

100
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PREDICTORES DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL Y
SU RELACION CON EL USO DE DROGAS EN UNA
MUESTRA NACIONAL DE ESTUDIANTES DE
ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

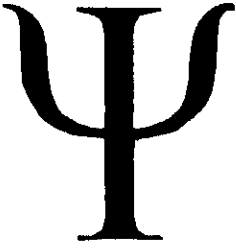
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

FRANCISCO LORENZO JUAREZ GARCIA

COMITE DE TESIS:

- DIRECTORA: DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA
- MTRA. LUCY MA. REIDL MARTINEZ
- DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
- LIC. ALBERTO CORDOVA ALCARAZ
- DRA EMILY ITO SUGIYAMA



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El presente trabajo está basado en datos de la medición 1991 de la “Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar” llevada a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública bajo la dirección de Ma. Elena Medina-Mora. Participaron en la misma: Shoshana Berenzon, Silvia Carreño, Francisco Juárez y Estela Rojas, por parte del IMP; y Miguel Angel López, Héctor Cardiel, Guadalupe Néquiz, y Javier Breña, por parte de la SEP.

La Encuesta recibió apoyo financiero del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) a través del fideicomiso “Fondo de Apoyo para el Programa Educativo y de Investigación de Prevención contra las Adicciones”

Dedico este trabajo a:

Mis padres

Quienes me han dado todo su apoyo y
su cariño para llegar hasta aquí
Mil gracias

Mi hermana y mis sobrinos

Que siempre han deseado lo mejor para mí

Hilda

Por tu presencia y la gran amistad
que nos une y que me ha dado tanto
en algunos momentos de mi vida

Kari, Maricarmen, Celsa y Martha

Con mucho cariño y admiración

Silvia y Nora

Por su fuerza y por el ánimo
que siempre contagian

Jorge

Por tu amistad y tus enseñanzas

**Todos ustedes que han sido
parte importante de mi vida**

Ruth, Cati, Annie, Juan, Shoshi, Marichu, Mike,
Ana María, Ely, Adela, César, Heriberto, Norma,
Edith, Alberto, Rocío, Adriana, Antonio, Haydée,
Blanca, Toño, Lulú, Ramón, Bety, Benito,
Rosalinda, Daniel Z., Liliana

Dra. Ma. Elena Medina-Mora

Directora de la tesis, por su paciencia
y su apoyo sin el cual no hubiera podido
llevarse a cabo el presente trabajo

Dra. Emily Ito

Con un especial agradecimiento
por ser un impulso importante para
finalizar este documento

Los miembros del comité de tesis

Por su ayuda y por brindar sus conocimientos
y sugerencias para el buen desarrollo de la tesis
Muchas gracias

Contenido

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1. Conducta Problemática en el Adolescente	5
1.1 Conducta Antisocial en Estudiantes	7
1.2 Factores Relacionados a la Conducta Antisocial en el Adolescente	8
Capítulo 2. Drogas y Actos Antisociales	17
2.1 Consumo de Drogas	17
a) Consumo de Drogas en Población Estudiantil	17
b) Factores Asociados con el Uso de Drogas	22
2.2 Actos Antisociales y uso de Drogas	28
Capítulo 3. Método	39
3.1 Planteamiento y Justificación del Problema	39
3.2 Hipótesis Conceptual	39
3.3 Definición de Variables	40
3.4 Hipótesis de Trabajo	43
3.5 Tipo de Estudio y Diseño de Muestra	43
3.6 Población y Muestra	43
3.7 Instrumento	44
3.8 Procedimiento	46
3.9 Análisis de los Datos	47

Capítulo 4. Resultados	48
4.1. La Escala de Actos Antisociales	48
4.2. Distribución de la Conducta Delictiva por Características	50
Demográficas, Factores Individuales y Relativos a la Escuela	
4.3. La Familia, los Amigos y la Conducta Antisocial	54
4.4. La Relación entre el Uso de Drogas y Comportamiento Antisocial	55
4.5. Predictores de la Conducta Antisocial	57
Capítulo 5. Discusión y Conclusiones	61
Referencias	67
Anexo 1. El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años	79
Anexo 2. Cuestionario	85
Anexo 3. Pruebas de Significancia para las Comparaciones Univariadas	92

Resumen

La adolescencia es un proceso de cambio tras el cual se afirma la identidad personal; en este periodo existen factores que pueden hacer que los adolescentes se involucren en conductas como la delincuencia y la violencia, así como en el uso de sustancias psicoactivas.

Se revisan algunos de esos factores con estudiantes de enseñanza media y superior, como son: su sexo, su edad, su ocupación más importante durante el último año (estudia y/o trabaja), la escolaridad del jefe familiar, tener familiares viviendo en Estados Unidos y el provenir de una población rural o urbana. Otras variables analizadas son aspectos relativos a sus estudios como: su desempeño escolar y abandono de los estudios; aspectos individuales: haber sufrido abuso sexual, su autoestima y nivel de depresión; la influencia de la presencia de familiares y amigos que consumen drogas y de familiares con problemas por el uso de alcohol; y finalmente su propio consumo de sustancias como alcohol y otras drogas. Casi todos estos indicadores, de manera univariada, mostraron tener efectos sobre la conducta antisocial.

Se utilizó la escala de Conducta Antisocial propuesta por la Addiction Research Foundation de Canadá, adaptada y validada en México por Castro y cols. (1988b). Mediante un análisis factorial de la escala, se encontraron dos factores, uno relacionado con robos y violencia, y el segundo considerado como actos con consecuencias sociales y legales graves. Usando estos dos indicadores, y siguiendo el marco conceptual propuesto por Hawkins y cols. (1992) acerca de la presencia de variables que aumentan la probabilidad de la ocurrencia de conductas llamadas de *riesgo*, se evaluaron dos modelos, el primero para predecir el riesgo asociado a la ocurrencia de Robos y Violencia en los estudiantes, encontrándose que las principales variables predictoras de estos comportamientos son: el ser hombre, tener 15 años de edad o menos, haber trabajado, sufrir abuso sexual, mayor nivel en la escala de depresión, tener un familiar en Estados Unidos, percibirse con un mal desempeño escolar, usar drogas, tener amigos que las consumen, escolaridad del jefe de familia equivalente a secundaria o mayor, vivir en población urbana, consumir alcohol y tener familiares con problemas por

uso de alcohol. En el segundo modelo, para Actos Graves, el uso de drogas, tener amigos que usan drogas, el ser hombre, el tener un alto nivel de depresión, son los factores más importantes asociados al riesgo de llevar a cabo estas conductas, de manera estadísticamente significativa.

Algunos de esos factores pueden incidir directamente, o ser el reflejo de problemas, sobre los mecanismos de socialización de la familia, la escuela y los pares, que son importantes para involucrarse con, o protegiendo de, conductas problemáticas. El conocer las variables que se asocian con la conducta antisocial, permitirá implementar un programa para reforzar la comunicación de normas prosociales por parte de los padres y la escuela, así como también, brindar elementos que sirvan para que los adolescentes eviten involucrarse en comportamientos problemáticos, aún cuando estén expuestos a situaciones que puedan inducir ese tipo de comportamientos.

Introducción

Este estudio forma parte de la *Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar: Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior*, cuyo levantamiento de datos se llevó a cabo en el país en 1991 y en donde por primera vez se tomaron en cuenta zonas rurales de la República Mexicana (Medina-Mora y Cols., 1993a). Representa la continuación de una serie de encuestas que desde 1974 el Instituto Mexicano de Psiquiatría en conjunto con la Secretaría de Educación Pública han realizado sobre el uso de drogas y factores asociados al mismo, en estudiantes de nivel medio y medio superior. Hasta la fecha se han efectuado dos mediciones a nivel nacional, una en 1976 y otra en 1986 en áreas urbanas del país. En el Distrito Federal se han llevado a cabo cada dos años iniciando en 1974.

En dichos trabajos se analizan los datos referentes al consumo de drogas y a los factores asociados al mismo. Uno de ellos, estrechamente vinculado con el uso, es el cometer actos delictivos. De hecho los factores que predicen el abuso de drogas también pueden explicar otras conductas problemáticas en los adolescentes. Así, se tiene que el abuso de drogas está relacionado con la delincuencia, el embarazo en la adolescencia, problemas de conducta escolar y deserción, entre otras (Medina-Mora y cols., 1991a).

Decir lo que es antisocial, problemático o desviado es un constructo social y depende de los miembros de la sociedad en que se crea ese constructo (Rock, 1973). Las definiciones se hacen en términos de conductas extrañas a la normalidad social (Pinch, 1980). De manera general, pueden verse como conductas que se alejan de las expectativas normativas de un grupo y que provocan reacciones interpersonales o colectivas dirigidas a aislar, corregir o castigar a los individuos involucrados en tales conductas (Schur, 1971). Entre estos comportamientos se tiene a la agresión y a la delincuencia (González, 1992), mismos que son tipificados en el código penal vigente en México (Diario Oficial de la Federación, 1931). Esta clasificación permite considerar como sinónimos a términos como conducta antisocial, problemática, delictiva o desviada, para referirse a la violencia y delincuencia

La adolescencia es un periodo de transición en el que existe mayor vulnerabilidad y conflicto. Es la época en que los muchachos son más influenciados y en la que afirman

los patrones de conducta que seguirán en la vida adulta. Esta situación implica muchos riesgos para seguir modelos no aceptados de conducta, si llegan a involucrarse en situaciones facilitadoras o con personas cuya conducta es problemática.

Existen múltiples factores con los que se pretende explicar por qué las personas se involucran en conductas antisociales y que muchos autores refieren en sus trabajos sobre el tema, desde los trastornos psiquiátricos y de personalidad, la herencia, aspectos culturales y psicosociales, hasta los efectos que ciertas sustancias psicotrópicas tienen sobre la conducta del individuo. Estos precursores son revisados en el primer capítulo, dejando otro capítulo para tratar la relación que guarda el uso de sustancias con la conducta delictiva.

Las presiones económicas actuales, así como el aumento en la exposición a la delincuencia y la violencia, incrementan los problemas sociales y de salud, como la delincuencia y el abuso de drogas, entre los jóvenes. Esta situación se ve reflejada por el alarmante crecimiento en la incidencia de tales conductas “problemáticas” entre los adolescentes. Por esa razón, es necesario dirigir más esfuerzos para comprender los mecanismos que los llevan a involucrarse en éstas y así poder implementar programas que los ayuden para evitar caer en ese tipo de comportamientos.

El costo social y legal de la conducta antisocial puede llegar a ser elevado, de ahí se desprende la importancia del presente estudio, encaminado a conocer los eventos que llevan a los menores a situaciones de riesgo para involucrarse en conductas problemáticas, e identificar los modelos que posibilitan el que un adolescente se inicie como menor infractor (término adecuado al código penal de México), situación que debe llevar a una mejor forma de actuar para prevenir que se involucren en conductas problemáticas.

Acorde con lo anterior, la presente investigación fue llevada a cabo con la finalidad de:

- Describir las características de los alumnos que presentan conductas delictivas en la población estudiantil de la República Mexicana,
- Describir la relación que existe entre el consumo de drogas y la conducta antisocial en la muestra de estudiantes del país.
- Identificar cuales son los principales predictores de la conducta antisocial, para la muestra de interés.

Capítulo 1.

Conducta Problemática en el Adolescente

La palabra Adolescencia proviene de *ad*: a, hacia y *olere*: crecer, y se usa para referirse a un periodo de crecimiento y cambio (Monroy, 1994), de transición hacia la adultez (López, 1988), que implica un proceso de crisis vital, es decir: el acto de distinguir, elegir, decidir y resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal (Monroy, op. cit.).

El inicio de la adolescencia coincide con el de la pubertad (OMS, 1989, citado por: A. Monroy, op. cit.); entendiendo como adolescencia al conjunto de fenómenos psicológicos y socio-psicológicos que ocurren durante esta etapa, siendo la pubertad el conjunto de cambios biológicos (López, op. cit.). Sin embargo, no existe un indicador claro que delimite el final de la adolescencia, López (ibid.) dice que la madurez sexual o la terminación del crecimiento somático no necesariamente coinciden con este evento, esto sucede cuando se conjuntan una serie de indicadores de tipo socioeconómico que se relacionan, entre otras cosas, a la autonomía y autosuficiencia económica.

Durante la adolescencia se dan una serie de cambios dirigidos a la búsqueda de una identidad personal, matizados por el contexto sociocultural en que se desarrolla cada adolescente; dentro de ese contexto se puede mencionar a la familia, los amigos, la escuela, el empleo, el desarrollo espiritual, las organizaciones comunitarias, las políticas y la legislación, la migración, el turismo, la urbanización, los medios masivos de comunicación, los servicios de salud, de recreación y el ambiente socioeconómico (Monroy, op. cit.).

Estos cambios se dan principalmente en dos áreas, aparte de la maduración física: en primer lugar, una maduración cognoscitiva o aumento de la capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y a futuro; y en otro sentido, un desarrollo psicosocial o comprensión de uno mismo con relación a otros (OPS, 1992, citado por: A. Monroy, op. cit.).

Durante la adolescencia temprana se presenta un cierto grado de rebelión contra los adultos y sus valores, narcisismo intenso, dependencia hacia la subcultura formada por el

grupo de edad, intensificación de urgencias y sentimientos sexuales, incremento de la agresividad, así como de las capacidades intelectuales y emocionales, y actitudes y conductas que son intentos para experimentar situaciones nuevas. Posteriormente, en la adolescencia tardía, se alcanzan logros como: la separación de los padres, individuación, consolidación de la identidad sexual, capacitación para el trabajo, y la capacidad de relaciones de pareja más estables, desarrollo de un sistema personal de valores y una vuelta a los padres en una relación basada en mayor igualdad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

El siguiente cuadro resume en forma esquemática los cambios durante esta etapa. Las edades no reflejan necesariamente a todos los adolescentes; sin embargo, la secuencia de transformaciones es generalmente la misma para todos* hacia la búsqueda de una identidad propia, aunque, como cita Monroy (op. cit.), no se puede decir que el adolescente, por estar en busca de la afirmación de una identidad personal, carece de una. Se debe hablar de una identidad de adolescente, caracterizada por las manifestaciones que se observan en este periodo.

Cuadro 1
Etapas del Crecimiento y Desarrollo Psicológico

Etapas	Independencia	Identidad	Imagen
Adolescencia temprana (10-13 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Menor interés en los padres. • Intensa amistad con adolescentes del mismo sexo • Ponen a prueba la autoridad. • Necesidad de privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía • Estado de turbulencia • Falta control de los impulsos. • Metas vocacionales irreales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por los cambios puberales. • Incertidumbre acerca de su apariencia.
Adolescencia (14-16 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de máxima interrelación con los pares y del conflicto con los padres. • Aumento de la experimentación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformidad con los valores de los pares • Sentimiento de invulnerabilidad • Conductas omnipotentes generadoras de riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por la apariencia • Deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda
Adolescencia tardía (17-19 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores • Las relaciones íntimas son prioritarias. • El grupo de pares se torna menos importante 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un sistema de valores. • Metas vocacionales reales. • Identidad personal y social con capacidad de íntima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la imagen corporal

(OPS, 1992, citado por: A. Monroy, 1994, p. 699)

* Ver anexo 1 para un esquema más detallado de estas etapas como lo presenta Dolto (1990), desde los cambios físicos de la pubertad hasta la afirmación de la identidad personal en hombre y mujeres.

Durante el proceso de la adolescencia, los autores coinciden en que los jóvenes se involucran en una serie de conductas que pueden ser peligrosas y que según López (1988) frecuentemente se ejemplifican con situaciones que están del lado de lo patológico intentando representar así a esta etapa del desarrollo. En todo caso, estas conductas se dan en la adolescencia anormal y la normal, aunque con diferentes características e intensidad; se puede decir que se presentan de manera menos importante en esta última. Aunque en ocasiones, de acuerdo con Monroy (op. cit.) es difícil separar el plano de lo que es normal de lo que es patológico.

Se puede afirmar por ejemplo, que para la mayoría de las personas la conducta antisocial es temporal y situacional, es común en la población, especialmente en los adolescentes, para quienes, la actividad delictiva se limita a los años de la adolescencia, los factores causales son tal vez inmediatos, específicos a esta época del desarrollo, relacionado a lo que Moffit (1993) denomina una *discontinuidad** en sus vidas. Esta razón puede explicar el aumento en los riesgos que se dan durante la adolescencia.

Sin embargo, existe otro grupo para el cual la conducta antisocial es persistente, es un conjunto relativamente pequeño de personas para quienes los problemas de conducta son extremos. Estos son los adolescentes delincuentes, para los que esta etapa es sólo un paso dentro de un continuo en el curso de su vida antisocial; las causas de su conducta pueden localizarse en la niñez, situación que explica la continuidad de problemas que presentan (ibid.).

El peligro real es que los jóvenes al encontrarse en momentos de mayor vulnerabilidad, se involucren y se mantengan con conductas problemáticas. Los eventos que se asocian a tales comportamientos, serán revisados en el presente capítulo.

1.1. Conducta Antisocial en Estudiantes

Estudios previos, realizados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en población estudiantil de enseñanza media y media superior en México, desde 1985 han incluido a la escala de actos antisociales (Castro, 1990). En una aplicación de la misma a estudiantes de Colegios de Bachilleres del Distrito Federal Castro, Rojas y De la Serna (1988c)

* Para Moffit la mayoría de los adolescentes se involucran en conductas problemáticas en oportunidades que se presentan de manera no planeada, son accidentes que rompen la continuidad del desarrollo hacia la adultez y que forman parte de los riesgos de la adolescencia.

reportan que el hecho delictivo más frecuente lo constituían la participación en riñas, seguido por golpear o dañar cosas que no les pertenecían, golpear o herir a personas y tomar un auto sin permiso del dueño, en un rango de 5.5 a 13.9% de alumnos que los cometieron en el año previo a la aplicación del instrumento.

En otro trabajo, Castro, García, Rojas y De la Serna (1988b), adaptaron y validaron en México la escala de conducta antisocial propuesta por la Addiction Research Foundation de Canadá y la utilizaron en una muestra nacional representativa de la población estudiantil mexicana de enseñanza media y media superior. Los resultados de esta encuesta indican que el promedio de actos antisociales cometidos durante el año anterior al estudio fue de 1.6, lo que significa que la mayoría de los estudiantes reportaron haber cometido entre uno y dos de los nueve actos que se investigan. El 25.4% de la población había cometido al menos un acto antisocial, y el 12.5% reportó haber realizado en más de tres ocasiones alguno de estos actos. El grupo de hombres entre 16 y 18 años, que son usuarios fuertes de drogas, obtuvieron promedios mayores en la escala de conducta antisocial, 6.7 actos antisociales cometidos durante el año anterior a la encuesta, en contraste con los estudiantes que no usaban droga, que no reportaron haber incurrido en ninguna de las conductas indagadas.

Castro, Pérez, De la Serna y Rojas (1989), en una investigación con una muestra representativa de estudiantes de Colegios de Ciencias y Humanidades, encontraron que los usuarios de marihuana cometieron en mayor proporción actos antisociales (40.6%) en comparación con usuarios de otras drogas (inhalables: 24.9%, anfetaminas: 19.9% y cocaína: 6.2%).

1.2. Factores Relacionados con la Conducta Antisocial en el Adolescente

La prevención de conductas problema en adolescentes y jóvenes, como conductas de sexualidad riesgosa, drogadicción, alcoholismo y delincuencia, se ha convertido en una necesidad por la problemática y alto costo social que representan por el incremento de la presencia de tales conductas entre este grupo de población. De ahí la importancia de conocer cuáles son los factores, así como la forma en que interactúan entre sí, que llevan a un adolescente a presentar esos comportamientos.

Según Hawkins, Catalano y Miller (1992), existen variables que se hipotetiza facilitan el que un joven se involucre en ese tipo de conductas. Los *precursores* de los problemas han sido descritos como factores de *riesgo*, ocurren antes de que aparezca la conducta y están estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir conductas problema a través de la eliminación, reducción o mitigación de sus precursores.

