiento del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos entre los años 1950 y 1960. A pesar de

tener su origen en el constructo médico, en las últimas tres décadas los investigadores se han enfocado en abordarlo con una aproximación más psicosocial que posteriormente analizaremos a detalle.

Este modelo, cuyos iniciadores fueron Becker y Maiman (1975) tiene como elementos fundamentales la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. La susceptibilidad percibida se refiere a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones pueden afectar de manera importante al momento de adoptar o no una conducta concreta. La combinación de la susceptibilidad y severidad se conoce como amenaza percibida (Rosenstock, Strecher y Becker (1994). No obstante, cuando un individuo piensa en la posibilidad de un cambio de conducta, no valorará sólo la susceptibilidad y la severidad, también evaluará los beneficios y los costos de realizar una conducta de salud concreta (Becker y Maiman, 1975). Un ejemplo de ello es cuando una persona se siente vulnerable, al experimentar una tos matutina, se fatiga al subir las escaleras, etc. atribuyendo estos síntomas a su conducta de fumar. Entonces la persona puede pensar que dicha conducta está comprometiendo su salud y, además, cree que le acarreará consecuencias negativas importantes para su salud. Por tanto, percibe el fumar como un serio riesgo potencial, o como un indicador, de sus problemas físicos, y, a la inversa, es poco probable que la persona adopte alguna medida cuando sopesa que la probabilidad de dañar su salud (ej., cáncer de pulmón) es baja o que las consecuencias adversas, derivadas de su actual hábito no saludable, son

mínimas, además de percibir pocos beneficios y un costo (ej., engordar) demasiado grande por dejarlo.

2.2.4 Teorías actitud-conducta

Desde mediados de los años 70 se ha producido una importante revolución en el campo actitudinal. Inicialmente apenas se encontraba relación entre la actitud evaluada y la conducta real observada, sin embargo, el impulso de autores como Fishbein y Ajzen, Triandis (1975) entre otros, ha cambiado el panorama anterior. Hoy es posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y creencias del sujeto, o desde componentes anteriores o relacionados con la misma como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc. (Becoña, 1986). En este contexto, quien ha posibilitado sin duda alguna que la predicción desde componentes previos a la conducta sea posible, ha sido la aparición de distintos modelos donde se analiza la relación actitud-conducta y se introducen elementos intermedios para explicar adecuada y predictivamente dicha relación. Las teorías más relevantes en el campo de las drogodependencias son la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (Fishbein, 1967; Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1985, 1988).

2.2.5 La teoría de la acción razonada

El modelo inicial de Fishbein (1967), con posterioridad denominado modelo de Fishbein y Azjen por sus autores (Fishbein y Azjen, 1972, 1975; Azjen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980), fue finalmente denominado como la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980). La gran aceptación de esta

teoría, como la de Ajzen, es explicada por Gergen y Gergen (1981) como la concepción de que los seres humanos se comportan de una manera sensible, tomando en consideración la información disponible y considerando implícita o explícitamente las implicaciones de sus asunciones. Se asume, por tanto, que las conductas que llevan a cabo son conductas voluntarias.

La *conducta*, de modo similar a la intención, está compuesta para Ajzen y Fishbein (1980) de cuatro elementos: la acción, el objeto al que se dirige, el contexto en el que tiene lugar y el tiempo en que ocurre. De igual modo que en el caso de las intenciones conductuales es muy importante su nivel de especificidad. De este modo Fishbein y Ajzen hacen la distinción entre criterios conductuales de observación de un acto simple y simples o repetidas observaciones de distintas conductas. Los dos polos podríamos decir que son acciones simples y categorías conductuales (Ajzen y Fishbein, 1980). En esta última clasificación el acto o acción simple es la conducta particular ejecutada por un individuo, mientras que la categoría conductual envuelve un grupo de acciones. Cuando no hay adecuación entre la conducta y las actitudes en el mismo nivel de especificidad, se espera encontrar inconsistencia en los resultados. Otro factor que influye en la fuerza de la consistencia intención-conducta es, o puede ser el tiempo transcurrido entre la evaluación de ambas. De este modo, al variar las intenciones a través del tiempo es conveniente realizar su medición, así como la de las conductas más cercanas entre sí (Ajzen y Fishbein, 1980). En este modelo no se incluyen variables de personalidad, demográficas u otras.

2.2.6 MODELOS BASADOS EN EL ENFOQUE SISTÉMICO

Los modelos de familia ven el consumo de sustancias como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como “sistema” (Baker, 1998; Lebow y Gurman, 1998; Foster y Gurman, 1988; Nichols y Schwartz, 1998).

Las teorías familiares se nutrieron de la terminología de la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1948). En este contexto, el término se refiere a que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros de la familia. El entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Esto es, las conductas de un individuo no se pueden entender separadas del resto de su familia. La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan los miembros de la familia y los procesos (ej., reglas de comportamiento, roles, etc.) que caracterizan las relaciones entre los miembros y, todos son recíprocamente interdependientes. Cada familia es una unidad psicosocial, caracterizada por un tipo de funcionamiento (Haley, 1976; Minuchin, 1974).

Stanton y Todd (1982) resumieron las características de un sistema de familia disfuncional en los consumidores de drogas, que los distinguen de otras disfunciones familiares: 1) frecuencia elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional; 2) expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas; 3) una ilusión de independencia en el paciente identificado como consecuencia de una implicación activa con un grupo de iguales orientados al consumo de droga; 4) un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se

prolonga posteriormente en sus relaciones durante la vida; 5) una incidencia elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas; y, 6) la adicción es una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una demanda ilusoria de desafío e independencia. Los sistemas familiares que conducen al abuso de sustancias son bastante similares, independientemente de si la sustancia de abuso es el alcohol u otra droga. Parece influir más bien la edad y el papel que desempeña en la familia el consumidor de sustancias (Kaufman, 1985; 1994).

Los hallazgos dentro de la orientación familiar apuntan a que el síntoma de adicción parece claramente referirse a las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía y de independencia del joven con respecto a los padres y de los padres con respecto al joven. El consumo bloquea de forma clara un proceso de diferenciación. El joven, que atraviesa un período en el que tiene que construir su vida de adulto, se ve inmerso en un estilo de vida que le impide dicha construcción y, mientras, ni siquiera la familia consigue afrontar los cambios necesarios, absorta como está intentando afrontar ese problema.

2.2.7 MODELOS INTEGRADORES

La teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue las leyes del condicionamiento clásico (Klein, 1994), operante y aprendizaje social. Sin embargo, se han propuesto explicaciones a partir de cada uno de los distintos paradigmas de aprendizaje, aunque en el momento actual el que permite explicar de modo comprensivo la conducta de consumo de drogas es la del aprendizaje social, especialmente para el inicio del consumo

Esta teoría ha tenido una gran relevancia y fue históricamente el eslabón entre los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano y las corrientes psicológicas actuales donde impera el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, atribuciones, etc.). La introducción de los procesos cognitivos por Bandura al lado de los procesos de condicionamiento fue, todo un hito en la evolución de la explicación de la conducta humana, que se veía en los años 70 y 80 como la orientación que permitía una integración de los conocimientos existentes dentro del campo de la psicología. Bandura, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977b). El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta a través de los procesos de condicionamiento clásico; el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y, que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta.

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977b, 1983 1986) propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje puede hacerse mediante modelos reales o simbólicos (ej., mediante películas de vídeo).

2.2.8 De la teoría del aprendizaje social a la teoría cognitiva-social

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969), denominada más actualmente teoría cognitiva social (Bandura, 1986), insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1995). Esta teoría se diferencia de los planteamientos netamente cognitivos, dado que ella implica una causalidad lineal entre el pensamiento (la cognición) y la conducta y, sostiene que el primero es la causa del segundo. Por tanto, la teoría del aprendizaje social permite una mejor integración y comprensión del fenómeno.

La autoeficacia permite integrar el concepto de cognición dentro de la modificación de conducta, dado que él no propone mecanismos cognitivos que no se puedan evaluar, en tanto, a través del concepto de autoeficacia y de su adecuada evaluación, es posible guiar y predecir la conducta (Bandura, 1982).

Según esta teoría, la autoeficacia (Bandura, 1977a; 1986) percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida. La autoeficacia percibida se define como una percepción de la capacidad que tiene una persona para lograr un nivel especificado o un tipo de actuación en un lugar concreto (Bandura, 1986). Las percepciones que tiene uno de su capacidad para realizar conductas de habilidad social con los miembros del sexo opuesto, fumar cuando se siente tenso o deprimido, etc., son ejemplos de la clase de pensamiento referido a uno mismo que hace referencia a la autoeficacia percibida.

2.2.9 La teoría del aprendizaje social integradora del consumo de sustancias psicoactivas

Esta teoría considera tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, como la parte social en la que vive y se desarrolla la persona. La conducta, es consecuencia de la interacción de estos tres factores al mismo tiempo. Su explicación sobre la conducta adictiva se basa en que se encuentra mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por un lado a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por otra parte; los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo, en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas y finalmente, la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

En una de las conductas donde más aceptación y utilidad se ha encontrado esta teoría ha sido en el uso y abuso del alcohol, tanto para su explicación como para el tratamiento de las personas con dependencia a éste.

La teoría del aprendizaje social (Abrams y Niaura, 1987) rechaza la existencia en la persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Para el caso de la conducta del consumo de alcohol se

adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios del alcohol, experiencia directa de los efectos del alcohol como refuerzos o castigos y dependencia física. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de uno a otro individuo.

La influencia de los modelos tiene gran relevancia en la sociedad, ya que los medios de comunicación de masas sugieren modelos deseables y modelos indeseables. En el caso del alcohol el modelo que se sugiere es el del consumidor de alcohol, donde la publicidad permite que a través de las imágenes relacionadas con el alcohol se crea que éste permite interaccionar mejor con la gente, reduce el estrés social, permite un estado de bienestar físico y psicológico, facilita superar las crisis, etc., por tal razón se dice que esta teoría es de las que mejor explica un elemento muy importante y que no siempre se hace claro cuando hablamos de los modelos teóricos: la influencia de los medios de comunicación de masas. Estos medios constituyen poderosos métodos para aprender conductas de todo tipo, formar actitudes y modular creencias. Por ello, Bandura ha insistido en que la televisión tiene un poderoso efecto en modelar conductas, entre las que se encuentran el consumo de drogas, tanto de tipo legal (alcohol y tabaco), como en las de tipo ilegal (Bandura, 1977b, 1986).

Para contrarrestar estas estrategias de los medios, las técnicas de modelado se utilizan sistemáticamente en los programas preventivos para adquirir conductas saludables, tanto las relacionadas con las drogas, como en otras áreas de la salud. De esta manera se pretende, por una parte, aprender conductas correctas y a su

vez, ayudar a contrarrestar los efectos negativos del modelado que está presente por parte del sistema social.

2.2.9 MODELO PSICOSOCIAL

Este modelo apunta a una comprensión diferente del fenómeno, ya que su objeto de estudio no se limita a la persona, sino que también se interesa por conocer el contexto social del mismo y su relación con éste ((González et al., 1996; Margain-Castro 2005; Moral et al., 2006; Álvarez e Ybarra, 2011).

El modelo de influencias sociales o psicosociales

Este modelo parte tanto de la psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977).

Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos (Perry y Kelder, 1992), los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un ambiente social específico con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. A veces el consumo/no consumo es un elemento de identificación o un elemento de apoyo social en ese ambiente. También es cierto que el propio ambiente social suele marcar los límites al consumo adecuado e inadecuado. Cuantos más modelos tenga la persona presente, y que le muestre y modele el consumo de sustancias, mayor probabilidad tendrá de consumir esa sustancia.

El modelo de habilidades generales

Uno de los modelos más recientes que se ha planteado es el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas. Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido que se orientan a todo tipo de sustancias, a diferencia de programas específicos para sólo tabaco, alcohol o la combinación de ambos o la inclusión también de marihuana. Sin embargo, en la práctica estos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana.

Este modelo se basa en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por tanto, cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos para darles herramientas con el objetivo de que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de tales deficiencias (Hansen, 1992).

Entrenamiento en habilidades para la vida

El programa, denominado *Entrenamiento en habilidades para la vida* (“Life Skills Training”, LST) ha sido elaborado por Botvin y sus colaboradores en los últimos años (ej., Botvin et al., 1980, 1982, 1989, 1990, 1992, 1995, 1997). Consiste

en un currículo de 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones. Cada unidad tiene su objetivo principal, objetivos de los estudiantes, contenido y actividades de clase. El programa puede ser integrado en cualquier área del currículo escolar. El objetivo principal del LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o usar drogas.

Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, para comunicarse de forma efectiva, para mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases. Además el programa imparte conocimientos sobre el uso de drogas y enseña habilidades para problemas específicos como, por ejemplo, a aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en las que pueden estar sometidos a presiones interpersonales para fumar.

A diferencia de los programas tradicionales, se ofrece información que se considera más importante para los adolescentes como son las consecuencias negativas inmediatas del uso, la disminución de la aceptabilidad social de aquellos que usan sustancias y la prevalencia actual de uso entre los adultos y los adolescentes. Concretamente, se dedican cuatro clases a información, dos al entrenamiento en toma de decisiones, dos al manejo de la ansiedad, habilidades

sociales y asertividad y una a tratar las influencias de los anuncios, a técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación.

Conclusión

Cada uno de los modelos descritos, ha representado en su momento histórico-social una ventana a la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias, en sus inicios el modelo médico-sanitario fue el más aceptado al provenir de una disciplina como la medicina, que en el sentido común de las personas aparece como un discurso que no se pone en tela de juicio al ser considerada de forma histórica, una disciplina poseedora de la verdad. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha observado que este modelo es reduccionista, sobre todo porque no contempla aspectos de carácter social. A pesar de que el modelo de salud pública - que surgió posterior al simple modelo biológico-, ha sido útil para el control de las enfermedades infecciosas, es de escasa utilidad aplicado al campo de la farmacodependencia. Esto viene motivado por el gran número de factores psicosociales que se relacionan con el consumo de las distintas sustancias. Por ello, su utilización es mínima en la aplicación de programas preventivos y de atención, aunque según algunos autores, en ocasiones se puede partir del mismo y complementarse con otros.

Por otra parte, se ha encontrado que en este modelo existe un grave riesgo al poner una etiqueta de enfermo al consumidor, en tanto tiene un efecto sobre la representación de sí mismo en el mundo, que impacta en el desarrollo de la autoestima e identidad del consumidor y, como consecuencia lo estigmatiza en

forma negativa. Lo anterior toma especial relevancia porque tanto la identidad, la autoestima, como la representación de sí mismo son componentes centrales que pueden determinar la recuperación o no del consumidor (West, 2006). Dicho en otros términos, si concebimos el consumo de sustancias desde la perspectiva médica, ver al consumidor como enfermo, lejos de contribuir a la comprensión integral del fenómeno y ayudar al consumidor, merma su recuperación. Por tales razones, consideramos que el enfoque psicosocial puede ser el más acertado al aproximarse al fenómeno de una manera menos arbitraria y reduccionista como el modelo médico. Sin embargo, los modelos sobre la actitud-conducta, el modelo de acción razonada, el modelo de aprendizaje social, el modelo en entrenamiento en habilidades generales, conforman una serie de antecedentes valiosos para la creación de los modelos psicosociales más contemporáneos, ya que la mayoría de éstos contienen elementos comunes los cuales serán retomados por la teoría de las representaciones sociales, misma que será el marco referencial de la presente investigación.

No obstante, como cada constructo teórico, el enfoque psicosocial posee sus limitaciones; como parte de sus mismos preceptos, al reconocer la importancia del contexto psicosocial como elemento determinante en la conducta del consumo. En este sentido, cada contexto es diferente y por ende, la generalización del modelo a cualquier población no puede ser factible.

2.3 LA TEORÍA DE LAS TEORÍAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Dentro de la perspectiva teórica psicosocial actual emerge la teoría de *las Representaciones Sociales* (Páez, 1987), cuyos orígenes se remontan a Moscovici (1971) como una construcción teórica que ha sido considerado por algunos investigadores en las áreas sociales como una vía apropiada y útil para desconstruir los discursos oficiales de los diferentes actores sociales que se entrelazan en la conformación de distintos fenómenos significativos del orden social, tal como el consumo de sustancias.

En este contexto, el análisis de las representaciones sociales, posee un enfoque procesal, que surge en Francia con los trabajos de Moscovici (2001) en la década de los sesenta, en particular sobre la representación social del psicoanálisis. Sin embargo, en 1898, Emile Durkheim ya había utilizado el término de *representaciones colectivas* para designar el fenómeno social desde donde se construyen las diversas representaciones individuales. Con ello hace referencia a *“producciones mentales colectivas que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad”* (Ibáñez, 1988:30), tales como las religiones o los mitos. Las representaciones colectivas son exteriores a las conciencias individuales; son construcciones colectivas que existen independientemente de los individuos que las utilizan y que provienen de los individuos tomados en su conjunto y no en forma aislada. A partir de las representaciones colectivas se formarían las representaciones individuales, las que son en definitiva su expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo. De esta forma, *“la sociedad proporciona a las personas los*

conceptos con los cuales construyen sus elaboraciones mentales particulares” (Ibáñez, 1988).

Más tarde, Serge Moscovici, rescata el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, desarrollando una serie de investigaciones sobre el concepto de *representación*. Su trabajo en representaciones sociales se centró en la vulgarización del conocimiento científico, tomando como objeto de estudio el psicoanálisis, para ilustrar la forma en que el conocimiento científico se convierte en conocimiento de sentido común, pasando por una serie de transformaciones propias a la constitución de las representaciones sociales. Este autor argumentaba que las representaciones sociales definen la realidad y la controlan Ortega (2004).

Este concepto se va ampliando por el mismo Moscovici y Jodelet quienes consideran que las prácticas sociales están vinculadas a lo social (generalmente las refieren a comportamientos individuales) y las conciben como sistemas de acción socialmente estructuradas, instituidas en relación con los roles. Su planteamiento concibe que las representaciones sociales se conforman a partir de la interacción de dos procesos o sistemas: el cognitivo y el social (Ortega, 2004).

En esta línea, Jodelet (2000) argumenta que las representaciones sociales expresan las relaciones que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros, por lo que se configuran en la interacción social y el contacto con los discursos que circulan en el espacio. También señala que las representaciones sociales tienen una naturaleza social, porque son creadas y compartidas por un grupo, por el contexto situacional de estos grupos, por los procesos de comunicación que se establecen entre ellos, por el acervo cultural que poseen y les proporciona cuadros de aprehensión, así como por la pertenencia social específica que les

procura códigos, valores e ideologías. En palabras de Villarroel (2007), este enfoque se caracteriza, en particular, por su recuperación del conocimiento común, de la idiosincrasia y los comportamientos de la gente común como objeto legítimo para la investigación científica.

2.4 El Concepto de Representación Social

Las representaciones sociales pueden entenderse como formas específicas y estructuradas de conocimiento o pensamiento social, diferenciables de los mitos, las actitudes o la ideología. Estas formas de pensamiento son verdaderas teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de la realidad cotidiana, con la suficiente precisión para poder desenvolverse en ella sin mayores dificultades (Ibáñez, 1988).

La representación social constituye una forma de conocimiento socialmente compartido y construido, para intentar comprender y explicar los fenómenos de la vida cotidiana, contiene una dimensión pragmática o funcional, no sólo en términos de comportamiento, sino en la transformación del entorno en que dichas conductas tienen lugar. Permite a un individuo o grupo tomar una posición frente a distintas situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que le conciernen, y orientar su acción de acuerdo a dicha posición.

Retomando a Moscovici (1971), las representaciones sociales son conjuntos dinámicos cuya característica es producir comportamientos y relaciones con el medio, modificando tanto al medio como al sujeto de la representación. En este sentido, las representaciones sociales son formas de *pensamiento constituido*, en la medida que constituyen productos socioculturales que intervienen en la vida social

como estructuras preformadas que sirven como marco de interpretación; y al mismo tiempo formas de *pensamiento constituyente*, en el sentido que intervienen en la elaboración o conformación del objeto mismo que representan, y de esta forma, contribuyen a configurar la realidad social de la que forman parte, determinando en diversa medida sus efectos en la vida cotidiana. Esto permite comprender las representaciones sociales como *procesos de construcción de realidad*. De esta forma, las representaciones sociales constituyen una construcción activa y dinámica del objeto representado; el sujeto de la representación se transforma así tanto en el autor como en el actor de su propia construcción.

Toda representación es una representación de algo y de alguien. Cada vez que se hace referencia a una representación, por tanto, nos encontraremos ante un objeto o *figura* en relación a un *significado* o sentido otorgado por el sujeto. Estos elementos se corresponden mutuamente y no pueden concebirse separadamente. Así, los aspectos figurativo y significante de la representación social son inseparables. Siguiendo lo anterior, entenderemos que una representación social *no* es una introyección de imágenes externas. Al hacerse referencia a imágenes, éstas se entenderán como figuras que desencadenan una actividad específica de la imaginación. Las representaciones sociales constituyen una construcción activa, más que la reproducción pasiva del objeto representado; en otras palabras, la representación social resulta de una actividad subjetiva o social en el intercambio entre lo percibido y el concepto. El modelo de representaciones sociales se sostiene sobre la base de que tanto el objeto como el sujeto tienen una génesis común, a diferencia de otros modelos –en particular el modelo conductista– que consideran al

sujeto y objeto como entidades separadas cuya forma de relación se reduce a un esquema de estímulo-respuesta. En otras palabras, sujeto y objeto se dan en una relación dialéctica de mutua y continua transformación (Jodelet, 1986).

El interés en las representaciones sociales apunta, no a las características de los 'objetos reales percibidos', sino a los conceptos construidos utilizando elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por el grupo social de referencia y las normas implícitas y explícitas de la sociedad en que se está inserto. En este sentido, las representaciones sociales son autónomas en relación a los "objetos reales". Por ello, la posición social del sujeto de la representación resulta determinante. La estructura social define la entrada del sujeto en contextos conversacionales más específicos o habituales, a la vez que influyen sobre el tipo de experiencia que se establece en relación al objeto de la representación. De esta manera, se condiciona la relación al objeto así como la naturaleza del conocimiento que se alcanza sobre él. Al mismo tiempo, facilita la conformación de identidades individuales y sociales, produciendo los significados necesarios para una adecuada inserción y adaptación de individuos y grupos a su medio social, posibilitando al mismo tiempo su transformación (Ortega, 2004).

Por otra parte, las representaciones sociales contribuyen a lograr que las personas acepten la realidad social instituida; facilitando una integración satisfactoria en la condición social correspondiente a su posición. En este sentido, las representaciones sociales contribuyen a la legitimación y fundación del orden social, tanto a nivel simbólico como práctico, en la medida que orientan comportamientos

que se ajusten a la reproducción de las relaciones sociales determinadas o exigidas por el sistema social (Ortega, 2004).

2.5 Estructura y Funcionamiento de las Representaciones Sociales.

Las representaciones sociales se presentan como una unidad funcional fuertemente organizada. Con esto, quiere decir que los diversos elementos que entran en la composición de una representación social –valores, opiniones, actitudes, creencias, imágenes, informaciones, entre otros- se organizan en una estructura integradora (Ibáñez, 1988).

Según Moscovici, existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los diversos componentes de una representación social. Estos son: *la actitud, la información y el campo representacional*.

La *actitud* hace referencia a “*la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto*” (Ibáñez, 1988:46). Agrupa y articula a los diversos componentes afectivos de la representación, dinamizando y orientando en forma decisiva las conductas, reacciones emocionales e implicaciones de la persona hacia el objeto representado.

La *información* corresponde a la construcción cualitativa y cuantitativa de conocimientos sobre el objeto social.

Por último, el *campo representacional* “*hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma*” (Ibáñez, 1988:47), es decir, a la organización interna y el orden jerárquico de sus elementos.

El campo representacional se organiza en torno al *núcleo figurativo*, el que constituye la parte más sólida y estable de la representación. El núcleo figurativo ejerce una función organizadora para ella, otorgándole su peso y significado a los demás elementos presentes en el campo representacional.

En la formación y funcionamiento de las representaciones sociales intervienen dos procesos: la *objetivación* y el *anclaje*. La objetivación hace referencia al proceso de transformación de los distintos contenidos conceptuales relacionados con un objeto, en imágenes; así, se concretiza lo abstracto, sustituyendo las dimensiones conceptuales más complejas por elementos figurativos más accesibles al pensamiento concreto.

El proceso de objetivación presenta tres fases. Construcción selectiva: en esta fase se da la selección o retención de ciertos elementos de información, rechazando otros; los elementos retenidos tienden a ser descontextualizados, en el sentido que son extraídos de su fuente originaria, y transformados o adaptados de tal forma que puedan calzar en las estructuras de pensamiento ya constituidas en el sujeto (Ibáñez, 1988).

- Esquematización estructurante: esta fase se orienta a la construcción de un núcleo figurativo, a través de la organización de los diversos elementos de información seleccionados y adaptados, materializándolos en una imagen más gráfica y coherente del objeto representado.

- Naturalización: en esta fase, el núcleo figurativo antes construido pierde su carácter simbólico como representación mental construida socialmente, cobrando existencia real y autónoma, y por tanto, anterior al sujeto. De esta forma, el núcleo figurativo se transforma en la expresión o reflejo fiel de una realidad en la que encaja

perfectamente: la distancia existente entre el objeto real y el objeto representado desaparece, el objeto representado se constituye en objeto real.

El proceso de anclaje, por su parte, es descrito como un mecanismo que tiene por finalidad *“integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento tal y como está constituido”* (Ibáñez, 1988).

Este proceso de asimilación de las innovaciones, pasa por la adecuación de lo nuevo en nuestros esquemas familiares; sin embargo, se acompaña de un proceso de ‘acomodación’, en el sentido que *“la integración de la novedad modifica nuestros esquemas para hacerlos compatibles con sus características”* (Ibáñez, 1988). El mismo autor agrega que cada grupo social construye, a partir de sus valores o creencias, una red de significados a partir de los cuales el objeto representado es situado y evaluado como hecho social; los fenómenos nuevos ante los cuales se vea enfrentado un grupo serán tratados a partir de estos valores y creencias propios, haciendo variables los procesos de acomodación y asimilación.

En cualquier caso, esta corriente ha servido para ayudar a dilucidar el propio concepto de representación social, centrándose para ello en el aspecto fenomenológico y semántico de la cognición social, así como en el aspecto hermenéutico de las ciencias sociales en general y de la psicología social en particular (Gallego et al, 2001).

2.6 El consumo de sustancias y las representaciones sociales

A pesar de que los orígenes de esta corriente pertenecen a la escuela europea, la escuela americana -sin dejar de lado los orígenes de la teoría en cuanto

a los fundamentos psicosociológicos y epistemológicos que subyacen a la misma-, se ha distinguido por abrir nuevos caminos de aplicación, en concreto; el campo de estudio de la representación de la enfermedad y en particular en la representación de la conducta adictiva.

Para Páez (1987), las *Representaciones Sociales*, brindan la oportunidad de conocer las bases de las ideologías dominantes e impuestas en forma de sentido común como serían las representaciones sociales hacia el consumo de sustancias, al asumir que son los mismos actores sociales quienes le otorgan un sentido (legal o ilegal, moral/inmoral) a la práctica del consumo como un proceso en el que se apropian y hacen circular los objetos atendiendo a su valor simbólico que puede ser diferente dependiendo del grupo de pertenencia, a través del cual, resignifican y asignan sentido a sus relaciones, construyendo sus identidades y sus diferencias (Mora, 2002).

Por su parte, Gallegos et al., (2001) después de llevar a cabo una investigación donde revisaron estudios realizados bajo este enfoque, concluyen que el consumo de sustancias puede ser abordado con el fin de poner de manifiesto la capacidad de las representaciones sociales tanto para conocer las diferencias que median entre consumidores y población normal, como para conocer la forma en que una representación social incide sobre las conductas relacionadas con el consumo de dichas sustancias. La representación de la droga, agregan, se encuentra en el mismo punto que otros conceptos básicos de la psicología social: un lugar intermedio entre las creencias y la conducta.

Algunas investigaciones (Moral et al., 2006; Álvarez e Ybarra, 2011) proponen que las expectativas de los individuos son predictivas del consumo posterior, dichas

expectativas forman parte de un conjunto de creencias, compartidas, construidas y transformadas por el grupo al que se pertenece, siendo este conjunto de creencias las representaciones sociales. También se confirma que en las explicaciones que dan las personas ante la adicción al consumo de sustancias queda justificado incluir el estudio del proceso sobre cómo el contexto social marca en las personas determinados estilos de vida.

El consumo de sustancias es algo que está muy ligado al modelo de sociedad actual, pues las drogas forman parte de nuestra realidad cultural, una realidad presidida por cambios rápidos y profundos. Lo que no es nuevo para la Teoría de las Representaciones Sociales, ni para la Psicología Social, disciplina en la que se ha aprendido a valorar la importancia del contexto sociocultural como marco de adquisición de los estilos de vida; e igualmente importante, como marco para interpretar esos mismos estilos (Gallego et al., 2001).

Así pues, la perspectiva teórica de las representaciones sociales se considera apropiada para el estudio del comportamiento en adolescentes con consumo de sustancias porque a través de las representaciones es posible conocer cómo se construyen las representaciones del objeto (la droga) y cómo los significados que le atribuyen a ésta dirigen la conducta del consumo, ya que esta construcción se da en el contexto donde viven y conviven los adolescentes, es decir; en lo colectivo y en lo individual. De ahí que las representaciones son primero sociales y después individuales, en tanto, se elaboran con base en un proceso cognoscitivo-individual que toma como referencia al medio donde se desenvuelven (Álvarez, 2002).

La representación social está guiada por una lógica de sentido común marcado por las condiciones sociales donde emerge y tiene como objetivos;

describir, clasificar, interpretar y explicar la realidad. También tienen una función de orientación del comportamiento, es así que a través de las representaciones sociales es posible entender cuáles son las razones que los jóvenes han construido para consumir drogas en los contextos donde viven.

Otra función más de las representaciones sociales corresponde a la identidad del individuo y de los grupos, debido a que son transmisoras de valores, actitudes, normas y creencias. En este sentido, la práctica del alcohol por ejemplo, es cultural y es aprendida en su contexto inmediato; familia, pares, compañeros. Adicionalmente se considera que este hábito se da en grupos ya integrados y que fortalecen de esta forma la identidad y la pertenencia al grupo ya sea por la edad, el trabajo, las condiciones sociales, afinidades, entre otros, máxime si la característica común es la adolescencia y su relevancia sobre la identidad y la pertenencia grupal que se acentúan en esta etapa (Alonso & Álvarez, 2004).

. Siguiendo con esta lógica, el contexto (dinámico y contradictorio) y la interacción son indispensables para entender el significado de las representaciones donde se organizan las percepciones, valores, conocimientos, atribuciones, creencias, actitudes relativos al consumo de sustancias y a la realidad ligada a esta conducta en los adolescentes (Alonso & Álvarez, 2004).

Respecto a las creencias y valores, las representaciones sociales señalan la importancia del contexto sociocultural. Se ha comprobado que las *creencias* y las *actitudes* hacia las drogas se relacionan con el uso del adolescente (Becoña, 1999, Álvarez, 2004). La iniciación en el uso de drogas suele ir precedida por actitudes favorables hacia el consumo, además los individuos con mayor riesgo de involucrarse en estas conductas tienden a sobrestimar la prevalencia de consumo en

su entorno. Estos individuos muestran “creencias normativas” (percepciones sobre lo que es la “normal en su ámbito social) que les crean presión hacia el consumo (Castro, 1999).

En este sentido, retomando como ejemplo el consumo del alcohol, se debe incluir el aspecto ideológico-cultural, en tanto que esta conducta puede ser alentada por la cultura, no así las drogas ilícitas, las cuales son censuradas y valoradas de manera negativa por la sociedad en general. Es por ello que, el caso del consumo de alcohol se ha reconocido como una práctica histórica, dado que se ha encontrado presente siempre, asociada a diversos aspectos de la vida social, reforzándose y fomentándose así desde lo colectivo, lo familiar y lo individual (Álvarez, 2002; Roble, 2006).

Por su parte, las investigaciones parecen coincidir en que las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen adicción (Becona, 1999).

Un aspecto relevante es que los comportamientos no se distribuyen por igual en el amplio marco del contexto social, también deben considerarse la categorización social, ya que estos difieren según el estrato y el grupo al que se pertenezca. De igual forma se incluye el género, pues la feminidad y masculinidad son también construcciones sociales que se asumen en la socialización y forman la identidad, en este orden de ideas, el consumo de sustancias en los varones tiene connotaciones diferentes a las de la mujer, o simbolismos acerca de los objetos (Álvarez, 2002).

En otros estudios realizados en países como Colombia, los investigadores concluyen que la representación social sobre el consumo de drogas está relacionada

con las consecuencias de su práctica, destacando el daño físico y el deterioro de las relaciones familiares, pero además, destacan la necesidad de pertenecer a determinados grupos, la experimentación y la idea de “necesitar” evadirse de una realidad poco grata, son los elementos con mayor importancia. Agregan que existen una serie de significados compartidos que se estructuran como representaciones sociales que orientan la conducta de los jóvenes y que otorga un sentido social al consumo de drogas (Sierra et al., 2005).

Otro estudio que se realizó en Brasil (Martins & Souza, 2005) exploró la representación social de la marihuana en grupos de jóvenes usuarios y no usuarios, en el cual se reportaban ideas relacionadas con vivencias psicológicas de placer, relajamiento y bienestar, por ambos grupos. Según los autores, la preferencia por esta sustancia, entre las drogas ilícitas, podría ser entendida, por la existencia de cierta creencia de que ésta no crea daño/dependencia para el organismo, así mismo podría ser interpretado como una tentativa de ruptura con la normatividad social, que no ofrece espacio para la práctica de autoregulación del sujeto, donde la transgresión puede ser considerada natural en esta fase, ya que posibilita al joven tomar el control sobre sí mismo en el pasaje para la vida adulta, tal como lo menciona también Bucher (1992).

En México, los estudios realizados por Álvarez (2002), Alonso & Álvarez (2004), Álvarez e Ybarra (2011), conforman un antecedente importante acerca de las representaciones sociales en el consumo de sustancias. No obstante, la mayoría de estas investigaciones se han enfocado especialmente en el consumo de alcohol, debido quizá a este es uno de los problemas de salud más graves y costosos a nivel

mundial (OMS, 2008). En este contexto, Álvarez (2004) reportó que en un estudio de meta-análisis realizado por Leigh y Stacy en 1991, se encontró que las creencias de los efectos positivos del alcohol fueron las que más se asociaron con el consumo del mismo. El autor agrega que las representaciones sociales (RS) podrían entenderse como una perspectiva que nos sitúa en las motivaciones, creencias, actitudes, explicaciones, emociones y conductas que las personas tienen en este caso, respecto al alcohol. En este sentido, se puede argumentar que el alcohol no es solo una droga, sino que es un simbolismo social que impregna las relaciones sociales y las cogniciones intrapersonales, el cual se ha forjado a través de la historia de las sociedades.

Siguiendo con este autor, las Representaciones sociales permiten entender los diversos elementos que interactúan tanto en los procesos cognitivos como en las interacciones sociales. Como fenómeno cognitivo, vinculan la pertenencia social de las personas con aspectos normativos y emotivos, las experiencias, los modelos de conducta y formas de pensamiento inculcadas. Como aspecto social, desempeñan un papel clave, ya que se ubican en la intersección entre lo psicológico y lo social. Así lo confirman los hallazgos de un estudio correlacional en estudiantes de bachillerato, donde se estudiaba la relación entre las creencias y el consumo de alcohol, encontrando tres factores (representación positiva, representación negativa del alcohol y alteración cognitiva) que conformaban las representaciones sociales del alcohol, agregando que el único factor que arrojó una asociación significativa entre creencia y consumo fue el de la representación positiva del alcohol. Así mismo, fue la única asociación que reportó un valor predictivo con el consumo en fiestas y con

los amigos, indicando con ello que los chicos que están inmersos en una red de apoyo social de consumo tienden a consumir más.

En otro estudio con mujeres adultas consumidoras de alcohol, con un enfoque cualitativo a través de grupos focales, se encontró que las razones principales por las que se consume alcohol son: para convivir, divertirse y por encontrarse deprimidas. Según el estudio, ellas consumen en primer lugar, porque desean sentirse alegres, disminuir la depresión y la tristeza y, después para socializar y convivir. Además consumen más en el contexto de lo familiar (Alonso y Álvarez, 2004).

Una revisión de la bibliografía internacional sobre los factores asociados con el abuso de alcohol en adolescentes (Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005), indica que es entre los universitarios donde el consumo alto o explosivo tiende a ser mayor, inclusive entre los jóvenes que no asisten a la universidad, también se reporta que el período de mayor consumo se da entre los 18 y los 21 años de edad. Otros factores identificados son la exposición a los sucesos negativos de la vida, las formas inadecuadas de enfrentamiento, las variables de personalidad, el recurrir al alcohol para reducir la tensión y las variables de contexto medioambiental y socio-cognitivas, entre las cuales destacan las expectativas respecto a los efectos positivos del alcohol. Las expectativas no sólo predicen el consumo del alcohol, sino que también permiten diferenciar el consumo problemático del no problemático. Por ejemplo, mientras los bebedores sociales tienden a tener expectativas más de tipo social al consumir alcohol, los bebedores excesivos esperan que el alcohol incremente su potencial de conducta agresiva y sexual, y que a la vez, reduzca el estrés o la tensión.

Finalmente, en otro estudio se analizaron las variables relacionadas con el consumo juvenil de alcohol y otras sustancias psicoactivas y, con las actitudes hacia la experimentación. Los resultados confirman la multideterminación de este fenómeno, comprobando que la actitud juvenil hacia el consumo de sustancias es más favorable cuanto menor sea la percepción de riesgo, mayores las creencias distorsionadas y más permisiva sea la disposición para el consumo de alcohol y otras drogas ilegales (Moral, Rodríguez & Sirvent, 2006).

III. FACTORES DE RIESGO

Como hemos descrito con antelación, es el enfoque psicosocial el que ha mostrado una mejor comprensión sobre el consumo de sustancias, ya que su objeto de estudio no se limita al individuo, sino que también se interesa por conocer el contexto social del mismo y su relación con éste, es así que la determinación del comportamiento adictivo en este caso, se encuentra influida tanto por las características individuales como por la interacción del individuo con los que le rodean; la familia, los pares, los maestros. Es por ello que la mayoría de las investigaciones realizadas bajo este enfoque han argumentado que las conductas de uso y abuso de sustancias se encuentran relacionadas con diversos factores, denominados *factores de riesgo y factores protectores*, que a su vez han sido agrupados, en *factores individuales, interpersonales (grupales) y contextuales o ambientales* (González, García-Señoran & González, 1996; Margain 2000; Guibert, Gutiérrez & Martínez, 2005). A continuación se describen los factores de riesgo psicosociales que se incluyeron en la presente investigación.

3.1 Concepto

Un factor de riesgo es un aspecto de la conducta personal o del estilo de vida, exposición ambiental o característica innata o hereditaria que, con evidencia epidemiológica, se conoce está asociado a una condición relacionada con la salud y es considerada importante de prevenir (OMS, 2002). El término factor de riesgo es usado primordialmente por la medicina para situar condiciones adversas, por lo general relacionadas a la mortalidad, como el consumo de tabaco asociado a enfermedades respiratorias. En psicología se une directamente con el concepto de adversidad definido como una constelación de factores de riesgo, tales como vivir en la pobreza, o una situación de vida específica, como por ejemplo la muerte de un familiar (Melillo, 2001). En México, la literatura ha definido diversos factores de riesgo que han sido estudiados por autores como; Campollo & García, (2007); Castro, (1990); Álvarez e Ybarra (en prensa). En este estudio, se revisan aquellos que consideramos más importantes por el grado de relación que guardan con la conducta del consumo en adolescentes, en tanto, se agruparon en tres áreas; individual, grupal y contextual, con el fin de lograr una mejor comprensión.

3.2 El área individual

Los factores individuales se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos que determinan una mayor o menor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de sustancias (González et al., 1996).

Se ha encontrado que la *edad* es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas y, la precocidad en el uso de sustancias es uno de los

principales predictores del abuso en la adolescencia. Las frecuencias de consumo más altas coinciden, generalmente, con una mayor antigüedad en el inicio del consumo (Anthony y Petronis, 1995; Durant, Smith, Kreiter y Krowchuck, 1999).

3.3 Eventos de vida

Un evento vital es aquella situación o situaciones objetivas de cambio vital que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, en tanto que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos estresantes son aquellos que se perciben como amenazantes para el bienestar psíquico o físico de la persona (Krantz et al., 1985).

Es menester resaltar que los factores estresantes en los adultos no son los mismos que en niños y adolescentes, ya que en éstos últimos la mayoría están asociados a la relación con padres, familiares, maestros y a factores económicos que no depende directamente de ellos (Welberg, 1992). Coddington en 1972 fue uno de los pioneros en investigar los sucesos de vida estresantes en niños y adolescentes y la influencia de dichos sucesos en la adaptación social de éstos. Los resultados que encontró mostraron que el suceso de mayor relevancia en el nivel de preescolar y primaria era la muerte de los padres, mientras que en el grupo de secundaria fue el embarazo fuera del matrimonio, y en el grupo de preparatoria fue casarse. En otra investigación, Raviv, Keinan & Abazon, (1990) identificaron el cambio de casa como un suceso estresante para los adolescentes.

En México, un estudio realizado con adolescentes de todo el país, Lucio et al., (2001) reportaron que la evaluación que hacen los adolescentes de los eventos

estresantes tales como; separación o pérdida de un padre o familiar, cambio de escuela, problemas en la misma, agresiones físicas o sexuales, se encuentra influida por la edad y el nivel socioeconómico, así como por el estado de ánimo (Lucio, Loza & Durán, 2000).

En una investigación más, Sánchez, Arellanez, Rodríguez & Pérez (2006) reportaron en una muestra de mujeres de 18 a 45 años de varios estados de México, una relación significativa entre el aumento del consumo de sustancias y el haber emigrado a EU.

Investigaciones sobre la exposición a diferentes formas de violencia y su relación con el uso de alcohol y drogas tales como la marihuana, la cocaína, la heroína y las metanfetaminas; confirman que las experiencias violentas son factores fuertemente asociados con el contacto y uso de drogas (eventos de vida negativos) en particular cuando estas experiencias han ocurrido durante la infancia o la adolescencia (Vermeiren. et al., 2003). La literatura también indica que la severidad de la exposición a la violencia puede estar directamente asociada con el consumo de sustancias (Ramos-Lira et al., 2001). Un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra nacional representativa de jóvenes encontró que aquellos que habían experimentado abuso físico o sexual, tenían el doble de probabilidad que sus pares no victimizados de reportar uso o dependencia a las drogas en el año anterior a la encuesta (Clark, Lesnick & Hegedus, 1997).

En otro estudio, los resultados de un estudio representativo con estudiantes de secundaria y preparatoria de todo el país también apoyaron la relación entre una forma particular de violencia, el abuso sexual, y el consumo de drogas, tanto en uno

como en otro sexo. Los datos se derivaron de la Encuesta nacional de uso de drogas en la comunidad escolar realizada en 1991 por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Dirección General de Educación Extraescolar de la Secretaría de Educación Pública aplicada en escuelas con reconocimiento oficial en áreas tanto urbanas como rurales del país. Las experiencias violentas han sido asociadas con la iniciación temprana de uso de sustancias (Ramos-Lira et al., 1998), lo que parece poner a los adolescentes y jóvenes en una situación vulnerable al desarrollo de abuso y adicción. De hecho, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA) considera relevante investigar los procesos ocultos tras la susceptibilidad a la adicción que experimentan las personas que inician el uso de drogas en la adolescencia. Cabe resaltar que alrededor de 64% de los pacientes que inician un tratamiento para combatir la adicción a sustancias en ese país empezaron a abusar de ellas antes de los 21 años (Kilpatrick et al., 2000).

Finalmente, como parte del piloteo de este estudio, se publicó recientemente los resultados preliminares donde se corrobora la importancia de la relación entre algunos eventos de vida negativos, tales como violencia, abandono por alguno o ambos padres, abuso de sustancias por parte de los padres, etc. y la aparición y mantenimiento del consumo de sustancias en adolescentes (Arellano & Álvarez, 2010).

3.4 Malestar emocional

El término *malestar emocional* fue acuñado en 1994, por Albert Ellis y algunos de sus colegas que trabajaban bajo el enfoque de la terapia racional emotiva y cognitivo-conductual, este concepto lo describen como un constructo binario

conformado por dos componentes distintos: sentimientos negativos funcionales (p. ej. tristeza) y sentimientos negativos disfuncionales (p. ej. sentirse inútil) (Mongomery, Macavei y Bovbjerg, 2006), razón principal por la que consideramos apropiado este concepto como variable de estudio, ya que sus dimensiones no se reducen a la integración de un síndrome patológico.

En este contexto, históricamente se pensó que la psicopatología y las adicciones estaban relacionadas sin más. En los años 50, se explicaba que la drogodependencia estaba causada por una psicopatología previa. Pero también en los años 70, se intentaba explicar la adicción sin considerar las disfunciones psíquicas. En tanto, numerosos estudios realizados en sujetos adictos han mostrado que hay una mayor prevalencia de trastornos en esta población de la que se espera al azar. En este sentido, se puede afirmar que hay una relación entre psicopatología y adicción, pero existe un debate en explicar si uno es consecuencia del otro.

Los problemas psicopatológicos son factores de riesgo para el desarrollo de una adicción. Las disfunciones psicopatológicas pueden modificar el curso de una adicción que ya esté en marcha. En el curso de una intoxicación crónica, pueden aparecer síntomas psicopatológicos y se pueden desarrollar trastornos como resultado de una adicción y, también pueden persistir después de la adicción (CIJ, 2007).

Una versión más actual es la que habla de que la reducción del afecto negativo es un factor que precede al uso inicial y a la escala en el abuso de las drogas. Según esta teoría el uso inicial aparece cuando el sujeto tiene sentimientos de afecto negativo y el uso de las drogas reduce este sentimiento. La gente espera que el uso de una droga reduzca el afecto negativo. Si en los primeros usos esto es

así, se producirá un aumento del consumo en la medida en que el sujeto no disponga de otros medios que le aporten ese mismo resultado. A su vez, el incremento del consumo dificultará e incluso impedirá al sujeto la búsqueda de otras soluciones. Se usa las drogas como un intento de borrar el dolor, los problemas. Este uso de las drogas puede, fácilmente desembocar en una adicción (Newcomb y Bentler, 2004, en CIJ, 2007).

Al respecto, en una investigación realizada por Palacios & Cañas (2010), se estudiaron las características psicosociales asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y, encontraron que el tener una menor autosatisfacción o un menor bienestar subjetivo se relaciona con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, similar a lo reportado por otros autores como Andrade et al., (2009); Martínez & Robles, (2001). Continuando con este estudio, según los autores, el bienestar subjetivo es un factor protector contra la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco, es decir, presentar cierto malestar con la vida será un promotor para que el adolescente se involucre en el consumo de alcohol o tabaco como una forma para disminuir su malestar. Estos resultados son interesantes porque también se han encontrado en otros estudios similares; Chico, (2006); González et al., (2002).

Otro ejemplo que nos brinda la literatura científica, es aquel que ha definido a la historia familiar de alcoholismo (HFA) como un factor de riesgo para el posterior consumo de drogas, alcohol y problemas subsecuentes. Esta influencia se debe al estrés al cual los jóvenes con este histórico familiar han sido sometidos. Otro factor de riesgo es el consumo de drogas entre los jóvenes y la presencia de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En Estados Unidos, se estudió la

importancia de estos factores y los trastornos relacionados al consumo de alcohol en una muestra de adolescentes con y sin diagnóstico de TDAH. También se evaluaron situaciones de estrés, consumo de alcohol y la presentación de síntomas de depresión en por lo menos uno de los padres. Los autores reportaron proporciones iguales de HFA tanto en los jóvenes con TDAH como entre aquellos que no lo tienen. Así mismo, concluyen que el estrés parece ser más importante entre los jóvenes con TDAH y éste aumenta el riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo de alcohol entre los jóvenes con HFA (Michael et al., 2007; Rodríguez et al., 2007).

En México, se estudió la relación entre el nivel de consumo de alcohol, el número de síntomas de problemas de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por los síntomas somáticos en una muestra de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera a través de un muestreo de tipo intencional, con población entre 18 y 30 años. Para determinar los niveles de consumo de alcohol se empleó la versión breve de la prueba AUDIT. Para conocer el estado de salud mental se aplicó el Inventario de Salud Mental (Mental Health Inventory, MHI-5) y la escala SCL-90 (Symptoms Check List-90) para determinar el malestar psicológico derivado de los síntomas somáticos. Los autores concluyen que la relación entre el consumo de alcohol y los problemas de salud mental puede deberse al uso de alcohol como una manera de hacer frente a los problemas emocionales. Por otro lado, la relación entre el consumo de alcohol y los síntomas somáticos puede derivar de las problemáticas de salud relacionadas con el consumo excesivo o con el uso del alcohol para aliviar los malestares ocasionados por el cansancio y la carga de trabajo (Ruiz et al., 2006).

En otro estudio, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en base al DSM-III-R, y revisar y discutir algunos de los resultados que respecto a la comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias han ido emergiendo del análisis de los datos de la Ciudad de México, en el marco de la colaboración y participación en el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica, ICPE. Según los autores, la importancia del estudio sobre este tipo de comorbilidad reside en que: 1) a lo largo de la vida, la comorbilidad tiende a ser crónica en ambos tipos de trastornos; 2) las personas afectadas muestran un mayor deterioro y un mayor riesgo suicida en comparación con las personas que sólo tienen una de estas patologías; 3) la prevención de la comorbilidad en las personas que presentan solamente trastornos mentales o por el uso de sustancias, pudiera ayudar a prevenir los efectos secundarios. Los datos proceden de una encuesta de hogares representativa de las personas de 18 a 65 años del Distrito Federal. El diseño de la muestra fue polietápico y estratificado por sexo. El instrumento diagnóstico fue el CIDI, y los criterios diagnósticos fueron los del DSM-III-R. Se encontró que la morbilidad psiquiátrica fue comparativamente menor que la encontrada en otros países o entre los emigrantes mexicanos. Sin embargo, los patrones de comorbilidad fueron semejantes, y a medida que aumentaba la severidad del consumo de sustancias aumentaba también el riesgo de asociarse con otras psicopatologías. Los trastornos de ansiedad precedieron con mayor frecuencia que los desórdenes afectivos, al abuso y dependencia de sustancias (Carabeo & Colmenares, 2002).

Sin embargo, en un estudio reciente elaborado por Torrens (2008), la autora realiza una importante revisión sobre los retos del futuro en el tratamiento de

pacientes con patología dual; haciendo énfasis en la importancia de seguir avanzando en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo/intoxicación/abstinencia de sustancias de abuso. Planteando la necesidad de clarificar esta relación en la elaboración de los criterios diagnósticos del DSM-V. Agrega que algunos investigadores apoyan cambiar la terminología actual y sustituir la terminología “trastorno primario” por “trastorno independiente” para enfatizar la no relación de causalidad ni temporal entre los trastornos, trabajo apoyado por Saunder et al., (2007). Así mismo, se enfoca sobre la importancia de continuar buscando marcadores biológicos que pudieran validar los criterios utilizados para definir y diferenciar estas condiciones constituye un reto importante. Por otro lado, afirma que existe la necesidad de disponer de instrumentos clínicos cribado válidos y fiables que permitan detectar la presencia de otros trastornos psiquiátricos en usuarios de drogas. Finalmente, se plantea también la necesidad de proporcionar terapias efectivas para estos pacientes; (abordajes farmacológicos y psicológicos) y dónde debe llevarse a cabo el tratamiento (centros de salud mental, centros de adicciones). Con respecto a este punto, en la actualidad, los estudios apuntan claramente que, para obtener resultados eficientes, el paciente con patología dual debe ser atendido en un sistema integrado. Esto implica la necesidad de tener una red única de atención a todos los problemas mentales, incluyendo las adicciones. Sin embargo, esta evidencia científica contrasta con la realidad, tal como lo menciona Drake et al., (2005), quien señala que en la mayoría de los países, la atención se da en dos redes y en muchos casos es excluyente, con el riesgo de disminuir la calidad de la asistencia y, peor aún, de que algunos de estos pacientes, -sobre todo los más graves- queden

excluidos de la asistencia por las dificultades de ser atendidos en esta modalidad de atención.

3.5 Eventos de vida y malestar emocional

Existe evidencia empírica que ha sustentado asociaciones importantes entre eventos de vida negativos y estados afectivos negativos, de ello se ha desprendido que los estados afectivos negativos sean considerados un factor de riesgo para el consumo de sustancias (Luengo et al., 1999). En particular, la relación del consumo de drogas con la depresión como factor antecedente ha sido ampliamente estudiada y documentada (De la Garza, Mendiola & Rábago, 1991). Por su parte, Adams y Adams (1993) encontró una relación entre los sucesos estresantes, la depresión y el intento de suicidio. Cheung (1995) encontró que algunos sucesos estresantes, como el divorcio o la muerte de los padres, están relacionados con síntomas de depresión en niños y adolescentes. Wagner, Cohen & Brook (1996) evaluaron la asociación que hay entre el número de sucesos estresantes negativos con síntomas de depresión y de trastorno de la conducta, con la disciplina parental cordial y severa.

En México, De la Garza et al. (1991) reportaron que el 70% de la muestra estudiada manifestaron consumir inhalantes por tristeza y/o por problemas familiares. Un estudio similar en otra ciudad con pacientes inhaladores, arrojó como datos relevantes que la depresión es el síntoma patológico más frecuente y que las familias presentaban graves problemas de desorganización, además de problemas de adaptación a la adolescencia.

Los estados ansiosos, también han sido reportados en diversos estudios donde se han encontrado asociaciones significativas entre el consumo de drogas y

la vivencia de ansiedad general. Otros estudios han encontrado interrelaciones con tendencias a la inestabilidad emocional con altos niveles de ira y con la utilización de estrategias poco asertivas para afrontar las emociones. Este tipo de observaciones ha conducido a algunos autores a suponer que, en algunos casos, el consumo de drogas puede ser utilizado como una estrategia para aliviar el malestar emocional (Luengo et al., 1999).

En este contexto, se evidencia que los eventos de vida pueden ser factores determinantes para presentar trastornos *afectivos y del estado de ánimo* en adolescentes y éstos a su vez aumentan el efecto de la exposición a factores de riesgo externos, contribuyendo no sólo al inicio del consumo sino también a un tránsito regular al uso de sustancias Newcomb & McGee (1991).

3.6. El área social

Soporte social. La familia, los amigos, la escuela son todos factores de carácter grupal, denominado soporte social.

El concepto de *soporte social* se refiere tanto a la cantidad de relaciones sociales como a lo que se denomina soporte funcional y percibido, es decir; la percepción subjetiva o satisfacción con la ayuda que se recibe de los otros (Basabe et al., 1993). El elemento fundamental no es la mera inserción en una red social amplia, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, de información y material (Páez et al., 1986). Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad (Sarason et al., 1983). Por su parte Rook & Dooley (1985),

revisando 18 investigaciones sobre la relación entre el soporte social y malestar psicológico, encontraron que el primero explicaba del 2 al 17% de la sintomatología.

Por otro lado, la ausencia de una red social eficaz actúa como un factor de riesgo en personas con déficits de integración social. De tal manera que la falta de soporte social puede influir de manera indirecta en la exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos. Por el contrario, una fuerte red de apoyo social permitiría mitigar y controlar el impacto del estrés. Al respecto, se ha constatado una relación entre el nivel de soporte social y el nivel de estrés; la interacción de bajo apoyo y altos niveles de estrés produce un efecto superior al deseable de un simple efecto aditivo. Del mismo modo, la acción de sucesos negativos y un pobre soporte social se sobreponen –por ejemplo, la pérdida de un ser querido supone simultáneamente, un suceso de vida negativo y una carencia de soporte social- (Páez et al., 1986).

En otro estudio realizado por Cuenya (2006) donde se analizó las posibles relaciones entre los estresores ocupacionales y el consumo y abuso de alcohol en jóvenes trabajadores, a su vez también observó la influencia del soporte social en dicha relación. Algunos de sus hallazgos fueron que el Soporte Social correlacionó significativamente de forma inversa con las medidas de estresores laborales, y de forma directa con la intensidad de consumo. Es decir; aquellos sujetos que percibieron más apoyo y ayuda de los otros fueron aquellos que reportaron percibir menos estresores ocupacionales en sus ámbitos de trabajo, en tanto, también fueron aquellos sujetos que habían consumido alcohol con mayor intensidad. La relación

entre Soporte Social y el consumo de alcohol ha sido documentada en una investigación previa, con resultados similares (Leibovich & Schmidt, 2004).

Por su parte, si el grupo de pares son consumidores también, el riesgo de consumir aumenta, ya que como sabemos, en la adolescencia el grupo de iguales toma especial relevancia al convertirse en una fuente de apoyo social subjetiva para el adolescente en busca de su identidad y pertenencia. En este contexto, un estudio realizado por Andrade et al., (2009), reportaron que las diferencias encontradas entre los adolescentes no consumidores y consumidores de tabaco y alcohol con respecto a su habilidad de resistencia a la presión, se pone de relieve la importancia que posee el principal grupo de referencia en la adolescencia, el cual está conformado por el grupo de pares y la pareja. Los adolescentes que nunca han consumido tabaco ni alcohol en su vida o en el último mes, obtuvieron puntajes más altos en su habilidad de resistencia a la presión que los adolescentes que si lo han hecho, en contraparte, los adolescentes que presentan un consumo frecuente de tabaco y alcohol en el último mes poseen una mayor aceptación de la presión de su grupo de pares y/o pareja para el consumo de tabaco y alcohol. Estos hallazgos confirman en México lo reportado en estudios en otros países (De Vrieset et al., 2006; Epstein et al., 2007; Epstein & Botvin, 2008), al coincidir que la habilidad de resistencia a la presión es uno de los factores más importantes para la prevención del consumo de drogas en adolescentes.