Por otra parte, los factores *protectores*, median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Se supone que la exposición al riesgo afecta la *vulnerabilidad* del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su *resistencia*, por lo que será menos probable que se vea involucrado en conductas problemáticas aún cuando esté expuesto a ellas. La presencia de factores de protección explicaría la diferencia en los logros de los sujetos involucrados en el (los) mismo(s) riesgo(s) y, en este sentido la conceptualización del factor de protección, es mucho más amplia que la simple ausencia de riesgo.

El equipo del Appalachia Educational Laboratory (1997) ha resumido de la siguiente forma los factores que incrementan el riesgo para la conducta antisocial y los divide en tres áreas principales:

- a) Factores de riesgo individuales: referidos a aspectos genéticos, de personalidad, temperamento y habilidades cognoscitivas. Entre éstos se encuentran: características como impulsividad, incapacidad para comprender las consecuencias de su conducta y adoptar una perspectiva a futuro, incapacidad de regular emociones, necesidad de estimulación y excitación, baja tolerancia a la frustración, mal funcionamiento del sistema nervioso central, predisposición a la conducta agresiva, baja general de aptitudes e inteligencia, exposición a la violencia y al abuso (como agresor o víctima), enajenación, rebeldía, asociación con pares con conductas problemáticas, actitud favorable hacia la conducta problemática, abuso de alcohol y drogas, y presencia temprana de problemas de conducta.
- b) Factores familiares y de su ambiente social. Privación económica, historia familiar de conducta problemática, actitud familiar, y de la comunidad, positiva hacia la conducta antisocial, disciplina inconsistente, poca supervisión y monitoreo de los padres y de la comunidad, poca educación de los padres (especialmente de la madre), conflictos familiares, vivir en la calle, poca unión entre el niño y su familia, poca unión en la comunidad y desorganización comunitaria como poco involucramiento de los padres

en la escuela y altas tasas de vandalismo y violencia, alcoholismo de los padres, enajenación social de la comunidad, disponibilidad de drogas y armas, y exposición a la violencia, en el hogar, en su comunidad y en su medio s. La migración ha mostrado tener impacto sobre la conducta antisocial, como se discute posteriormente, aunque estos autores no la consideran.

- c) Factores relacionados con la escuela: Fallas académicas iniciando en la escuela elemental, bajas aptitudes académicas, ausentismo a la escuela, no creer en la validez de las reglas, conductas agresivas tempranas en la escuela, falta de apego a los maestros, bajas aspiraciones y metas, asociación con pares problemáticos incluyendo juntar grupos especiales para enseñanza de niños antisociales o juntarlos por castigo, baja moral de estudiantes y maestros, desorganización escolar, mal monitoreo y manejo de estudiantes, falta de adaptación a la escuela evidenciada por castigos y expulsiones, asignación a grupos especiales y el rechazo a la escuela expresado por el estudiante; falta de esfuerzo, enajenación y castigo.

En la literatura sobre el tema, se encuentra un estrecho vínculo entre muchos de esos factores e incluso con algunos se tienen problemas para distinguirlos como antecedentes directos de las conductas problemáticas. Por ejemplo, la mayoría de los problemas de hiperactividad, impulsividad o diferencias en el nivel de inteligencia en niños, asociados al desarrollo de la conducta antisocial, se relacionan a factores biológicos o genéticos, sin embargo, también pueden ser causados por exposición a neurotóxicos o a deficiencias en el ambiente social (Loeber, 1991). Estos problemas, sobre todo la hiperactividad e impulsividad, ligado al *déficit de atención y desorden de hiperactividad* (Appalachia Educational Laboratory, 1997; Loeber, 1991; Moffit, 1993), son inicio y muchas veces facilitan el que se dé una progresión de complicaciones cada vez más graves, como dificultades escolares, vagancia, conflictos para relacionarse con otros e incluso llegar a la delincuencia (Loeber, 1991; Moffit, 1993).

Los padres se ven en problemas para tratar con hijos que presentan estos trastornos, incluso pueden llegar a rechazarlos o perder interés en la crianza de los mismos y ante las dificultades que implica la tarea, cometen errores y se vuelven inconsistentes en la educación y control de estos niños, aumentando la probabilidad de que presenten conductas problemáticas (Shaw y Bell, 1993). Esto puede marcar el inicio de una historia de conducta que Moffit (op. cit.) dice que será persistente a lo largo de la adolescencia y probablemente se mantenga hasta la adultez.

De hecho, en relación a la conducta antisocial se ha observado que a mayor variedad, frecuencia y severidad de conductas antisociales durante la infancia, es más probable que persista la conducta en la edad adulta (Robins, 1978). Cuando se da conducta agresiva alrededor de los 5 o 6 años únicamente, no sigue invariablemente conducta antisocial en etapas posteriores, solamente se ha observado persistencia entre 30% y 40% de los casos, (Loeber y Dishion, 1983). Sin embargo cuando la conducta antisocial persiste en la infancia, se observan problemas de conducta durante la adolescencia incluyendo uso frecuente de drogas, delincuencia y problema de drogas en la edad adulta (Loeber, 1988).

Asimismo, el abuso de drogas, no así el uso, está correlacionado con delincuencia; embarazo en la adolescencia, problemas de conducta escolar y deserción, entre otros conflictos (Medina-Mora, Rojas, Olmedo y Ortiz, 1991a), y los factores de riesgo para el abuso de drogas también predicen otras conductas problemáticas, como las mencionadas, en esta etapa del desarrollo.

Sin embargo, hay otro tipo de jóvenes que se involucran en actos antisociales sólo en los años posteriores a la pubertad, terminando su participación en éstos al llegar a ser adultos. Sus motivaciones para actuar de esa manera son generalmente circunstanciales y situacionales, como un accidente presentado durante su crecimiento (Moffit, op. cit.), siendo la adolescencia un periodo particularmente crucial en el que se incrementa la posibilidad de aprender normas desviadas (Oetting y Donnermeyer, 1998a).

Uno de los factores más importantes para cometer conductas antisociales en esta población es la influencia de pares y la presión de los mismos, incluso se ha considerado a esta influencia como crucial para el desarrollo de la conducta delictiva. Diversos investigadores coinciden en que un individuo muestra conducta delictiva cuando sus compañeros están involucrados en ese tipo de actividades (Brownfield y Thompson, 1991). En un estudio llevado a cabo por estos investigadores para conocer la relación entre delincuencia de los coetáneos, apego a los mismos y el propio reporte de delincuencia en estudiantes de la Universidad de Washington, encontraron que delinquir se asocia con la presencia de esta conducta en amigos, mientras que, contrariamente a lo que esperaban, el apego hacia ellos tiene un modesto efecto de inhibición sobre el cometer conductas delictivas, es decir, no encontraron relación entre cometer actos delictivos y el apego hacia los amigos, observando incluso un menor grado de confianza y respeto hacia éstos en jóvenes delincuentes (ibid.)

Los pares pueden ser la influencia de socialización dominante en la adolescencia, si éstos exhiben valores positivos y comunican normas prosociales, es probable que los jóvenes se involucren fuertemente en conductas prosociales, pero si muestran conductas problemáticas, aumenta la probabilidad de que también las presenten, usualmente en compañía de otros miembros de su grupo de pares (Oetting y col., op. cit.). Aún con estas influencias, no en todos los jóvenes se presentan tales conductas o, en todo caso, no se presentan con la misma intensidad. La introyección de los valores y pautas de conducta de los padres, así como un adecuado monitoreo y prácticas de crianza desde la niñez hasta la adolescencia son factores que protegen del riesgo de involucrarse en éstas (Moffitt, 1993, Shaw y Bell, 1993).

La familia es una fuente de normas prosociales, los padres a su vez sirven de modelo para sus hijos, sobre todo en la niñez. López (1988) afirma que el papel de los padres, durante la adolescencia, es el de estar ahí para que el hijo pueda cuestionar sus actitudes y para servir de punto de referencia en la búsqueda para encontrar sus valores y realidad propios. Los padres ejercen cierto control, pero en realidad la conducta del adolescente dependerá de qué tan bien fueron incluidas normas y valores en su repertorio conductual durante los primeros años de vida, es casi imposible enseñarle esas pautas de comportamiento de manera tardía, después de la pubertad (op. cit.).

Pero en familias disfuncionales, en las que los padres golpean a sus hijos, presentan conductas incestuosas, que son criminales, alcohólicos o usan drogas, no sólo fallan en crear nexos fuertes con sus hijos de forma que propicien la enseñanza de normas prosociales, sino que además transmiten normas antisociales a éstos, ya sea como modelo o induciéndolos a robar, beber o usar drogas (Oetting y col., op. cit.).

En un estudio con pacientes alcohólicos hospitalizados y con un grupo control no institucionalizado seleccionado al azar, en el que se incluyeron a los hijos de los participantes, Mützell (1993) señala diferencias en la proporción de niños que presentan problemas con relación al abuso de alcohol y al uso de drogas. Encontró que mientras el 29% de hijos de usuarios moderados de alcohol pero que usan drogas, en contraste con el 4% de hijos de no usuarios de drogas que usan moderadamente alcohol, 30% de hijos de alcohólicos que no usan drogas y 40% de hijos de alcohólicos que además usan drogas, acudieron a un orientador, psicólogo o médico, por diferentes problemas. Reporta también que de estos grupos, presentaron dificultades en la escuela y tuvieron que asistir a un programa de asistencia infantil, el 10%, 4%, 30% y 40% respectivamente. Por último,

menciona que el 52% de hijos de usuarios de drogas no alcohólicas, 15% de no usuarios, 52% de alcohólicas y 58% de alcohólicas que además usan drogas, presentaron alguno de los siguientes síntomas: mojar la cama, comerse las uñas, dolor de cabeza, pesadillas, dolor estomacal, ansiedad, obsesión, sonambulismo, tartamudeo y ser problemático.

Sin embargo, los principales problemas no se generan en familias extremadamente disfuncionales, aquéllas en que se tienen carencias de habilidades para la crianza y control de los hijos en diferentes etapas del desarrollo, particularmente en la adolescencia, así como tener nexos débiles con los hijos, reducen la posibilidad de transferir efectivamente normas prosociales (Oetting y col., op. cit.). Fallas o inconsistencias en las prácticas de crianza, rechazo por parte de los padres, mal monitoreo y control, se asocian a la presencia de conducta antisocial (Shaw y Bell, op. cit.). Además, estas situaciones aumentan el riesgo de unirse a pares problemáticos e iniciarse en conductas antisociales (Oetting y col, op. cit.).

Por otro lado, factores como el estrés, depresión y baja autoestima, se relacionan a la conducta antisocial, sobre todo cuando afectan, o a su vez son propiciadas por los mecanismos de socialización (Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998b). Por ejemplo: si la alta autoestima es derivada de una fuerte unión familiar o de éxito escolar, esta es señal de la fuerza de esas fuentes de socialización, en ese caso se correlacionará negativamente con conducta antisocial; por el contrario, si tiene que ver con la aceptación de los pares y estos tienen conductas problemáticas, se asociará positivamente a la presencia de ese tipo de conductas en el adolescente (ibid.).

De manera contraria, fallas escolares crónicas desmoralizan a los niños, pueden causar la pérdida de estatus y rechazo de los pares, destruye la autoestima y sentimientos de competencia; el resultado de ello puede ser la disminución de apego a maestros, padres, escuela y los valores que estos promueven, con el incremento asociado de problemas de conducta (Appalachian Educational Laboratory, op. cit.). De esta forma, conflictos individuales para adaptarse a la escuela, disgusto por la misma, problemas disciplinarios, deserción y baja participación en actividades escolares, se asocian con conductas antisociales, al bloquearse la comunicación de normas prosociales que ésta promueve (Oetting y col., 1998a).

Al referirse a otros factores individuales, se han usado aspectos de género para explicar diferencias en cuanto a la conducta antisocial entre hombres y mujeres. En una

investigación con estudiantes de 15 y 16 años, Baumgartner (1993), encontró que los hombres manifestaron tendencias más fuertes hacia la conducta agresiva y que las mujeres mostraron una orientación más social mediando una solución a los conflictos. Oetting y col. (op. cit) dicen que los padres muestran mayor preocupación y protección hacia las mujeres, que se refleja en las prácticas de crianza, dándose un mayor control y monitoreo de sus conductas, por ello son más sensibles a las expectativas que sus padres tienen para ellas y a las pautas de comportamiento que culturalmente se les tienen asignadas, siendo esta la razón por la que su involucramiento en conductas problemáticas es menor.

Algunos indicadores de tipo socioeconómico también se asocian al comportamiento antisocial, en cuanto el tamaño y tipo de población, Oetting, Dennermeyer y Deffenbacher (1998c) mencionan que las áreas rurales y urbanas son diferentes cultural y físicamente, y aparentemente las zonas rurales protegen de altas tasas de crimen delincuencia y uso de drogas, respecto a quienes habitan zonas mayormente urbanizadas.

Asimismo, el fenómeno de cambiar de lugar de residencia a otro país, específicamente a Estados Unidos, en su relación con la conducta problemática ha sido tratado en investigaciones sobre salud mental y delincuencia en hispanos migrantes a Estados Unidos, los cuales han revelado que la aculturación se correlaciona positivamente con delincuencia (Rodríguez, 1996). Aunque en un estudio con adolescentes puertorriqueños este mismo autor encontró que al parecer se relaciona con el uso de drogas más que con delincuencia en general. Observó también que, contrario a lo que la literatura reporta, entre estos jóvenes, el no tener un trabajo se asocia a no involucrarse en crímenes. Por otro lado, aquellos que estudiaban tampoco se asociaban a conductas delictivas (ibid.).

Por su parte, Salgado (1993) menciona que la migración internacional puede tener un impacto similar en la salud mental de quienes se quedan al compararlos con los que migran. Las esposas de migrantes quedan, además, con la responsabilidad de mantener la unidad familiar mientras regresan sus parejas, cuando esto último sucede y después de una corta visita, tal vez de unos pocos días o de un par de meses, sus esposos vuelven a abandonar a la familia (Salgado, Pérez, Acevedo y Natera 1996).

En un estudio en que se entrevistó a esposas de migrantes a los Estados Unidos en una población rural del estado de Jalisco (ibid.), encontraron que la migración a los Estados Unidos es vista como una situación temporal no buscada y un sacrificio para la familia

entera. Ven a los Estados Unidos como un país violento, sin tradiciones, donde los niños son difíciles de controlar, carecen de valores morales y aprenden malos hábitos.

En una investigación con 202 mujeres, esposas de trabajadores migrantes, de áreas rurales y semirurales de los estados de Jalisco y Michoacán (Salgado, 1993), se encontró que entre las preocupaciones de éstas, con relación a la estancia de sus esposos en Estados Unidos, están el que se vean influidos por malos amigos (55%), que adquieran malos hábitos (44.5%) y que usen drogas y alcohol (29.7%). Observaron que además mencionan la presencia de cambios negativos en la dinámica familiar a consecuencia de la partida de sus esposos. Por ejemplo: Mi hijo ya no ayuda como antes lo hacía (39.1%), las relaciones de la familia han empeorado (32.1%), han aumentado los conflictos entre mis hijos y yo (31.6%), ha aumentado la violencia física entre mis hijos (29.7%).

Según Salgado (ibid.) existen dos factores por los cuales estas mujeres perciben desintegración en sus familias, en primer lugar, la aparente imposibilidad de ellas para mantener el control, la disciplina y la cooperación de sus hijos, así como dificultades para conservar a la familia unida. En segundo lugar, está el deseo presente de los hijos por seguir a los padres y migrar a los Estados Unidos en cuanto el padre lo decida.

Es muy poca la literatura que incluya estudios empíricos sobre cómo se asocian las diferentes áreas que influyen a la conducta antisocial, no obstante, una investigación donde se integró una gran variedad de estos indicadores en un modelo para explicar cuáles fueron los antecedentes de este tipo de comportamiento en hombres y mujeres que lo presentaban a los 21 años, es un estudio longitudinal realizado a lo largo de 18 años por Pakiz, Reinherz y Giaconia (1997), quienes hallaron un modelo para cada uno de los sexos. En el caso de los hombres los principales predictores fueron indicadores tomados a las edades de 5 y 6 años como: la tasa de conductas problemáticas reportada por maestros, así como privación económica; a los 15 años: conductas *acting out* en la escuela; a los 18 años: el grado escolar promedio reportado, el puntaje de problemas de conducta y de atención manifestados, encarcelamiento de los padres, abuso físico en la familia, abuso/dependencia a la marihuana a lo largo de su vida. Todos estos predictores, exceptuando el grado escolar con un coeficiente de regresión con signo negativo, mostraron una asociación directamente proporcional con la conducta estudiada.

Para las mujeres, en la misma investigación se reportó que los predictores de la conducta antisocial más importantes son: a los 9 años, la tasa de conducta hostil reportada por los

maestros y baja autoestima; a los 15 años: el ser suspendidas de la escuela, la tasa de problemas de atención y el tener experiencias de divorcio de los padres; a los 18 años; el puntaje de problemas de atención y de conducta exteriorizados, tener una historia de abuso sexual y la expresión de necesidades de apoyo y asistencia social. Sin embargo, el coeficiente de regresión de baja autoestima es negativo, indicando que cuando se presenta baja autoestima disminuye el comportamiento problemático.

Modelos de este tipo permiten una mejor comprensión sobre la forma en que interactúan las variables asociadas con la conducta problemática y, en una aproximación basada en factores de riesgo (Hawkins y cols., 1992), conocer cuáles de éstas son las mejores predictoras del riesgo para involucrarse en la misma, así será posible integrar un programa de prevención acorde a las situaciones presentadas por los adolescentes y evitar que caigan en conductas de riesgo.

Capítulo 2.

Drogas y Actos Antisociales

El uso de drogas se considera que está estrechamente vinculado con el cometer actos antisociales, de hecho, se tiende a pensar en los usuarios de ciertas drogas como delincuentes (Medina-Mora y cols., 1993b), tal vez debido al carácter ilícito de las mismas, como lo tipifica el código penal vigente desde 1931, en su título séptimo: "delitos contra la salud", artículos 193 a 198; aunque en el artículo 199 se aclara que: "al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico [...] no se le aplicará pena alguna" (Diario Oficial de la Federación, 1931). La relación que guardan entre sí, sin embargo, no es lo suficientemente clara para poder decir si una es causa directa de la otra, aunque, en apariencia, están mutuamente determinadas o tienen factores de riesgo en común.

Con la intención de tratar de explicar esta relación, se muestra a continuación un panorama general de la situación del consumo de drogas en estudiantes mexicanos en diversos estudios epidemiológicos y los factores que se asocian al uso de drogas, tratándose posteriormente la relación que tienen ambas conductas.

2.1 Consumo de Drogas

a) Consumo de Drogas en Población Estudiantil.

Desde 1974 a la fecha, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública, a través de la ahora Dirección General de Educación Extraescolar, han venido realizando mediciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas de la población estudiantil de Enseñanza Media y Media Superior, para conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas.

Dichas investigaciones han sido efectuadas con un mismo método, utilizando técnicas de recolección y análisis uniformes, lo cual ha permitido obtener un panorama epidemiológico adecuado de este fenómeno en la población estudiantil.

Para recabar estos datos, se ha utilizado la técnica de auto-reporte, es decir, un cuestionario auto-aplicado que fue diseñado por un grupo de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud y probado en los diferentes países que participaron en este proyecto, entre ellos México. Como resultado se obtuvieron una serie de preguntas estandarizadas que han demostrado tener una confiabilidad y una validez satisfactorias (Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo-Serrano, 1981).

La mayor parte de estas encuestas, se han efectuado en el Distrito Federal y la zona metropolitana, en 1976, 1978, 1980 y 1989 (Castro, Maya y Aguilar, 1982a; Castro y Valencia, 1978; 1980; De la Serna, Rojas, Estrada y Medina-Mora, 1991); así como en muestras representativas de Colegios de Bachilleres (1985) (Castro y cols., 1988c) y los Colegios de Ciencias y Humanidades (1987) (Castro, Pérez, Rojas y De la Serna, 1988a). En 1976 (Castro y col., 1978) y en 1986 (Castro, Rojas y De la Serna, 1986) se levantaron muestras con cobertura nacional de poblaciones urbanas, cuyo muestreo fue regionalizado y estratificado por tipo de escuela. En 1978 se muestrearon los estudiantes del Estado de Morelos (Castro y Valencia, 1979a) y los de una zona suburbana de alto riesgo de la Ciudad de México, (Medina-Mora, Castro y Terroba, 1979). En 1980 se levantó una muestra representativa de los estudiantes que en tal año asistían a la Universidad Nacional Autónoma de México (Castro y Maya, 1981).

En términos generales, las mediciones realizadas refieren que las drogas de mayor consumo entre los estudiantes son la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. La evolución de la distribución de proporciones de usuarios desde 1976 se resumen a continuación:

De 1976 a 1978, el consumo de marihuana aumentó de 1.6% a 4.6%, el de inhalables de 0.85% a 5.6% y el de anfetaminas de 1.7% a 2.7%. A partir de 1978, los inhalables se convirtieron en las drogas de preferencia de los estudiantes, aún por arriba de la marihuana y las anfetaminas.

En 1978, se encontró que las zonas suburbanas podían ser consideradas de alto riesgo, debido a que el consumo de inhalables y marihuana fue mayor que el reportado en el estudio realizado ese mismo año en todo el Distrito Federal y zona metropolitana. El perfil demográfico del estudiante que había experimentado por lo menos alguna vez en la

vida con los inhalables, era el de jóvenes entre 14 y 15 años de edad, en su mayoría alumnos de escuelas situadas en zonas económicamente débiles y/o marginadas.

Para 1980, las cifras de prevalencia no habían sufrido disminuciones o aumentos significativos, detectándose un 4.4% de consumo, pero el perfil demográfico se alteró y, aunque seguían siendo los hombres los que más consumían, el promedio de edad afectado se amplía hasta los 18 años de edad, y a alumnos que asisten a escuelas ubicadas en todas las zonas socioeconómicas (marginadas, débiles, medias, medias-altas y altas).

Las cifras globales de consumo de drogas que se obtuvieron en 1978 y 1980 no sufrieron cambios significativos, el índice de usuarios de cualquier droga fue del 12.3% en 1980.

Después de 1980, se efectuaron otros estudios en población escolar que no fueron realizados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, pero que siguieron el mismo método y técnicas de recolección de datos. En 1981 los Centros de Integración Juvenil realizaron una encuesta en población estudiantil de enseñanza media, media superior y universitaria, a través de muestras representativas de las escuelas que se encontraban en la zona de influencia de cada uno de los Centros de Tratamiento, tanto aquéllos situados en la Ciudad de México y zona metropolitana, como los que se encontraban en el interior de la República. Los resultados señalaron importantes variaciones en los índices de consumo, el porcentaje global de consumo de drogas en cada una de las muestras mostró un rango de 9.4% en la zona de influencia del Centro de Nogales a 22% en la zona de influencia del Centro de Tijuana, con una desviación significativa del consumo de cocaína en la zona de influencia del centro de Guadalajara, Jal. (CIJ, 1981a). Estos resultados demuestran que si bien en 1976 no se encontraron diferencias regionales, en 1981 empieza a haberlas.

En 1985 se llevó a cabo un estudio en la submuestra representativa del estrato de Colegio de Bachilleres, situados en la zona metropolitana de la Ciudad de México, del ciclo escolar 1985-1986, los datos fueron representativos de todos los planteles, e indicaron que las drogas de preferencia eran la marihuana, las anfetaminas, los inhalables y los tranquilizantes. El patrón de consumo diario (20 veces o más en el mes anterior) obtuvo porcentajes mayores para las drogas legales: tabaco (12.6%) y alcohol (3.5%).

El consumo diario de drogas ilegales fue inferior a 1%, la marihuana y los inhalables fueron las sustancias de mayor consumo (0.8% y 0.4% respectivamente). La prevalencia

de cualquier uso ilícito de las sustancias investigadas y sin incluir al alcohol y al tabaco, fue de 13.6%, 11.3% correspondió a usuarios leves, 1.4% a moderados y 0.9% a fuertes.

En 1986 se realizó la segunda medición nacional sobre uso de drogas entre estudiantes de enseñanza media y media superior, del ciclo escolar 1985-1986, que asistían a escuelas ubicadas en zonas urbanas del país. El diseño de muestra contó con representación nacional y regional, fue de tipo bietápico, estratificado por tipo de escuela, la unidad de muestreo el grupo escolar.

El 12% de los estudiantes del país, reportó haber usado una o más drogas, sin incluir al tabaco y al alcohol, 10.2% eran usuarios leves, 1.4% moderados y 0.3% fuertes. El uso en el mes previo al levantamiento de la encuesta no sobrepasó el 1% y el consumo diario o casi diario, osciló entre el 0.1% y el 0.3%.

Al contrastar las cifras nacionales de consumo de cada droga de 1976 a 1986, se encontró aumento del uso de marihuana, inhalables, anfetaminas y cocaína. En 1976 no se encontraron diferencias entre las regiones en que se dividió al país, sin embargo en 1986 se dieron contrastes importantes. En lo que se refiere a la prevalencia del uso "alguna vez en la vida", el consumo de marihuana obtuvo una prevalencia menor en la región sur¹ (1.6%) en comparación con la región centro² (3.1%) y la región norte³ (3.7%). El uso de cocaína fue mayor en la región norte (1.3%) al compararlas con la centro (0.9%) y con la sur (0.6%). El consumo de inhalables se mantuvo alto en las tres regiones del país.

En la región norte se encontró un número mayor de consumidores moderados (1.7%) y altos (0.6%) en comparación con las regiones centro y sur. Las subregiones de mayor índice de consumo fueron la región noroccidental (Baja California Norte y Sur, Sonora y Sinaloa) y el estado de Guerrero, especialmente en el consumo de marihuana, cocaína, anfetaminas y heroína (Rojas, Castro, García y Rojas, 1987).

Las tendencias del cambio mostraron variaciones a nivel regional, por ejemplo, hubo un ligero aumento en el consumo de tranquilizantes en la región sur y de heroína en la región norte.

¹ Incluyó las ciudades de Campeche, Villahermosa, Merida, Tuxtla Gutierrez, Oaxaca

² Incluyó las ciudades de Durango, San Luis Potosi, Tepic, Apuascalientes, Guadalajara, Morelia, León, Toluca, Pachuca, Mexico D.F., Puebla, Veracruz, Jalapa, Acapulco

³ Incluyó las ciudades de Mexicali, La Paz, Culiacán, Nogales, Hermosillo, Torreon, Piedras Negras, Chihuahua, Cd. Juárez, Nuevo Laredo, Tampico, Monterrey

En 1986, además del cuestionario sobre consumo de drogas, se formaron grupos de discusión para padres de familia y maestros, se aplicó una guía estructurada de entrevista sobre su opinión acerca del consumo de drogas en los jóvenes. Se encontraron actitudes que pueden calificarse de negativas, ya que predominaron las reacciones de autoritarismo, indiferencia y la falta de conocimiento sobre este fenómeno (De la Serna, Castro y Rojas, 1989).

En 1987, se firmó un convenio entre el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección de los Colegios de Ciencias y Humanidades, para realizar una encuesta en esta población, utilizando el mismo método para llevar a cabo comparaciones con los resultados de los estudios anteriores.

Al igual que los datos obtenidos en las investigaciones preliminares, esta población es predominantemente de usuarios experimentales; excluyendo al alcohol y al tabaco, las drogas más usadas son: la marihuana, los inhalables, las anfetaminas y los tranquilizantes. El uso de marihuana y el de cocaína alcanzan en esta población aproximadamente el doble con respecto al promedio nacional.

En 1989, se realizó una medición en una muestra representativa del Distrito Federal y zona conurbada; los inhalables (4.75%), la marihuana (4.08%), y las anfetaminas (3.58%), continuaban siendo las drogas de preferencia. Al llevar a cabo una comparación entre las cifras de la última encuesta realizada en el Distrito Federal y zona conurbada de 1989, con la misma región estudiada como parte del estudio nacional de 1986, se encontró un ligero aumento en el consumo de marihuana, anfetaminas, y alucinógenos; el uso de cocaína fue el único caso de aumento estadísticamente significativo, (de 0.9% en 1986 al 1.61% en 1989) (De la Serna y cols. 1991).

Una rutina de análisis epidemiológico efectuado en todas las mediciones, fue la de conocer la forma en que se distribuyen los usuarios de drogas. Dicha distribución ha demostrado ser la misma en todas las muestras y se describe como continua y unimodal, es decir que los usuarios moderados y excesivos se distribuyen en un continuo que sigue una distribución semejante a la distribución normal (existiendo mayor número de usuarios leves, menor número de moderados y aún menor el de usuarios altos). Esta distribución estadística permite suponer que las diferencias entre consumidores son de grado, por lo

que todas aquéllas medidas que se dirijan a disminuir el consumo promedio, también disminuirán el consumo elevado (Castro, Terroba y Medina-Mora, 1982b).

En el presente estudio (1991) se observó que, el 8.2 % de los estudiantes ha consumido alguna vez en su vida, el 4.4 % lo hizo en los últimos doce meses y el 2 % en el último mes, estos datos no incluyen al alcohol ni al tabaco. Las drogas más utilizadas son los inhalables (3.5 % de la muestra dijeron haberla usado), seguidas de las anfetaminas, los tranquilizantes y la marihuana.

Las drogas más utilizadas de forma experimental (1 a 2 veces en la vida) fueron los inhalables (61.20 %), los tranquilizantes (57.30 %) y las anfetaminas (55.25 %). El número más alto de casos de usuarios moderados (usar 3 a 5 veces), se encontró entre los consumidores de anfetaminas (22.69 %) y tranquilizantes (22.63). De los usuarios que han consumido más de 6 veces, los de heroína (25.38 %), alucinógenos (24.92 %) y de sedantes (22.49 %) son los de porcentajes más altos.

El consumo de las drogas se da, en su mayoría, en el grupo de estudiantes de 16 años de edad para casi todas las drogas, exceptuando a los inhalables que se consumen más frecuentemente a edades menores.

Toda esta información epidemiológica indica que de 1976 a la fecha, el uso de drogas entre estudiantes ha aumentado en cuanto a su magnitud y su extensión, existiendo importantes variaciones regionales en los índices de consumo.

b) Factores Relacionados con el Uso de Drogas

Partiendo del mismo marco de referencia al hablar de factores de riesgo y protectores, en que se sitúan anteriormente a los precursores o protectores de la conducta antisocial, se tiene que, para involucrarse en el consumo de drogas, los factores de riesgo pueden clasificarse en dos grandes grupos: I. factores sociales y culturales o contextuales y II. factores del ambiente intraindividual e interpersonal. Los primeros proporcionan las expectativas legales y normativas de la conducta, los segundos se asocian con la familia, los condiscípulos y los pares (Medina-Mora y cols., 1991a).

Entre los factores contextuales que se han asociado con el consumo se tienen:

1. **Leyes y normas.** Estas tienen que ver con factores de precios, impuestos y restricciones de venta de sustancias legales y con las expectativas socioculturales relacionadas con el consumo de sustancias ilícitas. Existen dos hipótesis sobre sus efectos:
 - Las leyes reflejan las normas sociales y en este sentido el consumo sería un reflejo de las normas del grupo. Se supondría que las tasas de consumo variarían entre los diferentes grupos en función de la aceptación social del consumo,
 - Las leyes afectan el consumo en función de la oferta y la demanda. Se supone que existe una relación entre disponibilidad, consumo y problemas. Sin embargo se sabe que si bien la disponibilidad está dada en parte en función de las leyes y normas, ésta puede ser independiente de su estatus legal. En Estados Unidos, se ha observado, por ejemplo, que la disponibilidad afecta el consumo aún controlando la cantidad de dinero que los estudiantes tenían disponible e independientemente de la influencia de las características individuales de los sujetos (Maddahian, Newcomb y Bentler, 1988). En Canadá la percepción de disponibilidad predice el nivel de consumo de los estudiantes de enseñanza media (Castro, Valencia y Smart 1979b). En México, se encontró que las regiones del país, en donde los índices de consumo son mayores, sus habitantes reportan también los índices de percepción de disponibilidad más elevados (Otero, Medina-Mora, Tapia, Rascón, Mariño y Solache, 1990). Este mismo fenómeno se observa entre estudiantes, sin embargo no se ha encontrado que esta variable prediga el consumo a escala individual (Castro y cols. 1979b).
2. **Privación Económica Extrema.** Indicadores de desventaja económica tales como pobreza, hacinamiento y pobres condiciones de vivienda, se asocian con un aumento en el riesgo de aparición de problemas de conducta durante la niñez y con la delincuencia (Farrington, Loeber, Elliot, Hawkins, Kendel y cols., 1990). Sin embargo investigaciones sobre la relación entre clase social y uso de drogas no han confirmado los estereotipos populares. Por ejemplo, en algunos grupos norteamericanos (Bachman, Lloyd y O'Malley, 1981) se ha encontrado una correlación positiva entre escolaridad del padre y uso de marihuana en el joven. Robins y Ratcliff (1979), encontraron que la pobreza extrema, pero no la clase social baja en sí misma, era uno

de tres factores que aumentaron el riesgo de conducta antisocial en la edad adulta, incluyendo alcoholismo y uso ilegal de drogas entre niños muy antisociales. Es decir, a pesar de que existe una relación negativa entre estatus socioeconómico y delincuencia, no se ha encontrado una relación igual para el uso de drogas. Solamente cuando hay pobreza extrema y ésta ocurre junto con problemas de conducta en la infancia, se ha encontrado un riesgo aumentado para el alcoholismo y problemas por el uso de drogas posteriormente.

En México, la inhalación de solventes entre estudiantes empezó como un fenómeno propio de adolescentes que asistían a escuelas ubicadas en zonas de nivel socioeconómico bajo (Chao y Castro, 1976). Sin embargo, en 1978 esta práctica era ya similar en las escuelas ubicadas en todos los estratos (Castro y Maya, 1982c). Entre menores, de clases socioeconómicas desprotegidas, que trabajan en la vía pública, la inhalación es frecuente (Leal, Mejía, Gómez y Salinas, 1977), especialmente entre aquéllos que empezaron a trabajar antes de los 10 años y quienes tienen poco contacto con su familia (Medina-Mora, Ortiz, Caudillo y López, 1982). La inhalación también es frecuente en menores que viven en comunidades pobres en la ciudad de Monterrey, N.L., (De la Garza, Mendiola y Rabagos, 1978) y de México (Ortiz y Caudillo, 1985), entre hijos de zapateros en León Gto., (Berriel-González, Berriel-González, Jauregui y Contreras-Cisneros, 1977), entre menores infractores en Tamaulipas (De la Garza, De la Vega, Zuñiga y Villarcal, 1987) y de la Ciudad de México (Ruiz de Chávez, 1978).

Los factores individuales e interpersonales son:

1. Conductas y actitudes familiares en relación con el consumo de alcohol y drogas.

Las hipótesis utilizadas para explicar la transmisión familiar de las dependencias incluyen explicaciones de transmisión genética y de aprendizaje social. Se ha observado alcoholismo entre un 18% y un 27% de hijos de alcohólicos adoptados y solamente una incidencia de 5% a 6% en sujetos sin padre biológico alcohólico (Goodwin, Schulsinger, Moller, Mednick y Guze, 1977; Cadoret y Gath, 1978). Sin embargo, menos del 30% de los hijos de alcohólicos se vuelven a su vez alcohólicos y cerca de la mitad de los alcohólicos hospitalizados no tienen historia familiar de alcoholismo (Goodwin, 1985).

El abuso de alcohol y drogas por parte de padres y hermanos se ha asociado consistentemente con el uso de drogas entre menores (Medina-Mora, y cols 1982). Se ha observado que cuando los padres usan drogas, existe un riesgo incrementado de

iniciar el uso de drogas durante la adolescencia (McDermott, 1984) y de usar marihuana con mayor frecuencia (Brook, Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1990). También se ha observado que cuando los padres usan marihuana, los hijos consumen con más frecuencia drogas ilegales incluyendo cocaína y barbitúricos (Johnson, Schoutz y Locke, 1984). La percepción del hijo del abuso de alcohol en la madre predice su involucración con alcohol (Natera, 1992) y con la inhalación (Medina-Mora, y cols 1982).

2. **Grado de Exposición al Uso.** Otros factores que se han asociado significativamente con el uso y el abuso de drogas son: i) la asociación con pares usuarios (Newcomb y Bentler, 1986); ii) las actitudes favorables al uso (Kandel, Kessler y Margulies, 1978), y iii) el inicio temprano en el uso. Se ha encontrado que las personas que abusan del alcohol empezaron a beber a edades más tempranas (Rachal, Guess, Hubbard, Maisto, Cavanaugh y cols., 1982). El inicio temprano de cualquier droga incrementa el riesgo de consumo de otras drogas (Kandel, 1982); de consumir con más frecuencia (Fleming, Kellam y Brown 1982); de involucrarse en el uso de drogas mas peligrosas (Kandel, 1982); de involucrarse en actividades desviadas, incluyendo la venta de drogas (Brunswick y Boyle, 1979; O'Donnell y Clyton., 1979). El inicio del uso antes de los 15 años constituye un predictor consistente para el uso en la edad adulta (Robins y Przybeck, 1985), mientras que el inicio tardío predice una menor involucración con el consumo y una probabilidad mayor de suspensión del uso (Kandel, Single y Kessler, 1976).
3. **Actitudes y percepción de riesgo.** El decremento en el número de usuarios de drogas en Estados Unidos (Bachman, Johnston, O'Malley y Humphrey, 1988) consistentemente se ha asociado con el incremento de la percepción de riesgo asociado con su uso.
4. **Otras conductas problemáticas** Otros elementos que se han asociado con el consumo de drogas son los de *déficit de atención e hiperactividad*, el riesgo se ve incrementado cuando éstos se combinan con algún problema de conducta incluyendo la agresión (Loney, Kramer y Milich, 1979). La *violencia y la victimización* son otras variables que se han asociado también con el uso de sustancias (Atkinson, Calhoun y Morris, 1989), tanto por que algunas drogas pueden elicitar conductas de este tipo, en sujetos con ciertas características, como porque la persona intoxicada puede ser víctima fácil.

Los estados de ánimo negativos, la conducta ausente, como la depresión, son más frecuentes entre usuarios de drogas (Lerner y Vicary, 1984). Diversos estudios han encontrado asociación entre falta de reacción ante nuevos estímulos, baja adaptación al cambio, irregularidad biológica, poca frecuencia de expresión de ánimo o alta intensidad de afectos positivos y negativos, baja autoestima y uso regular de alcohol, tabaco y marihuana (ibid.). El abuso de tranquilizantes entre estudiantes se ha asociado con estados de ánimo depresivos (Pedersen y Lavik, 1991).

Otros autores no han encontrado asociación entre uso de solventes y riesgo incrementado de depresión o de otras enfermedades psiquiátricas, pero sí se ha observado asociación entre el uso de esta sustancia, ideación suicida e intento de suicidio. Sin embargo, este riesgo incrementado covarió con la presencia de personalidad antisocial, alcoholismo y depresión secundaria más que estar específicamente asociada con el uso de solventes. (Dinwiddie, Reich y Cloninger, 1990).

La asociación entre estados de ánimo depresivos y el abuso de alcohol es muy estrecha. Los alcohólicos tienden a tener tasas de depresión y de suicidio superiores (Cadoret y Winokur, 1974). Aunque esta asociación está fuertemente influida por el género: por un lado, el hombre presenta mayor riesgo de alcoholismo, en tanto que en la mujer la depresión es mucho más frecuente (Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez y cols., 1992; Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón y cols., 1991b).