3.7 Estilo de vida

Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas

para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de condicionantes personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.

La educación para la salud no puede olvidar la importancia que tiene el factor cognitivo como determinante o predisponente de cambios de conducta. Aunque el conocimiento de algo, por si solo, no es un condicionamiento de cambio conductual, si se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso hacia un cambio de comportamiento. Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo (Arrivillaga, 2003).

El estilo de vida puede ser distinto en cada etapa del desarrollo del individuo. Durante la adolescencia el estilo de vida propio comienza a tomar cada vez mayor fuerza, dejando atrás los patrones familiares, tal como lo señala Fernández (2008) al referir que esta etapa es fundamental para forjar tanto el estilo de vida y como las conductas de riesgo para el futuro, pues el joven queda expuesto a un intenso espectro de estímulos que influyen sobre su salud de manera determinante. Por ello, pueden manifestarse actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencias, dadas por la poca experiencia y búsqueda de identidad del adolescente; estas conductas pueden verse reflejadas en alteraciones en las áreas de uso y abuso de

drogas. En este sentido, el consumo de sustancias psicoactivas se presenta en tanto los chicos buscan nuevas experiencias sensoriales y emocionales que aunado a factores familiares y sociales, los hacen más vulnerables al consumo (Ortiz et. al., 2005).

La instalación de la etapa adictiva implica la presencia de un auténtico, aunque inconsciente, compromiso del adolescente ante los químicos y el estilo de vida inherente al consumo. En forma importante, este nuevo estilo de vida incluye la integración y pertenencia a un grupo social que comparte similares valores y que tiene como punto central de su convivencia el culto y el uso de sustancias.

Los cambios en las actividades y en las compañías amistosas son directamente proporcionales al incremento del uso. Con frecuencia hay un descenso en actividades que previamente se disfrutaban. Las nuevas alianzas con compañeros usuarios garantizan la disponibilidad de sustancias y proveen la tolerancia necesaria ante conductas anormales e inaceptables en otros (Furlong & Cartmel, 2001; Sánchez-Mejorada, 1993).

De acuerdo con la última encuesta nacional de la juventud (IMJ, 2005), en Monterrey, Nuevo León, los jóvenes que abandonan sus estudios para los hombres se encuentra entre los 13 y 19 años, y para las mujeres entre los 17 y 18 años, es decir, cuando terminan de cursar primaria y en menor grado educación media.

Según la encuesta, la tendencia de abandono de estudios de quienes prefieren trabajar, aumenta en la medida en que los grados escolares también lo hacen y el nivel socioeconómico disminuye. Algunas de las razones para dejar de hacerlo son; “porque ya no me gustaba estudiar” corresponden a un nivel muy bajo, entre 12 y 14 años.

En total el 52.6% no estudian, aunque la edad promedio para dejar de hacerlo se reporta a los 17 años. En cuanto al tiempo libre en la encuesta señalada, un 34% reportó realizar alguna actividad física. La gran mayoría prefiere pasar el tiempo libre con sus amigos, el 72% lo pasan en el barrio o calle (nivel muy bajo) y 64.8% los de nivel bajo. En los hábitos de alcohol y tabaco, se reporta un 68% antes de los 11 años.

3.8 El área contextual o ambiental

Los *factores contextuales o ambientales* tienen que ver con las regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas, los factores culturales, geográficos y económicos, la influencia de los medios de comunicación o los factores de tipo comunitario (González et al., 1996).

Accesibilidad a las sustancias

De acuerdo con Becoña (2002) para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, presentación, el modo de obtenerla, así como el costo, son variables importantes para determinar la *accesibilidad* a las sustancias. Así, se ha encontrado que la facilidad del acceso a las drogas se asocia con un mayor consumo en los adolescentes. De tal manera que, cuando el precio es bajo la probabilidad del consumo es mayor. Cuando es alto, la probabilidad del consumo es menor.

La exposición a las drogas se considera como el factor de riesgo más importante para desarrollar una adicción y mientras más temprana es ésta, mayores posibilidades existen de iniciar el consumo. Sobre este aspecto, en la ENA 2008 se

reportó que el 35% de los encuestados informó que les era fácil obtener drogas. El 67% de los varones y 57% de las mujeres que habían usado drogas dijo que un amigo se las había ofrecido por primera vez, 18% de los varones y 40% de las mujeres la había obtenido por primera vez de un familiar, 6 y 4% respectivamente, un compañero de la escuela, y solamente 5 % de los varones, y ninguna mujer, reportó que la habían obtenido de un vendedor (SSA, 2009).

No obstante, se considera que la disponibilidad de drogas, tiene efecto cuando se ejerce a través de la presión de los iguales, el abuso de sustancias en la familia, el género, el estatus socioeconómico y la aculturación. En México, Medina-Mora et al., (1995; 2003) han confirmado estos datos, al encontrar una tendencia hacia el uso de drogas más frecuente entre los padres de estudiantes consumidores de sustancias ilícitas, en comparación con los no usuarios, lo que significa que si los padres son consumidores, la accesibilidad a las sustancias es mayor y por ende la probabilidad de que los hijos se inicien en el consumo también aumenta. Sobre la relación con pares, Villatoro, et al., (2005) corroboran que cuando los pares de un adolescente usan drogas, éste tiene una alta probabilidad de usarlas también aunque no estén presentes otros factores de riesgo.

La ENA 2008 revela que es 4.4 veces más probable que una persona use drogas si su padre las consume; 4.6 veces cuando el hermano es quien lo hace y, 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo (SSA, 2009).

La presencia de amigos cercanos consumidores de drogas es un factor predictor del consumo en adolescentes (Calleja & Aguilar, 2008; Jiménez-Muro et al., 2009). En otro estudio con adolescentes en Chiapas, los resultados muestran que la

permissividad influye como primer predictor y de forma consistente con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, de manera similar a lo reportado por Andrade & Betancourt (2008). Parece que en la medida que los adolescentes estén de acuerdo con que los jóvenes de su edad realicen conductas de riesgo, mayor será la probabilidad para que se involucren en el consumo de sustancias, así como la percepción de tolerancia y accesibilidad también parece aumentar (Arellanez et al., 2004; González et al., 1996). Es así que el entorno social referido y, el nivel de acuerdo o desacuerdo que el propio adolescente manifieste y tenga de que los jóvenes de su edad realicen conductas de riesgo, da forma a las actitudes de tolerancia, accesibilidad y permissividad hacia el consumo de drogas (Palacios & Cañas, 2010).

IV. CLASIFICACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

4.1 El concepto de droga

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. En 1982, esta organización intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada”.

En el 2003 queda definida como cualquier sustancia psicoactiva que en el interior de un organismo puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras (OMS, 2003).

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo *droga* para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan.
3. No tienen indicación médica alguna

4.2 Uso, abuso y dependencia

El uso o consumo de sustancias es una expresión que encierra conductas que van desde el uso ocasional de esa sustancia psicoactiva al uso compulsivo de la misma, pudiendo el sujeto tener o no conductas asociadas con efectos adversos.

La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación. También esta en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera).

4.3 Usuarios problema

La Organización Mundial de la Salud (1992), introdujo la categoría de "**consumo perjudicial**" para definir aquel que está afectando la salud física (p.e. hepatitis asociada con la administración intravenosa de drogas) o mental (p.e.

episodios de trastornos depresivos secundarios a la ingesta excesiva) del consumidor. Califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple el criterio de dependencia.

Una categoría relacionada es la de *consumo peligroso*, que se define como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente, de una o varias sustancias psicotrópicas que representa un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo. Se ubican en este grupo las personas que aún no cumplen con el criterio de *consumo perjudicial*.

4.4 Abuso

De acuerdo al **DSM IV** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association), el Abuso de sustancias se define por los siguientes criterios diagnósticos:

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 1 o más de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- 1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

- 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil).

3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales continuos o recurrentes o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

4.5 Dependencia

La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association), la dependencia de sustancias se define como:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1) **Tolerancia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (*cada vez necesita más*)
(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado (*cada vez menor el efecto*).

2) **Abstinencia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes (ej. continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

V. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

Los trabajos de salud pública y epidemiología de las Encuestas Nacionales de Adicciones son los más importantes en su campo ya que retratan el uso, abuso y dependencia, tanto de sustancias psicoactivas legales, como de ilegales (marihuana, cocaína, derivados del opio, anfetaminas y metanfetaminas, inhalables, alucinógenos y tranquilizantes).

Este esfuerzo inició en 1988 y se han realizado hasta la fecha cinco más en 1993, 1998, 2002, 2008 y 2010. Estas encuestas fueron diseñadas con la metodología adecuada para obtener datos de las áreas urbanas y rurales y, por entidad federativa.

A continuación se describe la trayectoria de consumo de las diferentes sustancias según las Encuestas Nacionales de Adicciones. En la ENA 1998, 204,327 menores de 18 años habían probado alguna vez drogas ilegales; así mismo, se observaba que el mayor consumo de drogas se encontraba entre los varones de 18 a 34 años de edad (SSA, 1999).

Sin embargo, la ENA del 2002 mostró un aumento en el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida por parte de la población adolescente (entre jóvenes de 12 y 17 años) y el índice de adultos jóvenes de entre 18 y 34 años que consumieron alguna sustancia también registró un aumento mayor (SSA, 2003). Por su parte, esta encuesta destacó que la marihuana se mantiene como la droga de preferencia, mientras que el consumo de cocaína se duplicó y las anfetaminas, crack y heroína mostraron una tendencia importante de crecimiento. Las drogas

de inicio fueron el tabaco y el alcohol. Cabe resaltar que el incremento del consumo de cocaína a partir de los años ochenta, fue desplazando a los inhalables. Una explicación ante este fenómeno se debe quizá a la ampliación del mercado y a la facilidad con la que se conseguía, especialmente en jóvenes que mantienen su consumo mediante la venta de la sustancia entre sus pares. Actualmente, el mayor mercado de cocaína (proveniente de países andinos) son las calles, a través de individuos fácilmente sustituibles (se trata de utilizar otros drogadictos, vagos, niños de la calle, etc.) en organizaciones pequeñas con una amplia red de intermediarios entre quien la consume y quien la vende. Este hecho ha resultado en un aumento exponencial en el consumo de estas drogas, especialmente en los estados del norte de la República.

En tanto, la ENA 2008 mostró un aumento en el consumo de inhalables en las mujeres; lo cual cambia el perfil de la población que está consumiendo esta sustancia. En este contexto, el activo, el thiner y el cemento, siguen siendo las sustancias de mayor preferencia, no obstante, también se registró el uso del aire comprimido, en esta categoría de drogas. Sin embargo, la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo de (SSA, 2009). Por su parte, este estudio, reportó también que los adolescentes entre 12 y 17 años tienen 68 veces más posibilidades de fumar marihuana cuando están expuestos a la oportunidad, además de que se incrementa el riesgo de ser dependientes. Según los autores, la exposición a las drogas se considera como el factor de riesgo más importante para desarrollar una adicción y mientras más temprana es ésta, mayores posibilidades existen de iniciar el consumo. Esta encuesta revela que es 4.4 veces más

probable que una persona use drogas si su padre las consume; 4.6 veces cuando el hermano es quien lo hace y 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo (SSA, 2009). Por último, en la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones 2011, los resultados globales reportan que la edad de inicio del consumo de drogas entre población de 12 a 65 años es de 18.8 años. 18.5 en hombres y 20.1 en mujeres.

La prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal en el último año, el 1.5% de la población total ha consumido (2.6% hombres y 0.4% mujeres) 1.2% consume mariguana y 0.5% cocaína. Esta prevalencia se mantiene igual al 2008 (1.5% ENA 2008 y ENA 2010). El consumo de otras drogas ilegales (alucinógenos, inhalables y estimulantes tipo anfetamínico) presenta prevalencias iguales o inferiores al 0.2%. En este contexto, la mariguana, la cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2008.

La prevalencia más elevada se observa en el Noroccidente (2.8%) (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) y la prevalencia más baja en la región Sur (0.6%) (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco).

En la población adolescente (12-17 años), el 1.6% ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año. El 1.6% ha consumido mariguana, 0.5% cocaína y 0.4% inhalables.

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil reportaron que los pacientes de primer ingreso con consumo de inhalables durante el primer semestre del 2011, supera la media nacional, en lugares como Iztapalapa, Cuajimalpa, Gustavo A Madero, Chalco, Magdalena Contreras en el D.F. Ecatepec, San Nicolás de los Garza en Monterrey, León y Torreón (CIJ, 2011).

5.1 El caso de Monterrey, Nuevo León

En el estado de Nuevo León, específicamente, desde el 2005 hasta el primer periodo del 2009, la droga de mayor tendencia de incremento era la cocaína y sus derivados (polvo, en preparados vía intravenosa o en forma de base o crack). Se observa una tendencia ligera hacia el incremento del consumo de drogas estimulantes derivados de las metanfetaminas; (más del 20 % de usuarios) pero todavía con bajo nivel de consignación como drogas de impacto. Por su parte, el consumo de drogas alucinógenas y drogas médicas tampoco figuran todavía como drogas de principal impacto sino como drogas de uso secundario (SISVEA, 2009).

Sin embargo, en los Centros de Integración Juvenil, en el año 2006, el 30.5% de pacientes que ingresaron a tratamiento tenía entre 15 y 19 años de edad y las principales drogas de inicio, exceptuando alcohol y tabaco fueron la marihuana (10.7%), los inhalables (10.1%) y la cocaína (6.2%) (Centros de Integración Juvenil, 2007).

Recientemente, el Sistema de Información Epidemiológica del consumo de drogas (SIECD) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ) reportan que desde el segundo semestre del 2009 y primero del 2010, los inhalables se perfilan como la droga de mayor impacto. Cabe señalar que a nivel nacional, los inhalables también se perfilaron como droga de impacto (40.5%) en el segundo grupo de edad (15 – 19 años) que solicita atención con mayor frecuencia, agregan que este consumo se asocia con aquellos consumidores cuyo nivel académico se encuentra en educación básica (CIJ, 2011).

5.2 Las tendencias del consumo de sustancias por sexo

Un dato relevante es que en la literatura internacional se observaba una tendencia mayor en chicos que consumían sustancias, tanto legales, como ilegales. En años recientes, esta realidad ha cambiado. Se conoce por la Encuesta Nacional sobre Drogas a la Población Escolar -de 14 a 18 años- (Becoña, 2002), que en España, más chicas que chicos consumen alcohol, tabaco y tranquilizantes y, que la frecuencia de consumo de las restantes sustancias psicoactivas es casi tan elevado como la de los chicos. Este patrón de consumo está apareciendo también en otros países desarrollados. Por ejemplo, la tendencia de que las chicas estén fumando más que los chicos, se presenta en 15 a 20 países diferentes (Moral Jiménez, Rodríguez & Sirvent, 2006). Asimismo, en Estados Unidos las encuestas han mostrado que las tasas de consumo de alcohol en ambos sexos entre los 12 y 17 años fueron similares por primera vez al principio de los años noventa (Becoña, 2002), De la fuente et al., 2006).

Las explicaciones que se han planteado para entender este fenómeno son diversas; una de ellas se basa en el hecho de que las chicas consideran que fuman para tener más relaciones sociales o como forma de rebelarse contra la autoridad (padres, maestros, sociedad en general). También se dice que reportan niveles más elevados de estrés que los chicos.

Por otro lado, la influencia de los medios masivos de comunicación se pone de manifiesto al tener en cuenta que en algunos países se ha conformado una imagen corporal que se expresa en un deseo de estar delgada y consideran el fumar como una oportunidad para perder peso.

En lo referente al consumo de alcohol, se reporta que las chicas sufren más depresión que los chicos y, que ello puede disparar el consumo de alcohol. Las chicas que consumen mucho alcohol (beben cinco o más copas seguidas varias veces en el mes) tienden más que los chicos a decir que beben para escapar a los problemas o por frustración o enfado. Asimismo, las amistades tienen una gran influencia en las chicas en general, pero son particularmente susceptibles a la presión de los iguales cuando se trata de beber, además son introducidas con frecuencia al consumo del alcohol por los novios, que pueden ser mayores y tienden a beber más.

En relación al tabaco, se ha reconocido que su consumo es un problema que afecta particularmente a la mujer. El fumar es la primera causa prevenible de muerte y enfermedad entre las mujeres (OMS; 2002). Existen también diferencias de género en la conducta del fumar. Los ensayos para dejar de fumar en gran escala muestran que las mujeres tienden menos a iniciar el abandono y a reincidir si abandonan. El síndrome de abstinencia es más intenso en ellas y tienden más que los hombres a ganar peso cuando lo abandonan (Becoña, 2002).

En nuestro país, este fenómeno también se ha observado de manera similar, un ejemplo de ello son los resultados de un estudio realizado en la Ciudad de México, donde los autores refieren que existe una tendencia sugerida en las Encuestas Nacionales de Adicciones sobre el aumento en el consumo de alcohol entre la población femenina y que ha afectado a los grupos de edad más jóvenes, de tal manera que la edad de inicio también ha disminuido. Agregan que en promedio, cinco años después del inicio del contacto con el alcohol la población bebedora alcanza su más alto nivel de consumo, mismo que en general tiende a

ser excesivo (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez & Saldívar-Hernández, 1999). Hallazgos similares reportan Nazira, Pick, Reidl & González-Forteza (2010), en su estudio realizado con población con adolescente, donde encontraron que el consumo de tabaco en mujeres se ha incrementado aceleradamente, concluyendo que el porcentaje de fumadoras es ya muy similar al de los varones, con el agravante de que ellas son más vulnerables a la adicción al tabaco y su consumo tiene serias consecuencias para su salud. En tanto que esto se ve reflejado también en su respuesta al tratamiento, tal como lo señalan Leal, Ocampo & Cicero (2010) en los resultados encontrados en una investigación sobre los motivos de los consumidores para dejar de fumar, donde se reportó que la mayoría de los fumadores y de los que no terminaron el tratamiento eran precisamente las mujeres. Por otro lado, Alonso & Álvarez (2009), reportan también que las mujeres han aumentado su consumo de alcohol de manera considerable y que las causas por las cuales lo consumen difieren considerablemente de las causas que manifiestan los varones.

5.3 Prevalencia del consumo de drogas en población escolar

En la población escolar, el escenario tampoco es alentador, en 1976 y 1991 se realizaron encuestas nacionales sobre consumo de drogas en estudiantes de nivel medio y medio superior; y en 1993, 1997, 2000, 2003 y 2006 se llevaron a cabo mediciones periódicas en planteles escolares de la Ciudad de México. La última medición de 2006 (Villatoro, 2007) reportó que la prevalencia total del consumo de estas drogas (marihuana, inhalantes y cocaína) fue del 17.8%, cifra estadísticamente mayor a la de 2003 en un 2.6%.

Los resultados de la Encuesta en la Ciudad de México sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar 2003, destacan que el consumo de tabaco alguna vez ha afectado a más del 50% de los estudiantes. Es notorio que entre la población estudiantil de nivel medio, consuman tabaco prácticamente por igual los hombres y las mujeres (hombres, 51.1%; mujeres, 50.1%). Un 65.8% de los estudiantes ha usado alcohol alguna vez (hombres, 65.6%; mujeres, 66.1%) y un 35.2% lo ha consumido en el último mes (hombres, 35.1%; mujeres, 35.2%). Más de la mitad de los adolescentes de 17 años ha bebido alcohol en el último mes, aún siendo menores de edad. Resalta el hecho de que las mujeres consumen más copas por ocasión que los hombres (Villatoro et al. 2007; Mora-Ríos, Natera & Juárez, 2005).

A lo anterior se suman los resultados de la Encuesta en la ciudad de México 2006, sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, donde se registró un incremento importante en el consumo de drogas en los últimos tres años: del 15.2% ha pasado a 17.8%. Se evidencia un fuerte incremento del uso de la marihuana y de los inhalables, mientras que el consumo de los tranquilizantes se mantiene estable y el de la cocaína ha disminuido. Sin embargo, el incremento más pronunciado es el de los inhalables. De manera particular, se reportó que este incremento se da no sólo en los hombres durante la secundaria, sino además en las mujeres y también durante el bachillerato. De manera general se encontró que los niveles de consumo de drogas ilegales (marihuana e inhalables principalmente), en las mujeres, han aumentado y la cocaína se ha mantenido estable; en tanto que en los hombres también se han incrementado las dos primeras sustancias, pero el consumo de cocaína ha disminuido. El consumo de

alcohol se ha incrementado mientras que el consumo de tabaco se mantiene similar al del 2003 (Villatoro et al., 2009). Por su parte, el impacto del inicio temprano del consumo de drogas legales, afecta directamente el inicio y la prevalencia del consumo de las drogas ilegales y, por otro lado, se mantiene la alta comorbilidad entre el consumo de drogas y otros problemas conductuales y de salud mental.

Los nuevos estudios han permitido ver, en lo general, algunas de las trayectorias en la salud mental de los adolescentes (Villatoro et al., en prensa), donde se ve que en las mujeres se presenta primero el abuso sexual, le sigue el TDAH, después el consumo de drogas legales, la conducta antisocial, el consumo de inhalables y el intento suicida. Después viene el consumo de drogas ilegales, empezando por la marihuana y le sigue la cocaína (Figura 1). En los hombres la secuencia es similar, aunque ellos enfrentan primero el TDAH y luego el abuso sexual (Figura 2). Por supuesto, estas trayectorias a nivel individual pueden variar y solo son una perspectiva estadística. También, cabe mencionar que el intento suicida ha incrementado entre las adolescentes y que afecta en un porcentaje importante a esta población.

Figura 1: Edad de inicio de las diferentes conductas y el consumo de drogas

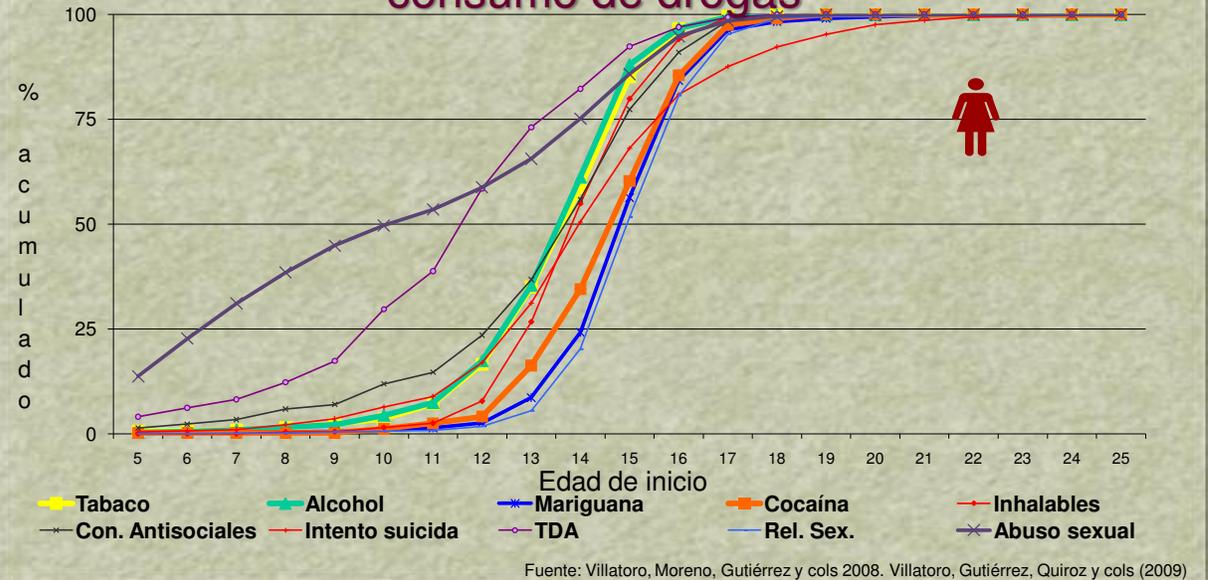
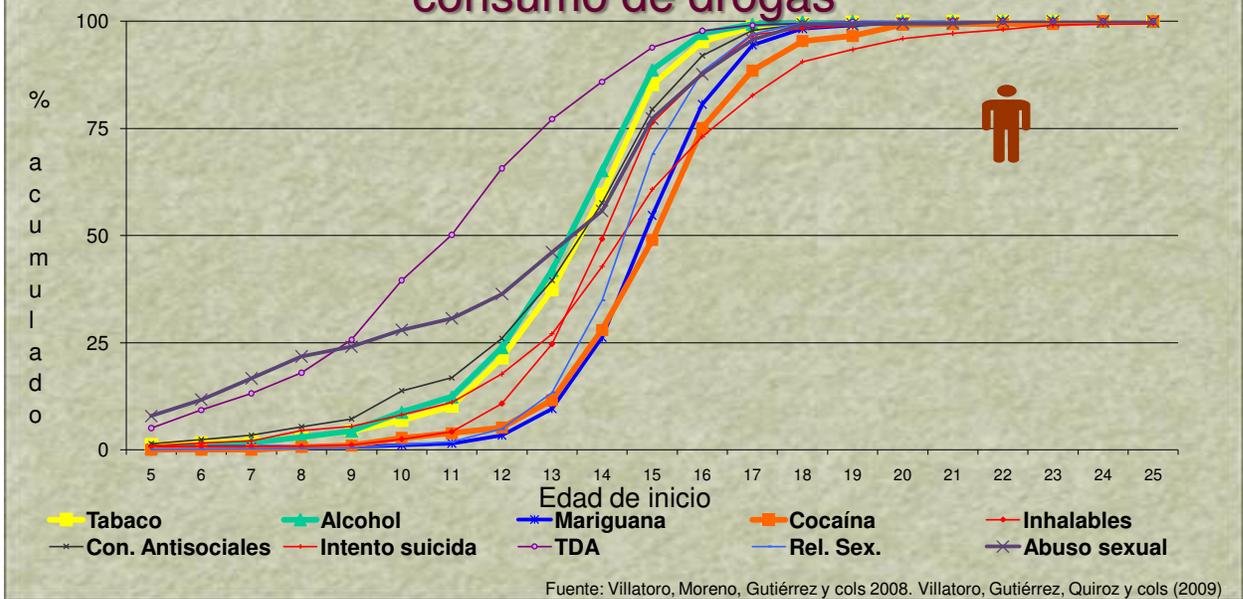


Figura 2: Edad de inicio de las diferentes conductas y el consumo de drogas



Finalmente, los datos también señalan el desarrollo de habilidades sociales en los/as niñas/os y la presencia de estilos de parentalidad positiva, como factores que protegen en forma importante ante el consumo de drogas, aún cuando haya

exposición a las mismas (Villatoro et al., en prensa). Resultados que deben traducirse en tener intervenciones efectivas que incluyan y desarrollen estos elementos como parte de su planteamiento de prevención en salud mental.

A manera de conclusión, podemos decir que el comportamiento de la población mexicana en cuanto al consumo de drogas se caracteriza porque:

- Se inicia cada vez a menor edad.
- La población femenina se acerca con rapidez a los patrones masculinos.
- El fenómeno afecta indistintamente a hombres y mujeres de cualquier clase social.

Es relevante señalar que según datos del SISVEA, el tiempo promedio que transcurre entre el inicio del consumo y la asistencia a un servicio de tratamiento es, para el caso de las drogas ilícitas, de 10 años y para el alcohol entre 15 y 20 años. Por otra parte, sólo el 17 % de las personas que presentan un problema de abuso o dependencia se encuentran en tratamiento.

El aumento del uso simultáneo de varias drogas ha complicado el diagnóstico de los estados de intoxicación de las personas que acuden a recibir tratamiento en cualquiera de los tres diferentes niveles de atención.

De forma análoga, las comorbilidades físicas y psiquiátricas asociadas al uso simultáneo de varias drogas, han incrementado los eventos mórbidos y mortales relacionados directamente al consumo de sustancias

Los hechos enunciados hasta aquí, a los que se les podría sumar el índice preocupante de drogas inyectadas, no sólo por ser una nueva vía de

administración, sino porque se le relaciona directamente con el VIH y las hepatitis B y C, así como la afirmación de que los adolescentes que utilizan sustancias ilegales tienen cinco veces más probabilidades de presentar conductas suicidas, obligan a diseñar nuevas estrategias de tratamiento de los adictos, adaptadas a sus necesidades y que consideren las condiciones socioculturales y el tipo de droga utilizada (ENA; 2008; CIJ, 2011).

Sin incluir tabaco y alcohol, existen 464 mil 386 personas que requieren atención especializada, cuatro millones 58 mil 272 necesitan intervenciones breves y el 80% de la población requiere algún tipo de prevención universal para drogas. Sin embargo, en la actualidad, el tratamiento de las adicciones ocurre básicamente a nivel de la atención de los estados de intoxicación y abstinencia en los servicios de urgencias.