Al momento poco se sabe sobre el comportamiento de estos fenómenos entre jóvenes. En lo que se refiere al abuso de alcohol, las diferencias por género son pequeñas (1.1 hombre por cada mujer usuaria de alcohol, como reporta Castro y cols, 1986); después de los 18 años las variaciones por género se hacen muy importantes debido a que el hombre incrementa sus niveles de consumo (Medina-Mora y cols., 1991b). En lo que se refiere a los síntomas de depresión, Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (1993), encontraron variaciones por género (2 mujeres estudiantes con síntomas de depresión por cada hombre). Al analizar la asociación con nivel socioeconómico, encontraron que la proporción mayor de estudiantes que presentaban índices de depresión, pertenecían al nivel bajo (Mariño, Chaparro y Medina-Mora, 1992). La relación entre el abuso de sustancias y los síntomas de depresión, y su variación por género, está aún por determinarse.

5. **La emigración** es una variable que ha merecido especial atención por parte de los científicos sociales. Por un lado se hipotetiza que la tensión resultante de este proceso, llevará al individuo a sufrir más trastornos y, asociado con esto, a abusar más de sustancias psicoactivas. Otra explicación versa sobre el cambio de hábitos resultado de la aculturación a sociedades con otras normas y conductas.

En menores mexicanos que trabajan en la calle, la emigración de la familia y del menor, han sido fuertes predictores para el abuso de disolventes, (Medina-Mora, y cols, 1982), una relación similar fue observada por De la Garza y cols. (1978) en menores que habitaban comunidades marginadas en Monterrey, N.L.

En estudios sobre emigración internacional se ha encontrado que los hombres adultos nacidos en México incrementan su nivel de consumo de alcohol cuando llevan 5 años viviendo en los Estados Unidos, su consumo es más similar al norteamericano. En la mujer el tiempo de vivir en los Estados Unidos fue un predictor menos importante, en ellas los cambios en la frecuencia de bebida (se incrementó) se explicaron mejor por el grado de aculturación medida en términos del uso del lenguaje y de sus redes sociales. (Caetano y Medina-Mora, 1988).

Por otra parte los índices de consumo de otras sustancias psicoactivas en población de origen hispano que vive en los Estados Unidos, son menores que los observados en otros grupos étnicos (NIDA, 1990), y los índices más bajos de abuso/dependencia se observan entre aquéllos nacidos en México (Burnam, 1988). Cuevas (1991), encontró que cuando los hombres nacidos en el campo, migran a la ciudad disminuyen la ingesta de alcohol. La relación entre migración y uso de drogas en estudiantes está aún por determinarse.

La forma en que el estudiante responde o enfrenta las situaciones de estrés que lo rodean parece estar asociada con la conducta que nos ocupa; aún más, se considera que el abuso de drogas puede ser un mecanismo, aunque negativo, para *enfrentar el estrés* (Cervantes, Padilla y Salgado, 1991).

6. **Fallas académicas.** A pesar de que existe una correlación negativa entre habilidad intelectual y delincuencia, después de controlar los efectos del nivel socioeconómico y raza, esta relación no se ha encontrado para el abuso de drogas (Hawkins y cols., 1992). Sin embargo la pobre ejecución escolar se ha asociado con el consumo de drogas (Robins, 1980); el consumo es más frecuente entre desertores escolares (Medina-Mora y cols. 1982, Smart, Medina Mora, Terroba y Varma, 1981), y entre

aquéllos que no estudiaron el año anterior, o que no fueron estudiantes de tiempo completo (Castro y col., 1980).

2.2. Actos Antisociales y Uso de Drogas

La relación entre conducta antisocial y consumo de drogas es muy controversial. Se ha observado que a mayor variedad, frecuencia y severidad de conductas antisociales durante la infancia, es más probable que persista la conducta en la edad adulta (Robins, 1978). Cuando se da conducta agresiva alrededor de los 5 ó 6 años, no sigue invariablemente conducta antisocial en etapas posteriores, solamente se ha observado persistencia entre 30% y 40% de los casos, (Loeber y Dishion, 1983). Sin embargo, cuando la conducta antisocial persiste en la infancia, se observan problemas de conducta durante la adolescencia incluyendo uso frecuente de drogas y delincuencia y problema de drogas en la edad adulta (Loeber, 1988). Pocos niños y adolescentes desarrollan conductas agresivas en la infancia y adolescencia, y la mayoría se sobreponen a la conducta agresiva temprana. Sin embargo, si la conducta agresiva persiste después de los 13, se convierte en un fuerte predictor de conducta agresiva en la adolescencia y de alcoholismo posterior (Loeber, 1988).

Castro y cols (1988b), por su parte, se refieren al hecho de que las conductas de consumo y delincuencia pueden ser entendidas por la interacción del individuo con su medio ambiente. Encontró, que los usuarios de drogas, particularmente los usuarios altos, cometen mayor cantidad de actos antisociales. Reportan además que el uso de alcohol y de drogas ilegales como la marihuana, inhalantes, anfetaminas y cocaína presentan asociaciones significativas con la escala de delincuencia. Por otro lado, en una investigación con estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades (Castro y cols., 1989) encontraron que el uso de drogas, particularmente de marihuana, está relacionado con diversos tipos de conducta antisocial; esto sucede también con el uso de alcohol.

Medina-Mora y cols. (1993b) refieren situaciones similares al señalar que el consumir drogas está estrechamente vinculado con conductas de tipo antisocial y que los usuarios de drogas presentan mayor riesgo de cometer actos antisociales. También dicen que los usuarios de drogas "fuertes"* y alcohol presentan más conductas antisociales

* Como cocaína y heroína

Diversas investigaciones con población estudiantil (Castro y cols. 1986, 1988b, 1989) reportan la relación que existe entre el consumo de drogas y las conductas delictivas, coinciden en mencionar que los usuarios que utilizan con más frecuencia drogas, tienen mayores posibilidades de cometer actos antisociales; también señalan que el grupo de estudiantes hombres de 16 a 18 años llevan a cabo un mayor número de delitos en comparación con los realizados por el total de la muestra. Por otro lado, los usuarios de marihuana e inhalables comenten más delitos; destacando los robos de auto y tomar parte en riñas para los usuarios de marihuana, mientras que para los usuarios de inhalables sobresalen el tomar dinero y golpear o dañar tanto a objetos como a personas.

Datos referentes al Distrito Federal, obtenidos en la Encuesta Nacional en Población Escolar de 1991, permiten apreciar que el ser hombre, usar drogas o usar alcohol, son las variables que se presentan como los principales factores de riesgo, para cometer actos tales como robos, delitos graves, etc. (Juárez, Berenzon, Medina-Mora, Villatoro, Carreño y cols., 1998).

Al hablar de violencia exclusivamente, los estudios epidemiológicos y las estadísticas de procuración de justicia, ligan el abuso de sustancias con la violencia en forma, frecuente, consistente a lo largo de los años, amplia en la variedad de actos agresivos y violentos, y masiva en costos al individuo, la familia y la sociedad. Esto se agrava si se añade otro factor que se ha encontrado estrechamente relacionado con el consumo de sustancias como lo es la conducta suicida, misma que ha mostrado importantes incrementos en las últimas dos décadas (Medina-Mora, 1994).

La ideación suicida, y su relación con el abuso de sustancias, ha sido abordada en México por López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño y cols. (1995) quienes encontraron que los usuarios de drogas presentan significativamente mayor ideación suicida, que los que no reportaron consumo. También se encontró una tendencia a menor ideación en los estudiantes que habían consumido drogas en un menor número de ocasiones y entre los que habían consumido solo un tipo de droga

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1989, se encontró que las personas que llenaron el criterio de dependencia consumieron significativamente más litros de alcohol, tuvieron patrones de consumo más fuertes y también un índice mayor de problemas sociales, entre

los que se encuentran las riñas (41%), los problemas con la policía (25%) y los accidentes no automovilísticos (25%) (Medina-Mora, op. cit.).

Usualmente se incluye dentro de la violencia a las lesiones accidentales e intencionales, la asociación puede darse por efectos agudos (como pueden ser: riñas que ocurren cuando los individuos han bebido en exceso) o crónicos (suicidios asociados con una historia de adicción).

De acuerdo con el Banco Mundial (1993), el abuso de sustancias, principalmente el alcohol por su frecuencia, es directa (mortalidad por alcoholismo) o indirectamente (su carga etiológica en las lesiones) responsable de una proporción importante del peso de la enfermedad que afecta a la población mundial. Su costo social medido en términos de su participación en días de vida sanos perdidos, debidos a mortalidad o incapacidad, ocupa el 21° lugar entre 93 enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En México, las estadísticas demuestran una importante relación entre violencia y abuso de sustancias, por ejemplo se sabe que el abuso de alcohol está asociado con un 22% de los casos de ingreso a salas de urgencia, este índice aumenta a 33% cuando en el motivo de ingreso estuvo involucrada la violencia (Rosovsky, 1988). Terroba, Saltijeral y Del Corral (1986), encontraron alcohol en sangre en 38% de los casos de suicidio registrados en el Servicio Médico Forense, en un año; Heman (1986), encontró que 49% de los homicidas en un penal del Distrito Federal habían consumido bebidas alcohólicas antes de cometer el delito

A pesar de la abundante evidencia empírica de la presencia del abuso de sustancias en actos violentos y delictivos, poco se sabe sobre los mecanismos neurobiológicos, las interacciones psicológicas y los procesos sociales que ocasionan esta asociación. El fenómeno puede abordarse desde la perspectiva de la salud pública que considera la interacción de tres elementos: los diferentes tipos de sustancias psicoactivas con una variedad de características farmacológicas (*agente*); los individuos cuyos rasgos y experiencias de vida afectan su vulnerabilidad y resistencia al efecto de estos fármacos (*huésped*); y el *ambiente*, físico, interpersonal y socio-cultural, que rodea al consumo y que regula la exposición del individuo a los diferentes agentes. A partir de este enfoque es posible identificar campos para la prevención, basados en el entendimiento de la etiología y curso de este fenómeno que surge de la forma en que interactúan los tres elementos del modelo

La asociación entre violencia, conducta antisocial y abuso de sustancias puede ocurrir debido a las características farmacológicas de las sustancias (agentes) que pueden inducir o facilitar un acto agresivo. Estos efectos estarán mediados por las características de los individuos (huéspedes) que los predisponen a buscar los agentes y a responder de determinada forma ante su consumo y por una sociedad que norma el tipo de comportamiento de sus miembros de acuerdo con factores tales como edad, sexo y escenario, que afectan el grado de exposición o disponibilidad de las sustancias e influye por tanto en el tipo de actividades que sus miembros tienen que realizar para procurarse la droga (ambiente).

Así, sustancias cuyos efectos farmacológicos no inducen a la conducta antisocial, se asocian con ésta por el tipo especial de interacción entre los diferentes elementos del modelo. Tómese como ejemplo a un adicto a la heroína, fármaco depresor del sistema nervioso central, si este sujeto ha desarrollado una dependencia tal a la sustancia, que el no contar con ella en el organismo le ocasiona severos síntomas de abstinencia, se verá orillado a conseguir la droga a fin de evitarlos, y si ésta no es fácilmente adquirible, incurrirá en actos delictivos y conducta violenta a fin de procurársela.

Collins (1990) sugiere la siguiente lista de factores que pueden estar asociados con la violencia en general, que se pueden extender a diferentes tipos de conducta antisocial, y que tienen un peso importante cuando se incluye el abuso de sustancias:

I. Antecedentes:
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de Desarrollo. Lesiones, abuso o abandono ocurrido en fases tempranas del desarrollo; experiencias durante la socialización. • Factores Culturales: normas, valores y creencias.
II. Factores actuales:
<ul style="list-style-type: none"> • Características farmacológicas de las sustancias: problemas cognoscitivos, labilidad emocional. • Factores sociales: desorganización comunitaria, control social. • Factores económicos: oportunidad, compulsión • Factores situacionales: escenario, ambiente

Este autor supone que estos factores influyen en la probabilidad de ocurrencia de conducta violenta. Por ejemplo, se sabe que el haber sido víctima de violencia en la primera infancia aumenta la probabilidad de conducta violenta y abuso de sustancias en etapas posteriores. Las normas valores y creencias afectan también la probabilidad de ocurrencia al establecer ocasiones y circunstancias en que estaría o no justificado recurrir a la violencia, por ejemplo, en algunas sociedades el "corregir" a la esposa por medio de violencia es parte de la definición de ser hombre, conducta cuya probabilidad se incrementa si éste ha consumido bebidas alcohólicas.

Asímismo, cada uno de esos factores interactúan para mediar sobre el papel que desempeñan diversas sustancias para que un individuo presente conductas problemáticas. En primer lugar, existe el hecho de que sustancias, como el alcohol y otras drogas psicoactivas, pueden inducir a la violencia o delincuencia al afectar funciones cognoscitivas, limitando la capacidad de razonamiento, o deshinibiendo las defensas que impiden normalmente a un individuo actuar sentimientos agresivos (Collins y Messerschmidt, 1993). Por ejemplo, en los Estados Unidos, la violencia en general y aquella asociada con drogas, ocurre con más frecuencia en comunidades con alto nivel de desorganización y poco control social (Taylor y Covington, 1988).

Otro aspecto se refiere al carácter ilícito de las drogas, situación que afecta su precio, por lo que la necesidad de obtener suficiente dinero para adquirirlas, lleva a algunos individuos a recurrir a la violencia y al robo. Finalmente, el escenario en que tiene lugar el consumo influye también en la probabilidad de su ocurrencia, por ejemplo, si una persona que desca beber en exceso, renta un cuarto de hotel, como ocurre con frecuencia en Escocia, existirá menos probabilidad de violencia familiar, a diferencia de como sucede en la mayoría de las ocasiones en México donde se consume en el hogar y usualmente la mujer es dejada fuera de esta actividad (Roizen, 1990).

Al margen del modelo de Salud Pública, la delincuencia, la violencia y las drogas están ligadas también por su carácter ilícito que determinan un mercado al margen de la ley, en donde el consumo o demanda es sólo el motor. Así en México, de acuerdo con los datos reportados por el Sistema Hemisférico de Información Estadística (HONLEA), de los detenidos por narcotráfico en 16 países, el 46% pertenece a México, cifra que lo sitúa como el país con más detenidos por esa causa.

Finalmente, también puede tratarse de fenómenos que, sin estar causalmente relacionados entre sí, son resultado de factores comunes que llevan a los individuos a incurrir en los mismos. Por ejemplo, en esta encuesta nacional sobre consumo de sustancias en la comunidad escolar 32.2%, de los estudiantes de nivel bachillerato y equivalente del Distrito Federal reportaron haber cometido actos antisociales desde robar pequeñas cantidades de dinero (16.2 %), hasta usar armas para robar (5.6 %) o lesionar a otras personas (12.5 %) (Juárez y cols., 1998), y solamente 8% había usado alguna vez sustancias psicoactivas (sin incluir al tabaco y al alcohol) y entre el 15 y el 25% lo había hecho en más de 6 ocasiones en su vida (Medina-Mora, Rojas, Juárez, Berenzon y cols., 1993c). A pesar de que ambos fenómenos estaban significativamente asociados entre sí, el riesgo de usar sustancias fue mayor entre aquellos individuos que habían cometido actos antisociales (Juárez y cols., 1998). Esta asociación estaba mediada por el tipo de sustancia, siendo más frecuente entre aquellos individuos que incluían a los inhalables o a la cocaína dentro de las drogas que consumían (Medina-Mora y Berenzon, 1995a).

Con el fin de explicar la compleja asociación entre los fenómenos que nos ocupan, resulta útil el modelo tripartita adoptado por el Instituto Nacional de Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (NIDA) (De la Rosa, Lambert y Gropper, 1990), propuesto por Goldstein en 1985 y que incluye una dimensión psicofarmacológica, una dimensión económico-compulsiva y una dimensión sistémica. La "*dimensión psico-farmacológica*" se refiere a los efectos de una sustancia sobre el comportamiento que hace que los individuos se vuelvan irracionales, excitados, agitados o incapaces de controlar impulsos. La dimensión que denomina "*económico-compulsiva*" se refiere al crimen violento que se comete con la finalidad de obtener dinero u otros bienes a fin de comprar drogas para uso personal y la dimensión "*sistémica*" que trata de la criminalidad y violencia intrínsecas a estilos de vida y métodos de hacer negocios de los distribuidores y traficantes de drogas.

Dimensión Psicofarmacológica.

Las sustancias psicoactivas tienen efectos farmacológicos diferentes; pueden inducir euforia, actuar como estimulantes o depresores del sistema nervioso central y modificar la percepción, entre otros. Producen efectos a corto plazo (minutos, horas), plazo medio (horas, días), o largo plazo (meses, años). Los efectos inmediatos y a mediano o largo plazo de la misma sustancia pueden ser diferentes, por ejemplo euforia inicial seguida por depresión. La dosis y los patrones de consumo subyacen también a esta compleja relación.

Es común que los usuarios de drogas ingieran más de una sustancia ya sea en forma simultánea o en diferentes ocasiones, por lo que es lógico suponer que en los efectos observados interactúa más de una sustancia psicoactiva, junto con las características del individuo y de su entorno (Medina-Mora, 1994).

La mayor parte de los estudios que intentan dar cuenta de la asociación entre las características farmacológicas de las sustancias y su capacidad para inducir o facilitar la conducta violenta se han hecho en relación con el alcohol (ibid.).

Los estudios sobre los efectos de otras sustancias sobre la conducta agresiva son menos concluyentes. Algunos datos cualitativos y cuantitativos sugieren que el crack, el PCP, las anfetaminas y principalmente los barbitúricos tienen una relación farmacológica con la violencia. Estos estudios son cuestionables porque se han basado en muestras muy selectivas y han fallado en controlar variables que confunden la asociación, la relación se desvanece o desaparece cuando se controla la influencia de variables sociodemográficas o historia criminal (Collins, 1990).

La Dimensión Psicológica.

En la dimensión psicológica, se han encontrado asociaciones entre la actividad química cerebral y la disposición hacia la conducta agresiva, factor que puede subyacer a las variaciones individuales en la respuesta a cada fármaco. En específico se ha encontrado que las deficiencias de serotonina en el cerebro están asociadas con una tendencia a la violencia y a la victimización (Medina-Mora, 1994).

La serotonina es un neurotransmisor, un químico que permite la comunicación entre las células nerviosas. Las neuronas están separadas entre sí y la comunicación ocurre por medio de sinapsis. Para comunicarse, las células nerviosas liberan moléculas que cruzan la sinapsis y se añaden a moléculas de proteína o receptores que se encuentran en la superficie de la neurona adyacente. Existen diferentes tipos de receptores para captar neurotransmisores específicos; esta comunicación transmisor-receptor puede tener como efecto la estimulación o la inhibición de una actividad cerebral particular. La serotonina contribuye en la regulación de muchos procesos como son los ritmos del organismo, la ingesta de comida y agua, la conducta sexual y la respuesta al dolor. Varias enfermedades

mentales tales como la depresión y el alcoholismo están asociadas a bajas concentraciones de serotonina en el cerebro (ibid.).

Abram y Teplin (1990), en un estudio sobre la relación entre consumo de drogas, enfermedad mental y delitos, en una muestra de personas detenidas y sentenciadas en Chicago, encontraron que ni la esquizofrenia ni la depresión predijeron arrestos por violencia. Estos resultados, coincidentemente con estudios previos, indican que después de controlar variables como grupo étnico y clase social, la relación entre trastornos mentales serios, por ejemplo esquizofrenia y trastornos afectivos mayores, y crimen desaparece. En contraste, la personalidad antisocial, fue un predictor importante de historia de arrestos por delitos violentos.

La Dimensión Social.

Diversos estudios han encontrado asociaciones importantes entre uso de sustancias y la delincuencia, los estudios estadísticos muestran un alto índice de abuso de sustancias entre personas que se encuentran detenidas o procesadas en instituciones de procuración de justicia (Medina-Mora, 1994). En México, los índices de abuso de sustancias en personas detenidas en instituciones de procuración de Justicia, sobrepasan el índice observado en la población general, por ejemplo en 1973, Safa-Barraza, Mier y Terán y Zermeno encontraron que en el entonces penal de Lecumberri, 19% de los internos habían consumido marihuana, y 3% inhalables Medina-Mora (1978), encontró proporciones de 2.4% y 0.7% para el consumo de marihuana e inhalables, y no detectó usuarios de cocaína, en la población masculina joven que habitaba en ese tiempo en la Ciudad de México.