A continuación se presentan las acciones que se han realizado a lo largo de la historia en nuestro país, sin embargo, en nuestra búsqueda sobre los resultados de la eficacia de estos programas, no se encontraron estudios al respecto. No obstante, la mayoría de los programas de prevención y atención que se han desarrollado, parten precisamente de los modelos teóricos con enfoque psicosocial (Chimalli, Entrenamiento en Habilidades sociales, entre otros*) haciendo énfasis en fortalecer los factores de protección y reducir los de riesgo.

VI. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL MANEJO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Las líneas de acción y actividades específicas derivadas de las estrategias del Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPCA) se llevan a cabo mediante una variedad de mecanismos de coordinación y concertación en el ámbito nacional, estatal y local.

6.1 Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) inició formalmente desde 1991; actualmente se encuentra operando en 54 ciudades de las 32 entidades federativas del país. Genera información periódica y oportuna sobre el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y drogas médicas sin prescripción, con la cual es posible identificar grupos en riesgo, drogas emergentes, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de las drogas sujetas a vigilancia.

Forma parte de una red internacional de sistemas que operan coordinados en Estados Unidos por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) y en Centro, Sudamérica y el Caribe, por la Organización de Estados Americanos (OEA). Además, el Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria (CEWG), coordinado por NIDA reporta dos veces al año, las tendencias de 20 de sus ciudades e integra la participación de un grupo internacional, entre los que se incluye México. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) es miembro del

grupo de trabajo binacional México- Estados Unidos (BEWG), el cual proporciona información sobre las ciudades fronterizas de ambos lados de la frontera común.

6.2 Centros de información en adicciones

México cuenta con diversas bibliotecas y centros de información y documentación que incluyen en sus acervos numerosas tesis, publicaciones periódicas y libros sobre adicciones, que están localizados en diversas instituciones de salud y educación. Entre los especializados en el tema, destacan los Centros de Información y Documentación de Centros de Integración Juvenil (CIJ), del IMP y el del CONADIC.

6.3 Boletín electrónico

El Boletín Electrónico ActualiSSAte de la SSA, incluye en su información sobre adicciones, novedades en materia de literatura científica, programas, eventos científicos y oportunidades de capacitación.

6.4 Servicios de orientación e información telefónica

Desde hace dos décadas, CIJ cuenta con un servicio telefónico permanente para atender a personas con problemas de abuso en consumo de drogas a las que canaliza hacia alguna de sus unidades de atención. Este servicio recibe en promedio 4 mil llamadas al mes.

En 1997, el CONADIC estableció un servicio telefónico gratuito que proporciona información sobre servicios preventivos, de tratamiento y de

capacitación en materia de cualquier tipo de sustancia. Con el apoyo de Fundación Azteca, este servicio se reestructura en 1999 para contar con 22 líneas conectadas en red con un sistema computarizado y responder con mayor oportunidad y eficiencia las solicitudes de la población de todo el país durante las 24 horas de todos los días del año. Al constituirse como una Red de Redes nacional, este servicio ya está vinculado con más de 300 instituciones, entre las que destaca CIJ, Drogadictos Anónimos y otros centros privados, con lo que se ha integrado una base de datos con información sobre más de 17 mil centros de atención a las adicciones.

VII. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

7.1 Modelo preventivo Construye tu vida sin adicciones

Desarrollado en la Secretaría de Salud por el CONADIC, este modelo está fundamentado en una amplia revisión de diferentes intervenciones preventivas y de sus resultados, y da soporte y coherencia a las diversas acciones preventivas del PPCA. Más que basarse en los factores de riesgo sociales e individuales para el consumo de drogas, se dirige a fortalecer los protectores y la resiliencia. Se orienta a reforzar la responsabilidad individual y social acerca de la salud, promover estilos de vida que permitan desarrollar el potencial de cada persona y propiciar condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y las comunidades. Ha sido implantado con distintos grupos de edad en regiones del

país, a través de formar multiplicadores y facilitadores de los SESA y de otros organismos del Sector Salud y del Educativo.

Este modelo preventivo sirve de fundamento para el diseño de diversos programas e instrumentos de trabajo, así como de marco para diferentes actividades como las que se describe a continuación:

7.2 Programas dirigidos a poblaciones por grupos de edad

Con base en el Modelo Construye tu vida sin adicciones, se desarrollaron manuales, videos y otros instrumentos de apoyo para el trabajo cara a cara con diferentes grupos etáreos: preadolescentes y adolescentes tempranos, jóvenes y adultos. Esta propuesta se encamina a facilitar el desarrollo de capacidades protectoras individuales y de autocuidado que resultan en el mejoramiento de diferentes áreas personales, del entorno familiar y comunitario, así como en el comportamiento de consumo de todo tipo de productos, incluyendo las sustancias adictivas.

El programa de trabajo, que comprende un mínimo de 15 sesiones, parte del conocimiento del contexto y de la población participante y ha sido diseñado de manera que pueda adecuarse a las necesidades específicas de cada grupo, en las diferentes localidades del país donde es aplicado.

En el caso de los preadolescentes y adolescentes tempranos, el material propone actividades de reflexión individual y grupal, además de indicaciones que facilitan el desarrollo de planes de acción preventiva, mediante la formación de

una Red de Prevención en la que participan jóvenes y adultos de una misma comunidad. Para el trabajo con los más jóvenes se presenta el juego didáctico Decisiones.

7.3 Red de Asociaciones Estudiantiles Construye tu vida sin adicciones

La participación activa de los jóvenes en actividades preventivas ha demostrado tener impactos positivos. Con ese propósito, y con el apoyo de la OPS/OMS, CONADIC organizó el Concurso de Propuestas de Trabajo para la Prevención en escuelas secundarias y se ha elaborado una guía y un video para apoyar la integración de asociaciones estudiantiles que desarrollen acciones preventivas entre los jóvenes y en su comunidad. En el D. F., el acuerdo establecido con la SEP ha permitido difundir este concepto en escuelas secundarias.

Dicho trabajo también es promovido en los estados, mediante los vínculos que los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones establecen con el Sector Educativo estatal y local.

7.4 Programa Educativo de Prevención Escolar (PEPE)

Para prevenir a alumnos, maestros y padres de familia acerca de los efectos físicos, psicológicos y sociales que causan las adicciones, la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) en España, la Secretaría de

Educación Pública (SEP) y el financiamiento de la Fundación BBVA Bancomer, presentan el Programa Educativo de Prevención Escolar (PEPE) para escuelas de educación básica del DF, asimismo, se contó para su elaboración con la colaboración de especialistas del Consejo Nacional Contra las Adicciones (Conadic), los Centros de Investigación Juvenil (CIJ) y de docentes de preescolar y primaria. El PEPE cuenta con una serie de materiales para su aplicación que constan de Cuadernos de Trabajo para los nueve grados de educación básica, 10 libros de Áreas Temáticas dirigidos a los padres de familia con temas que ayudan a promover la salud, los valores y la conducta social de los alumnos. Para su instrumentación, se cuenta con la Guía del Mediador que indica, paso a paso, las estrategias, materiales, tiempos e información que debe trabajarse en cada tema.

Se propone que a través de actividades individuales, grupales y familiares se refuerce la autoestima, empatía, autocontrol, asertividad, autoafirmación, habilidades de comunicación, habilidades de relación, asunción de responsabilidades, educación en valores, valores pro sociales, buen uso del tiempo libre, toma de decisiones y actitud hacia la drogas.

Este libro está destinado a los maestros de Educación Básica y, en particular, a los profesores de la asignatura de Orientación Educativa de las escuelas secundarias de todo el país. Con su distribución, la Secretaría de Educación Pública aspira a estimular el interés de los educadores para obtener información y elementos de análisis respecto de las adicciones, entendidas éstas como un complejo problema de carácter multifactorial que demanda distintos niveles y formas de prevención y atención.

7.5 Hacia una Escuela sin Adicciones; Guía de Prevención para Maestros

Este material elaborado por el CONADIC puede ser utilizado en forma complementaria para elaborar un programa de prevención en alumnos de escuela primaria y secundaria.- Consta de 15 cuartillas, las cuales contienen definiciones, causas, síntomas para desenmascarar la adicción, su proceso que lleva a la dependencia, factores que intervienen, aspectos que pueden ayudar en la prevención primaria, secundaria y terciaria, el papel del maestro (a) en las adicciones.

7.6 Apoyo a programas juveniles comunitarios

Presididos por el Secretario de Salud, se llevaron a cabo Diálogos con los Jóvenes por la Prevención y Control de Adicciones en el D.F. y en Puebla, con la intervención de 900 adolescentes. Con el propósito de apoyar la conformación de una red de participación juvenil en acciones preventivas, se elaboró el documento de apoyo técnico Estrategias de Intervención Preventiva con Organizaciones Juveniles, el cual se remitió a las entidades federativas para que se lleven a cabo acciones similares.

A través de estas acciones se han identificado grupos, algunos de zonas urbanas marginadas, que tienen propuestas culturales, deportivas y laborales, a los que se les ha brindado apoyo. Estos proyectos les permiten desarrollar alternativas de vida y alejarse del riesgo de las drogas.

Concursos de campañas preventivas

Con el objetivo de promover un mayor compromiso entre quienes son o serán los responsables de manejar la comunicación, el CONADIC organizó tres concursos nacionales sobre prevención de adicciones entre 1996 y 1998. Participaron estudiantes de comunicación, diseño gráfico, mercadotecnia y publicidad, a los que se proporcionó Reglas de Contenido con elementos y conceptos que permitieron una reflexión acerca del uso de medios masivos en la tarea preventiva. Se recibieron más de 250 propuestas de campañas y el 34% de los trabajos cumplió, con originalidad y espíritu creativo, con los requisitos planteados en cuanto a forma y contenido.

7.7 Campañas en medios de comunicación

El CONADIC elaboró y difundió entre especialistas, una serie de recomendaciones fundamentadas en las experiencias acumuladas a nivel mundial sobre la emisión de mensajes preventivos adecuados en los medios de comunicación.

Campaña ¿Adicto yo?

Compuesta por cuatro anuncios difundidos en 96 canales de televisión y 1200 radioemisoras en toda la república, esta campaña del CONADIC promueve la reflexión acerca de las diferentes formas en que se manifiestan las adicciones para conducir a una toma de conciencia personal. Los anuncios invitan a solicitar información adicional al Servicio de Orientación Telefónica del CONADIC, lo que también permitió medir el nivel de comprensión e impacto de la campaña en quienes llamaban.

Campaña Vive sin drogas de Fundación Azteca

Como una iniciativa de Fundación Azteca, esta campaña representa una estrategia novedosa de alianzas positivas entre los sectores público y empresarial, con propósitos de beneficio social. La SSA, a través del CONADIC, proporcionó apoyo técnico para la elaboración de mensajes preventivos del consumo de drogas difundidos en televisión y radio, inserciones en prensa, hoja electrónica, además de otras actividades de difusión que pretenden movilizar a la opinión pública y sensibilizar a la población acerca de este problema.

VIII. DETECCIÓN Y CANALIZACIÓN DE CASOS

La población que asiste a los servicios de salud del primer nivel de atención con frecuencia ignora la relación que puede existir entre su consumo de sustancias adictivas y los padecimientos que presenta. De ahí la importancia de que el médico y el resto del equipo de salud sean capaces de detectar esa relación, de hacer una adecuada evaluación de la severidad del caso, y de intervenir, ya sea a través del consejo médico o de la referencia a los servicios especializados en adicciones.

Para apoyar al personal médico, el CONADIC ha desarrollado las Guías de detección y derivación de casos de consumo de sustancias adictivas, instrumentos precisos y de rápida aplicación, con indicadores aceptados internacionalmente. Durante el año de 1999 se capacitará a los responsables de la enseñanza del personal de salud en toda la república, los que promoverán la utilización adecuada de estas guías.

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) elaboró el manual Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos e impartió cursos al personal de los SEESA y de otras dependencias del Sector Salud para su aplicación. .

El modelo de CIJ en materia de prevención *“Para vivir sin adicciones”* a través de la educación para la salud basado en el constructo teórico sobre factores de riesgo y protección en el manejo de adicciones. El modelo se desarrolla mediante acciones de información a la población en general y en la población escolar; brinda orientación dirigida a niños, jóvenes y familias; además de capacitación a grupos organizados que pueden desarrollar a su vez acciones preventivas, como maestros y clubes de servicio. En la comunidad, trabaja a través de sus líderes formales e informales y, finalmente al voluntariado y personal en servicio social, que se incorporan al desarrollo e implantación de programas preventivos en instituciones.

CIJ difunde campañas de manera constante en todos los medios; recientemente, se elaboró la que se denomina: *“La mona no es como la pintan”* para el manejo preventivo de inhalables y, *“Si tomas mídete, no tomes el volante”* para sensibilizar a los jóvenes sobre el abuso de alcohol y otras drogas en contextos recreativos y mejorar estilos de recreación con menos riesgos. Programa de prevención laboral; *“Atención Integral del consumo de drogas en los centros de trabajo”*, un programa para la población migrante; *“Programa preventivo para la comunidad latina residente en EU”*. Finalmente, el Chat CIJ Contigo, acompañamiento en línea; a través de este chat, el usuario tiene oportunidad de

revisar lecturas, experiencias de otros usuarios que le ayudan a tomar conciencia de su situación.

Con la organización de diversos eventos, como foros y concursos en los que participa activamente la comunidad, CIJ divulga sus programas preventivos (www.cij.gob.mx).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), desde hace varios años han puesto en marcha programas preventivos dirigidos a sus derechohabientes, y editan y distribuyen materiales y guías para los responsables de servicios de salud sobre el tema de adicciones.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cuenta desde hace varios años con sólidos programas de prevención, aplicados en 14 planteles de bachillerato, así como en escuelas superiores y facultades. Entre las principales acciones desarrolladas se encuentran: sesiones educativas, cursos, concursos de carteles, cine-debates, consejo médico, edición de folletos, carteles, periódicos murales y la celebración de Ferias de Salud, además de numerosas emisiones de radio y televisión.

El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) lleva a la práctica en sus diversos campus, tareas preventivas de las adicciones entre su población estudiantil, como la distribución de impresos, periódicos murales, pláticas y conferencias a cargo de profesionales.

Fundación Casa Alianza, que realiza acciones preventivas con niños de la calle; Hogares Integrales de la Juventud, cuya labor preventiva se dirige a jóvenes de sectores sociales en condiciones adversas; la agrupación Diez Mil Amigos, de Sinaloa; El Caracol; el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos; el Fideicomiso para la Prevención de las Adicciones (FIPADIC) de Tlaxcala.

IX. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

El Banco de información sobre organismos que trabajan en adicciones, que CONADIC compila, sistematiza y actualiza permanentemente, contiene datos sobre sus funciones, servicios y cobertura de dichos recursos. Esta información es remitida periódicamente por los CECA, así como por las propias instituciones que desean darse a conocer a través de este medio.

9.1 Atención especializada a los farmacodependientes

México cuenta con diversas modalidades terapéuticas para la atención del problema. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros, se utiliza un enfoque psicosocial, y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Un buen número de programas para farmacodependientes incorpora a las familias de los pacientes en sus intervenciones. En algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y, en unos pocos, acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos.

La Secretaría de Salud cuenta con diversos servicios donde se atiende a casos con problemas de adicción, como en los servicios de salud mental ambulatorios; en los 26 consultorios de psiquiatría y 50 de psicología ubicados en hospitales generales y Centros de Salud, al igual que en los tres Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) que funcionan en el Distrito Federal. También en sus hospitales de psiquiatría en todo el país se brinda atención a la comorbilidad psiquiátrica y se utilizan diversas modalidades de psicoterapia; hay servicios ambulatorios y otros que incluyen internamiento. Recientemente los Centros Nueva Vida son una opción para la atención, cuyos programas se encuentran dirigidos principalmente a jóvenes con adicciones.

El Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente cuenta con una clínica especializada en adicciones, donde también se realiza investigación. El CAF (Centro de atención a farmacodependientes) es otro programa donde se trabaja principalmente con población que consume alcohol. En el hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, para niños y adolescentes, se lleva a cabo el programa PAIDEIA para la atención de menores inhaladores (www.ssa.gob.mx).

En el Distrito Federal hay algunos servicios de desintoxicación, de corta estancia y con apoyo psicológico, como los Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud de las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza y en hospitales de urgencias de la ciudad.

Por su parte, Centros de Integración Juvenil es una organización de participación estatal mayoritaria, que tiene más de 40 años de haberse creado y

que cuenta con servicios de prevención y tratamiento de la drogadicción en casi todos los estados del país, es la institución con mayor número de servicios dedicados específicamente a los casos de drogadicción. En 113 de sus unidades se ofrecen, además de los servicios preventivos, acciones terapéuticas; en tres modalidades diferentes; *consulta externa* especializada, donde se brindan servicios de tratamiento ambulatorio, *Centro de día o semiresidencial* y Unidades de Hospitalización. La principal modalidad terapéutica es la psicoterapia breve en sus abordajes individual, grupal, familiar y de pareja, así como farmacoterapia en los casos que así lo requieran. A tan sólo 42 años de haber iniciado su incansable labor, se han colocado en una institución líder a nivel nacional en su atención. Los servicios que ofrece son de bajo costo, por lo tanto son accesibles a la población.

En Monterrey N.L. existen cuatro unidades operativas y una Unidad de Hospitalización, distribuidos en los diferentes municipios de la zona urbana del estado. En el 2010 se atendieron aproximadamente 2000 usuarios en el programa de tratamiento (www.cij.gob.mx).

Diversos organismos de los sectores privado y social ofrecen distintas modalidades terapéuticas específicas para los adictos, como el Hospital Español; el Centro de Rehabilitación Terapéutica para las Adicciones (CRETA), y la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencias (CESAD), en la ciudad de México; el Centro Integral de Atención a la Juventud, en el estado de Guanajuato; el Instituto Mexicano de Psicoterapia, en el estado de Morelos.

Otros servicios de estos sectores son: Asesoría Psicológica Katún, Fideicomiso para la Prevención de las Adicciones (FIPADIC) en el estado de Tlaxcala, Centro de Asesoría, Prevención y Rehabilitación de Adicciones (CAPRA) en el estado de Puebla, Fundación Juventud, Luz y Esperanza, y el Centro contra las Adicciones (CENCA) de la Fundación Ama la Vida. Entre los abordajes terapéuticos de algunos de estos centros se incluye la participación de grupos de ayuda mutua para adictos y para familiares.

En el estado de Baja California están localizados el Centro de la Conducta y la Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones, cuyo trabajo terapéutico está dirigido a los adictos a heroína en el esquema de sustitución por metadona.

El modelo de comunidad terapéutica, muy difundido en otros países para la atención de los adictos, constituye una modalidad poco aplicada en México, con ejemplos como la Fundación Hogar Integral de Juventud; la Comunidad Terapéutica para Mujeres, de la Fundación Ama la Vida, y otras que están iniciando su funcionamiento.

Algunas instituciones privadas ofrecen programas de tratamiento y recuperación que incluyen una estancia prolongada con servicios profesionales y un programa de recuperación inspirado en el de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos; también brindan atención a la familia y prevención de recaídas. Ejemplos de estas clínicas son, Monte Fénix, el Centro de Integración para el Adicto y Familiares, en el D.F.; Oceánica en Mazatlán, Sinaloa; y Clínica Sol en el estado de Guanajuato.

Los grupos de ayuda mutua, inspirados en el Programa de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos de servicios gratuitos desempeñan un papel importante dentro de los recursos de atención a los adictos en México. Entre ellos, destacan Drogadictos Anónimos; Narcóticos Anónimos; Jóvenes Oceanía; Fundación Sergio Berumen Torres; Grupo Compañeros Uno; Centro de Rehabilitación Nuevo Impacto; Grupos Primer Paso de A. A. para Jóvenes Adictos; Grupo Jóvenes AA 24 Horas de Servicios Gratuitos; Centro de Integración y Recuperación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción Mario Camacho Espíritu (CIRAD); Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción (CREAD), y Hacienda del Lago, en el estado de Jalisco.

CAPÍTULO III

DISEÑO

METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Debido a la complejidad del fenómeno de estudio, el enfoque de esta investigación, es de complementariedad paradigmática porque, a pesar de tener bases ontológicas y epistemológicas diferentes, los métodos cuantitativos y cualitativos se apoyan y complementan en el proceso de investigación. La complementación permite iluminar diferentes dimensiones de la realidad estudiada. Los resultados cuantitativos permiten optimizar la dirección de los datos cualitativos obtenidos y a la vez, éstos clarifican a los primeros. El objetivo de una investigación multimetódica es realizar una síntesis que permita interpretar lo observado de forma integral (Sandín, 2003).

Por tal razón, la corriente metodológica que se ha elegido para esta investigación se basa en un diseño mixto cuantitativo-cualitativo. El enfoque cuantitativo, nos permitió contrastar nuestros resultados con los indicadores existentes sobre las tendencias del consumo de sustancias tanto nacionales como internacionales. El aspecto cualitativo por su parte, nos brindó la oportunidad de ampliar la comprensión del fenómeno al profundizar en el conocimiento de los factores que han determinado el inicio y el mantenimiento del consumo de sustancias en estos adolescentes.

Esta investigación se conformó en tres etapas que se describen a continuación.

10.1 PRIMERA ETAPA

La primera etapa o fase del estudio se realizó en el Centro de Integración Juvenil Monterrey para lograr una aproximación inicial al perfil de los usuarios, conocer su

patrón de consumo y, explorar las causas y opiniones con respecto al consumo de sustancias en adolescentes que acudían a solicitar tratamiento al centro de rehabilitación mencionado.

10.2 Objetivos:

1. Conocer el patrón de consumo de los consumidores; edad de inicio, droga de impacto, número de sustancias utilizadas entre otras.
2. Explorar las variables de estudio; eventos de vida, soporte social, malestar emocional, estilo de vida, accesibilidad a las sustancias y, su relación con el inicio y mantenimiento del comportamiento adictivo.
3. Observar si la redacción de las preguntas del cuestionario resultaban claras y comprensibles a los participantes.
4. Determinar si las preguntas respondían a las variables de estudio.

Método

La metodología se realizó a través de un diseño mixto cuanti-cualitativo, exploratorio y transversal.

Muestra

Se trabajó con una muestra intencional compuesta por 34 pacientes adolescentes de ambos sexos, con edades entre 13 y 19 años quienes reportaban consumo de sustancias tanto legales como ilegales (cocaína, mariguana, solventes, tabaco y/o alcohol) que asistían por primera vez al centro de rehabilitación.

Instrumentos

1. Abordaje cuantitativo. Se utilizó una cédula de identificación que recoge datos sociodemográficos y características acerca del patrón de consumo. Es un instrumento que utiliza el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), está compuesto por 14 reactivos con preguntas como: droga de inicio, droga de mayor consumo, nivel de usuario, tipo de consumo, forma de administración, edad de inicio, entre otras (Anexo 1).
2. Abordaje cualitativo. Se utilizó una entrevista semiestructurada creada *ex profeso* para la presente investigación. La entrevista contiene 15 preguntas abiertas sobre las variables de estudio como son: eventos de vida, experiencia emocional, soporte social, accesibilidad a las sustancias y, su relación con el inicio y el mantenimiento del comportamiento adictivo en los participantes (Anexo 2).

Procedimiento

Tanto la cédula de identificación como la entrevista fueron aplicadas de forma individual, previo consentimiento informado de los entrevistados y de sus tutores, en el caso de ser menores de edad.

La aplicación de los instrumentos tuvo lugar en un cubículo privado dentro del centro de Integración Juvenil Monterrey, con una duración aproximada de una hora. Respetando la confidencialidad y sin interrupción del servicio prestado en dicho centro de atención.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y características del patrón de consumo, a través del análisis de frecuencias en el paquete estadístico SPSS 14. A partir de la información obtenida de las entrevistas y de los resultados cuantitativos, se realizó un análisis de contenido, donde se agruparon categorías comunes a las respuestas dadas por los participantes, destacando los eventos de vida, motivos y circunstancias (estado emocional, contexto, soporte social y accesibilidad a las sustancias) en las cuales se dió el inicio y mantenimiento del consumo.

Resultados

Desde el punto de vista cuantitativo, los resultados de este primer estudio mostraron que la mayoría de los usuarios eran varones (30 hombres, 7 mujeres) con una media de edad de 16.32; siendo el tolueno, una de las sustancias de mayor inicio y la de mayor consumo, seguido de la marihuana y la cocaína. El 79.41% de los usuarios, reportaron haber tenido al menos un evento de vida negativo previo al inicio del consumo; separación, ausencia y muerte de alguno de los padres fueron los más comunes. El estado emocional mencionado en mayor medida fue: tristeza, soledad, aburrimiento, irritabilidad, como factores asociados al inicio y mantenimiento del consumo. El contexto social y familiar facilitaba de manera importante el consumo ya que el lugar donde vivían (la familia) y los amigos son las fuentes de mayor acceso que reportaron, además conseguir la droga no representaba un costo o un obstáculo para la mayoría de ellos. En cuanto al soporte social objetivo, estos adolescentes refirieron que se conformaba

por la familia principalmente, sin embargo, los pares, eran quienes representan la mayor fuente de apoyo social (soporte social subjetivo) éstos a su vez también consumidores de drogas. En cuanto al estilo de vida se encontró que más del 52% de los adolescentes ya no estudiaba, la mayoría pasan gran parte de su tiempo libre viendo televisión, navegando por internet, permaneciendo en el barrio con sus pares (también consumidores), una minoría realiza algún deporte y los menos lo dedican a estudiar y/o trabajar.

Conclusiones

El *Perfil del usuario* en esta población es: un adolescente de sexo masculino, poliusuario, de nivel socioeconómico medio-bajo, que en su mayoría forma parte de una familia nuclear completa, cuya edad de inicio se sitúa en los 14 años, siendo los inhalables las sustancias de mayor inicio y la de mayor consumo. Se evidencia una situación de vida previa que marca el inicio para el consumo, determinado por una condición emocional negativa; tristeza, soledad, apatía, con un soporte social subjetivo y objetivo débil y una fuerte accesibilidad a las sustancias.

En cuanto a las preguntas que conformaron la entrevista, los resultados revelaron que la mayoría de las preguntas fueron comprensibles para los participantes, sin embargo, algunas de estas preguntas quedaron incluidas en la parte cuantitativa del instrumento para no repetirse.

Por otro lado, consideramos necesario ampliar el número de reactivos que conforman el instrumento final, ya que al explorar las variables de estudio fue evidente la necesidad de profundizar en algunos aspectos que observamos que se

les dificultaba verbalizar a los participantes, tales como la identificación de los eventos de vida, la identificación de estados anímicos entre otras.

Los resultados de este estudio se presentaron en dos ponencias sobre la temática de adicciones; la primera en el IV Congreso Internacional Infanto-Juvenil de Psiquiatría, celebrado en la Habana, Cuba, en junio del 2010, además se realizó un primer artículo publicado en la revista en línea *Liberaddictus*, 2010 (Arellano & Álvarez, 2010). La segunda ponencia se presentó en el Primer Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud, celebrado en Acapulco Gro. en octubre del mismo año. De igual manera, se conformó un segundo artículo enviado para su publicación (Arellano & Álvarez, en prensa).

10. 2 SEGUNDA ETAPA

El segundo estudio piloto se realizó en dos escenarios; el primero se llevó a cabo en una escuela Preparatoria Técnica-Médica de la Universidad Autónoma de Monterrey (UANL) con adolescentes no consumidores y, el segundo en el Centro de Integración Juvenil Monterrey con adolescentes consumidores.

Objetivos:

1. Explorar las representaciones sociales en sus dimensiones; creencias, actitudes y atribuciones hacia el consumo de drogas en adolescentes consumidores y no consumidores.
2. Explorar si las preguntas planteadas en la guía fueron comprensibles para los participantes y, si éstas nos arrojaban los datos que deseábamos conocer acerca de las creencias, actitud y atribución del consumo de sustancias.

Metodología. Se utilizó un diseño cualitativo, exploratorio y transversal con una muestra intencional conformado por 60 participantes; 30 adolescentes consumidores y 30 adolescentes no consumidores de ambos sexos, cuya media de edad fue 14.81 años.

Criterios de inclusión:

Grupo 1: Estudiantes de bachillerato no consumidores de drogas.

Grupo 2: Adolescentes que se encuentran en tratamiento en un centro de rehabilitación durante al menos 3 meses.

Instrumento. Se aplicó un cuestionario abierto, creado *ex profeso* para la presente investigación. El instrumento contenía 8 preguntas abiertas acerca de las creencias, la actitud y la atribución hacia el consumo de sustancias, en tres importantes aspectos del adolescente; desde lo individual, la familia y la escuela (Anexo 3a y Anexo 3b).

Procedimiento

1. Para el grupo de adolescentes consumidores se aplicó el cuestionario de manera individual, previo consentimiento informado de los entrevistados, dentro de las instalaciones del Centro de Integración Juvenil Monterrey.
2. Para la aplicación de los adolescentes no consumidores, se solicitó el permiso para aplicar los cuestionarios en la preparatoria Técnica-Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En este grupo, la aplicación del instrumento se realizó de manera grupal, previo consentimiento informado

de los participantes, dentro de las instalaciones del auditorio de la preparatoria bajo la colaboración de dos profesores de la misma y dos investigadores de la UANL.

Análisis de datos

A partir de la información obtenida de los cuestionarios, se realizó un análisis de frecuencias para obtener los datos descriptivos acerca del tipo de consumo. Para el análisis de los datos cualitativos, se realizó un análisis de contenido de la información proporcionada, mediante el programa estadístico Atlas Ti, donde se agruparon las respuestas más comunes entre los participantes, posteriormente se crearon categorías comunes de primer y segundo orden para las respuestas que contenían dos o más ideas en una misma pregunta.

Resultados

En el grupo de consumidores, se encontró nuevamente la droga de preferencia al tolueno (solvente) en primer orden, seguido del alcohol, el tabaco y la marihuana, en ese orden. En cuanto a las representaciones sociales, ambos grupos coinciden en caracterizar el consumo de drogas como algo negativo y dañino para la salud física, la *creencia* más aceptada es que es una enfermedad y por ende, el consumidor es un enfermo/adicto; estigma asumido todos los actores sociales implicados; consumidor, grupos de pertenencia, instituciones y medios de comunicación. Se enfatiza también que para ambos grupos la *actitud* de padres y maestros hacia el consumo es negativa, punitiva y excluyente. El elemento

diferenciador es que, en el grupo de los consumidores, la *atribución* posee ambas categorías bueno/malo, pues le atribuyen también aspectos positivos al consumo, en tanto alivia un fuerte malestar emocional que sólo se hace presente en el grupo de consumidores.

Conclusiones

Los hallazgos de esta segunda fase permitieron analizar y reflexionar acerca del impacto de imponer un estigma al adolescente; por un lado, se observaron las repercusiones negativas que pueden tener en áreas tan importantes como la autoestima, la identidad, la inserción social, escolar y laboral, entre otros. Por otro lado, concebimos que el estigma también puede limitar la evolución positiva de la conducta del consumo, en tanto, el consumidor se asume como enfermo y no se esfuerza por mejorar en su proceso adictivo. Por tales razones, se concluye la conveniencia de proponer nuevas pautas de atención al problema, sobre todo al confirmar, que la representación social generalizada hacia el consumo es tan negativa como la representación social que tienen de sí mismos estos adolescentes consumidores. El impacto del malestar emocional se hace presente nuevamente como elemento previo al consumo.

En cuanto a las preguntas incluidas en el cuestionario consideramos que su comprensión fue adecuada, por ello la mayoría fueron retomadas para la tercera y última fase del estudio, modificando su redacción en algunas, para un mejor entendimiento por parte de los adolescentes.

Los resultados de este estudio fueron presentados en el IV Congreso Internacional de Psicología Clínica y de la Salud celebrado en Xalapa Ver. en

mayo del 2011 y, se creó un artículo que ha sido enviados para su publicación a una revista internacional en Arellano & Álvarez (en prensa).

10.3 TERCERA ETAPA: ESTUDIO FINAL

En base a los resultados de los dos estudios previos quedó conformada la entrevista semiestructurada final; para tal efecto, se eligieron y modificaron en su forma y redacción aquellas preguntas que representaban una mejor comprensión para las personas que fueron entrevistadas. Finalmente, la entrevista quedó compuesta por 53 reactivos, constituida en dos partes: la primera parte cuantitativa y la segunda cualitativa (Anexo 4).

- 1) La parte cuantitativa incluye los reactivos de la Cédula de identificación del SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones); cuestionario elaborado, validado y estandarizado para población mexicana (SSA, 2010), es aplicado a nivel nacional en todos los centros de atención de drogas para el control epidemiológico del consumo de sustancias. El instrumento recoge datos sociodemográficos del paciente, así como del patrón de consumo y disponibilidad de la droga. En este apartado se agregaron algunas preguntas para indagar sobre el tipo de consumo (reactivos 15 y 16), y la disponibilidad de la droga; se agregaron dos reactivos más (19 y 20), estos últimos redactados en forma cualitativa, derivado de los resultados del primer estudio piloto.

2) La segunda parte del instrumento, con enfoque cualitativo, incluye preguntas abiertas que investigan las representaciones sociales (en sus dimensiones; opinión, creencias, actitud y atribución) hacia el consumo, a través de las variables; *estilo de vida, eventos de vida, estado emocional, soporte social objetivo y subjetivo.*

El instrumento quedo estructurado en los siguientes apartados:

- ▶ I. Datos de identificación; reactivos 1,2,3
- ▶ II. Datos sociodemográficos; reactivos 4-10
- ▶ III. Patrón de consumo; reactivos 11 -I 17
- ▶ V. Disponibilidad de la droga, reactivos 18 - 20
- ▶ VI. Opinión, creencias, actitud y atribución hacia el consumo de drogas
- ▶ Opinión 22, 23, 24, 42, 43, 44
- ▶ Eventos de vida 25 - 27
- ▶ Malestar emocional: 28 -34, 52
- ▶ Soporte social subjetivo 35, 38, 39, 40, 41, 45, 46
- ▶ Soporte social objetivo 17, 36, 37,
- ▶ Estilo de vida: 47 - 51
- ▶ Soporte social subjetivo: 40, 48, 49, 44

Diseño de la investigación

Se trató de un diseño de tipo transversal con un enfoque metodológico mixto cuantitativo – cualitativo.

Población y Muestra

Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística, misma que fue extraída de los Centros de Integración Juvenil de la zona metropolitana de Monterrey y la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. Se incluyeron a todos los pacientes adolescentes que se encontraba en tratamiento y que cumplieron con los criterios de inclusión en tres de los cuatro centros de atención que se encuentran distribuidos en la zona metropolitana de la ciudad de Monterrey. Los centros de Atención son:

CIJ Monterrey

CIJ García

Hospital Psiquiátrico de Mty, Nuevo León

Criterios de inclusión:

Adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 13 y 21 años que acudieron a tratamiento (durante al menos 3 meses) en los centros de atención arriba mencionados, en el periodo comprendido entre septiembre de 2011 y febrero del 2012.

La muestra final quedó conformada por 60 participantes debido a la inaccesibilidad que se presentó en algunos centros, por causas ajenas y amenazantes hacia el personal del centro de atención.

Criterios de exclusión:

Pacientes adolescentes con trastornos psiquiátricos graves: psicóticos, retraso mental grave y otros padecimientos neurológicos graves que pudieran dificultar la evaluación (PCI).

Instrumento de medición

Se aplicó una entrevista semiestructurada creada *ex profeso* para el presente estudio, conformada y corregida a partir de los resultados de los dos estudios pilotos previos antes descritos (Anexo 4).

Procedimiento

Se solicitó la autorización de las áreas correspondientes de los Centros de Integración Juvenil y la Secretaría de Salud para la presentación del proyecto, con el objetivo de contar con las facilidades para realizar la presente investigación, a través de la aplicación de las entrevistas a los pacientes que accedieron a participar en el estudio. Los permisos para acceder a las instituciones se gestionaron mediante la dirección de la Facultad de Psicología de la UANL.

Las aplicaciones fueron realizadas dentro de cada uno de los centros de atención, en un espacio que poseía las características adecuadas de privacidad y confort, con una duración aproximada de 120 minutos.

Las aplicaciones se llevaron a cabo por la investigadora, de forma paralela al tratamiento que se otorga en los Centros de Atención mencionados, sin interrupción o interferencia del mismo.

Ruta crítica:

1. Identificación de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.
2. La investigadora se encargó de explicar a los posibles participantes el propósito del estudio, dejando claro que no existía consecuencia alguna, en caso de no desear participar en el protocolo.
3. Se entregó al paciente y al padre o tutor acompañante (cuando eran menores de edad) la Carta de consentimiento Informado para participar en el estudio.
4. Una vez firmada la carta de consentimiento, se concertó una cita para aplicar la entrevista semiestructurada al paciente, de tal forma que se realizó en un solo momento.
5. El investigador se encargó de verificar que todas las entrevistas estuvieran contestadas con claridad y de forma completa.
6. Aquellos pacientes donde se detectó alguna situación emergente, se le notificó al responsable del centro de atención, con la finalidad de darle atención inmediata a la situación identificada.
7. Se asistió a cada centro de manera semanal para la aplicación de las entrevistas.

8. Se creó una base de datos donde se fueron ingresando los mismos de manera semanal.

Análisis de datos

Análisis cuantitativo

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de cada una de las variables de estudio, así como de las características de la población y los datos sociodemográficos (edad, sexo, tipo de familia, nivel socioeconómico, etc.) a través del paquete estadístico SPSS versión 17.

Se realizaron análisis de frecuencias para conocer la prevalencia del consumo, obtener los patrones de consumo (droga de inicio, droga de impacto, edad de inicio, frecuencia, etc.) e integrar los diferentes perfiles de usuarios.

Para los datos cualitativos, se realizó un análisis del contenido a través del cual se obtuvieron categorías de primer, segundo y tercer orden a partir de la frecuencia de las respuestas emitidas por los participantes, con el objetivo de integrarlas de forma sistemática y comprensible, mediante el programa estadístico Atlas ti.

Finalmente, se integraron los resultados obtenidos por ambos métodos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

XI. RESULTADOS

En esta sección se describen los datos sociodemográficos de la muestra. En el segundo apartado se describe el patrón de consumo de los usuarios que incluye indicadores tales como; edad y sustancia de inicio, tipo de usuario, tipo de consumo, entre otros, conformando así el perfil del usuario desde el punto de vista cuantitativo. A través de un análisis descriptivo de los datos, para continuar con los análisis inferenciales de los mismos, por medio del programa estadístico SPSS.17. Más adelante se describen los datos cualitativos y, finalmente la integración de ambos.

11.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

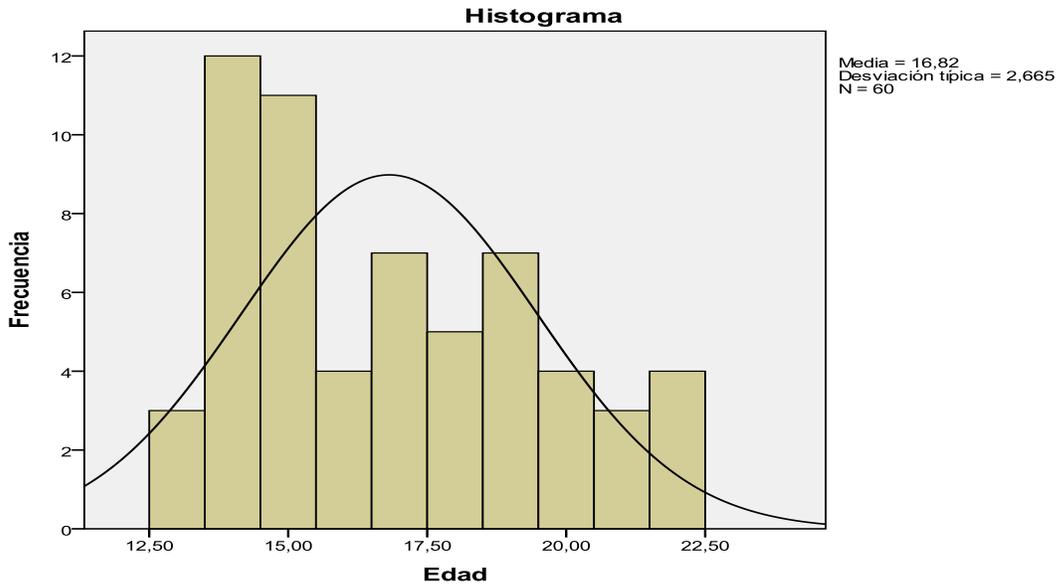
Tabla 1. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	52	86.7
Mujer	8	13.3
Total	60	100

La muestra quedó conformada en su mayoría por adolescentes del sexo masculino y sólo el 13.3% por mujeres adolescentes.

Tabla 2. Edad de los usuarios

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13.00	3	5
14.00	12	20
15.00	11	18.3
16.00	4	6.7
17.00	7	11.7
18.00	5	8.3
19.00	7	11.7
20.00	4	6.7
21.00	3	5
22.00	4	6.7
Total	60	100



La media de la edad se encuentra en los 16.82, no obstante, en la distribución de la gráfica, se observa una gran proporción de participantes que oscilan entre los 14 y 15 años.

Tabla 3. Sexo * Estado Civil

	Soltero	Unión libre	Separado	Total
Hombre	49	0	3	52
Mujer	7	1	0	8
Total	56	1	3	60

Esta tabla evidencia que la mayor parte de los sujetos de la muestra son varones y solteros, una mujer vive en unión libre y tres varones son separados.

Tabla 4. Ocupación

<i>Ocupación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Estudia	33	55
No estudia	27	45
Estudia y trabaja	7	11.6
Desocupado, no estudia y no trabaja	18	30
Total	60	100

El 45 % de los participantes ya no asiste a la escuela, de los cuales un 30% tampoco realizan ninguna actividad; no estudian y tampoco trabajan, sólo el 11% estudian y también trabajan.

Tabla 5. Tipo de familia

<i>Familia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Nuclear	22	36.7
Extensa	6	10.0
Monoparental	17	28.3
Monoparental extensa	3	5.0
Reconstituida	5	8.3
Persona Sola	2	3.3
Hogar de Foráneos	1	1.7
Atípica	4	6.7
Total	60	100

Esta tabla refleja la diversidad de la estructura familiar de los consumidores, las más consistentes son; la familia nuclear, seguida de la familia monoparental.

Tabla 6. Municipio

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Monterrey	20	33.3
Santa Catarina	22	36.7
San Nicolás	1	1.7
San Pedro	6	10.0
Escobedo	1	1.7
Guadalupe	4	6.7
García	5	8.3
Saltillo	1	1.7
Total	60	100

La mayor parte de los participantes pertenecen a los municipios de Monterrey y Santa Catarina.

Tabla 7. Centro de atención

<i>Centro de atención</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
CIJ Monterrey	43	85
CIJ García	8	13.3
SS	9	1.7
Total	60	100

En la tabla 7 se describe que la muestra quedó conformada principalmente por usuarios que asistían al Centro de Integración Juvenil Monterrey.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE LOS USUARIOS

Tabla 8. Edad de inicio del consumo

<i>Edad del usuario</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
10	1	1.7
12	5	8.3
13	20	33.3
14	18	30.0
15	8	13.3
16	2	3.3

17	5	8.3
19	1	1.7
Total	60	100

En esta tabla se observa que más del 60% de los usuarios empezaron a consumir entre los 13 y 14 años.

Tabla 9. Sustancia de inicio

<i>Sustancia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	28	46.6
Alcohol	15	25
Marihuana	12	20
Solvente	5	8.3
Total	60	100

Como podemos ver las sustancias de mayor inicio son las legales; tabaco y alcohol.

Tabla 10. Edad de inicio * Sustancia de inicio

<i>Edad de inicio</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Marihuana</i>	<i>Solvente</i>	<i>F</i>
10.00	1	0	0	0	1
12.00	1	3	1	0	5
13.00	12	3	4	1	20
14.00	7	3	5	3	18
15.00	3	3	1	1	8
16.00	1	1	0	0	2
17.00	2	2	1	0	5
19.00	1	0	0	0	1
Total	28	15	12	5	60

En esta tabla observamos la relación entre la edad y la sustancia de inicio; el tabaco es la sustancia con la que se inicia a más temprana edad, sin embargo, a los 13 años se acentúa este consumo de tabaco y se agrega el consumo de alcohol, seguido de la marihuana y solventes.

Tabla 11. Tipo de consumo (grado de severidad)

<i>Tipo de consumo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Uso	12	20
Abuso	20	33.3
Dependencia	28	46.7
Total	60	100

El 46.7% de los participantes han desarrollado ya una dependencia a las sustancias.

Tabla 12. Tipo de usuario (grado de funcionalidad)

<i>Usuario</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Experimental	8	13,3
Social	13	21.7
Funcional	26	43.3
Disfuncional	13	21.7
Total	60	100

El 43.3% del total de usuarios son del tipo funcional, le siguen el tipo disfuncional y el social en el mismo porcentaje.

Tabla 13. Tipo de consumidor (número de sustancias consumidas)

<i>Tipo de consumo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Poliusuario (Uso de sustancias combinadas)	49	81.7
Monousuario (uso de una sustancia)	11	18.3
Total	60	100

El 81.7% de los consumidores son poliusuarios, es decir; consumen más de dos sustancias de manera simultánea.

Tabla 14. Sustancia de preferencia

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	34	56.7
Alcohol	33	55.0
Marihuana	33	55.0
Solvente	11	18.3
Cocaína	4	6.7
Crack	3	5.0
Pastillas	2	3.3

El tabaco se mantiene como la droga de preferencia, sin embargo, el alcohol y la marihuana se encuentran en segundo lugar con porcentajes similares. Cabe

aclarar que el porcentaje de sustancias rebasa el 100% puesto que como se ha descrito en la tabla anterior, la mayoría de los participantes son poliusuarios.

Tabla 15. Sustancia de mayor impacto

<i>Sustancia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	2	3,3
Alcohol	5	8,3
Marihuana	36	60
Solvente	10	16,7
Cocaína	2	3,3
Crack	5	8,3
Total	60	100

La sustancia de mayor impacto (por la que se solicita el tratamiento) es la marihuana, le siguen los solventes, el alcohol y el crack en porcentajes similares.

Tabla 16. Sustancia de mayor accesibilidad

<i>Sustancia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	3	5.0
Alcohol	2	3.3
Marihuana	28	46.7
Solvente	26	43.3
Cocaína	1	1.7
Total	60	100

Las sustancias de mayor accesibilidad para estos consumidores, son las mismas sustancias de mayor impacto; marihuana y solventes.

Tabla 17. Uso de drogas inyectadas

<i>Drogas inyectadas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
SA	2	3.3
NO	58	96.7
Total	60	100

La mayoría de los participantes negaron el consumo de drogas inyectadas.

Tabla 18. Lugares para conseguir la droga de preferencia

<i>Sitios para conseguir la droga</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tiene en su propia casa	2	3,3
En lugares de distribución	27	45
En casa de amigos o familiares	24	40
En antros, bares	1	1,7
En fiestas o reuniones	3	5,0
En la escuela o el trabajo	3	5,0
Total	60	100

Los lugares de distribución (tienditas) son los sitios que más utilizan los chicos para conseguir las sustancias, seguido de las casas de los pares y algunos familiares.

Tabla 19. Forma de acudir a tratamiento

<i>En esta ocasión acude</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Voluntariamente	13	21.7
Por la escuela o trabajo	21	35
Lo llevaron amigos o familiares	19	31.7
Por indicación médica	3	5.0
Por indicación legal	3	5.0
	1	1.7
Total	60	100

En la tabla anterior observamos que la mayor parte de los usuarios acuden porque algunas instituciones los envían o bien, porque los familiares los llevan.

1.2 PERFIL DEL USUARIO

En este apartado se describen las características de los participantes y su relación con el grado de funcionalidad que poseen como consumidores.

Tabla 20. Sexo * Tipo de usuario de sustancias

		<i>Tipo de usuario de sustancias</i>				<i>Total</i>
		Experimenta I	Social	Funcional	Disfuncional	
Sexo	Hombre	8	11	21	12	52
	Mujer	0	2	5	1	8
Total		8	13	26	13	60

Existen más varones cuyo patrón pertenece al usuario funcional.

21. Edad * tipo de usuario

<i>Edad</i>	<i>Experimenta I</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
13.00	1	1	1	0	
14.00	4	3	4	1	12
15.00	1	3	7	0	11
16.00	0	4	0	0	4
17.00	1	1	3	2	7
18.00	0	0	3	2	5
19.00	0	0	4	3	7
20.00	1	0	1	2	4
21.00	0	0	1	2	3
22.00	0	1	2	1	4
Total	8	13	26	13	60

En esta tabla observamos que el usuario funcional a los 15 años es el que se repite con mayor frecuencia.

22. Estado Civil * Tipo de usuario

	<i>Experimenta I</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Estado Soltero	8	13	23	12	56
Civil unión libre	0	0	1	0	1
Separado	0	0	2	1	3
Total	8	13	26	13	60

Los usuarios funcionales que predominan sobre el resto, son en su mayoría solteros.

Tabla 23. Principal Actividad * Tipo de usuario

<i>Principal Actividad</i>	<i>Experimenta</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Estudiante de Tiempo Completo Con actividad Laboral estable	7	11	15	0	33
Con actividad Laboral Inestable	0	1	4	0	5
Desocupado	1	1	5	11	18
Hogar	0	0	2	0	2
Total	8	13	26	13	60

Los participantes que pertenecen al tipo de usuario disfuncional son aquellos que se encuentran más desocupados; tienen libre la mayor parte de su tiempo.

Tabla 24. Tipo de familia * Tipo de usuario

<i>Tipo de familia</i>	<i>Experimenta I</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Nuclear	6	3	10	3	22
Extensa	0	4	0	2	6
Monoparental	2	3	7	5	17
Monoparental extensa	0	0	3	0	3
Reconstituida	0	2	2	1	5
Persona Sola	0	0	2	0	2
Hogar de Foráneos	0	1	0	0	1
Atípica	0	0	2	2	4
Total	8	13	26	13	60

Se observa una mayor frecuencia entre el tipo de familia nuclear y monoparental y el usuario de tipo funcional.

Tabla 25. Municipio * Tipo de usuario

<i>Municipio</i>	<i>Experimenta I</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Monterrey	3	1	12	4	20
Santa Catarina	3	6	11	2	22
San Nicolás	0	1	0	0	1
San Pedro	2	0	3	1	6
Escobedo	0	0	0	1	1
Guadalupe	0	3	0	1	4
García	0	1	0	4	5
Saltillo	0	1	0	0	1
Total	8	13	26	13	60

Tabla 26. Centro de atención * Tipo de usuario

<i>Centro de atención</i>	<i>Experimenta I</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
CIJ Monterrey	8	9	25	9	51
CIJ García	0	0	1	7	8
SS	0	1	0	0	1
Total	8	13	26	13	60

El centro de internamiento García concentra un mayor número de usuarios disfuncionales, en comparación con el número de participantes de otros centros.

Tabla 27. Edad de inicio * Tipo de usuario

<i>Edad de inicio</i>	<i>Experimenta</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
10.00	0	0	0	1	1
12.00	0	0	4	1	5
13.00	2	7	7	3	19

14.00	5	2	6	5	18
15.00	0	3	4	1	8
16.00	0	0	2	0	2
17.00	1	0	2	2	5
19.00	0	1	0	0	1
Total	8	13	25	13	59

En la tabla 27 se resalta que la edad de inicio del usuario disfuncional (10a) y funcional (12a) es menor en relación al usuario experimental y social (13a).

28. Sustancia de inicio * Tipo de usuario

<i>Tipo de Sustancia</i>	<i>Experimenta</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Tabaco	1	9	14	3	27
Alcohol	3	2	6	4	15
Marihuana	3	1	3	5	12
Solvente	1	1	2	1	5
Total	8	13	25	13	59

En esta tabla observamos que el tabaco predomina como sustancia de inicio en todos los tipos de usuarios.

Tabla 29. Tipo de Consumo * Tipo de usuario

<i>Tipo de Consumo</i>	<i>Experimenta</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Uso	6	3	0	0	9
Abuso	0	9	11	0	20
Dependencia	0	1	14	13	28
a					
Total	6	13	25	13	57

Como podemos observar el usuario disfuncional se presenta más en aquellos que tienen una dependencia a las sustancias.

Tabla 30. Uso de sustancias combinadas * Tipo de usuario

<i>Sustancias combinadas</i>	<i>Experimenta</i>				<i>Total</i>
	<i>l</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	
SÃ-	1	10	25	13	49
No	7	3	1	0	11
Total	8	13	26	13	60

El usuario funcional es el que más consume sustancias de manera combinada, en comparación con el resto de los usuarios.

Tabla 31. Uso de drogas inyectadas * Tipo de usuario

<i>Drogas inyectadas</i>	<i>Experimenta</i>				<i>Total</i>
	<i>l</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	
SÃ-	0	0	0	2	2
No	8	13	26	11	58
Total	8	13	26	13	60

Los usuarios que han usado drogas inyectadas son sólo los del tipo disfuncional.

32. Droga de Impacto * Tipo de usuario

<i>Droga de Impacto</i>	<i>Experimenta</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Tabaco	0	0	1	1	2
Alcohol	1	3	0	1	5
Marihuana	6	8	14	7	35
Cocaína	0	1	1	0	2
Crack	0	0	2	3	5
Solvente	1	1	7	1	10
Total	8	13	25	13	59

La marihuana como droga de mayor impacto es constante en todos los tipos de usuarios y se acentúa en los usuarios de tipo funcional.

33. Drogas más accesibles * Tipo de usuario

<i>Drogas más accesibles</i>	<i>Experimental</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Tabaco	1	0	1	1	3
Alcohol	1	0	1	0	2
Marihuana	5	3	13	7	28
solvente	0	10	11	5	26
cocaína	1	0	0	0	1
Total	8	13	26	13	60

En la tabla 33 se observa la marihuana, seguida de los solventes como sustancias de mayor accesibilidad para todos los tipos de usuarios.

34. Lugares donde se consigue la droga de preferencia * Tipo de usuario

	<i>Experimental</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Tiene en su propia casa	1	0	1	0	2
En casa de un amigo o familiar	4	6	10	4	24
En lugares de distribución	0	3	15	8	26
En antros, bares	0	0	0	1	1
En fiestas o reuniones	0	3	0	0	3
En la escuela o el trabajo	2	1	0	0	3
Total	7	13	26	13	59

En esta tabla se evidencia que los lugares de distribución “tienditas” son los más socorridos para conseguir la droga de preferencia, seguido de las casas de amigos y/o familiares, para todos los tipos de usuarios.

35. Forma de acudir al tratamiento * Tipo de usuario

	<i>Experimenta</i>	<i>Social</i>	<i>Funcional</i>	<i>Disfuncional</i>	<i>Total</i>
Voluntariamente	1	1	6	5	13
Lo llevaron amigos o familiares	1	5	7	6	19
Por la escuela o trabajo	6	6	9	0	21
Por indicación médica	0	0	2	1	3
Por indicación legal	0	1	1	1	3
Otros	0	0	1	0	1
Total	8	13	26	13	60

La mayoría de los usuarios acuden a solicitar tratamiento porque son enviados por un tercero, independiente del grado de severidad de su consumo.

11.2 ANÁLISIS CUALITATIVO (CATEGORÍAS)

Una vez capturadas las entrevistas, se realizó un análisis del contenido a través del cual se obtuvieron categorías de primer, segundo y tercer orden a partir de la frecuencia de las respuestas emitidas por los participantes, con el objetivo de integrarlas de forma sistemática y comprensible, mediante el programa estadístico SPSS 17.

Se obtuvieron 27 categorías en total, las cuales fueron contrastadas con dos jueces expertos, a través de la técnica de evaluación inter-jueces, obteniendo un coeficiente de Kappa de 0.82.

A continuación se presentan las categorías que han sido agrupadas conforme a las variables de estudio.

EVENTOS DE VIDA

Tabla 36. Eventos vitales previos al consumo

<i>Sucesos de vida</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Violencia intrafamiliar	18	30
Cambio de residencia	13	21.6
Divorcio/separación de los padres	14	23.3
Deserción escolar	7	11.6
Muerte de un familiar	6	10
Consumo de sustancias de los Padres o tutores	5	8.3

En esta tabla se describen los eventos de vida previos al inicio del consumo. El 53 % de los participantes reportó haber tenido al menos un evento, el 26% dos y el 6% tres.

MALESTAR EMOCIONAL

Tabla 37. Estado de ánimo previo al inicio del consumo

<i>Edo. De ánimo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tristeza	29	48.3
Enojo	19	31.6
Estrés	8	13.3
Miedo	4	6.6
Total	60	100

En esta tabla se observa que la tristeza y el enojo son las emociones más frecuentes que los participantes experimentaban previo a que iniciaran el consumo.

Tabla 38. Estado de ánimo al consumir

<i>Edo. De ánimo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Felicidad, alegría	23	38.3
Evasión de la realidad	20	33.3
Mayor energía	4	6.6
Relajado	7	11.6
Bienestar	6	10
Total	60	100

Las emociones reportadas al consumir responden a la búsqueda de una evasión de la realidad y la experimentación de un estado de felicidad.

Tabla 39. Estado de ánimo en abstinencia

<i>Edo. de ánimo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ansiedad	19	31.6
Tristeza, desánimo	16	26.6
Enojo, agresividad	13	21.6
Estrés, preocupación	9	8.3
Nada	3	5
Total	60	100

En esta tabla se observa un cambio en la percepción en la mayoría de los chicos

cuando no consumen; se sienten ansiosos y desanimados.