Los índices de prevalencia reportados en estudios epidemiológicos llevados a cabo en México en penales estatales (Suárez, 1979; CIJ, 1981b), confirman esta tendencia, mayores índices entre aquellas personas que han sido acusadas o sentenciadas por cometer delitos, que en aquellas observadas en población general en diferentes entidades del país (Medina-Mora, 1978, Medina-Mora, Schnaas, Terroba, Isoard y Suárez, 1977, Natera y Terroba, 1979, Terroba y Medina-Mora, 1979)

La interrogante que resta por resolver es como se asocian ambas conductas. La evidencia estadística señala que el alcohol se asocia en forma importante con la violencia, que los

barbitúricos, el PCP y algunos derivados de la hoja de coca, pueden estar asociados con la manifestación de ésta, sin embargo los resultados no son muy concluyentes (Medina-Mora, 1994).

Se sabe que el alcohol actúa como desinhibidor, reduciendo el efecto del control interno y externo y, por lo tanto, facilitando la aparición de conducta agresiva. También su efecto como reductor de ansiedad y estimulador de impulsividad y actividad psicomotora pudieran tener una relación con el crimen espontáneo, y la incapacidad cognoscitiva que se observa durante la intoxicación pueden llevar a las personas a resolver conflictos por medio de la violencia más que por la vía de la comunicación (Medina-Mora y cols., 1994). Algunos estudios (Vinglis, 1985) señalan que el alcohol es raramente consumido antes de delitos premeditados, ya que podría interferir en la capacidad de ejecución.

Cordilia (1985), identificó tres tipos de delincuentes, el primer grupo que denominó *delincuentes profesionales*, dependían del crimen sobre la propiedad para subsistir; este tipo de delitos requieren cuidadosa planeación y habilidad de ejecución, entre ellos la intoxicación era considerada como poco segura. El segundo grupo estaba formado por personas que cometían delitos contra la propiedad y que su *estilo de vida estaba determinado por el consumo fuerte*, el delito formaba parte de este estilo de vida. En este grupo los delitos eran menos sofisticados, más impulsivos y menos productivos económicamente hablando al compararlos con el tipo de delitos perpetrados por el grupo de delincuentes "profesionales". El tercer grupo consistía de personas que cometían *delitos contra la propiedad en grupo*, usualmente ingerían alcohol antes del delito y éste aparentemente aumentaba el grado de impulsividad y camaradería, usualmente cometían delitos de alto riesgo y de poco beneficio. Así, la evidencia parece señalar que la asociación entre consumo de alcohol y delito depende del tipo de delito y más precisamente del tipo de delincuente y que el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de ser detectados por la policía (Medina-Mora, 1994).

De la revisión de estudios sobre la relación entre delito y uso de sustancias distintas al alcohol, dos factores parecen emerger: el hecho de que ambos fenómenos formen parte de estilos de vida que favorecen su manifestación conjunta y el factor económico que relaciona al delito y conducta violenta con mecanismos de procuración de sustancias (ibid.).

Dos tipos de estudios proporcionan información interesante al respecto, aquellos llevados a cabo con pandillas o bandas juveniles y los que buscan la relación entre conducta antisocial y uso de sustancias en poblaciones generales. Los realizados con bandas juveniles en la Ciudad de México muestran que el uso de drogas es frecuente en este ámbito. Las drogas que se consumen con mayor frecuencia son: alcohol, marihuana e inhalables como el cemento y el thinner. Los usuarios de marihuana ocupan lugares de liderazgo, mientras que los que continúan a esta edad involucrados con inhalables presentan con más frecuencia deterioro físico y mental. El consumo se presenta en un contexto de grupo y es un factor de cohesión (ibid.).

Stern, Lara, Santamaría, Obregón, Sosa y Figueroa (1990), en un estudio sobre el registro de interacciones sociales, conducta delictiva, violencia y consumo de drogas encontraron una fuerte asociación entre las conductas. Estas coexistieron en un 71% de las ocasiones en que se hizo registro intensivo. También se encontró con una mayor frecuencia que aquellos padres que consumen alcohol y que lo hacen en forma consuetudinaria tienen hijos en la banda.

Con respecto a las familias de los miembros pertenecientes a una banda, se observó que el consumo de alcohol por parte del abuelo y del padre es mayor y que existen problemas de tipo familiar como la violencia. Por su parte, la mayoría de los miembros de las bandas reportaron haber sido golpeados por sus padres durante su infancia, tener problemas de farmacodependencia, y participar en actividades antisociales y delictivas (Medina-Mora, 1994).

En México, se ha encontrado que el uso de drogas es frecuente entre menores infractores (Medina-Mora y cols., 1977; Ruíz de Chavez, 1978, Secretaría de Gobernación, 1979), sin embargo, no todos los menores las consumen. Castro y cols. (1988b), al estudiar la relación entre conducta antisocial y uso de drogas entre estudiantes, encontraron que los usuarios fuertes de drogas, reportaron mayor incidencia de conducta antisocial que los no usuarios. En general, se ha observado que los inhaladores presentan mayor conducta antisocial que aquéllos que nunca han inhalado y en la frecuencia de este tipo de actos son más similares a los de los usuarios de cocaína; sin embargo, los inhaladores roban con mayor frecuencia mientras que los usuarios de cocaína se involucran con más frecuencia en conductas violentas y en la venta de drogas que los inhaladores.

Lo revisado en este capítulo, permite apreciar que los diferentes estudios que han buscado la relación entre abuso de sustancias y el cometer actos antisociales, señalan que ambas conductas coexisten con frecuencia y que pueden tener factores antecedentes comunes (Medina-Mora, 1994).

El grupo del NIDA (1991) refiere que el tipo de conducta agresiva y de delincuencia puede ser entendida como causa y efecto del uso / abuso de drogas y alcohol. Por su parte Castro (1990) nos habla de que, en cuanto a lo referente a la relación drogas y actos antisociales, se dificulta metodológicamente saber si la conducta antisocial es causa del consumo de drogas o si el efecto tóxico de las drogas lleva a cometer actos antisociales.

Es evidente que dentro de la problemática de los adolescentes usuarios de drogas y alcohol, intervienen factores macrosociales, aspectos familiares y psicológicos. (Berenzon, López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez y cols, 1994). Por ejemplo, Medina-Mora y Castro (1984) señalan que el inhalador crónico se tipifica por su baja escolaridad y por realizar actividades de subempleo en la vía pública, en combinación con actos delictivos, en general, robos. En el caso de los estudiantes que inhalan en el nivel experimental en comparación con los no usuarios y con otro tipo de usuarios, tienden a percibir su medio familiar y escolar como lejano, y tienden a correr más riesgos.

La adolescencia como etapa de transición y conflictos, es una etapa en la que los jóvenes son más vulnerables a la influencia de las drogas y otros problemas como son la delincuencia, embarazos no deseados, problemas de conducta escolar, deserción, entre otras (Medina-Mora y cols, 1991a).

Todas estas conductas se ven influidas por una gran variedad de factores personales, medioambientales, familiares, sociales, culturales y legales (ibid.). El conocimiento de cómo interactúan esos factores para la adquisición de conductas problemáticas permitirá desarrollar medidas preventivas para evitarlas.

Capítulo 3.

Método

3.1 Planteamiento y Justificación del Problema

Debido a la magnitud del problema que implican la delincuencia y el uso de drogas en la adolescencia, es necesario comprender cuáles son los factores que influyen en esas conductas y cómo se relacionan para llevar a un joven a involucrarse en las mismas, es por esa razón que en el presente estudio se plantean las siguientes interrogantes:

- a) ¿Cuáles son las características de los alumnos que presentan conductas delictivas?
- b) ¿Qué relación existe entre el consumo de drogas, o alcohol, y la conducta antisocial en la muestra de estudiantes del país?
- c) ¿Cuáles son los principales predictores de la conducta antisocial, para la muestra de interés?

3.2 Hipótesis Conceptual

Existen variables que facilitan el que un joven se involucre en conductas problemáticas llamadas factores de riesgo (Hawkins y cols., 1992). Entre los que incrementan el riesgo para la conducta antisocial se tienen: asociación con pares con comportamientos problemáticos, abuso de alcohol y drogas, historia familiar de conducta problemática, alcoholismo de los padres, baja educación de los padres, bajas aptitudes académicas, ausentismo escolar, exposición al abuso, aspectos de personalidad (Appalachia Educational Laboratory, 1997) como: depresión y baja autoestima, aspectos relacionados a la migración (Rodríguez, 1996; Salgado, 1993), diferencias de género (Baumgartner, 1993), y relacionadas a la edad, más específicamente a la adolescencia como etapa (Moffit, 1993).

3.3 Definición de Variables

Definición conceptual de variables

Conducta Antisocial. Conductas que se alejan de las expectativas normativas de un grupo y que provocan reacciones interpersonales o colectivas dirigidas a aislar, corregir o castigar a los individuos involucrados en tales conductas (Schur, 1971).

Uso de drogas. Se refiere al consumo de alguna sustancia, diferente al tabaco y al alcohol, con efectos psicoactivos sobre el organismo; son compuestos, de origen natural o sintético, que crean efectos en la personalidad de quién las ingiere debido a los ingredientes químicos que contienen. Para el presente estudio se indagó sobre las siguientes drogas:

Drogas médicas. Se adquieren en una farmacia con receta médica, sin embargo para ser considerada dentro del presente estudio el estudiante debió haberlas conseguido sin receta o sin supervisión médica; se incluyen a las anfetaminas, tranquilizantes y sedantes.

Drogas no médicas. Estas drogas se consiguen generalmente de manera ilegal ya que su venta está prohibida por las leyes federales y estatales (exceptuando a los inhalables cuya venta es común para usos industriales, residenciales o para el uso de vehículos, sin embargo su venta es regulada para que no sean comprados por menores de edad). En este grupo están: la marihuana, la cocaína, la heroína, los alucinógenos, el opio, otros opiáceos y los inhalables.

No usuario.- Nunca en su vida ha consumido drogas o ha consumido drogas médicas con supervisión de un especialista.

Sexo. Se refiere al sexo biológico de los estudiantes considerado como la “condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres” (INEGI, 1990).

Edad. Período entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto (INEGI, 1990).

Ocupación. Se trata de la actividad más importante de los estudiantes durante el año anterior a la aplicación del cuestionario. Está definida por dos actividades: Estudió y/o Trabajó durante el año anterior a la encuesta.

Tipo de población en que ha vivido la mayor parte de su vida. Es el tipo de lugar en que ha vivido el estudiante la mayor parte de su vida, ya sea un poblado, ranchería o una ciudad.

Autoestima. La autoestima es un constructo psicológico de gran importancia para un desarrollo armónico con las crecientes demandas biológicas, psicológicas y sociales del adolescente. De acuerdo con Rosenberg (1986) se considera que la autoestima son “los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí mismo como un objeto”.

Depresión. Este término se ha usado para describir una gran variedad de síntomas diferentes que Beck (1967, Citado por: Medina-Mora ME, 1993d) clasifica en tres áreas: sentimientos de minusvalía, mundo externo sin significado y futuro sin esperanza. Entre estos tenemos: llorar por cosas insignificantes, sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés en personas y cosas que normalmente causan gran emoción, dificultad para decidir sobre cosas pequeñas, sentimientos de preocupación y cansancio y aún desesperanza (Medina-Mora, 1993d).

Abuso. Situación en que el joven es obligado a tener contacto sexual con alguna persona.

Emigración. Se refiere al acto de dejar el país de origen para vivir en otro.

Deserción escolar. Las ocasiones en que los estudiantes han dejado la escuela durante un periodo mayor de seis meses.

Desempeño escolar autopercebido. Percepción del adolescente de su ejecución como estudiante.

Tener amigos y familiares que usen drogas. La presencia de amigos y familiares que el estudiante sabe que usan drogas diferentes al alcohol y al tabaco.

La escolaridad del jefe de familia. El máximo grado escolar alcanzado por la persona que es jefe de familia en los hogares de los estudiantes

Familiar con problemas por el uso de alcohol. La existencia de familiares que han tenido problemas, conocidos por el estudiante, relacionados al consumo de alcohol.

Definición operacional de variables

Conducta Antisocial. Respuestas a la sección de actos delictivos cometidos en los últimos 12 meses por los estudiantes.

Uso de drogas. Medido de acuerdo al reporte del estudiante sobre si ha usado alguna vez en la vida alguna de las siguientes drogas: antetammas, tranquilizantes o sedantes.

sin haberle sido recetadas por un médico, así como, mariguana, cocaína, heroína, alucinógenos, opio, otros opiáceos e inhalables.

Sexo. Hombre o mujer de acuerdo a la respuesta del joven a la pregunta de cuál es su sexo.

Edad. Número de años cumplidos que los estudiantes reporten.

Ocupación. Tiempo que el estudiante menciona que dedicó a estudiar y a trabajar:

Estudia. Se pregunta al estudiante si estudió tiempo completo, medio tiempo o si no estudió durante el último año.

Trabaja. Se pregunta si trabajó tiempo completo, medio tiempo o si no lo hizo en el último año.

Tipo de población en que ha vivido la mayor parte de su vida. Es la respuesta a la pregunta de donde ha vivido la mayor parte de su vida un estudiante de acuerdo a las siguientes opciones: rural, urbana.

Autoestima. Es el nivel de autoestima alcanzado en la escala de Rosenberg (1965).

Depresión. La calificación obtenida a través de la escala CES-D (Radloff, L.S., 1977).

Abuso. Respuesta a la pregunta de haber sido forzado a tener contacto sexual.

Emigración. Reporte de si hay un familiar que se ha ido a vivir a Estados Unidos.

Deserción escolar. Mención sobre haber interrumpido estudios durante seis meses o más.

Desempeño escolar autopercebido. Desde malo a muy bueno según a cómo considera el joven su desempeño en la escuela.

Tener amigos y familiares que usen drogas. Respuestas a si el padre, la madre, hermanos y/o amigos, han usado algún tipo de droga diferente al alcohol o el tabaco.

La escolaridad del jefe de familia. Escolaridad del jefe de familia reportada por el encuestado.

Familiar con problemas por el uso de alcohol. Mención del estudiante de si tiene algún familiar con problemas debido a su consumo de bebidas alcohólicas.

3.4 Hipótesis de Trabajo

El riesgo de presentar conductas antisociales, en los adolescentes, puede ser predicho por su cercana relación con el consumo de drogas y/o alcohol, siendo otros predictores factores como: el sexo del estudiante, su edad, tiempo dedicado al estudio o a trabajar, si ha sufrido abuso, su nivel de depresión, su nivel de autoestima, tener algún familiar viviendo en E. U., interrumpir sus estudios, su desempeño escolar, el tener amigos y familiares que usen drogas, la escolaridad del jefe de familia, su lugar de residencia y tener algún familiar con problemas por el uso de alcohol.

3.5 Tipo de Estudio y Diseño de Muestra

El presente estudio es correlacional de campo. El diseño muestral fue estratificado por el tipo de escuela: secundarias y bachilleratos; bietápico y por conglomerados, eligiéndose al azar, en una primera etapa, a las escuelas y en una segunda etapa, también al azar, a los grupos dentro de las escuelas seleccionadas.

3.6 Población y Muestra

Se tomó como marco muestral a las escuelas que tenían registro oficial ante la Secretaría de Educación Pública en el ciclo escolar 1991-1992 (Medina-Mora y cols., 1993a). Se aplicó el cuestionario a 61,779 alumnos de secundaria y bachillerato de México que resultaron seleccionados, de los cuales el 47.1% son mujeres y el 51.8% hombres, la mayoría son menores de edad, lo que corresponde a los niveles escolares estudiados, teniendo menos de 16 años el 77.1%.

El 71.7 % de estos jóvenes estudió tiempo completo durante el año anterior a la encuesta y 23 % tuvo un empleo de medio tiempo o tiempo completo en ese mismo periodo. La mayoría de ellos provienen de una población urbana (65.6%).

En lo referente al uso de sustancias, 8 de cada 100 han consumido alguna droga diferente al alcohol o al tabaco, por lo menos una vez en la vida, y casi la mitad de ellos ha usado alcohol alguna vez (49.7%). Con respecto a la conducta antisocial, una cuarta parte de la muestra ha llevado a cabo alguno de los delitos incluidos en el estudio, teniendo que el

24.6% del total de la muestra han cometido robos y violencia, y 2.3 % se han relacionado con actos con consecuencias más graves.

3.7 Instrumento

La información se obtuvo por medio de un cuestionario estandarizado (ver anexo 2), que se aplicó a los grupos en el salón de clase. La duración promedio de aplicación es de 40 minutos.

El cuestionario consta de las siguientes secciones:

Datos Sociodemográficos. Incluye preguntas sobre sexo, edad, si fue estudiante de tiempo completo o no y si trabajó durante el último año.

Drogas. Las drogas exploradas son: marihuana, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalables, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína y otros opiáceos. Se pidió al estudiante reportar uso alguna vez en la vida para cada una de las drogas. Otras variables relacionadas con el consumo de drogas son preguntas como: si sabe del uso de drogas en otras personas, padre, madre, hermanos, amigos o compañeros.

Bebidas Alcohólicas. Consta de preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, que incluye uso alguna vez en su vida y el tener familiares que presenten problemas por el uso de alcohol.

Conducta Antisocial. Esta sección pretende medir los actos delictivos cometidos por parte de los estudiantes. La escala de conducta antisocial fue elaborada por la Addiction Research Foundation de Canadá y consta de 13 preguntas relacionadas con la participación del estudiante en conductas tales como robo, riñas, venta de droga, maltrato a personas y/o objetos ajenos. Se interroga sobre el número de veces en que el estudiante incurrió en las conductas investigadas en los últimos 12 meses. En México fue adaptada y validada por Castro y cols. (1988b). Para el presente estudio se modificaron las cantidades de dinero tomadas por el joven de \$10,000 usada en un estudio similar realizado en 1989 a \$25,000⁷, para adecuar las cantidades a los cambios inflacionarios entre ambas encuestas.

⁷ Equivalente a \$25,000 actuales.

Victimización Sexual. Se cuestiona al estudiante si fue o no forzado a tener un contacto sexual.

Síntomas de Depresión. Se utilizó la escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) que consta de 20 reactivos que miden sintomatología depresiva. Se incluyó la versión para adolescentes adaptada por Roberts (1980). Cubre las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito, y trastornos del sueño. En la versión original los síntomas se califican de 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia durante la última semana y el rango de calificaciones globales es de 0 a 60. En la versión adaptada para adolescentes se pide al estudiante que mencione el número de días que experimentó cada uno de los síntomas durante la semana anterior (0, 1-2, 3-4, 5-7)*. La evidencia científica sugiere que la escala tiene un alto nivel de consistencia interna pero que las correlaciones test-retest son moderadas (Radloff, 1977 citado en Caetano, 1987).

En este estudio, se estableció un punto de corte para la escala basado en la media (17.8) y en la desviación estándar (9.1) obtenidos. Considerando este nuevo punto de corte de 27, el 15.4% de los adolescentes estudiantes de enseñanza media y media superior, fueron clasificados como deprimidos.

Rendimiento Escolar. Esta sección del cuestionario explora 2 áreas básicas: autopercepción del nivel de rendimiento escolar con un reactivo con 4 opciones de respuesta: muy bueno, bueno, regular y malo; e interrupción de estudios: respondiendo si los ha abandonado, o no lo ha hecho, por 6 meses o más.

Escala de Autoestima de Rosenberg. Consta de 10 reactivos, con 4 opciones de respuesta cada uno, que van de Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo; y se considera que a mayor puntaje, mayor autoestima.