Tabla 40. Factores que tienen mayor influencia en la conducta del consumo

<i>Condición</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Las influencia de los pares	21	35
El estado de ánimo	20	33.3
Los problemas familiares	13	21.6
La fácil accesibilidad	5	8.3
Los eventos sociales	1	1.6
Total	60	100

La influencia de los pares es uno de los aspectos principales que influyen en estos chicos para continuar consumiendo.

SOPORTE SOCIAL (SUBJETIVO)

Tabla 41. Preferencia para consumir

<i>Situación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
En compañía	40	66.6
En soledad	20	33.3
Total	60	100

Tabla 42. Motivos para consumir solo o acompañado

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Diversión (en grupo)	40	66.6
Obtener mayor consumo (individual)	20	33.3
Total	60	100

En las tablas 41 y 42 se refleja la preferencia por consumir en grupo, argumentando que esta forma les provee mayor diversión.

Tabla 43. Personas que representan mayor confianza para el consumidor

<i>Vínculo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Mamá	17	28.3
Amigos	13	21.6
Otros familiares	11	18.3
Hermanos	9	15
Nadie	6	10
papá	4	6.6
Total	60	100

Según los usuarios, la madre se encuentra como la figura que brinda mayor confianza para el consumidor, de manera paradójica, el padre es la figura menos confiable.

Tabla 44. Personas que les han apoyado para enfrentar diversos problemas

<i>Vínculo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Mamá	37	61.6
Amigos	8	13.3
Otros familiares	8	13.3
Hermanos	4	6.6
Papá	2	3.3
Total	60	100

Tabla 45. Personas que han ayudado a solucionar la conducta del consumo

<i>Vínculo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Mamá	38	63.3
Otros familiares	9	15
Amigos	5	8.3
Hermanos	3	5
Nadie	3	5
Papa/padrastro	2	3.3
Total	60	100

Tabla 46. Formas en las que han sido apoyados

	<i>Al traerme a rehabilitación</i>	<i>Pláticas o consejos</i>	<i>Económicamente</i>	<i>Frecuencia</i>
Mamá	21	10		31
Papá	7	4	3	14
Hermanos		9		9
Otros familiares	1	2		3
Amigos	3	6	3	12

En las tablas anteriores (de la 44 – 46), se observa la figura materna como la persona que más los ha apoyado en diversas circunstancias, incluyendo el apoyo para dejar el consumo, ya sea llevándolos a tratamiento o brindando consejos.

SOPORTE SOCIAL (OBJETIVO)

Tabla 47. Tiempo transcurrido desde que se inició el consumo hasta que se descubrió

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
De uno a seis meses	29	48.3
Más de un año	21	35
De seis meses a un año	10	16.6
Total	60	100

Tabla 48. Contexto en el que la familia se enteró del consumo

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Lo encontraron consumiendo	24	40
La escuela les informó	21	35
Por terceras personas	5	8.3
El consumidor pidió ayuda	6	10
Fue atendido por sobredosis	2	3.3
Lo arrestaron por consumir en vía pública	2	3.3
Total	60	100

En las tablas 47 y 48 se observa que el 40% de los usuarios fueron sorprendidos consumiendo y que cuando no transcurrió mucho tiempo para conocer la situación fue porque la escuela les informó.

Tabla 49. Familiares consumidores

<i>Sustancia</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Alcohol y tabaco</i>	<i>Marihuana y otras</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Padres/padrastro	32	8	3	43	71.6
Madre		2		2	3.3
Hermanos (as)	1	12	7	20	33.3
Otros familiares (tíos, primos)	5	4	8	17	28.3
Novio/pareja		4		4	6.6

Un alto porcentaje de los familiares son consumidores, siendo el padre el principal consumidor de alcohol.

ACCESIBILIDAD

Tabla 50. Sustancia de mayor accesibilidad

<i>Sustancia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Marihuana	28	46.7
Solvente	26	43.3
Tabaco	3	5.0
Alcohol	2	3.3
Cocaína	1	1.7
Total	60	100

Tabla 51. Motivos por los cuales las consideran más accesibles

<i>Motivo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
La venden en todos lados y es barata	26	43.3
Los amigos la traen	15	25
Total	60	100

La droga más accesible para estos usuarios es la marihuana, seguida de los solventes porque a decir de ellos, las consiguen en cualquier lugar y son económicas (tabla 50 y 51).

Tabla 52. Lo necesario para conseguir drogas

<i>Opinión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Dinero	56	93.3
Juntarse con los que consumen	4	6.6
Saber donde comprarla y dinero	5	8.3
Total	60	100

La mayoría de los participantes coinciden en que el dinero es necesario para poder acceder a las drogas.

CREENCIAS

Tabla 53. Creencias sobre las consecuencias de consumir drogas

<i>¿Cuáles son las consecuencias de consumir drogas?</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Causan daño físico (cerebro, cuerpo, sistema nervioso)	40	66.6
Causa problemas sociales (familiares y amigos)	20	33.3
Causa problemas sociales y escolares	5	8.3
Total	60	100

Tabla 54. Atribuciones hacia el consumo de sustancias

<i>¿Qué piensas de la drogas?</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Son malas, hacen daño en general	25	41.6
Hacen daño, pero hacen sentir bien	16	26.6
Relajan, ayudan a olvidar los problemas	11	18.3
Mejoran el estado de ánimo	6	10
Ayudan a tener un mejor desempeño	2	3.3
Total	60	100

Las creencias y atribuciones acerca de los efectos y consecuencias sobre consumir drogas, hacen alusión al deterioro de la salud física principalmente. Sin embargo, también se refleja la idea de que los hacen sentir bien (tabla 53 y 54).

Tabla 55. Causas por las que consideran que consumen drogas

<i>Causas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Evasión de la realidad	19	31.6
Por los efectos relajantes	16	26.6
Para experimentar	6	10
Influencia de los pares	10	16.6
Por el efecto en el estado de ánimo (feliz y animado)	6	10
Por sentimiento de soledad	2	3.3
Porque están accesibles	1	1.6
Total	60	100

En esta tabla se observa como la principal causa para consumir, el deseo de evadir la realidad.

Representación social de sí mismo y de los demás

Tabla 56. Percepción de sí mismo

<i>¿Qué piensas de ti mismo como consumidor?</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Me veo mal consumiendo, me señalan...	14	23.3
Soy buena persona	12	20
Con ganas de dejar las drogas, mejorando	17	28.3
Normal, no me gusta el término enfermedad	3	5
Soy feliz drogándome	4	6.6
No pienso nada	10	16.6
Total	60	100

El 28% de los consumidores manifiesta deseos de dejar el consumo y el hecho de haber solicitado tratamiento les provoca una sensación de estar mejorando; el 23%, refiere sentirse señalados, etiquetados, mal vistos, criticados, avergonzados, de tal manera que a pesar de considerarse buena persona, *la sociedad les recuerda que son drogadictos.*

Tabla 57. Percepción de lo que piensan sus padres sobre su consumo

<i>¿Qué crees que piensan tus papás de que consumas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Les provoca tristeza y preocupación	18	30
Piensan que estuvo mal	15	25
Defraudaron su confianza	14	23.3
Soy malo	9	15
Soy un drogadicto	4	6.6
Total	60	100

El 30% de los chicos consideran que sus padres están preocupados y tristes por culpa de su consumo.

Tabla 58. Percepción de lo que piensan sus maestros sobre su consumo

<i>¿Qué crees que piensan tus maestros de que consumas drogas?</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Lo desconocen	11	18.3
Piensan que estuvo mal	10	16.6
Soy un drogadicto	9	15
Me han dado consejos	3	5
No estudian	27	45
Total	60	100

El 18% de los entrevistados prefieren no enterarlos de su consumo porque los tacharían de drogadictos o incluso podrían expulsarlos de la escuela, el 45% de los chicos que no estudian refieren que si lo hicieran tampoco enterarían a los maestros porque creen que no los entenderían.

ESTILO DE VIDA

Tabla 59. Motivos para no seguir estudiando

<i>Motivos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Desagrado, desinterés, falta de concentración, problemas	17	28.3
La escuela los expulsó de manera permanente	8	13.3
Carencias económicas	2	3.3
Estudian	33	55
Total	60	100

Tabla 60. Motivos para seguir estudiando

<i>Motivos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Para terminar una carrera técnica	13	21.6
Superación personal	11	18.3
Para terminar una carrera profesional	7	11.6
Para cubrir necesidades	6	10
Para cubrir necesidades	6	10
La familia lo apoya	4	6.6

Le gusta estudiar	4	6.6
No estudian	27	45
Total	60	100

Del 45% de usuarios que ya no estudia, el 28% argumentan falta de interés, problemas económicos, problemas escolares, bajo rendimiento académico, un porcentaje menor (21.6%) desea continuar estudiando para terminar una carrera técnica (tablas 59 y 60).

Tabla 61. Ocupación del tiempo libre

<i>Actividad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Salir con pares	23	38.3
Ver TV	17	28.3
Utilizar internet	12	20
Ayudar en casa	4	6.6
Consumir	4	6.6
Total	60	100

Un porcentaje importante de usuarios invierten su tiempo libre saliendo con amigos quienes en su mayoría también son consumidores.

Tabla 62. Dedicación a actividades deportivas

<i>Actividad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Fútbol	28	53.3
Ninguna	22	25
Patineta	3	6.6
Gimnasio	7	8.3
Total	60	100

Tabla 63. Frecuencia de la práctica deportiva

<i>¿Con qué frecuencia lo realizan?</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Cada semana	14	23.3
Dos o tres veces por semana	14	23.3
Diario	10	16.6
No practican nada	22	25
Total	60	100

El fútbol como actividad deportiva se realiza de manera más bien informal, con los amigos del barrio, sin que logre ser una actividad ordenada y consistente.

Tabla 64. Dificultades que han vivido a consecuencia del consumo

<i>Situación más difícil de enfrentar</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
El impacto familiar	21	35
Ser aprehendido por los soldados, policía, cárteles de la droga	12	20
El rechazo de la gente	18	30
Una sobredosis	3	6.6
Problemas escolares, legales	6	6.6
Total	60	100

Como puede observarse, el impacto en la familia y el rechazo de la gente son las circunstancias más dolorosas de asumir para ellos como consumidores.

1. INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTI-CUALITATIVOS

Al agruparse las edades en dos rangos (13-16 y 17-22), se observa que existe una relación significativa entre el tipo de usuario y la edad del mismo (tabla 65).

Tabla 65. Edad y tipo de usuario

Tabla de contingencia

Recuento		Tipo de usuario de sustancias				Total
		Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	
edad_bis	13-16	6	11	12	1	30
	17-22	2	2	14	12	30
Total		8	13	26	13	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,692 ^a	3	,001
Razón de verosimilitudes	20,077	3	,000
Asociación lineal por lineal	14,347	1	,000
N de casos válidos	60		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.

Tabla 66. Edad y Sustancia de impacto

Tabla de contingencia

Recuento

		Droga de Impacto						Total
		Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack	Solvente	
edad_bis	13-16	0	3	18	0	0	8	29
	17-22	2	2	17	2	5	2	30
Total		2	5	35	2	5	10	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,815 ^a	5	,025
Razón de verosimilitudes	16,545	5	,005
Asociación lineal por lineal	,635	1	,425
N de casos válidos	59		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,98.

En esta tabla, también se observa la marihuana como droga de mayor impacto muy por encima del resto de las sustancias, para ambos grupos de edad.

EVENTOS DE VIDA

Tabla 67. Número de eventos de vida previos al consumo

		cuantos eventos tuvo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	un evento	32	53,3	53,3	53,3
	dos eventos	16	26,7	26,7	80,0
	tres eventos	4	6,7	6,7	86,7
	ninguno	8	13,3	13,3	100,0
Total		60	100,0	100,0	

El 53.3 % de los participantes refiere haber tenido al menos un evento de vida negativo previo al inicio del consumo, el 26% reportaron dos y el 6% tres

Tabla 68. Eventos de vida y malestar emocional

Tabla de contingencia cuantos eventos tuvo * cuantas emociones tuvo

Recuento		cuantas emociones tuvo				Total
		una emocion negativa	dos emociones negativas	tres emociones negativas	ninguna	
cuantos eventos tuvo	un evento	7	24	1	0	32
	dos eventos	2	14	0	0	16
	tres eventos	0	4	0	0	4
	ninguno	1	3	0	4	8
Total		10	45	1	4	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,479 ^a	9	,000
Razón de verosimilitudes	21,916	9	,009
Asociación lineal por lineal	13,067	1	,000
N de casos válidos	60		

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

En estas tablas se observa que existe una relación significativa entre el número de eventos vitales y el malestar emocional (número de emociones negativas) en los participantes.

Tabla 69. Número de eventos vitales * Tipo de usuario de sustancias

		Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
cuantos eventos tuvo	un evento	7	7	14	4	32
	dos eventos	0	2	8	6	16
	tres eventos	0	0	3	1	4
	ninguno	1	4	1	2	8
Total		8	13	26	13	60

En la tabla 69 se observa que el usuario social es el que menos ha experimentado sucesos vitales negativos.

En las siguientes tablas (70 – 72) se describen los eventos vitales que fueron reportados por los participantes, los cuales se agruparon en primer, segundo y tercer orden, de acuerdo al tipo de usuario.

Tabla 70. 1er evento de vida reportado * Tipo de usuario

		Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
eventos1	separación de padres	1	2	6	2	11
	violencia intrafamiliar	2	4	7	2	15
	cambio casa	4	2	4	2	12
	deserción escolar	0	0	2	2	4
	consumo de los padres	0	0	0	1	1
	se fue de casa	0	0	1	0	1
	muerte de un familiar	0	1	2	1	4
	ninguno	1	4	1	2	8
	tuvo un hijo	0	0	2	1	3
	abuso sexual	0	0	1	0	1
Total		8	13	26	13	60

Tabla 71. 2º. evento de vida reportado * Tipo de usuario de sustancias

Eventos 2	Social	Funcional	Disfuncional	Total
separación de padres	0	1	2	3
violencia intrafamiliar	0	5	2	7
cambio casa	1	2	1	4
deserción escolar	0	2	0	2
consumo de los padres	1	0	0	1
se fue de casa	0	1	0	1
muerte de un familiar	0	0	1	1
Total	2	11	6	19

Tabla 72. 3er. evento 3 * Tipo de usuario de sustancias

	Funcional	Disfuncional	Total
eventos3 violencia intrafamiliar	0	1	1
consumo de los padres	2	0	2
muerte de un familiar	1	0	1
Total	3	1	4

MALESTAR EMOCIONAL

Tabla 73. Malestar emocional * Tipo de usuario de sustancias

# de emociones	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
una emoción negativa	4	4	2	0	10
dos emociones negativas	3	6	23	13	45
tres emociones negativas	0	0	1	0	1
ninguna	1	3	0	0	4
Total	8	13	26	13	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,529 ^a	9	,004
Razón de verosimilitudes	26,069	9	,002
Asociación lineal por lineal	,122	1	,727
N de casos válidos	60		

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Como lo muestran estas tablas, también existe una relación significativa entre el tipo de usuario y el malestar emocional (tabla 73).

Tabla 74. Estado de ánimo al consumir * Tipo de usuario de sustancias

¿cómo te sientes cuando consumes?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
bienestar	3	1	4	2	10
más energía	0	2	2	1	5
evasión de la realidad	1	0	6	2	9
felicidad	0	4	7	3	14
relajado	3	6	7	5	21
mal	1	0	0	0	1
Total	8	13	26	13	60

En esta tabla se refleja que el consumo provoca en los usuarios un estado de ánimo relajado, de felicidad y bienestar principalmente.

Tabla 75. Edo. de ánimo al no consumir * Tipo de usuario de sustancias

¿Cómo te sientes cuando no consumes?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
ansiedad	3	4	13	4	24
tristeza	1	0	4	1	6
enojo	1	1	3	6	11
estresado	0	5	3	1	9
normal	3	3	3	1	10
Total	8	13	26	13	60

La ansiedad es el estado emocional más reportado por la mayoría de los usuarios cuando no consumen sustancias.

Tabla 76. Aspectos que influyen para consumir * Tipo de usuario de sustancias

¿Qué influye más en ti p q consumas?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
influencia de pares	5	5	5	6	21
el estado de animo	1	1	12	3	17
los problemas familiares	0	3	6	4	13
accesibilidad	2	3	0	0	5
los eventos sociales	0	1	0	0	1
Total	8	13	23	13	57

La influencia de los amigos consumidores es uno de los principales factores para consumir en todos los tipos de usuarios.

SOPORTE SOCIAL SUBJETIVO

Tabla 77. A quiénes le tienes más confianza * Tipo de usuario de sustancias

¿A quiénes le tienes más confianza?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
amigos	0	3	9	1	13
otros familiares	1	0	6	4	11
mamá	3	6	5	3	17
papa	2	0	2	0	4
hermanos	1	3	3	2	9
nadie	1	1	1	3	6
Total	8	13	26	13	60

La madre es la figura que representa mayor confianza en todos tipos de usuarios.

Tabla 78. Apoyo social para solucionar problemas * Tipo de usuario de sustancias

¿quiénes te han apoyado a solucionar problemas?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
amigos	0	3	4	1	8
otros familiares	1	0	5	2	8
mamá	6	8	15	8	37
papa	1	0	1	0	2
hermanos	0	2	1	1	4
nadie	0	0	0	1	1
Total	8	13	26	13	60

Tabla 79. Apoyo social para solucionar el consumo * Tipo de usuario de sustancias

Quiénes te han ayudado a solucionar el consumo	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
amigos	0	3	0	2	5
otros familiares	0	1	6	2	9
mamá	8	7	16	7	38
papa	0	0	2	0	2
hermanos	0	1	2	0	3
nadie	0	1	0	2	3
Total	8	13	26	13	60

Nuevamente la figura materna aparece en todos los tipos de usuarios, como la persona que más los ha ayudado a solucionar problemas, incluyendo el consumo de sustancias

SOPORTE SOCIAL OBJETIVO

Tabla 80. Tiempo transcurrido en el que se descubrió el consumo * Tipo de usuario de sustancias

Tiempo transcurrido en el que se dieron cuenta del consumo	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
1 a 6 meses	7	4	11	5	27
seis meses a un año	0	7	4	1	12
más de un año	1	2	9	7	19
Total	8	13	24	13	58

La familia del usuario experimental es el que ha mostrado un periodo más corto entre el inicio del consumo y su descubrimiento.

Tabla 81. Contexto en el que se enteraron *Tipo de usuario de sustancias

Contexto en el que se enteraron	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
la escuela les informó	6	4	10	1	21
lo encontraron consumiéndolo	2	5	10	7	24
el consumidor pidió ayuda	0	1	1	4	6
les informó terceras personas	0	2	3	0	5
lo arrestaron por consumir en vía pública	0	1	0	1	2
lo internaron por sobredosis	0	0	1	0	1
Total	8	13	25	13	59

Tabla 82. Tipo de usuario de sustancias * familiares que consumen sustancias

¿qué familiares consumen sustancias?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
papá	5	5	16	6	32
mama	0	0	1	0	1
hermanos	1	3	4	4	12
otros familiares	0	1	2	1	4
nadie	2	4	3	2	11
Total	8	13	26	13	60

Esta tabla refleja que el usuario funcional es el grupo donde existen más familiares consumidores, siendo el padre el mayor consumidor.

CREENCIAS

Tabla 83. Tipo de usuario de sustancias * creencias sobre las drogas

¿Qué piensan de las drogas?	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
hacen daño, pero hacen sentir bien	0	4	7	5	16
son malas hacen daño	7	5	8	5	25
relajan, ayudan a olvidar problemas	1	3	6	1	11
mejoran el animo	0	1	3	2	6
ayudan a tener mejor desempeño	0	0	1	0	1
Total	8	13	25	13	59

Tabla 84. Consecuencias * Tipo de usuario de sustancias

Consecuencias de consumir drogas	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
causan daño físico	5	9	20	6	40
causan daño social	2	4	5	7	18
Total	7	13	25	13	58

Todos los tipos de usuarios coinciden en que consumir drogas causa un daño físico importante.

Tabla 85. Causas por las que consumen drogas * Tipo de usuario de sustancias

Causas para consumir drogas	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
evadir la realidad	0	3	11	5	19
por los efectos relajantes	1	4	8	3	16
para experimentar	4	2	0	0	6
por influencia de los pares	2	3	3	2	10
porque me hacen sentir feliz	0	1	2	3	6
por soledad	0	0	2	0	2
pq están accesibles	1	0	0	0	1
Total	8	13	26	13	60

La búsqueda de la evasión de la realidad y los efectos relajantes son las principales causas por las que consumen los usuarios funcionales.

ESTILO DE VIDA

Tabla 86. Tipo de usuario de sustancias * Motivos para continuar estudiando

Motivos p seguir estudiando	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
terminar la prepa o una carrera técnica	2	2	7	0	11
superación personal	0	2	1	0	3
terminar una carrera profesional	2	1	3	0	6
p cubrir necesidades	0	3	1	0	4
la familia lo apoya	1	4	1	0	6
le gusta estudiar	2	1	1	1	5
no estudia	1	0	12	12	25
Total	8	13	26	13	60

Tabla 87. Tipo de usuario de sustancias * motivos p no seguir estudiando

motivos p no seguir estudiando	Experimental	Funcional	Disfuncional	Total
desinterés	1	7	8	16
la escuela lo expulsó	0	3	1	4
carencias económicas	0	1	1	2
por drogarme	0	1	3	4
Total	1	12	13	26

Tabla 88. Tipo de usuario de sustancias * dificultades enfrentadas debido al consumo

Lo más difícil de enfrentar a causa del consumo	Experimental	Social	Funcional	Disfuncional	Total
el impacto en la familia	3	7	6	3	19
ser aprehendido por la policía	0	0	3	9	12
el rechazo de la gente	2	3	13	0	18
una sobredosis	0	2	1	0	3
problemas escolares	3	0	0	0	3
problemas legales	0	1	1	1	3
Total	8	13	24	13	58

El impacto en la familia y el rechazo de la gente son las situaciones más difíciles que han tenido que enfrentar desde que iniciaron su consumo.

11.3 PERFILES DE LOS TIPOS DE USUARIOS

Una vez interpretados los datos cuantitativos y cualitativos, se realizó la integración de ambos. Este análisis permitió obtener tres perfiles de usuarios que han sido agrupados según las características que los identifica y los diferencia uno de otro. No obstante, en estos perfiles también se describen elementos que comparten todos los tipos de usuarios de manera consistente.

El primer perfil es el usuario social y/o experimentador:

Este usuario se define como aquella persona cuyo consumo se limita al uso ocasional de sustancias, no ha rebasado más de 5 consumos a lo largo de su vida

(usuario experimental) y sólo consume en situaciones de orden social y/o de forma ocasional (usuario social). Ambos usuarios comparten características que permiten integrarlos en un solo perfil.

Abarcan el 35% del total de los consumidores, sus edades oscilan entre los 13 y 16 años, los experimentales son varones en su totalidad, en el grupo de usuarios sociales, el 25% son mujeres y, todos son solteros. La edad de inicio se encuentra entre los 13 y los 15 años, *las sustancias de inicio son el alcohol y la marihuana para el usuario experimental y, el tabaco para el usuario social, en ambos las sustancias de mayor impacto es la marihuana, ésta última también es la más accesible.*

El usuario social suele combinar sustancias como el alcohol, tabaco y marihuana, por tanto, se consideran poliusuarios.

El tipo de familia al que pertenecen se encuentra diversificado, la familia nuclear predomina para el grupo de los experimentadores, la extensa para el grupo de los usuarios sociales y ambos grupos comparten la pertenencia a la familia de tipo monoparental. El 69 % de los familiares del usuario social consumen diversas sustancias y, el 25% de los familiares del usuario experimental no consumen.

El 87% de los usuarios experimentales se encuentran estudiando, al igual que el grupo de los usuarios de tipo social, donde el 84% son estudiantes de tiempo completo.

Las causas por las que estos chicos empiezan a consumir responden a las motivaciones inherentes a la etapa adolescente; la presión de los pares, el deseo de experimentar y la curiosidad. En tanto, el mantenimiento del consumo se basa

más en la influencia de los pares, los problemas familiares, imperando el deseo de evadir la realidad y la búsqueda de los efectos relajantes (usuario social).

El total de los usuarios experimentales reportaron haber vivido sólo un evento de vida negativo antes de iniciar el consumo. El 25% de los usuarios sociales refirieron haber experimentado dos eventos vitales previos al consumo. Los eventos de vida reportados fueron; la separación de los padres, la violencia intrafamiliar, cambios de residencia y, el consumo de drogas entre los padres (en los usuarios sociales). Con respecto al malestar emocional reactivo a dichos eventos, se registró enojo, tristeza, estrés y ansiedad.

El tiempo en el que la familia se dio por enterado del consumo del adolescente, oscila entre los seis meses y un año, en el primer caso, se encuentran los usuarios experimentales que fueron descubiertos por las autoridades escolares, quienes avisaron a los padres y en algún grado, los obligaron a que fueran atendidos. En el grupo de los usuarios de tipo social, el 69% fueron descubiertos consumiendo o terceras personas le informaron a la familia, en tal caso, el tiempo transcurrido para asumir el consumo por parte de la familia es de un año.

El soporte social subjetivo y objetivo lo conforma básicamente la figura materna. El padre aparece de forma periférica.

La representación social que han construido estos chicos con respecto al consumo de sustancias, se basa en la idea principal de que causan un daño físico importante. En cuanto a la representación social que tienen de los agentes sociales que lo rodean podemos mencionar que es negativa y excluyente, refieren sentirse fuertemente señalados o etiquetados, tanto por parte del personal docente, como de los familiares y amigos.

El segundo tipo de usuario es el Funcional:

Este usuario se define como aquella persona cuyo consumo se caracteriza por el abuso de sustancias, que incluso puede llegar a la dependencia, sin embargo, el usuario logra mantener cierto nivel de funcionamiento en las diferentes áreas de su vida cotidiana, siempre y cuando consuma de manera consistente la sustancia de su preferencia.

El 43.3% de los chicos entrevistados pertenecen a este grupo, el rango de edad se encuentra entre los 14 y 19 años, el 80% son varones, el 20% son mujeres, el 7% son separados, el 3% vive en unión libre y el resto son solteros. El 57% de ellos aún asiste a la escuela, el 15% trabaja y el 27% no realiza ninguna actividad.

El tabaco, el alcohol y la marihuana (en ese orden) son las drogas de inicio más reportadas, la edad en que han iniciado a consumir estas sustancias equivale a un año menos que en el perfil anterior, abarca de los 12 a los 15 años. La sustancia de mayor consumo continúa siendo el tabaco, le sigue la marihuana; ésta se convierte en la droga de impacto, seguida del tolueno. Finalmente, las sustancias de mayor acceso se diversifican, aunque predomina la marihuana y los solventes, seguido del crack y el alcohol. El 96% de este grupo son poliusuarios; la combinación de sustancias que utilizan con más frecuencia incluye al alcohol, el tolueno, la marihuana y el tabaco, acostumbran consumir en casa de los amigos, pero también en su propia casa, en la escuela y sobre todo, en la calle.

El 57% de los chicos que ya no estudian, refieren varios motivos; desinterés, la escuela los expulsó por mala conducta principalmente y, dificultades económicas.

Aquellos que continúan estudiando, el 53% desea terminar una carrera técnica y el 23% aspira a concluir una licenciatura.

En relación al proceso de adquisición del comportamiento adictivo, en este grupo también se vislumbran eventos de vida negativos tales como; violencia intrafamiliar, cambios de casa, separación de los padres, deserción escolar, nacimiento de un hijo, consumo de sustancia entre los padres y muerte de un familiar (padre y abuelos). El 53% de los entrevistados reportó un evento, el 30% dos y el 11% tres eventos vitales previos al consumo, en tanto, la reacción emocional asociada a éstos también se intensifica. Este malestar emocional comprende al menos dos emociones negativas; el enojo y la tristeza, sin embargo, este usuario permanece en un estado emocional negativo; se describe ansioso, triste e irritable, particularmente cuando no consumen.

Las causas principales por las cuales consumen responden a la búsqueda de la evasión de la realidad y de los efectos relajantes que les provocan las sustancias. El estado de ánimo negativo, irritable y/o triste, los problemas en casa y la influencia de pares aparecen como los motivos por los cuales continúan consumiendo a pesar de desear evitar hacerlo. En este sentido, manifiestan una atribución negativa hacia el consumo, el 77% reconoce que causan un daño físico importante, sin embargo, al igual que en el perfil anterior, se asoman aspectos ambivalentes que apuntan a que también les otorgan aspectos positivos pues los ayuda a sentirse bien, a relajarse y a olvidar sus problemas.

El 38% de estos chicos pertenece a una familia nuclear, el 30% a una familia monoparental y el resto se divide en una familia reconstituida y monoparental extensa.

El tiempo en que la familia asume el consumo del adolescente, abarca desde los seis meses hasta superar el año, en algunos casos se enteraron porque se les encontró consumiendo (38%) o en el caso de los que siguen estudiando, la escuela fue quien informó a los padres (38%). El 88% de los familiares también consumen diversas sustancias y son los padres (varones) los principales consumidores.

Como en el perfil anterior, la madre aparece como la principal figura del soporte social, sea objetivo y subjetivo, aunque los pares también aparecen como figuras de confianza. El padre permanece pasivo y/o ausente.

La representación social sobre el consumo de sustancias en este grupo, comparte elementos con el perfil anterior; también es negativa y ambivalente, refieren sufrir el estigma social de manera persistente al sentirse excluidos, señalados y etiquetados por todos los agentes sociales que los rodean; más del 70% de este grupo refiere que el rechazo de la gente y de la familia han sido las situaciones más dolorosas y difíciles de enfrentar como consumidores.

El tercer perfil es el usuario disfuncional

Este grupo de usuarios se caracteriza por presentar una dependencia a las sustancias, su nivel de funcionamiento es bajo o nulo. Se reconoce como aquel consumidor que no es capaz de abstenerse del consumo a pesar de éste repercute de forma seria en su salud física, emocional y social.

El 21.7% del total de los entrevistados pertenecen a este grupo. El rango de edad comprende de los 17 a los 22 años, el 92% son solteros y también varones, este usuario se distingue por consumir más de tres sustancias de forma combinada; es

poliusuario. La edad de inicio empieza más temprano que en los perfiles anteriores; de los 10 a los 15 años, siendo la marihuana, el alcohol y tabaco (en ese orden), las drogas con las que inicia su consumo. La marihuana es reportada como la sustancia de mayor consumo, le siguen los solventes y el tabaco; la droga de impacto continúa siendo la marihuana, seguida del crack. Por último, las sustancias más fáciles de conseguir son el alcohol y la marihuana, según su discurso porque son económicas y las consiguen fácilmente gracias a que la gente con la que conviven las consume todo el tiempo y en todos los lugares donde se desenvuelven (el barrio).

El 84% de estos usuarios ya no asisten a la escuela y tampoco trabajan, el 53% refiere haber desistido por falta de interés, el resto mencionan otras causas tales como que fueron expulsados de la escuela, porque preferían estar consumiendo y/o por falta de recursos económicos. Por tal razón, pasan gran cantidad de su tiempo libre – que es a diario – consumiendo con sus pares.

El tipo de familia al que pertenecen estos chicos es monoparental y extensa, el consumo de sustancias entre sus familiares, se presenta de manera importante, nuevamente aparece el padre y los hermanos como principales consumidores de alcohol y de otras sustancias ilegales. Por tal razón, el tiempo de evolución del consumo llega a superar los dos años; la familia se enfrenta a la situación porque han encontrado al usuario consumiendo de forma reiterada, porque el mismo consumidor les solicitó ayuda o bien, porque fue referido por alguna institución legal (Centro de Menores Infractores). En este caso, tras haber cometido un delito, ha sido procesado y por ser menor de edad le brindan la opción de ser rehabilitado

y asistir de manera externa al Centro de Adaptación en cuestión, siempre que la familia se responsabilice de su tratamiento y readaptación.

Los eventos vitales negativos previos al consumo son similares a los ya descritos en los perfiles anteriores; violencia intrafamiliar, los cambios de residencia, la separación de los padres, la deserción escolar, la muerte de un ser querido, el consumo de sustancias entre los padres, en ese orden. Sin embargo, en este grupo se evidencia que los eventos negativos fueron experimentados en edades más tempranas (5 – 7 años), en particular el fallecimiento del padre o tutor, por causas como el suicidio, congestión alcohólica, homicidio y cirrosis hepática. En el mismo caso, estas figuras paternas cursaban con un fuerte consumo de sustancias antes de su fallecimiento. Por otro lado, el 46% de estos chicos sufrieron al menos dos eventos vitales en su conjunto. En tal caso, el malestar emocional que refieren derivado de tales experiencias se convirtió en una tristeza e irritabilidad profunda, emociones que -según su discurso- se distinguen por ser crónicas y persistentes.

Las causas que estos chicos argumentan para justificar su consumo se derivan de situaciones que responden esencialmente al contexto, a la facilidad que tienen para obtener las sustancias, -a pesar de que en algunos existe el propósito de no consumir- si los pares cercanos consumen, ellos también lo hacen, además refieren los problemas familiares y el estado de ánimo depresivo recurrente. Ante ello, revelan como principales detonantes para continuar consumiendo, el deseo de evadir la realidad, buscar los efectos relajantes y la felicidad que les produce el consumo. Un aspecto importante es que la mayoría de este grupo ha hecho

intentos previos (internamientos previos, juramentos) para dejar el consumo, sin obtener éxito.

Por su parte, el soporte social es más pobre que en los perfiles anteriores, sin embargo, la madre sigue siendo la principal figura contenedora al brindar en ocasiones, el único apoyo social. La presencia-ausencia del padre es una fuente más bien de conflicto para el chico. Finalmente, el 53% de estos usuarios no realiza ninguna actividad deportiva y los que lo hacen juegan fútbol con sus pares (también consumidores) de manera informal.

En suma la representación social de este grupo alude a que el consumo de sustancias es un fenómeno que causa un fuerte daño en el espectro social, en tanto, el 69% considera que en su experiencia como usuarios, el consumo produce un daño social más grave que el daño físico (41%). Al igual que en los otros grupos de usuarios, el estigma social de *drogadicto* marca su sentido de identidad, al sentirse devaluados y con una pobre proyección hacia el futuro. De manera agregada, estos chicos han sufrido el abuso de autoridades al ser maltratados, golpeados y/o humillados por encontrarse consumiendo en la vía pública o bien, cuando han estado en lo que ellos llaman “los separos”. En tal caso, el 70% de estos chicos refieren que las situaciones más difíciles de enfrentar en su historia de consumo han sido el abuso de la policía y el impacto emocional negativo en la familia.

El perfil de las mujeres consumidoras

En el caso de las mujeres, el perfil es completamente diferente; la sustancia de mayor consumo y mayor impacto es el alcohol o el solvente, la edad de inicio es

similar que en los varones (entre los 13 y 15 años) y los motivos por los que se iniciaron en el consumo obedecen a situaciones de violencia física y emocional, consumo en el ambiente familiar o de la pareja, en su mayoría son madres solteras, no cuentan con el apoyo económico, moral o emocional del padre de los hijos o de algún otro familiar. No participan en el tratamiento y el pronóstico para ellas es peor.

Por lo general, la familia se convierte en un factor de riesgo importante, al formar parte del consumo, sobre todo si la venden o la consumen. Los eventos de vida en el caso de las mujeres difieren de manera importante de los varones, éstas han sufrido situaciones de abuso sexual, físico y emocional, perpetrados principalmente por figuras cercanas, padrastros y/o pareja, han tenido eventos como embarazos y abortos no deseados, han sido exiliadas de casa y el estigma social que les adjudica como consumidoras la familia y la comunidad, es más negativo y fuerte que en el caso de los varones. No cuentan con redes de apoyo social y llegan a solicitar apoyo al centro de rehabilitación porque otra institución como el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) les ha referido, como condicionante para que tengan acceso o puedan recuperar a sus hijos, quienes se encuentran bajo la custodia de algún familiar o bien, dentro de dicha institución, en tal caso deben cumplir con ciertos requisitos que les permitirán o no, avanzar en el proceso de recuperación de los hijos, pueden o no visitarlos con regularidad.

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y

CONCLUSIONES

XII. Discusión y Conclusiones

Siguiendo con el orden metodológico de este estudio, comenzaremos por discutir los hallazgos desde el punto de vista cuantitativo, para continuar con los aspectos cualitativos y concluir con la integración de ambos.

La distribución por sexo de la muestra, revela que los hombres superan el porcentaje de mujeres atendidas, sin embargo, esto no necesariamente significa que la prevalencia en los varones sea tan alta, nuestra investigación señala una prevalencia de casi 8 varones por una mujer; una posible explicación para esta disparidad en los porcentajes, puede ser la falta de apoyo social que existe hacia la mujer consumidora, que no le permite llegar a solicitar atención, tal como lo han señalado estudios previos (Romero, Gómez y Medina Mora, 1996).

La media de edad de los participantes es de 16.82; el 45 % ya no estudia, de los cuales un 30% no realizan ninguna actividad, estos datos concuerdan con lo reportado por la última Encuesta Nacional de la Juventud (IMJ, 2005) donde se indica que en el estado de Nuevo León, el 52.6% de los jóvenes no estudian y la edad promedio para dejar de hacerlo se ubica en los 17 años. En tanto, el usuario disfuncional es el que más se encuentra desocupado, en este contexto, el hecho de no estudiar, conlleva a tener demasiado tiempo libre, factores de riesgo que tienen un peso importante en la conducta del consumo, tal como lo confirman otros estudios (Villatoro et al, 2007; ENA 2008).

La media de edad para iniciar el consumo se ubicó en los 13.98 años, el usuario disfuncional ha empezado casi cuatro años antes (a los 10 años). El tabaco es la mayor sustancia de inicio y persiste como la droga de mayor preferencia, le sigue

el alcohol y la marihuana (en igual porcentaje), estos datos son similares a los reportados tanto por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) en centros de Atención para el estado de Nuevo León, como por la ENA 2008, en población general. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar estrategias de prevención hacia el consumo de tabaco, ya que es una sustancia que propicia el consumo del alcohol y marihuana, lo que concuerda con resultados similares en estudios recientes donde se describe que el impacto del inicio temprano del consumo de drogas legales, afecta directamente el inicio y la prevalencia del consumo de las drogas ilegales (Anthony y Petronis, 1995, Durant, Smith, Kreiter y Krowchuck, 1999), además de mantener una alta comorbilidad entre el consumo de drogas y otros problemas de salud mental (Villatoro et al, en prensa). Una posible explicación sugiere la idea de que esta población se encuentra vulnerable debido a que ha sufrido eventos de vida negativos y el medio que le rodea le facilita el consumo como “una salida a los problemas”.

Finalmente, las sustancias de mayor accesibilidad son las mismas sustancias que las de mayor impacto; *marihuana y solventes*; datos que coinciden con lo que han reportado otros estudios epidemiológicos (SIED, CIJ, 2011) en Nuevo León. Desde nuestra perspectiva, resaltamos que la correspondencia del consumo de estas sustancias parece estar asociada a la fácil accesibilidad que tiene este grupo poblacional para conseguirlas, ya que el tolueno (solvente) es una sustancia de menor costo en comparación con otras drogas; además sus pares también la consumen y su efecto como droga tiene la capacidad de evadirlos de su realidad fácilmente, estos datos coinciden con hallazgos de otros estudios

realizados en nuestro país (Arellano y Álvarez, 2010, ENA, 2008, Rábalo y Mendiago, 1984).

El abordaje cualitativo por su parte, nos ha permitido conocer en retrospectiva el proceso del comportamiento adictivo en estos jóvenes. Para tal efecto, hemos intentado rescatar el discurso propio de los participantes, permitiendo así observar las opiniones, creencias y atribuciones que conforman la representación social que éstos han construido con respecto a la conducta del consumo de sustancias y a los factores que se encuentran relacionados con ésta.

Más allá del orden sistemático de las categorías intentamos mostrar la disertación del participante conforme se hacía presente durante las mismas. En un primer momento, aparecieron **eventos de vida negativos**, previos al inicio del consumo. Los más citados son; disfunción y *violencia intrafamiliar*, *divorcio o separación de los padres*, eventos que inciden en el estado emocional de los chicos, al expresar una sensación de abandono posterior a estas rupturas.

Se describen también otros eventos como *cambio de residencia*, *deserción escolar*, *pérdida de un ser querido* (padres y/o abuelos cuidadores) y *consumo de sustancias por parte de los padres*. De manera obvia, en aquellos chicos que han vivido tres o más eventos negativos la situación se complica. Según su discurso, posterior a la separación de los padres, el padre se torna ausente, evade las responsabilidades económicas, recayendo sobre la madre el peso para cubrir las necesidades económicas y afectivas de la familia, en tanto, el adolescente queda desprotegido, vulnerable y solo, inmerso en una situación familiar conflictiva que le

provoca **malestar emocional** y que buscará resolver sin éxito, fuera de su contexto familiar.

Este **malestar emocional** (caracterizado por tristeza y enojo) se encuentra en función del impacto del suceso vital que han atravesado, llevándolos a desear evadir la realidad y pasar más tiempo más tiempo con sus pares, también consumidores, lo que convierte al malestar emocional en un factor de riesgo importante para consumir sustancias, tal como lo han señalado otros autores (Palacios & Cañas 2010; Andrade et al., 2009; Chico, 2006; Newcomb y Bentler, 2004; González et al., 2002; Martínez & Robles, 2001).

Siguiendo con el discurso pronunciado de estos chicos, es entonces cuando el consumo de sustancias se convierte en un recurso para mitigar los efectos de esta realidad displacente, máxime si las sustancias psicoactivas se encuentran tan accesibles como en este caso y el **soporte social** que los acompaña es endeble. Otros estudios concuerdan en que estos factores de riesgo inciden en la conducta del consumo (Vermeiren. et al., 2003; Ramos-Lira et al., 2001; Clark, Lesnick & Hegedus, 1997).

En tanto, el *soporte social subjetivo* de estos adolescentes se encuentra constituido principalmente por los pares y por la figura materna. Estos hallazgos cobran mayor importancia, si tomamos en cuenta que en la adolescencia, la influencia de los pares, su aceptación y pertenencia al grupo representa una parte fundamental en el desarrollo de la identidad del adolescente, quedando a la sujeción de los códigos de conducta establecidos por el grupo de iguales. Lo anterior queda reflejado en su discurso que resalta una preferencia por consumir

en grupo porque es una forma común de convivir y divertirse entre ellos. Otros estudios, también han reportado que los contextos asociados con el consumo, están relacionados con la interacción grupal, en la que el sentido de pertenencia, la necesidad de identificación con el otro y el deseo de ganar una imagen favorable ante los amigos, son elementos fundamentales para legitimar el consumo (Echeverría, Mettifogo y Sapiains, 2004; Londoño, Patiño, Cano y Arias, 2007).

Por su parte, *la figura materna* como apoyo social, es en algunos casos, el único soporte que acompaña al consumidor. Dato relevante si consideramos que esta madre se encuentra en una situación de vida conflictiva, en ocasiones violentada, por lo que es cuestionable la calidad del apoyo emocional que pudiera brindarle a su hijo adolescente.

En contraste, el padre se describe como ausente, distante, poco contenedor y, en ocasiones, representa una fuente más de conflicto para el chico, además se perfila como el principal miembro consumidor de alcohol en la familia. En este contexto y de manera paradójica, este padre consumidor emite dobles mensajes; por un lado, consume alcohol y es permisivo ante ello, por otra parte, desaprueba y devalúa a sus hijos, si se trata del consumo de sustancias ilegales. En tanto, este discurso paterno, parece penetrar en las opiniones de los usuarios, ya que también se observa tolerancia hacia su consumo y finalmente, forma parte del estilo de vida familiar y de la comunidad que los rodea.

Siguiendo con el soporte social, el tiempo estimado en que la mayoría de los familiares se percató del consumo oscila en los dos años, sin embargo, en la mayoría existía un antecedente que éstos ignoraron o minimizaron,

particularmente, si existían otros miembros consumidores en la familia. Otra forma de asumir el consumo sucedió cuando los hijos habían sido arrestados por el sistema judicial al estar consumiendo en vía pública o bien, porque habían sufrido una sobredosis que los había llevado a ser atendidos en alguna entidad nosológica. Finalmente, fueron otros agentes sociales; la escuela, la comunidad (vecinos) o los propios consumidores que solicitaron ayuda para enfrentar la situación. Aquellos que fueron descubiertos por autoridades escolares, fueron referidos al centro de atención para ser rehabilitados, pero también fueron suspendidos o enviados a recibir “educación a distancia”, algunos fueron dados de baja definitiva. Esta manera de abordar la situación, permite cuestionar si la estrategia educativa del exilio escolar es asertiva, ya que tales medidas pueden provocar que paradójicamente, la institución escolar actúe como un factor de riesgo y no como el factor protector que la literatura ha reportado (Arellano y Álvarez 2010; Álvarez e Ybarra, 2011).

No obstante, una vez que el problema ha sido manifiesto, la familia en su dinámica disfuncional viste al “enfermo” como el único miembro responsable y depositario de todo lo malo que en ella suceda, a la vez que le permite abstenerse de enfrentar sus propios conflictos como grupo familiar. En relación a esto, cabe señalar que otros estudios (Álvarez e Ybarra, 2011; Arellano y Álvarez, 2010) han descrito esta dinámica familiar matizada por las transformaciones que ha experimentado como institución, ya que su estructura -influida también por cambios económicos- ha variado considerablemente. Actualmente, existen diferentes configuraciones familiares que trascienden el modelo de familia nuclear; apareciendo familias ampliadas, ensambladas, reconstruidas, monoparentales o

de parejas separadas donde el padre accede a la vida familiar los fines de semana y en ocasiones no cumple la función de proveedor económico.

Por otra parte, el contexto social que rodea a estos chicos les provee una **gran accesibilidad** a las sustancias; en sus barrios no existen espacios donde puedan acceder a actividades que no sea el consumo; refieren tener siempre cerca “tienditas” distribuidores, amigos, conocidos y/o familiares que tienen una relación con la droga. En tanto, las sustancias de mayor acceso; marihuana y solventes, están al alcance de sus bolsillos, el costo para adquirir marihuana no rebasa los \$ 50.00 por día, empero, se puede conseguir tolueno (solventes) hasta con \$ 10.00. A decir de los usuarios, ambas sustancias son consideradas incluso más accesibles que las drogas legales (tabaco y alcohol) porque éstas últimas se venden en tiendas y, en algunos casos, limitan su venta a menores de edad. Estos resultados refuerzan lo que han reportado otros estudios sobre la accesibilidad como principal factor de riesgo en población adolescente (Becoña, 2002; SSA, 2009; Moncada, 1997).

Finalmente, casi la mitad de los usuarios ya no estudia, algunos refieren como causales la falta de interés, problemas económicos o escolares y/o, bajo rendimiento académico. Sin embargo, los hallazgos encontrados sugieren que tanto la familia como la institución educativa permanecieron pasivas ante la “decisión” del adolescente de abandonar la escuela, resaltando el hecho de que el momento de su deserción escolar coincide con la presencia de problemas familiares y el inicio del consumo, en tanto, la escuela y la familia permanecen ajenos a brindarle alternativas de solución a estos chicos en riesgo.

La representación social del consumo de sustancias

Si bien es cierto, no existe una sola representación social en el discurso de los adolescentes, existen elementos comunes en la construcción de tales representaciones como consecuencia del contexto social donde viven y conviven y la pertenencia que tienen a ciertos grupos (familia, grupo de pares, escuela e instituciones de atención), que les permite identificarse o por el contrario, diferenciarse.

Según su disertación, una vez que atraviesan un *evento de vida negativo*, provocado por su grupo primario (familia), aparece en consecuencia *el malestar emocional*, ya sea en forma de enojo o apatía, haciéndolos más vulnerables a buscar contención en el grupo secundario (pares), también consumidores, pasando más tiempo en su comunidad donde la *accesibilidad* a las sustancias es alta. Es así como el consumo de sustancias va ocupando un lugar en la vida de estos adolescentes, el cual es reforzado por la representación social que el resto de la comunidad se forma de ellos, a través de juicios y críticas que los mantiene en un estado emocional negativo, cargado de sentimientos de culpa y devaluación hacia sí mismos y, que atisba en un círculo vicioso donde el consumo vuelve a ser la única fuente de alivio a este malestar emocional, al mismo tiempo que el consumo de sustancias se va incrementando.

En este contexto, respecto a las *creencias*, la más aceptada es aquella que concibe al consumo de sustancias como una *enfermedad*, que afecta y destruye la salud física y por ende, se le impone el estigma de enfermo a quien las consume. Esta manera de conceptualizar el consumo responde a la influencia social del discurso que sobresale e intensifica su poder al ser dictado por instituciones

oficiales y medios de comunicación y, se va conformando como verdadero y dominante, al ser emitido por el modelo médico hegemónico, al que el sentido común ha considerado como depositario de la verdad, aunque su visión ante fenómenos psicosociales como el consumo de sustancias sea limitada, otros autores como Mariatti y Oviedo (2009), West (2006) comparten nuestros hallazgos.

Continuando con esta disertación, la idea de una acepción patológica del usuario de drogas, dirige nuestra atención hacia el análisis del discurso sobre la representación de sí mismo como consumidor, en el cual predominaron elementos de carácter culpígeno y discriminativo, semejantes a los que se encuentran en los discursos pre-existentes, en instituciones, medios de comunicación, comunidad y la propia familia y, que conforman la existencia de un estigma social negativo. Esta representación sobre sí mismos, se sostiene principalmente de la representación social que se forman acerca de los padres, donde que se destaca una actitud desfavorable, intolerante y punitiva hacia el consumo.

Por otra parte, las representaciones sociales que se forman a propósito de las instituciones escolares, comparten elementos con las de los padres; en tanto, consideran que los maestros tienen o tendrían una imagen negativa y actitud punitiva hacia ellos si saben o si supieran de su consumo. Esta percepción negativa de la actitud del personal docente, nos conduce a pensar que la escuela también etiqueta y/o margina al adolescente consumidor.

Esta percepción de rechazo de los adultos parece crear una sensación de aislamiento y desesperanza en el adolescente, convirtiéndolo además en alguien

que puede ser objeto de juicios morales, sociales, sanitarios e incluso judiciales como consecuencia de su relación con el objeto/droga. Por su parte, los usuarios del grupo disfuncional reconocieron que en su caso, el daño social (el impacto y el rechazo de la familia y de la comunidad) ha sido más fuerte que el daño físico. Sin embargo, cabe resaltar que la representación de sí mismos cobra matices importantes si se trata del consumo de alcohol, en tal caso, la representación social implica un sentido de identidad social y pertenencia, representa un espacio común para socializar, identificarse con su género y sus pares, pero sobre todo, parece no causarles conflicto, porque este consumo se promueve y acepta dentro de la familia. Estos hallazgos sugieren la idea de que el manejo social que se le ha dado al consumidor como “enfermo”, el estigma y la exclusión por parte de la familia y la comunidad provocan un efecto contrario al que se pretende, en este sentido vale la pena reconsiderar si este manejo se puede modificar. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por otros autores (Echeverría, Mettifogo y Spiains, 2004; Londoño, Patiño, Cano y Arias, 2007; Mora, 2002).

En el aspecto de las atribuciones asociadas al consumo, la mayoría de los participantes coincidieron en que su atribución tiene un sentido y un espacio en el imaginario social establecido, que le atribuye a las drogas un poder altamente destructivo y que concuerda con lo encontrado en Álvarez (2004); Mariatti y Oviedo (2009). Sin embargo, también se advierte una ambivalencia al atribuir a la droga un efecto positivo, en tanto, tienen el poder de hacerlos *sentir mejor*. Esta dualidad en la atribución bueno/malo, refleja en los consumidores, la idea de que el malestar emocional se impone sobre la percepción del riesgo y aparece de

manera consistente en su discurso como un elemento subyacente al inicio y mantenimiento de la conducta del consumo (Álvarez e Ybarra, 2011; Arellano y Álvarez, 2010; Sierra et al., 2005). No obstante, vale la pena enfatizar que dichas atribuciones también forman parte de un conjunto de creencias compartidas por la sociedad, que si bien no constituyen una explicación inequívoca del consumo, si nos brindan una pauta fundamental para la comprensión del mismo. En tanto, Sierra y cols. (2005), comparten nuestros hallazgos al concluir en su estudio con adolescentes que las consecuencias físicas negativas; el temor a los efectos y los problemas que les provoca en sus familias, son algunas razones para no consumir.

Finalmente, los centros de rehabilitación donde estos chicos son canalizados, tampoco parecen responder a sus necesidades como usuarios. No obstante, los programas de atención puedan ser adecuados, su aplicación pragmática refleja el discurso punitivo y poco contenedor antes descrito, como consecuencia, el adolescente no encuentra un sentido de pertenencia y deserta fácilmente. Aunado al hecho de que la familia se mantiene al margen del tratamiento al no acudir a los servicios que se les solicita como parte del proceso terapéutico. En el caso de las mujeres, la situación es similar o incluso más grave, pues casi siempre acuden solas a recibir el tratamiento.

Estos hallazgos confirman la oficialidad de un discurso punitivo que impide la posibilidad de cuestionarlo y de dar cabida a una representación social distinta que permita reconceptualizar el fenómeno del consumo y su vez, desestigmatizar a la población consumidora. Nuestros resultados confirman algunas de las

conclusiones que autores como Touzé (2006) y Echeverría, Mettifogo y Sapiains (2004) Londoño (2007) han revelado en estudios realizados sobre representaciones sociales y consumo de sustancias en Latinoamérica.

CONSIDERACIONES FINALES

Para concluir podemos acotar que se distinguen tres perfiles de consumidores: el social y/o experimentador que básicamente se define como jóvenes con conflictos familiares menores, en su mayoría estudiantes de tiempo completo, que cuentan con una adecuada red de apoyo social que es capaz de sostenerlos y evitar que continúe el consumo. En tal caso, la prevención selectiva es la mejor opción.

El perfil de usuarios funcionales, se reconoce como aquellos jóvenes, en su mayoría poliusuarios, cuyo círculo primario (familia) y secundario (pares) se encuentra infectado, su conducta hacia el consumo es mayormente precoz, la red de apoyo social es deficiente y el malestar emocional define en gran parte su inicio y mantenimiento del consumo.

El perfil de los usuarios disfuncionales se caracteriza por haber iniciado el consumo a edades más tempranas, como respuesta a la exposición de eventos de vida negativos y traumáticos en la infancia, este grupo ya no estudia, el contexto social es hostil y punitivo y, brinda una fuerte accesibilidad a las sustancias; las redes de apoyo social son casi nulas.

En el caso de las mujeres, se observan eventos de vida asociados al consumo, distintos a los de los varones; el abuso sexual y el consumo de drogas en la

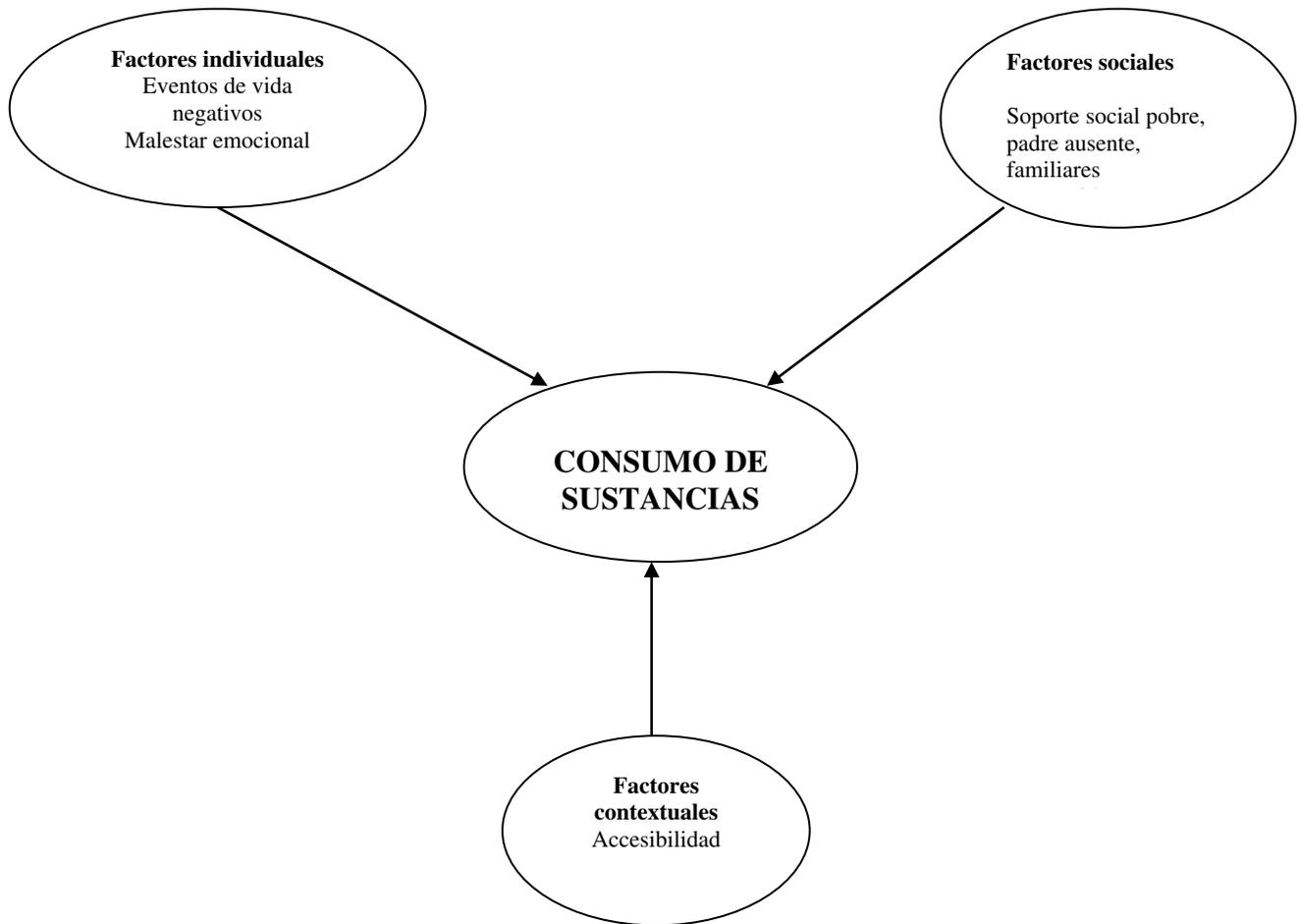
familia son los principales, estos resultados confirman algunas de las trayectorias en la salud mental de los adolescentes (Villatoro et al., en prensa), donde se refiere que las mujeres presentan primero el abuso sexual, le sigue el TDAH, después el consumo de drogas legales, la conducta antisocial, el consumo de inhalables y el intento suicida.