* En México, el CES-D se aplicó en una encuesta de hogares en la ciudad de Morelia, Mich. (Caetano y Medina-Mora, 1986) Los resultados de esta aplicación en población mexicana se compararon con una muestra de americanos y otra de mexicano-americanos para saber cómo se comportaba la escala entre estos grupos. Los niveles de confiabilidad para la escala fueron altos para todas las muestras. Para los mexicano-americanos el Alfa de Cronbach fue de .89 y el coeficiente de Gutman de .89. Para la muestra de americanos los puntajes fueron 88 y 87 respectivamente y en la muestra de mexicanos los puntajes obtenidos estuvieron por arriba del 85. En la Ciudad de México, se aplicó el CES-D-A, versión adaptada por Roberts (1987) para adolescentes a una muestra de 873 estudiantes de enseñanza media y media superior (Murino y cols, 1993) Los resultados de esta aplicación indican que esta escala presenta un alto nivel de confiabilidad (Alfa de .88) y una estructura factorial bien definida que indica la existencia de 3 subescalas: 'Afecto Negativo', 'Síntomas Somáticos' y 'Afecto Positivo'.

Información General del Estudiante. Escolaridad del jefe de familia, lugar en donde ha vivido la mayor parte de su vida, si tiene algún familiar que haya emigrado hacia los Estados Unidos.

II.8 Procedimiento

Se capacitó a 45 personas en el manejo del cuestionario y la forma de elegir los grupos a encuestar en la escuela seleccionada. Se seleccionaron al azar a las escuelas, el turno y el número del grupo al que se aplicaría el cuestionario.

El encuestador llevó a cabo las siguientes tareas al llegar a la escuela seleccionada:

- a) Seleccionar los grupos, listando los existentes en la escuela por cada grado escolar, en el turno y sin conocer previamente el grupo elegido, se asignó un número a cada uno de acuerdo al orden de la lista y se eligió al que correspondía al número de grupo seleccionado previamente y que se tenía oculto para no generar sesgos y expectativas del encuestador.
- b) Infundir confianza en los estudiantes sobre la confidencialidad y anonimato de sus respuestas.
- c) Aplicar el cuestionario a todos los asistentes en el salón donde tomaba clases el grupo seleccionado.
- d) Codificar posteriormente las respuestas.

Existían además coordinadores que se encargaron de todas las actividades relacionadas con el levantamiento de datos y supervisaban a los encuestadores.

Una vez capturados los datos se elaboró un programa de verificación de respuestas para detectar errores en la codificación y captura de los cuestionarios, revisarlos y corregirlos en caso necesario (Medina-Mora y Cols., 1993b), para finalmente llevar a cabo el análisis de datos.

II.9 Análisis de los Datos

El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo usando el paquete estadístico SPSS versión 7.5.2S (SPSS Inc., 1997) y de acuerdo con los objetivos planteados para la presente investigación se hizo lo siguiente:

- En primer lugar, se deseaba conocer la estructura factorial de la escala de actos antisociales, debido a que no se había usado en una muestra con las características de la población de interés de este estudio. Para esto se llevó a cabo un análisis factorial con el método de extracción de máxima verosimilitud con una rotación oblicua, ya que se esperaba que los constructos obtenidos tuvieran una relación entre sí.
- Una vez conocida la estructura factorial de la escala, se procedió a obtener los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas resultantes.
- Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la muestra mediante análisis de frecuencias, tablas de contingencia y medias de acuerdo con nivel de medición de las variables y al tipo de comparación que correspondía.
- Por último, mediante una regresión logística se obtuvieron los principales predictores de la conducta antisocial y los valores de riesgo asociados a éstos.

Se hicieron algunas recodificaciones de variables, para obtener rangos y puntos de corte para la mejor apreciación de los efectos de las variables; estos nuevos valores han sido probados anteriormente (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995b, Juárez y cols., 1998) y son los que se pueden observar en las gráficas y datos de la sección descriptiva, así como en la tabla del apartado de resultados de la regresión logística en el siguiente capítulo de resultados.

Otro aspecto a considerar es que, en el caso de la regresión logística, se seleccionó una submuestra al azar, para garantizar la representatividad en los resultados, obtenida de la muestra total de estudiantes. Se eligieron dos mil jóvenes, debido al problema que representa el analizar una cantidad grande de datos, ya que en estos casos tiende a haber diferencias estadísticamente significativas sin que sea real el que las haya. Los resultados obtenidos se describen en el siguiente capítulo.

Capítulo 4.

Resultados

En el marco del presente trabajo se utilizó la escala de conducta antisocial de la Addiction Research Foundation de Canadá en su versión adaptada y validada en México por Castro y cols. (1988b), por primera ocasión se aplicó a una muestra de estudiantes de escuelas de toda la República Mexicana incluyendo a los de áreas rurales, por esa razón, se analiza cuál es la estructura factorial de dicha escala para este grupo. Asimismo, se revisan en forma descriptiva cuáles son las relaciones de cada una de las variables de interés con los actos antisociales de manera individual. Por último se evaluaron dos modelos que permitieron indagar sobre el peso de cada uno de los factores, incluidos en este estudio, como predictores del riesgo para cometer conductas antisociales. Los principales hallazgos se describen a continuación:

4.1. La Escala de Actos Antisociales

La escala de actos antisociales consta originalmente de 13 reactivos y se deseaba conocer cuál era su estructura factorial para la muestra nacional de estudiantes de la República Mexicana, y si era posible analizar un número reducido de variables como indicadores de conducta antisocial, en lugar del total de aseveraciones. Para ello se hizo un análisis factorial, en el que se utilizó el método de extracción de máxima verosimilitud con una rotación oblicua, ya que se esperaba desde un inicio que los factores resultantes se correlacionaran (Tabla 1).

Se encontró una estructura de dos factores, situación que replica resultados anteriores con una submuestra de esta misma investigación (Juárez y cols., 1998). Se tienen por un lado conductas de robo y violencia en el factor 1, y por el otro, conductas que se pueden considerar que tienen consecuencias legales y sociales más graves, en el segundo factor. El factor 1 fue llamado entonces: Robos y Violencia, y el factor 2: Actos Antisociales Graves.

Tabla 1
Estructura Factorial de la Escala de Actos Antisociales y
sus Respectivos Coeficientes de Confiabilidad

Reactivo	Factor 1	Factor 2
Tomar dinero o cosas con valor de \$ 25, 000.00* o menos que no te pertenecen	.748	
Tomar dinero o cosas con valor de \$ 25, 000.00* o más que no te pertenecen	.624	
Tomar alguna mercancía de una tienda sin pagarla	.547	
Golpear o dañar (a propósito) algo que no te pertenece	.544	
Tomar parte en riñas	.418	
Golpear o herir a alguien a propósito. Sin contar los pleitos o discusiones con tus hermanos	.407	
Tomar un auto sin permiso del dueño	---	
Prender fuego a propósito a objetos que pertenecen a otra persona	---	
Vender otras drogas que no sea marihuana o hashish		.650
Vender marihuana o hashish		.607
Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona		.500
Golpear a algún maestro o entrenador		.444
Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa		---
Alfa de Cronbach Factor 1	.7148	
Alfa de Cronbach Factor 2		.6199

*Equivalentes a \$ 25.00 actuales.

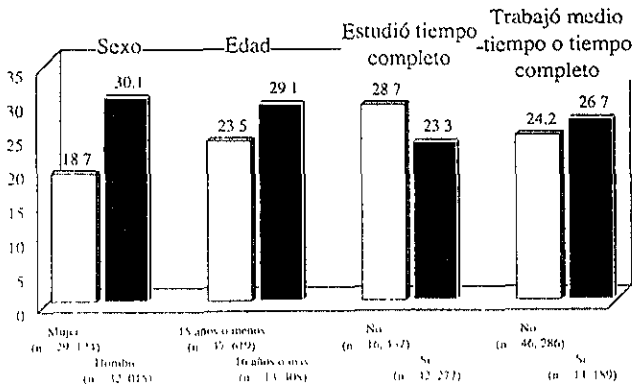
La escala para robos y violencia quedó conformada finalmente por 6 preguntas y la de actos graves por 4, número resultante de la eliminación de tres reactivos que no tuvieron una carga factorial adecuada en alguno de los factores (sólo se aceptaron cargas superiores a .40). El coeficiente de confiabilidad de cada una de las escalas es moderado, pero se considera que es aceptable debido al reducido número de afirmaciones que las constituyen.

Así, se tienen dos variables a contrastar, mismas que reflejan la conducta de interés para el presente estudio: la conducta antisocial; dividida en: a) el cometer robos y actos de violencia, y b) el llevar a cabo delitos graves, éste es el punto de partida para los análisis posteriores.

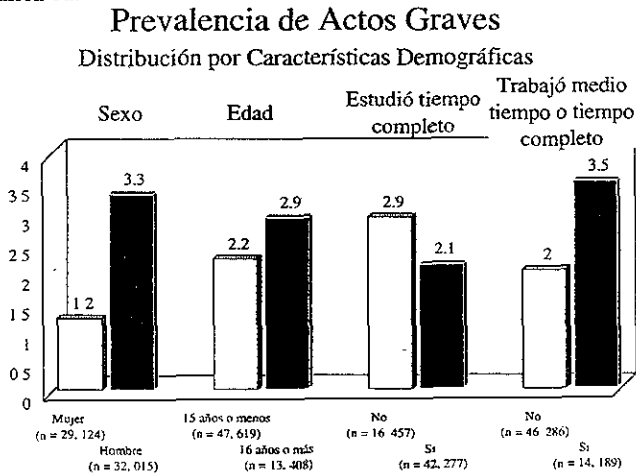
4.2. Distribución de la Conducta Delictiva por Características Demográficas, Factores Individuales y Relativos a la Escuela

Como se puede observar en las gráficas 1 y 1a, los hombres cometen con mayor frecuencia conductas antisociales que las mujeres, tanto para robos y violencia como para actos con consecuencias más graves las proporciones de varones son marcadamente más altas, involucrándose en una relación aproximadamente de 3 a 2 en el primer tipo de comportamientos y haciéndolo casi 2 veces más en el segundo tipo. Se encontró además que el grupo de edad con una mayor frecuencia de actos antisociales es el de 16 años o más para ambos tipos de conducta antisocial. Esta situación se repite con estudiantes que no han estudiado tiempo completo en el año previo a la encuesta y con estudiantes que han trabajado, ya sea medio tiempo o tiempo completo, en ese periodo, teniendo una importante diferencia entre los que cometen actos graves y han trabajado, con relación a los que no lo han hecho.

Gráfica 1.
Prevalencia de Robos y Violencia
Distribución por Características Demográficas

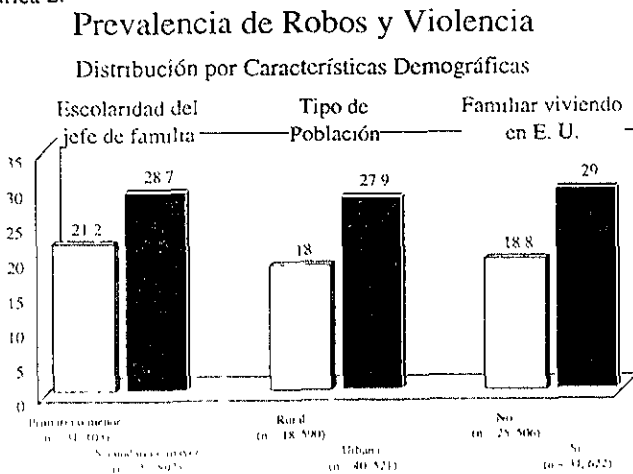


Gráfica 1a.

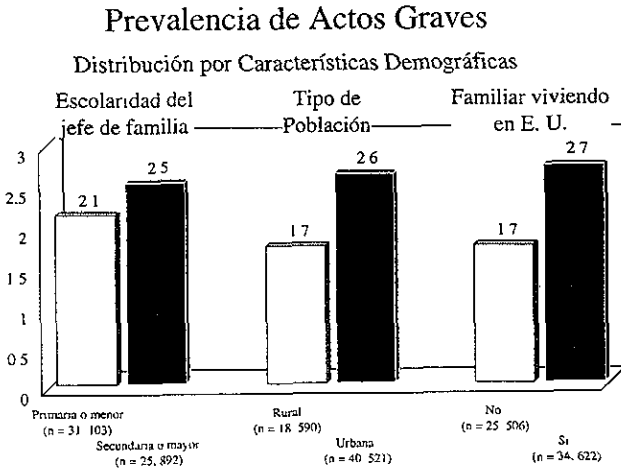


Con estudiantes cuyo jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor, se observó una mayor frecuencia de robos y violencia, así como de actos graves. Respecto al lugar en que han vivido la mayor parte de su vida, se tiene que los que han vivido en poblaciones urbanas han llevado a cabo una mayor cantidad de ambos tipos de conductas antisociales en comparación de los de áreas rurales. Finalmente, quienes dicen que hay alguno de sus familiares viviendo en los Estados Unidos han delinquido en una proporción mayor a los que no tienen un familiar migrante. (Gráficas 2 y 2^a)

Gráfica 2.

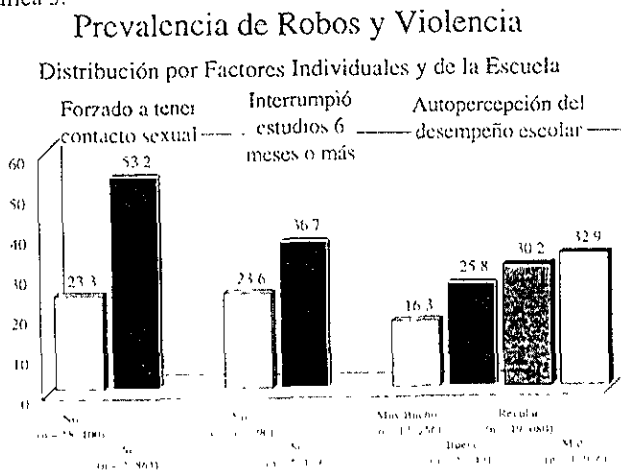


Gráfica 2a.



Cuando se hace referencia a variables individuales y relacionadas con la escuela, se tiene que los estudiantes que reportan haber sido forzados a tener contacto sexual han participado en robos y violencia en una proporción aproximadamente de 2 a 1 respecto a los que no han sufrido abuso (53.3% y 23.3% respectivamente); esta diferencia es más grande cuando se habla de delitos graves en una relación cercana a 4 a 1, aunque con una menor participación de jóvenes en éstos, siendo el 7.9% los que cometieron este tipo de conductas entre quienes reportaron haber sufrido abuso y 2.1% entre los que no (Gráficas 3 y 3a).

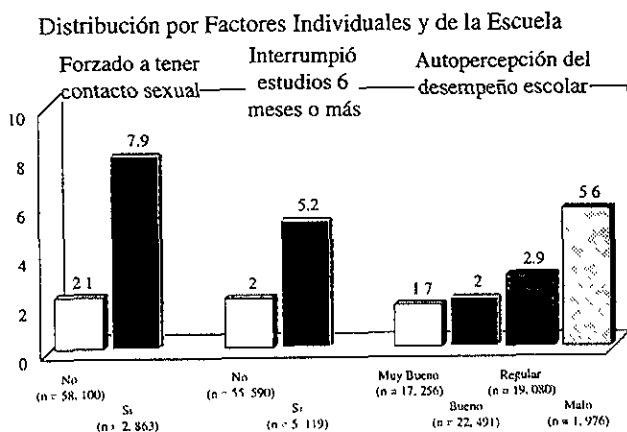
Gráfica 3.



Por lo que respecta a la situación escolar de los jóvenes, aquellos que han tenido que interrumpir sus estudios durante seis meses o más, han cometido más delitos tanto en el caso de robos y violencia como en el de actos graves, aunque es importante hacer notar el incremento de la diferencia proporcional entre quienes cometen actos graves siendo alumnos irregulares sobre los que son regulares (Gráficas 3 y 3a). Esta tendencia se observa también en los estudiantes que perciben como malo su desempeño escolar respecto a los que consideran que tienen un mejor desempeño para ambos tipos de conducta antisocial (Gráficas 3 y 3a).

Gráfica 3a.

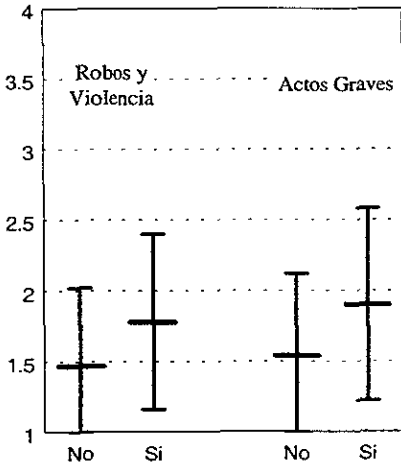
Prevalencia de Actos Graves



Tanto para robos y violencia como para actos graves, se encontró que hay un promedio mayor de depresión entre los que llevaron a cabo uno u otro de los dos tipos de actos antisociales, como se puede apreciar en la gráfica 4. Se observó también que los que han cometido actos graves tienen el nivel de malestar más elevado. Asimismo, los estudiantes que cometen actos antisociales de cualquiera de los dos tipos tienen un mayor nivel de autoestima (ver gráfica 5), aunque las distancias de los puntajes de los jóvenes que llevaron a cabo tales conductas no son muy grandes respecto a las calificaciones de los que no lo hicieron. Para dar mayor claridad a la lectura de ambas gráficas, los puntajes están dados en un continuo entre uno como valor mínimo posible de la escala y cuatro que es el máximo que se puede obtener.

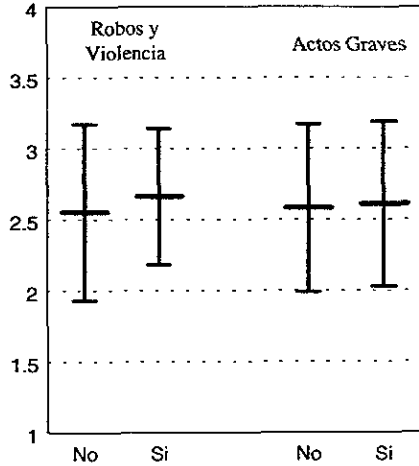
Gráfica 4.

Nivel de Depresión por Tipo de Conducta Antisocial



Gráfica 5.

Nivel de Autoestima por Tipo de Conducta Antisocial



4.3. La Familia, los Amigos y la Conducta Antisocial

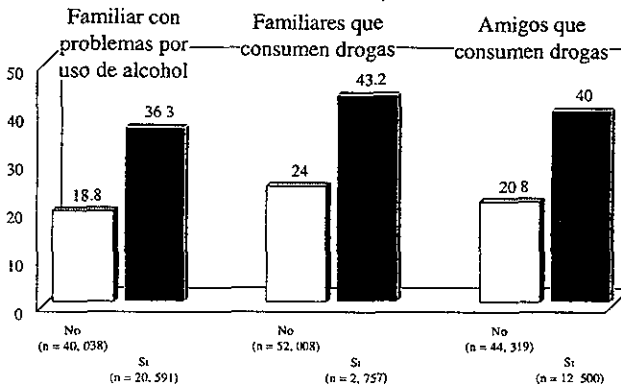
Cuando se enfoca a las conductas problema de la familia o amigos como posible influencia de la conducta problemática en los estudiantes, se halló que los estudiantes que mencionan tener familiares con problemas por el uso de alcohol o usuarios de drogas, reportan con mayor frecuencia cometer actos antisociales, en el caso de robos y violencia en una relación aproximada de 2 a 1, situación que se repite cuando dicen tener amigos que consumen sustancias (Gráfica 6).

Esta relación cambia cuando se hace referencia a conductas antisociales graves ya que, aunque los escolares participan menos en éstas, lo hacen en una relación de 3 a 1 cuando mencionan a familiares o amigos que consumen respecto a los que no tienen familiares o amigos que lo hagan, siendo menor esta correspondencia entre quienes tienen familia con problemas por uso de alcohol y los que no (Gráfica 6a).

Gráfica 6.

Prevalencia de Robos y Violencia

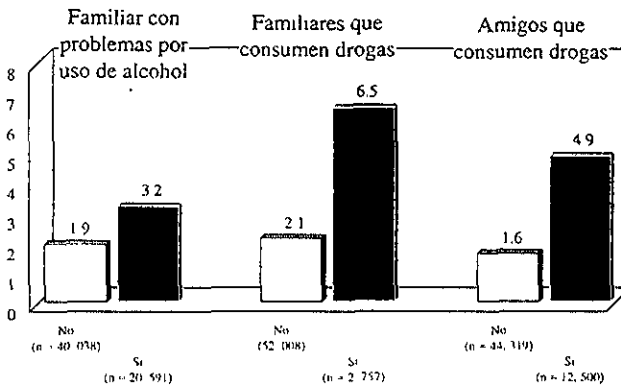
Distribución por Factores Relacionados a la Familia y a Amigos



Gráfica 6a.

Prevalencia de Actos Graves

Distribución por Factores Relacionados a la Familia y a Amigos

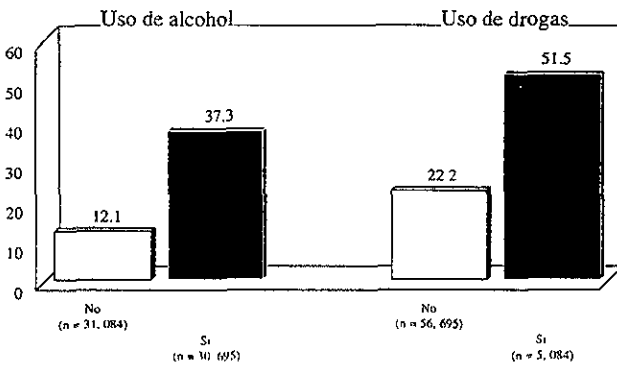


4.4. La Relación entre el Uso de Drogas y Comportamiento Antisocial

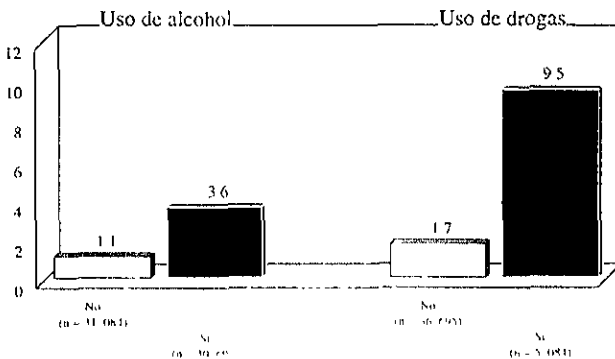
Al analizar las conductas antisociales de quienes usan sustancias, los jóvenes que usan alcohol, y los que usan drogas, las cometen en mayor frecuencia que los no usuarios. Esta situación se hace más evidente para los actos antisociales graves, ya los que los usuarios de drogas cometen 4 veces más ese tipo de delitos que quienes no las usan, en

contraste, se reportan poco más del doble de alumnos que han incurrido en robos y violencia cuando han usado drogas respecto a los que no las usan. Cuando se habla del alcohol, alrededor de dos veces más usuarios dicen haber cometido cualquiera de las dos conductas de interés para esta investigación que los no usuarios, aunque son pocos los que han se han visto implicados en delitos considerados como graves cuando dicen haberlo usado (Gráficas 7 y 7a).

Gráfica 7.
Prevalencia de Robos y Violencia
 Distribución por Uso de Sustancias



Gráfica 7a.
Prevalencia de Actos Graves
 Distribución por Uso de Sustancias



4.5. Predictores de la Conducta Antisocial

Las distribuciones de la conducta antisocial descritas hasta el momento con relación a diversos factores, hacen suponer la influencia que tienen algunos de éstos sobre la misma; de hecho, al hacer análisis univariados para saber si se observan diferencias estadísticamente significativas, mediante la prueba de chi cuadrada en comparaciones de proporciones y prueba t cuando se contrastaron diferencias entre medias de grupos, se encontró que sí las hay para la mayoría de las variables de manera individual respecto a la conducta antisocial*. Sin embargo, esta visión monocausal es incompleta, debido a la interacción que existe entre las diferentes piezas de rompecabezas usadas para explicar este fenómeno; esa situación obliga a evaluarlas en forma conjunta en un modelo para identificar los mejores predictores de los actos antisociales.

Para ello se llevó a cabo un análisis de regresión logística con el propósito de conocer cuáles eran las variables que mejor predicen a cada una de las dos conductas delictivas, con este procedimiento obtuvimos, además, una razón de momios que permitió conocer cuál es la probabilidad de que se cometan comportamientos antisociales asociada a la ocurrencia de cada predictor en los estudiantes que participaron en la presente investigación**. Las variables incluidas y los valores de riesgo, considerados para éstas, se resumen en la tabla 2.

Tabla 2

VARIABLES INCLUIDAS EN LA REGRESIÓN LOGÍSTICA CON LOS VALORES DE RIESGO CONSIDERADOS

Variable	Valor	Variable	Valor
Sexo	Hombre	Desempeño Escolar Autopercebido	Bajo desempeño escolar
Edad	15 años o menos	Uso de Drogas	Si
Estudió Tiempo Completo	No	Familiar que Consume Drogas	Si
Trabajó Tiempo Completo o Medio Tiempo	No	Tener Amigos que Consumen Drogas	Si
Fue Obligado a Tener Contacto Sexual	Si	Escolaridad del Jefe de Familia	Secundaria o mayor
Depresión (CES-D)	Mayor nivel CES-D	Tipo de Población en que Ha Vivido la Mayor Parte de Su Vida	Población urbana
Autoestima	Mayor nivel de autoestima	Interrumpir sus Estudios 6 Meses o Más	Si
Tener un Familiar en E. U.	Si	Presencia de Familiares con Problemas por Usar Alcohol	Si
Uso de Alcohol	Si		

* Ver los resultados de las comparaciones univariadas en el anexo 3

** Debido a la tendencia a obtener diferencias estadísticamente significativas no existentes con muestras demasiado grandes, para los cálculos de la regresión logística, se seleccionó una submuestra completamente al azar, la cual quedó compuesta por dos mil estudiantes

La presencia de los siguientes factores predicen la ocurrencia de Robos y Violencia en los estudiantes de manera estadísticamente significativa ($p \leq .05$): el ser hombre, tener 15 años o menos, haber trabajado, sufrir abuso sexual, mayor nivel en la escala de depresión (CES-D), tener un familiar en Estados Unidos, percibirse con un mal desempeño escolar, usar drogas, tener amigos que consumen, escolaridad del jefe de familia equivalente a secundaria o mayor, vivir en población urbana, usar alcohol y tener Familiares con problemas por uso de alcohol (Tabla 3).

Tabla 3
Modelo de Regresión Logística para Robos y Violencia

Variable	R	Razón de Momios	IC al 95% para Odds Ratio	
			Inferior	Superior
Sexo	.1326	2.2101*	1.7770	2.7489
Edad	.0397	1.3633**	1.0716	1.7232
Estudió Tiempo Completo	.0000	1.1425	.9078	1.4378
¿Trabajó Tiempo Completo o Medio Tiempo?	.0409	1.3970**	1.0830	1.8020
¿Fue Obligado a Contacto Sexual?	.0419	1.8895**	1.1735	3.0423
Depresión (CES-D)	.1387	2.0965**	1.7250	2.5480
Autoestima	.0000	1.1264	.9297	1.3647
Tener un Familiar en E. U.	.0710	1.5266**	1.2405	1.8787
Interrumpir sus Estudios 6 Meses o Más	.0000	1.1494	.7947	1.6625
Desempeño Escolar Autopercebido	.0427	1.1815**	1.0447	1.3362
Uso de Drogas	.0350	1.5650***	1.0725	2.2837
Familiar que Consume Drogas	.0170	1.5000**	.9332	2.4112
Tener Amigos que Consumen Drogas	.0715	1.6549*	1.2945	2.1157
Escolaridad del Jefe de Familia	.0371	1.2915**	1.0490	1.5899
Tipo de Población en que Ha Vivido la Mayor Parte de Su Vida	.0283	1.2803**	1.0116	1.6205
Uso de Alcohol	.1591	2.5704***	2.0673	3.1958
Presencia de Familiares con Problemas por Usar Alcohol	.0912	1.7157*	1.3888	2.1197

* $p < .001$ ** $p < .01$ *** $p < .05$

Al observar los valores de razón de momios, donde un valor igual a uno refiere a que la presencia de esa variable probabiliza la ocurrencia de la variable predicha, y que valores mayores indican qué tanto aumenta el riesgo de que ocurra esta última (restando al valor de la tabla la unidad), se tiene que, de los indicadores asociados con robos y violencia, los más importantes son el usar alcohol, que aumenta la probabilidad de delinquir 1.5 veces

más que los no usuarios, el ser hombre, tener un mayor nivel de depresión en CES-D y quienes fueron forzados a contacto sexual que incrementan una vez esa probabilidad con relación a sus contrapartes. Otras variables que aumentan la posibilidad de ocurrencia de estas conductas: el tener familiares con problemas por el uso de alcohol, amigos que consumen drogas y el usar drogas la aumentan más de 0.5 veces.

Las variables incluidas, sin embargo, no tienen la misma relevancia en un modelo para Actos Graves (tabla 4), siendo que los factores más importantes, asociados con el riesgo de llevarlos a cabo de manera estadísticamente significativa ($p \leq .05$), el uso de drogas, elevando la probabilidad de caer en este tipo de comportamientos casi dos veces; tener amigos que usan drogas que incrementa casi una vez, el ser hombre haciéndola crecer alrededor de dos veces, el tener un mayor nivel de depresión aumentando 0.57 veces la posibilidad de aparición de éstos.

Tabla 4
Modelo de Regresión Logística para Actos Antisociales Graves

Variable	R	Razón de Momios	IC al 95% para Odds Ratio	
			Inferior	Superior
Sexo	.1200	2.7668*	1.5568	4.9175
Edad	.0000	.8641	.5235	1.4263
¿Estudió Tiempo Completo?	.0000	.9199	.5532	1.5296
¿Trabajó Tiempo Completo o Medio Tiempo?	.0000	1.0306	.6018	1.7649
¿Fue Obligado a Contacto Sexual?	.0000	.7633	.3412	1.7076
Depresión (CES-D)	.0747	1.5743***	1.0912	2.2714
Autoestima	.0000	.9737	.6114	1.5508
Tener un Familiar en E U.	.0000	1.4197	.8473	2.3786
Interrumpir sus Estudios 6 Meses o Más	.0000	1.5270	.8210	2.8403
Desempeño Escolar Autopercibido	.0000	1.0874	.8166	1.4481
Uso de Drogas	.1362	2.9009*	1.6903	4.9785
Familiar que Consume Drogas	.0000	1.2408	.5684	2.7088
Tener Amigos que Consumen Drogas	.0664	1.7519***	1.0753	2.8542
Escolaridad del Jefe de Familia	.0000	.9275	.5741	1.4983
Tipo de Población en que Ha Vivido la Mayor Parte de Su Vida	.0413	1.7851	.9451	3.3719
Uso de Alcohol	.0411	1.7454	.9461	3.2200
Presencia de Familiares con Problemas por Usar Alcohol	.0000	.9076	.5628	1.4635

* $p < .001$ ** $p < .01$ *** $p < .05$

El primer modelo (para robos y violencia) predice el 70.15% de los casos teniendo un índice de bondad de ajuste de: $X^2 = 8.8052$, $gl = 8$, $p = .3590$; el segundo (actos antisociales graves) predice correctamente al 95.9% de los casos y tiene un índice de bondad de ajuste de: $X^2 = 2.1127$, $gl = 8$, $p = .9774$, por lo que se puede decir que son adecuados para representar las relaciones de las variables predictoras con las conductas antisociales analizadas en la muestra de interés.

Capítulo 5.

Discusión y Conclusiones

Los resultados muestran que la escala de conducta antisocial está conformada por dos grupos de conductas por separado: robos y violencia por un lado, y actos antisociales que puede decirse son social y legalmente más graves. Ambas subescalas con un nivel de confiabilidad que permite analizar los datos usando estos dos factores para estudiantes de los niveles medio (secundarias) y medio superior (bachillerato y técnico) de la República Mexicana.

Se pueden observar, de los resultados obtenidos de las comparaciones univariadas, efectos individuales de cada una de las variables consideradas sobre los dos tipos de conducta antisocial analizados. Presentan conducta antisocial en mayor proporción los hombres que las mujeres, jóvenes con 16 años o más, no estudiantes de tiempo completo, adolescentes que trabajan, jóvenes cuyo jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor, viven en población urbana, tienen un familiar viviendo en Estados Unidos, han sido forzados a tener contacto sexual, han interrumpido sus estudios durante seis meses o más, se perciben con un mal desempeño escolar, tiene un familiar con problemas por uso de alcohol, algún familiar que usa drogas y amigos que también consumen. Asimismo, quienes han cometido alguna conducta delictiva presentan un mayor nivel de depresión y un mayor nivel de autoestima. En cuanto al consumo, hay una mayor proporción de conductas antisociales entre los que beben alcohol y los que usan drogas, respecto a los no usuarios.

Estos resultados, en su mayoría, reflejan lo reportado por la literatura, aunque se encontraron algunos datos no esperados. Entre éstos el cometer algún delito en un porcentaje mayor entre los que reportan una mayor escolaridad del jefe de familia y trabajar, por un lado, y el que jóvenes con conductas antisociales presenten un mayor nivel de autoestima. Sin embargo, esto coincide con hallazgos como el de Rodríguez (1996) en el sentido de que no tener trabajo se asocia a no involucrarse en delitos y el de Pakiz y cols. (1997) en el que una baja autoestima disminuye el comportamiento problemático.

La situación de trabajar, así como la mayor escolaridad del jefe de familia se asocia a una mayor posibilidad económica, esto puede aumentar la disponibilidad o exposición al enfrentarse a situaciones que lleven a cometer conductas delictivas. Por ejemplo, un adolescente que tiene dinero, puede asistir a centros de reunión como discotecas y bares donde está más expuesto al consumo de drogas o alcohol, aumentando el riesgo de involucrarse en conductas problemáticas. A pesar de que existe una relación negativa entre nivel socioeconómico y delincuencia, ésta solamente se da cuando hay privación económica extrema.

En cuanto al nivel de autoestima, Oetting y cols. (1998b) dicen que si la alta autoestima tiene que ver con la aceptación de los pares, ésta se asocia positivamente a la ocurrencia de la conducta antisocial cuando los amigos presentan este tipo de conductas, ya que, como Oetting y cols. (1998a) refieren, durante la adolescencia los grupos de pares pueden ser la instancia socializadora dominante.

Todas las variables usadas en las comparaciones univariadas son, según la literatura revisada, posibles predictores del riesgo para involucrarse en comportamientos antisociales. Al considerar una aproximación basada en factores de riesgo como lo proponen Hawkins y cols. (1992), se tiene a la regresión logística como una herramienta que permite conocer la relación que existe entre distintos factores como predictores de la delincuencia y los riesgos para involucrarse en ésta, vinculados a cada una de las diferentes variables.

De los modelos obtenidos en el presente trabajo para predecir el riesgo asociado a la conducta antisocial, se puede observar que el uso de alcohol y drogas son predictores importantes y, aunque no todos los usuarios cometen conductas delictivas, el consumir puede ser un facilitador. Asimismo, el uso de sustancias, al estar altamente relacionado con el ambiente donde se propicia también el comportamiento antisocial, se asocia a otros factores que posibilitan la ocurrencia del mismo.

Como se puede apreciar en los resultados, entre esos factores se tienen: ser hombre, tener un mayor nivel de depresión, haber sido forzados a contacto sexual, el tener familiares con problemas por el uso de alcohol, amigos que consumen drogas, 15 años o menos, un familiar viviendo en Estados Unidos, percibirse con un mal desempeño escolar y haber vivido la mayor parte de su vida en una población urbana, conformando el modelo que

permite predecir los riesgos de cometer robos y violencia, junto con el uso de drogas y alcohol. Para Actos Graves se presentan asociaciones diferentes, donde al uso de drogas, se agregan el tener amigos que usan drogas, el ser hombre y el tener un mayor nivel de depresión en el modelo que explica las probabilidades de involucrarse en esos comportamientos.

Algunos de estos resultados parecen contradictorios a lo encontrado en las pruebas hechas con variables individuales. Se tiene, por ejemplo, que los jóvenes de mayor edad presentan más conductas antisociales, sin embargo, al evaluar la misma variable en interacción con otras en el modelo de predicción, podemos observar que las edades menores a 15 años son las que se asocian a la presencia de la conducta delictiva. Asimismo, hay una mayor proporción de alumnos que cometen delitos entre quienes trabajan comparados con los que no trabajan, pero, es ésta última condición la que se asocia a la presencia de los mismos en la regresión logística. Si se considera además el hecho de que no todas las variables se integran al modelo, se tiene que la relación, que hay entre esas variables con la conducta estudiada, se ve modificada por la presencia de las otras. Esto último se hace notar también en que entre robos y violencia y las conductas de mayor gravedad, la participación de cada uno de los predictores es diferente. Por esa razón, el usar un modelo multivariado, como la regresión logística, permite una mejor explicación de las interacciones entre éstas.

Para ambos tipos de conducta antisocial, el ser hombre representa una probabilidad asociada importante para llevarlos a cabo consistente con lo que Baumgartner (1993) encontró sobre una propensión a la conducta agresiva por parte de los hombres, diferente de las mujeres que presentan una forma de enfrentar más conciliadora y social. Esto se relaciona posiblemente a lo mencionado por Octting y col. (1998a) sobre diferencias en las prácticas de crianza hacia hombres y mujeres, en las familias hay una mayor preocupación por las hijas y se da un mayor control y monitoreo de sus conductas. Las mujeres son más sensibles a las expectativas que sus padres tienen para ellas y a las pautas de comportamiento que culturalmente se les tienen asignadas. El hombre, por otro lado, es educado para ser valiente, agresivo, debe ser fuerte y duro, conductas que exhibe en el trato hacia los pares.

En cuanto a la edad de los estudiantes, el tener 15 años o menos se asocia a robos y violencia; en relación con estos datos, Moffit (1993) dice que la mayoría de los jóvenes se involucran en actos antisociales sólo en los años posteriores a la pubertad, terminando

su participación en éstos al llegar a ser adultos. Es el inicio de la adolescencia una época en que se incrementa significativamente la incidencia de las conductas antisociales, ligado principalmente a los riesgos propios de esta etapa de desarrollo.

Con relación al mal desempeño escolar como predictor del comportamiento antisocial, el grupo del Appalachian Educational Laboratory (1997) refiere que las fallas escolares crónicas desmoralizan a los niños, pueden causar pérdida de estatus y rechazo de los pares. Esta situación puede disminuir el apego a maestros, padres, escuela y los valores que éstos promueven. Tales circunstancias facilitan el incremento de conductas problemáticas, ya que, como mencionan Oetting y col. (1998a) se daña la comunicación de normas prosociales que promueve la escuela.

La asociación de la depresión con la conducta antisocial, puede deberse también a situaciones asociadas a la percepción de fracaso en la escuela, así como también se deriva muchas veces de otras circunstancias que afectan los mecanismos de socialización, como pueden ser el abuso físico y sexual, presente también como predictor de dicha conducta. En sí, la depresión puede ser reflejo de problemas en los lazos con las instancias socializadoras que permiten la transmisión de valores (Oetting y cols., 1998b), condición que en sí misma probabiliza el presentar comportamientos delictivos.

Así, también el tener familiares con problemas por el uso de alcohol, como encontró Mützell (1993), incrementa los problemas de conducta en los jóvenes, y debilita la comunicación de normas por parte de la familia (Oetting y col. 1998a). Esa ruptura de los mecanismos de transferencia de valores en la familia puede deberse a otro tipo de presiones sobre la dinámica de la misma, uno de éstos puede ser la emigración de un familiar a Estados Unidos. Por ejemplo, Salgado (1993) encontró la presencia de cambios negativos en las relaciones familiares a consecuencia de la partida, a Estados Unidos, de esposos de mujeres que viven en un poblado del estado de Michoacán. Las entrevistadas manifiestan no ser capaces de mantener el control, la disciplina y la cooperación de sus hijos, además de no poder conservar a la familia unida.