En general, podemos decir que el patrón de consumo de nuestros participantes se caracteriza por ser poliusuarios, que han desarrollado dependencia a las sustancias a su corta edad y que el contexto social facilita el consumo. El estudio presentado nos ha permitido obtener información en factores de riesgo en adolescentes consumidores de la zona metropolitana de Monterrey, en tanto, nuestros resultados reflejan la importancia de diseñar programas de prevención donde se tome en cuenta los perfiles de riesgo señalados; adolescentes que han sufrido eventos de vida negativos, que presentan síntomas depresivos, soporte social endeble y una gran accesibilidad a las sustancias. Es necesario contar con programas de atención y profesionales de la salud que respondan a las dificultades en el manejo terapéutico de estos jóvenes e incluyan intervenciones efectivas donde se trabaje sobre el desarrollo de estilos de parentalidad positiva, se fomenten redes de apoyo social en las comunidades y sobre todo, que incluya a las instituciones educativas como parte de su planteamiento de prevención en salud mental y consumo de sustancias.

Por otra parte, estos datos también hacen evidente que el fenómeno de las adicciones es dinámico, en tanto, exigen transformar su conceptualización y las formas de abordarlo, sobre todo, si tomamos en cuenta la complejidad social que

vive hoy en día la ciudad de Monterrey, donde la accesibilidad a las sustancias ha aumentado en los últimos años.

Figura 1. Modelo psicosocial de factores relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes de la zona urbana de Monterrey



REFERENCIAS

- Aberasturí A. & Nobel, M. (1981). *La Adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós
- Adams, J., & Adams, M. (1993). Effects of a negative life event and negative perceived problem-solving alternatives on depression in adolescents: a prospective study. *Journal Child Psychol Psychiat*, 34(5),743-747.
- Alonso, M. & Álvarez, J. (2009). Consumo de alcohol en mujeres adultas: Una aproximación cualitativa. *En de la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios*. Compil. Moral J. y Álvarez J. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Álvarez, J. e Ybarra, J. (en prensa). Factores psicosociales relacionados con el uso experimental de drogas ilícitas en adolescentes de Monterrey y Victoria, México.
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias salud y enfermedad*. México. D.F. Ed. Trillas.
- Andrade P., Pérez de la Barrera C., Alfaro L., Sánchez M., López A. & Montes de Oca (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21 (3), 243-250.
- Andrade, P. & Betancourt, O. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En: Andrade, P. P., Canas, M. J. y Betancourt, O. D. (Eds.). *Investigaciones psicosociales en adolescentes*, 181-227, México: UNICACH.
- Anthony Petroins, (1995). "Early-onset drug use and risk of later drug problems, *Drugs and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.
- Arellanez, H., Díaz, N., Wagner, E. & Pérez, I. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), 54-64.

- Arellano, S. & Álvarez, J. (2010). Eventos de vida, una vivencia subjetiva en adolescentes con consumo de sustancias. *LiberAddictus* 109. <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0992-109pdf>
- Arrivillaga M., Salazar I. & Correa D. (2003). Creencias sobre la salud y la relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 34; 186-195
- Ávila R., Heredia c., Lucío E. & Martínez L. (2006). Confiabilidad interna y estabilidad temporal del cuestionario de sucesos vitales para adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 97-113.
- Basabe, N., Valdemosa, M. & Páez D. (1993). *Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social*. En Paez D. Salud, expresión y representación social de las emociones, 339-377. Promolibro. Valencia
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Barcelona, España.
- Berruecos, V. L. (2007). Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México. *Quest For Quality/Alcohol/México*<http://www.q4q.nl/alcohol/mexicoalcoholsp.htm>
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Clark D., Lesnick L. & Hegedus A. (1997). Traumas and Other Adverse Life Events in Adolescents with Alcohol Abuse and Dependence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1744- 1751.

- Campollo, O. & García, E. (2007). Estudio de los factores de riesgo y de protección para el uso y abuso de drogas en estudiantes de Jalisco: ensayos preliminares. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 8(1), p49-55.
- Castro, M. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicación y atención primaria en el plantel. *Salud Pública de México*, 32(3), 298-308.
- Calleja, N. & Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20, 387-394.
- Carabeo J. & Colmenares E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias: Un panorama epidemiológico. *Salud Mental* 25(2); 9 – 15.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E. & Saldívar-Hernández, J. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41(3), 177-188.
- Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México, 2011. SIECD.
- Centros de Atención Juvenil (2007). *Manual de intervención de drogodependencia*. México.
- Centros de Atención Juvenil. (2008). *Manual de intervención para Adolescentes experimentadores*. México.
- Centros de Integración Juvenil, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas, Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, México, 2012.

- Coddington D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. *Journal Psychosomatic Research*, 16, 13-18.
- CONADIC (2005). Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y drogas 2005. Ciudad Juárez, Tijuana, Monterrey Querétaro. Reporte ejecutivo drogas. SSA. CONADIC, Instituto Nacional Ramón de la Fuente Muñiz, Epidemiología. México. <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/pie.html>
- CONADIC (2005). *Modelos preventivos. Series Planeación. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida* <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/pie.html>
- Cuenya, L. (2006). Estresores ocupacionales, soporte social y consumo de alcohol en jóvenes. *Anuario de Investigaciones*, 14(1), 211-220.
- Chico, L. (2006). Personality and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 38-44.
- Cheung, SK. (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents. *Social Behavior Personality*, 23(1), 83-92.
- De la fuente L., Brugal, T., Domingo A., Bravo, M., Neira-león, M. y Barrio G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España. Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520.
- De la Garza, F., Mendiola I. y Rábago, S. (1991). *Adolescencia marginal e inhalantes*. Trillas, 2a. edición, México.
- De Vries, H., Dijk, F., Wetzels, J., Mudde, A., Kremers, S., Ariza, C., et al. (2006). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Education Research*, 21, 116-132.

- Drake R. E, Wallach M. A y McGovern M.P. (2005). Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 1297–1302.
- Durant R., Smith S R., Kreiter D.P. y Krowchuck, (1999). “The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, pp. 286-291.
- Epstein J. y Botvin G. (2008). Media resistance skills and drug skill refusal techniques: What is their relationship with alcohol use among inner-city adolescents? *Addictive Behaviours*, 33, 528- 537.
- Epstein, J., Zhou, X., Bang, H. y Botvin, G. (2007). Do Competence Skills Moderate the Impact of Social Influences to Drink and Perceived Social Benefits of Drinking on Alcohol Use Among Inner-City Adolescents? *Preventive Science*, 8, 65–73.
- Fernández S. (2008). La salud de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 91-100.
- Furlong, A. y Cartmel, F. (2001). Estilos de vida en los jóvenes. De los pasatiempos al consumo. *Revista de Estudios sobre Juventud*. Edición: Nueva Época, 5(15), 96-113.
- Gallego, C Hofstadt, Estévez, López y García del Castillo (2001). Representación social de la droga: posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico. *Salud y drogas* 1(2), 275-286.

González B., Montoya C., Casullo M. y Bernabeu, V. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.

González F., García-Señorán M. y González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.

González, M., Ascencio, A. y Luévanos, A. (2007). Características de una población de Adolescentes que han tenido su primer contacto con Sustancias Adictivas. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 8(1), 27-34.

Guibert, W., Gutiérrez, I. y Martínez, C. (2005). Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes en las etapas de la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 46-87.

Gutiérrez A. y Velázquez M. Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Enero - junio, 2010 *DATOS A NIVEL NACIONAL Y POR SEXO*. Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza Subdirección de Investigación. Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica. México, 2011. Informe de Investigación 11-02a

Informe mundial sobre drogas 2008. Publicación de las Naciones Unidas http://www.unodc.org/documents/wrd/wrd/2008_eng_web.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud, Secretaría de Educación Pública (2008). Perspectiva de la Juventud en México. Dirección de Investigación y estudios sobre juventud.

Instituto Mexicano de la Juventud (2005). Encuesta Nacional de la Juventud. www.imjuventud.gom.mx

Jiménez-Muro A., Beamonte A., Marqueta A., Gargallo P. y Nerín de la Puerta, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28.

Jiménez S., Díaz N., Gutiérrez L. e Castillo F. *Patrón de uso de cristal y éxtasis como problema emergente entre pacientes en tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Adicciones, Revista técnica de CIJ* 2(3):13-21 (2008).

Jodelet D. y Guerrero-Tapia A. (2000). *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. Facultad de Psicología, UNAM. México

Juárez-Zepeda, A. (2008). *Panorámica de las Adicciones en México*.
<http://mexico.unidad.cl/panoramexamex.php>

Kilpatrick D.G. et al., (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence: Data from a National Sample, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 1-12.

Krantz et al. (1985). Healty Psychology. *Annual Review psychology*, 36; 349-383.

Leal, B, Ocampo, A. y Cícero, R. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental*, 33(6), 489-497.

Leibovich, N. y Schmidt, V. (2004). El uso de instrumentos psicológicos para la evaluación del estrés ocupacional en nuestro medio. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 17(1), 139-157.

- Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco. (2001). Los Sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 17-24.
- Lucio, loza y Duran. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad en adolescentes
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Lumbreras, I., Moctezuma, A., Dosmantes, L., Medina, M., Cervantes M., López, M. y Méndez, P. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 10(2), 1-14.
- Margain, C. (2000). El IRPA: un instrumento epidemiológico para la medición de conductas de riesgo-protección psicosocial en poblaciones de jóvenes y adolescentes (primera de dos partes). *LiberAddictus* 45. <http://www.liberaddictus.org/pdf/0511-44.pdf>
- Martínez, G. J. y Robles, L. L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222- 228.
- Martins V. y Souza E. (2005), Marihuana y universitarios. Un estudio de representaciones sociales en Río de Janeiro. *Psicología y Ciencia social*. 7(1-2), 3-12.
- Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. y Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45(S1), S16-S25.

- Medina Mora, M.E., Villatoro J.A., López, E.K., Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancia psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131(4) 383-93.
- Melillo, A. (2001), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós.
- Michael P., Marshal, Brooke S., Molina, William E., Pelham y Cheong J. (2007). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Moderates the Life Stress Pathway to Alcohol Problems in Children of Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 643-654.
- Mora-Ríos J., Natera, G. & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Revista Salud Mental*, 28(2), 82-90.
- Moral M., Rodríguez, D. & Sirvent, R. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas *Psicothema*, 18(01), 52-58.
- Moscovici, S. (2001). *Social Representations Explorations en Social psychology*. New York University Press, Great Britain.
- Mongomery, G., Macavei, D. y Bovbjerg D. (2006). Investigación empírica del modelo binario de Albert Ellis sobre malestar emocional. *Revista de Toxicomanías* (46), 1-14.
- Nazira C., Pick S., Reidl L. & González-Forteza C. (2010). Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Mental*, 33(5), 419-427.

- Newcomb, M. & McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 614-628.
- Observatorio Español sobre drogas. Informe 2004. Ministerio de sanidad y consumo. España.
- Organización Mundial de la Salud (2002), *The World Health Report- Reducing. Risks, Promoting Healthylife*. <http://www.who.int/whr/2002/>
- Ortega Rubí, M. (2004). "Representaciones sociales de la pobreza y las prácticas sociales. Un estudio comparativo", en *Del pensamiento social a la participación. Estudios de psicología social en México*. Sociedad Mexicana de Psicología Social/ Univ. Autónoma de Tlaxcala/UNAM, México, 193-207.
- Ortiz, A; Soriano, A; Galván, J & Meza, D. (2005). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*. 28(2), 91-97.
- Páez D. De la Vía R. & Etxebarría L. (1986). Procesos psicológicos mediadores explicativos de los trastornos depresivos y ansiosos. En Páez D. y cols. *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid. Ed. Fundamentos, 125-180.
- Palacios, A. (2009). Los estudios de representaciones en las Ciencias Sociales en México: 1994-2007. *V Época*, 15(29), 91-109.
- Palacios J., & Cañas J. (2010). Características Psicosociales Asociadas al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes de Chiapas. *Psicología Iberoamericana* 18(2), 27-36.
- Quevedo-Blasco, R., Díaz-Piedra, C. & Guglielmi, O. (2010). Análisis comparativo de las publicaciones sobre drogodependencias en las revistas de psicología clínica y

psiquiatría iberoamericanas indexadas en el Journal Citation Reports. *Salud Mental*, 3(2), 133-143.

Ramos Lira I., Saldívar G., Medina-Mora M., Rojas-Guiot E. & Villatoro J. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Revista de Salud Pública de México*, 43(3), 182-191.

Ramos-Lira L., Saldívar G., Medina-Mora M., Rojas-Guiot E. & Villatoro J (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con consumo de drogas. *Salud Pública de México*, 40(3), 221-233.

Raviv A, Keinan G, Abazon & (1990). Moving as a stressful life event for adolescents. *Journal Community Psychology*, 18:130- 141.

Rodríguez, I., Castillo I., Torres D., Jiménez, Y. & Zurita, D. (2007). Alcoholismo y adolescencia, Tendencias actuales. *Revista de psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente*, 7(1), 38-64.

Rook, K. & Dooley. (1985). Applying social support research. *Journal Sociology Issues*. 41, 5-28.

Ruiz E., Carreño S., Martínez N., Juárez G. & Medina-Mora M.E. (2006). Relación entre nivel de consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos en un grupo de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 29(2).

Sánchez, R., Arellanez, J., Pérez, K. & Rodríguez, I. (2006). Estudio de la relación entre el consumo de drogas y la migración a la frontera norte de México y estados Unidos. *Salud Mental*, 29(1), 35-43.

Sánchez-Mejorada, Jorge (1993). El adolescente adicto: un enfoque fenomenológico. www.liberaddictus.org/Pdf/0126-11.pdf

- Sarason et al., (1983). Assesing social support. The social support cuestionnare. *.Journal of personality and Social Pshychology*, 44(1), 127-139.
- Saunder J., Schuckit M., Sirovatka P. & Regier D. (2007). *Diagnostic issues in substance use disorders. Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, American Psychiatric Press.
- Secretaría de Salud. (1999). Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo*. En línea. http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/ENA.pdf
- Secretaría de Salud. (2003). Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo*. En línea. http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/ENA.pdf
- Secretaría de Salud. (2009). Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo*. En línea. http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/ENA.pdf
- SEP / CONADIC. La Escuela: Factor de Protección contra las Adicciones.- Guía de prevención para los maestros, México, D. F. (2000).
- Sierra D., Pérez M., Pérez A. & Núñez M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones*. Reporte anual Monterrey, Nuevo León 2007.

- Torrens M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315--320
- Vermeiren M., Schwab-Stone, M., Deboutte, M., Leckman P., Cooper, Friedman, Tempalski, & Friedman, (2003). Violence Exposure and Substance Use in Adolescents: Findings from Three Countries. *Pediatrics*, 111(3), 535-540. DOI:10.1542/Peds.111.3.535.2003.
- Villarroel, G. (2007). Las nuevas representaciones sociales; una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *FERMENTUM*, 17(49), 434-454.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Hernández, H., Fleiz, E., Amador, N. & Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., López, Gaytán, L., Gaytán, F., Buenabad, N. & Medina-Mora, ME. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32(4), 287-293.
- Wagner B., Cohen P. & Brook J. (1996). Parent/adolescent relationships Moderators of the effects of stressful life events. *Journal Adolescent Research*, 11(3), 347-374. doi:10.1177/0743554896113005
- Welberg, R. (1992). The context adolescent chronic life stressors. *American Journal Community psychology*, 3(5), 19-27.

ANEXOS

ANEXO 1a



Carta de consentimiento informado

Por medio de la presente, autorizo y acepto participar en el proyecto titulado "INTEGRACIÓN DE UN MODELO EXPLICATIVO PISCOSOCIAL SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY" el cual forma parte de una investigación

sobre la opinión, el patrón de consumo y las experiencias que han tenido los jóvenes con el consumo de sustancias.

He leído y comprendido la información sobre este proyecto, he tenido oportunidad de hacer preguntas y he decidido participar de manera voluntaria, pudiendo cambiar de opinión en el momento en que lo desee, sin que ello afecte mi tratamiento en la institución. La información que proporcione será utilizada con fines científicos exclusivamente, bajo el entendido de que en todo momento se respetara el anonimato y confidencialidad de los datos, los cuales serán usados solamente para contribuir a la planeación de programas de prevención y protección a la salud en el campo de las adicciones.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del participante

Ciudad de Mty, N.L a _____ de 2012

ANEXO 1b



Carta de consentimiento informado menores

Por medio de la presente, autorizo y acepto participar en el proyecto titulado “INTEGRACIÓN DE UN MODELO EXPLICATIVO PISCOSOCIAL SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY” el cual forma parte una investigación sobre la opinión, el patrón de consumo y las experiencias que han tenido los jóvenes con el consumo de sustancias.

He leído y comprendido la información sobre este proyecto, he tenido oportunidad de hacer preguntas y he aceptado en mi condición de madre (padre) o responsable del menor _____ que participe en el proyecto, pudiendo cambiar de opinión en el momento en que lo desee, sin que ello afecte su tratamiento en la institución. La información que proporcione será utilizada con fines científicos exclusivamente, bajo el entendido de que en todo momento se respetará el anonimato y confidencialidad de los datos, los cuales serán usados solamente para contribuir a la planeación de programas de prevención y protección a la salud en el campo de las adicciones.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del padre o tutor

Ciudad de Mty, N.L a _____ de 2012.

ANEXO 2



CUESTIONARIO DE OPORTUNIDADES SOCIALES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS DEN ADOLESCENTES

Instrucciones:

Este es un cuestionario para conocer las opiniones sobre algunos aspectos relacionados con el consumo de sustancias. El objetivo de este estudio es científico y nos ayudará a detectar problemas de los jóvenes para poder realizar trabajos de prevención y tratamiento. Por eso te pedimos contestar con la mayor honestidad posible, todos los datos son confidenciales.

Fecha _____

Edad: _____

Sexo: _____

1. ¿Con quién vives actualmente?

2. ¿Estudias actualmente?

Si _____

No _____

Lugar _____

3. ¿Qué motivos han influido para que sigas o no estudiando?

4. ¿Qué tipo de sustancias consumes?

5. ¿Cuáles son las causas por las que consideras que consumes drogas?

6. ¿Cómo te sientes físicamente cuando consumes drogas?

7. ¿Cómo te sientes emocionalmente cuando consumes drogas?

8. ¿Qué dificultades has tenido para conseguir lo que deseas?

9. ¿Tus padres u otras personas te han apoyado para lograr tus metas?

10. ¿Qué apoyos has tenido cuando tienes algún problema?

11. En tu opinión, ¿consideras que el aspecto económico ha influido en tu manera de consumir drogas?

12. Para ti, ¿qué tan fácil es conseguir drogas?

En tu escuela _____
Con tus
amigos _____
En tu familia _____
En otros lugares
¿cuáles? _____

13. En tu opinión ¿cuál es la peor influencia que has tenido en tu vida?

14. ¿En qué ocupas tu tiempo libre?

15. ¿Realizas alguna actividad física o deportiva en tu tiempo libre, cuál (es)?

16. ¿Qué opciones consideras que existen para que tengas un mejor futuro?

17. Tienes algún comentario o sugerencia para conocer mejor el problema de las drogas.

¡GRACIAS!

ANEXO 3a



Cuestionario sobre la opinión del consumo de sustancias en adolescentes
Versión consumidores

Instrucciones: Queremos conocer tu opinión sobre algunos aspectos del consumo de sustancias en adolescentes como tú. Te pedimos que contestes de la manera más honesta posible cada una de ellas. No existen respuestas buenas ni malas.

Folio: _____

Fecha: _____

Edad: _____

1. ¿Qué sustancias incluyendo alcohol y tabaco acostumbras consumir?
2. ¿Qué significado tiene para ti la palabra droga?
3. ¿Qué significado tiene para ti la palabra drogadicción?
4. ¿Qué piensas de que consumas drogas?
5. ¿Qué pensarías de acudir a recibir tratamiento para dejar el consumo?
6. ¿Qué crees que pensarían tus papás si consumieras drogas?
7. ¿Qué crees que pensarían tus maestros si consumieras drogas?

ANEXO 3b



Cuestionario sobre la opinión del consumo de sustancias en adolescentes

Versión no consumidores

Instrucciones: por favor lee con cuidado cada pregunta y contesta de la manera más honesta posible cada una de ellas. No existen respuestas buenas ni malas.

Folio: _____

Fecha: _____

Edad: _____

1. ¿Consumes alguna sustancia adictiva? ¿Cuál (es)?
2. ¿Qué significado tiene para ti la palabra drogadicción?
3. ¿Qué significa para ti que un chico consumo drogas?
4. ¿Qué pensarías de acudir a recibir tratamiento?
5. ¿Qué crees que pensarían tus papás si supieran que consumes drogas?
6. ¿Qué crees que pensarían tus maestros si supieran que consumes drogas?

ANEXO 4



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO
LEÓN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ENTREVISTA PSICOLÓGICA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA ZONA URBANA DE MONTERREY

**M.C. Sissi Arellano
Dr. Javier Álvarez**

Los datos que proporcionas en este cuestionario son de carácter estrictamente confidencial. No existen respuestas correctas ni incorrectas, por ello te agradecemos que respondas con la mayor honestidad posible.

FOLIO _____

FECHA _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Centro de Atención _____

Expediente _____

Edad _____

Sexo (1) hombre (2) mujer

Con quién vives

Tipo de familia

1. ¿Ha buscado apoyo o atención en algún centro de tratamiento por el consumo?

(1) SI (2) NO

2. ¿Cuántas veces? _____

3. Fecha y lugar de la última vez

4. ¿En esta ocasión acude a este centro?

(1) Voluntariamente (2) lo llevaron amigos o familiares (3) por la escuela o trabajo

(4) Por indicación médica (5) por indicación legal (6) otros

II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Lugar de residencia actual

5. Estado _____

6. Ciudad _____

7. Municipio y colonia _____

8. Nivel escolar

Escuela _____ **Pública () privada ()**

- (1) Sin estudios (no sabe leer ni escribir)
- (2) Sin estudios (sabe leer y escribir)
- (3) Primaria
- (4) Secundaria
- (5) Estudios técnicos
- (6) Bachillerato
- (7) Estudios superiores
- (8) Estudios de posgrado

9. Esos estudios

- 1) Los concluyó
- 2) No los concluyó
- 3) Los cursa actualmente

10. Estado civil

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Unión libre
- 4) Separado

11. Principal actividad

- 1) Estudiante de tiempo completo
- 2) Estudiante con actividad laboral
- 3) Con actividad laboral estable (más de 6 meses)
- 4) Con actividad laboral inestable (menos de 6 meses)
- 5) Desempleado
- 6) Desocupado
- 7) Hogar

III. PATRÓN DE CONSUMO

TIPO DE SUSTANCIA	EDAD EN QUE LA USO POR 1ª. VEZ	EN LA CONSUME (Ultimo año)	FORMA DE ADMON. PRINCIPAL	FRECUENCIA DE CONSUMO ACTUAL
-------------------	--------------------------------	----------------------------	---------------------------	------------------------------

		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
		SI	NO		
Droga de impacto		SI	NO		
Frecuencia		Formas de administración			
1 Diario: más de 3 veces 2 Diario: Una vez 3 De 2 a 3 veces por semana 4 Una vez a la semana 5 De 2 a 3 veces por mes 6 Una vez al mes 7 Menos de una vez al mes 8 Ya no la usa 9 Sólo la usó una vez		1 Fumada o inhalada 2 Aspirada (en mucosa nasal) 3 Inyectada 4 Ingerida 5 Tópica (cutánea) 6 Aplicada en otras mucosas			

12. Alguna vez has usado drogas inyectadas? SI NO

13. ¿Alguna vez has compartido una jeringa para inyectarse? SI NO

14. ¿Consumes sustancias combinadas? SI NO

15. ¿Cuáles? _____

16. Tipo de usuario de sustancias

(1) Experimental

- (2) Social
- (3) Funcional
- (4) Disfuncional

17. Tipo de consumo

- (1) Uso
- (2) Abuso
- (3) Dependencia

IV. DISPONIBILIDAD DE LA DROGA

18. ¿En qué lugar consigues con más frecuencia la droga por la que acudes a tratamiento?

- (1) Tiene en su propia casa
- (2) Se la llevan a su casa
- (3) En casa de un amigo o un familiar
- (4) En lugares de distribución
- (5) En antros, bares
- (6) En fiestas o reuniones
- (7) En la escuela o el trabajo

19. ¿En qué lugar acostumbras consumir con más frecuencia la droga de tu preferencia?

- 1) En su propia casa
- 2) En casa de un amigo o familiar
- 3) En la vía pública
- 4) En antros, bares
- 5) En fiestas o reuniones
- 6) En la escuela o el trabajo

20. ¿Cuáles son las drogas más fáciles de conseguir para ti? ¿por qué?

- 1) Solventes

- 2) Marihuana_____

- 3) Piedra(crack)_____
- 4) Cocaína_____
- 5) Pastillas
psicotrópicas_____
- 6) LSD_____
- 7) Heroína_____

21. ¿Qué se necesita tener o hacer para consumir drogas? ¿Por qué?

22. ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezaste a consumir hasta que tus padres se dieron cuenta, cómo reaccionaron, qué hicieron al respecto?

- 1) De 1 a 6 meses
- 2) 6 meses
- 3) De 6 meses a un año
- 4) Más de un año

V. OPINIÓN, CREENCIAS Y ACTITUD SOBRE LAS DROGAS

21. En tu opinión ¿Qué piensas de las drogas, cuáles crees que son sus efectos?

22. Y sus consecuencias?

23. En tu caso, ¿cuáles crees que son las causas por las que consumes drogas?

24. ¿Has tenido cambios importantes en tu vida? ¿cómo cuáles?

25. Antes de empezar a consumir, ¿pasó algún evento significativo en tu vida, en tu familia, en la escuela, con tus amigos?

26. ¿Consideras que este evento te afectó, cómo?

27. ¿Cómo te sentías emocionalmente ante tal situación?

28. Actualmente, ¿Hay algo que te preocupe o te moleste?

29. ¿Cómo te sientes con eso que te preocupa/moleste?

30. ¿Cada cuándo y cuánto dices que consumes normalmente?

31. ¿Cómo te sientes cuando lo haces?

32. Y cuando no consumes ¿Cómo te sientes?

33. ¿Qué crees que sea lo que más influye en ti para que vayas a consumir?

34. ¿Prefieres consumir solo o acompañado, por qué?

35. En tu casa, ¿se dan cuenta cuando consumen?, ¿qué hacen?

36. ¿ Alguien más de los que viven contigo consume drogas, quiénes

37. ¿Cómo te llevas con las personas con las que vives?

38. De todas las personas con las que vives o convives ¿a quién le tienes más confianza? ¿Por qué?

39. ¿Cuándo has tenido algún problema importante, ¿quiénes te han apoyado?¿cómo lo han hecho?

40. En tu opinión ¿quiénes y cómo te han apoyado a solucionar la conducta del consumo?

41. ¿Qué piensas de ti mismo como persona?

42. ¿Qué opinión tienes de ti mismo como consumidor?

43. Y de otras personas que también consumen, ¿cuál es tu opinión?

44. ¿Qué crees que piensan tus padres o tu familia de que consumes drogas?

45. ¿Qué crees que piensan tus maestros de que consumas drogas?

46. Si ya no estudias ¿Cuáles son las razones por las que dejaste de hacerlo?

47. Sin aún estudias, ¿Qué razones han influido para que sigas estudiando?

48. ¿Cuánto tiempo dedicas a hacer tareas extraescolares?

49. ¿Realizas alguna actividad deportiva, cada cuándo?

50. En general, ¿qué acostumbras a hacer en tu tiempo libre?

51. De todo lo que has vivido desde que empezaste a consumir, ¿qué ha sido lo más difícil?

52. ¿Cómo te gustaría que te ayudáramos aquí?

GRACIAS