La desintegración de las vías de comunicación de normas según Oetting y cols. (1998c), incrementa la posibilidad de que los adolescentes se involucren en conductas problemáticas y hacerlos más vulnerables a la exposición a las altas tasas de crimen, delincuencia y uso de drogas que se dan en áreas de población predominantemente urbanas, haciendo que el vivir en éstas facilite la asociación con esos problemas.

Por otro lado, considerando la importancia que tienen los grupos de pares durante la adolescencia, el provenir de familias con problemas en las prácticas de crianza, de control y que tienen nexos débiles con los hijos, reducen la posibilidad de transferir efectivamente normas prosociales (Oetting y col., 1998a; Shaw y col., 1993), aumentando el riesgo de unirse a pares antisociales e iniciarse en esas conductas. De hecho, los amigos pueden llegar a ser la instancia de socialización más fuerte en la adolescencia y la relación con éstos permite explicar que el que haya amigos que consumen drogas sea un predictor importante tanto para robos y violencia como para el cometer actos graves.

Al hablar del uso de alcohol y drogas, son diversos los estudios que mencionan la asociación de esas sustancias con la conducta problemática (por ejemplo: Castro y cols. 1986, 1988b, 1989; Heman 1986; Medina-Mora y cols., 1993b; Rosovsky, 1988; Terroba y cols. 1986; entre otros). Sin embargo, es poco clara la relación de causalidad entre una y otra; la violencia y conducta antisocial pueden ocurrir debido a las características farmacológicas de las sustancias al desinhibir las defensas que impiden normalmente a un individuo actuar antisocialmente (Collins y Messerschmidt, 1993).

Los efectos no son iguales para todos los individuos ya que dependen de las características de cada sujeto que las consume, razón por la que no todos los usuarios cometen delitos, las normas sociales que siguen, así como las circunstancias de uso regulan el involucramiento en esas conductas. También afectan indirectamente, ya que algunos usuarios buscan procurarse la droga o el alcohol, muchas veces robando para conseguir dinero o traficándolas a cambio de la sustancia.

En todo caso, ambas conductas coexisten con frecuencia y pueden tener factores antecedentes comunes (Medina-Mora, 1994). Castro (1990) dice que se dificulta metodológicamente saber si la conducta antisocial es causa del consumo de drogas o si el efecto tóxico de las drogas lleva a cometer actos antisociales. El uso de sustancias y las conductas problemáticas están mutuamente determinadas y pueden ser usadas como predictores una de la otra.

De lo anterior se puede deducir que los medios de socialización como la familia, la escuela y los grupos de pares, juegan un papel importante en el involucrarse con, o protegiendo de, conductas problemáticas, incluyendo el uso de sustancias y el comportamiento delictivo, por lo que se debe trabajar reforzándolos para disminuir tales

conductas. Se ha hecho el intento de elaborar programas de prevención, de los que se puede decir que, a pesar de los resultados logrados con jóvenes antisociales en programas donde se les asignan monitores o guías adultos que les sirven de tutores y modelos a seguir, así como involucrándolos en actividades extracurriculares y de apoyo a la comunidad como participación en equipos deportivos o eventos culturales, poco se ha logrado para disminuir el problema.

Cada vez son más las presiones de tipo económico que llevan a las familias a desatender la crianza de los hijos y, ante el incremento de la disponibilidad de las drogas, de la violencia y la delincuencia, los jóvenes están cada vez más expuestos a situaciones de riesgo. Es necesario brindar ayuda a los padres, la escuela e instituciones comunitarias relacionadas a la enseñanza de los niños y adolescentes, para que éstas puedan llevar a cabo un mejor control y monitoreo de ellos, sin coartar las necesidades propias de su búsqueda hacia la afirmación de su identidad. Además, es necesario orientarlos para que promuevan la transmisión de los valores que protejan a los jóvenes para no involucrarse en conductas antisociales.

La reducción de los factores de riesgo requiere de esfuerzo y de colaboración para una política de prevención: mayor organización y efectividad de la escuela, intervención temprana, intervención de la familia y la comunidad, y de los profesionales involucrados con los niños como los profesores y orientadores. Todo enfocado a promover la conducta prosocial y la unión de los jóvenes con la comunidad, la familia y la escuela, para incrementar la competencia académica, social y emocional, y la autoestima, crear un sistema consistente de expectativas, reforzamiento y reconocimiento, para moldear la conducta.

Referencias

- Abram, K. y Teplin, L. (1990). Drugs disorders, mental illness, and violence. NIDA Research Monograph No. 103, pp. 222-238. DHHS Publication. Washington, DC: U.S.
- Appalachia Educational Laboratory (1997). Preventing antisocial behavior in disables and at-risk student. Revista electrónica. Sitio Internet revisado el 12 de mayo de 1998: http://www.ldonline.org/ld_indepth/add_adhd/ael_behavior.html
- Atkenson, B. M. J., Calhoun, K. S. y Morris, K. T. (1989). Victim resistance to rape: the relationship of previous victimization, demographics and situational factors. Archives of Sexual Behavior, 18(6):497-507.
- Bachman, J. G., Lloyd, D. J. y O'Malley, P. M. (1981). Smoking, drinking and drug use among American high school students: Correlates and trends, 1975-1979. American Journal of Public Helath, 71: 59-69.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Humphrey, R. H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived, disapproval, and general lifestyle factors. Journal of Health Social Behavior, 29: 92-112.
- Banco Mundial (World Bank). (1993). World development report 1993: Investing in health. Oxford University Press.
- Baumgartner, F. (1993) Gender and aggression: Some empirical findings. Studia Psychologica, 35: 4-5.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. London. Dtaples press.
- Berenzon S., López, E. K., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Galván, J. y Rojas, E. (1994) Relación entre consumo de inhalables y actos antisociales en una muestra de estudiantes del Distrito Federal. Anales 5. reseña de la IX de investigación, pp. 94-99. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Berriel-González, R., Berriel-González, M. E., Jauregui, R. y Contreras-Cisneros, B. (1977) Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el Centro de Integración Juvenil "León" En: C. M. Contreras (Comp) Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. pp 424-441. Ed Trillas.

- Brook J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. Genetic, Social and General Psychology Monographs 116 (Whole No.2).
- Brownfield, D., Thompson, K. (1991) Peer delinquency, attachment to friends and deviant behavior. Forum on Corrections Research. 3 (3) Early Indicators of Future Delinquency. Canadá. Revista Electrónica. Tomado de D. Brownfield y K. Thompson (1991) Attachment to peers and delinquent behavior. Canadian Journal of Criminology: pp. 45-60. Sitio Internet revisado el 9 de diciembre de 1998: <http://198.103.98.138/crd/forum/e033/e033h.htm>
- Brunswick, A. F. y Boyle JM (1979). Patterns of drug involvement: Developmental and secular influences on age at initiation. Youth and Society, 11:139-162.
- Burnam, M. A. (1988). Psychosocial and health consequences of alcohol involvement among mexican americans. En: J. Gilbert (Ed.) Alcohol Consumption Among Mexicans and Mexican Americans: A Binational Perspective. pp. 145-174. UCLA, Los Angeles, California.
- Cadoret, R. J. y Winokur, G. (1974). Depression in alcoholism. Annals of the New York Academy of Sciences, 233: 34-39.
- Cadoret, R.J. y Gath, A. (1978). Inheritance of alcoholism in adoptees. British Journal of Psychiatry, 132: 252-258.
- Caetano, R. y Medina-Mora, M. E. (1986). Factor structure of the CES-D scale among mexican americans, mexicans and the U.S. population. Alcohol Research Group.
- Caetano, R. y Medina-Mora, M. E. (1987). Immigration, acculturation and alcohol use: a comparison between people mexican descent in Mexico and U.S. Paper prepared under contract for the national institute on alcohol abuse and alcoholism. Alcohol Research Group C-46, pp. 1-92.
- Caetano, R. y Medina-Mora, M. E. (1988). Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados en México y en población de origen mexicano que habita en estados unidos. Revista Nueva Antropología, 34: 137-155.
- Castro, M. E. y Valencia, M. (1978). Consumo de drogas en México. Patrones de uso en la población escolar. Salud Pública de México, 21(5): 585-590.
- Castro, M. E. y Valencia, M. (1979a). Estudio comparativo entre consumidores y no consumidores de marihuana en dos grupos de adolescentes escolares mexicanos. Cuadernos científicos CEMESAM, 10(10): 207-220.

- Castro, M. E., Valencia, M. y Smart, R. (1979b). Drug and alcohol use problems and availability among students in Mexico and Canada. Bulletin on Narcotics, 1(22): 41-48.
- Castro, M. E. y Valencia, M. (1980). Drug consumption among the student population of Mexico City and its metropolitan area. Subgroups affected and the distribution of users. Bulletin on Narcotics, 32(4): 29-37.
- Castro, M. E. y Maya, M. A. (1981). Estudio sobre el uso de drogas entre estudiantes universitarios. Publicación Interna, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Castro, M. E., Maya, M. A. y Aguilar, M. A. (1982a). Consumo de sustancia tóxicas y tabaco en la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Pública de México, Epoca VI, XXIV(5): 565-574
- Castro, M. E., Terroba, G. G. y Medina-Mora, M. E. (1982b). La distribución de usuarios de droga en diferentes tipos de población mexicana. Revista Salud Mental, 5(2): 74-81.
- Castro, M. E. y Maya, M. A. (1982c). Variables predictoras y características psicosociales de la población estudiantil que reporta uso de drogas. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 2(1): 21-48.
- Castro, M. E., Rojas E., García, G. y De la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. Salud Mental, 9(4): 80-86.
- Castro, M. E., Pérez, M. A., Rojas, E. y De la Serna, J. (1988a). Cobertura Colegio de Ciencias y Humanidades del Distrito Federal. Publicación Interna, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Castro, M. E., García, G., Rojas, E. y De la Serna, J. (1988b). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. Salud Pública de México, 30(2): 216-226.
- Castro, M. E., Rojas, E. y De la Serna, J. (1988c). Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los planteles de Bachilleres. Salud Mental, 11(1): 35-47.
- Castro, M. E., Pérez, M. A., De la Serna, J. y Rojas, E. (1989). Costo social del uso de marihuana vinculado a la realización de actos antisociales en la población estudiantil. Revista Mexicana de Psicología, 1(6): 27-34.
- Castro, M. E. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. Salud Pública de México, 32(3) 298-308.

- Cervantes, R. C., Padilla, A. M. y Salgado, S. N. (1991). The hispanic stress inventory: A culturally relevant approach toward psychosocial assessment. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3: 1-10, 1991.
- CIJ. Centros de Integración Juvenil (1981a). Investigación nacional en escuelas. Departamento de Investigación (Datos no publicados).
- CIJ. Centros de Integración Juvenil. (1981b). Investigación epidemiológica en centros de readaptación social. Reporte Interno. México.
- Collins, J. (1990). Summary thought about drugs and violence. En: M. De La Rosa, E. Lambert y B. Gropper (Eds.). Drugs and Violence: Causes, Correlates, and Consequences. NIDA Research Monograph No. 103, pp. 265-275. DHHS Publication. Washington, DC: U.S.
- Collins, J., y Messerschmidt, P. (1993). Epidemiology of alcohol-related violence. Alcohol, Health and Research World: Alcohol, Aggression and Injury, 17(2): 93-100.
- Cordilia, A. (1985). Alcohol and property crime: Explaining the causal nexus. Journal of Studies on Alcohol, 46(2): 161-171.
- Cuevas, C. S. (1991). Consumo de alcohol e inmigración rural a la ciudad de México: Resultados preliminares. Trabajo presentado en el XII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Chao, Z., Castro, M. E. (1976). Reporte interno de la investigación nacional sobre consumo de fármacos y las actitudes hacia la farmacodependencia en la población escolar de 14 a 18 años (Informe Regional). Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.
- De la Garza, F.; Mendiola, H. y Rabagos, S. (1978). Psychological familiar and social study of 32 patients using inhalants. En: S. Carroll (Ed.) Voluntary Inhalation of Industrial Solvents. NIDA, DHEU Publication No. ADM 79-779, pp. 75-89.
- De la Garza, F.; De la Vega, B., Zuñiga, V. y Villarreal, R. M. (1987). La cultura del menor infractor. Trillas.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E. y Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica. México.
- De la Rosa, M., Lambert, E. y Gropper, B. (1990). Drugs and Violence: Causes, Correlates, and Consequences. NIDA Research Monograph No. 103, pp. 1-7. DHHS Publication. Washington, DC: U.S.

- De la Serna, J., Castro M. E. y Rojas, E. (1989). Opinión de padres y maestros sobre el consumo de drogas en la población joven. Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- De la Serna, J., Rojas, E., Estrada, M. A. y Medina-Mora, M. E. (1991). Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y Zona Conurbada, 1989. Anales 2, Reseña de la VI Reunión de Investigación, pp. 181-186. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Diario Oficial de la Federación. (1931, agosto). Código penal para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal. En: InfoJus, sistema de consulta del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Legislación Federal (vigente). Sitio internet revisado el 29 de diciembre de 1998: <http://www.juridicas.unam.mx/mtexto/>
- Dinwiddie, D. H., Reich, T. y Cloninger, C. R. (1990). Solvent use and psychiatric comorbidity. British Journal of Addiction, 85: 1647-1656.
- Dolto, F. (1990) La causa de los adolescentes: El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Seix Barral. México.
- Farrington, D. P., Loeber, R., Elliott, D. S., Hawkins, J. D., Kendel, D. B., Klein, M. W., McCord, J., Rowe, D. C. y Tremblay, R. E. (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. En: B. B., Lahey & A. E., Kazdin (Eds.), Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press.
- Fleming, J. P., Kellam, S. G. y Brown, C. H. (1982). Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana and cigarettes. Drug and Alcohol Dependence, 9: 285-303.
- Goldstein, P.J. (1985). The drugs-violence nexus: A tripartite conceptual framework. Journal of Drug Issues, 15:493-506.
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Moller, N., Mednick, S. y Guze, S. (1977). Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. Archives of General Psychiatry, 34:1005-1007.
- Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics: The sins of the fathers. Archives of General Psychiatry, 42:171-174.
- González, M. D. (1992) Conducta prosocial: Evaluación e intervención. Ed. Morata. Madrid.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112(1). 64-105

- Heman, A. (1986). Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. Memorias de la III Reunión de Investigación y Enseñanza, pp. 201-208. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1990). XI Censo General de Población y Vivienda. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. México.
- Johnson, G. M., Schoutz, F. C. y Locke, T. O. (1984). Relationships between adolescent drug use and parental drug behaviors. Adolescence, 19: 295-299.
- Juárez, F., Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A. Carreño, S., López, E. K., Galván, J. y Rojas, E. (1998). Antisocial behavior: Its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among mexican students. Substance Use and Misuse, 33(7):1437-1459.
- Kandel, D. B., Single, E. y Kessler, R. (1976). The epidemiology of drug use among New York State High School students: Distribution, trends and change in rates of use. American Journal of Public Health, 66:43-53.
- Kandel, D. B., Kessler, R. y Margulies, R. S. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. Journal of Youth and Adolescence, 7:13-40.
- Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. Journal American Academic Clinical Psychiatry, 21:328-247.
- Leal, H., Mejía, L., Gómez, L. y Salinas, O. (1977). Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la Ciudad de México. En: C. M. Contreras (Comp.). Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. Ed. Trillas, 442-459.
- Lerner, J. V. y Vicary, J. R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York longitudinal study. Journal of Drug Education, 14: 1-8.
- Loeber, R. T. y Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A Review. Psychological Bulletin, 93: 68-99.
- Loeber, R. T. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency and associated substance use: Evidence for developmental progressions. En: B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), Advances in clinical child psychology, 11: 73-124. New York: Plenum Press.

- Loeber, R. (1991) Risk factors and the development of disruptive antisocial behavior in children. Forum on corrections research. 3 (3) Early indicators of future delinquency. Canadá. Revista Electrónica. Sitio Internet revisado el 26 de noviembre de 1998: http://www.ldonline.org/ld_indepth/add_adhd/acl_behavior.html
- Loney, J., Kramer, J. y Milich, R. (1979). The hyperkinetic child grows up: Predictors of symptoms, delinquency, and achievement at follow-up. Paper presented to the American Association for the Advancement of Science, Houston, Tex.
- López, M. I. (1990, 2da. ed.). La encrucijada de la adolescencia: I. psicología de la adolescencia normal. Hispánicas. México.
- López, E. K., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Salud Mental, 18(4): 25-32.
- Maddahian, E., Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1988). Adolescent drug use and intention to use drugs: Concurrent and longitudinal analyses of four ethnic groups. Addictive Behaviors, 13: 191-195.
- Mariño, M. C., Chaparro, J. J. y Medina-Mora, M. E. (1992). Sintomatología depresiva en estudiantes mexicanos de enseñanza media y media superior. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Datos sin publicar.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E., Chaparro, J. J. y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 10(2), 141-145.
- McDermott, D. (1984). The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. Adolescence, 19: 89-97.
- Medina-Mora, M. E., Schnaas, A., Terroba, G., Isoard, Y. y Suárez, C. (1977). Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México. En: C. M. Contreras (Comp.). Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales, pp. 352-362. Ed. Trillas. México.
- Medina-Mora, M.E. (1978). Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la república mexicana. Encuestas de hogares. Enseñanza e Investigación en Psicología, IV(7): 111-125.
- Medina-Mora, M. E., Castro, M. E. y Terroba G. G. (1979). Drug use among youth population, Mexico. Paper presented at the WHO meeting of collaborative investigators in the research and reporting project on the epidemiology of drug dependence. University Sains Penan, Malasya

- Medina-Mora, M. E., Gómez-Mont, F. y Campillo-Serrano, C. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican Students. Bulletin on Narcotics, XXXIII(4): 67-76.
- Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Caudillo, C. y López, S. (1982). Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. Salud Mental, 5(1): 77-81.
- Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. (1984). El uso de inhalantes en México. Salud Mental, 7(1): 13-18.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Olmedo, R. y Ortiz, E. (1991a). Protocolo de investigación de la encuesta nacional sobre el consumo de drogas entre la comunidad escolar Documento Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Rascón, M. L., Mariño, M. C. y Villatoro, J. (1991b). Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. Anales 2. Reseña de la VI Reunión de Investigación, pp. 133-137. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Tapia, R., Mariño, M. C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación, pp. 48-55. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Galván, J., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Villatoro, J., López, E., Ortiz, E. y Olmedo R. (1993a). Drug use among mexican student youth. En: Community Epidemiology Work Group. Epidemiologic Trends in Drug Abuse, pp 483-494. U. S. Department of Health and Human Services.
- Medina-Mora, M. E. y varios autores (1993b). Resultados de la encuesta nacional sobre el consumo de drogas entre la comunidad escolar: Distrito Federal. Secretaria de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., Villatoro, J. A., López, E. K., Olmedo, R., Ortiz, E. y Nequis, G. (1993c). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Mental, 16(3): 2-8.
- Medina-Mora, M. E. (1993d) Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol: Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del estado de Michoacán. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México

- Medina-Mora, M. E. (1994). Las adicciones: su situación actual. En: Berruecos L, Díaz-Leal L. (Eds.). Curso Básico sobre Adicciones. México, D. F., México: Centro Contra las Adicciones (CENCA), Fundación Ama la Vida, I. A. P.
- Medina-Mora, M. E. y Berenzon, S. (1995a). Epidemiology of inhalant abuse in México. En: N. Lozel, Z. Sloboda y M. De la Rosa (Eds.) Epidemiology of Inhalant Abuse: An Internacional perspective. NIDA research monograph 148, pp. 136-174. Rockville, Maryland, USA.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1995b) Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica de México, 131(4): 383-393
- Moffit, T. E. (1993) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100(4): 674-701
- Monroy, A (1994). La sexualidad en la adolescencia. En: CONAPO (Eds.) Antología de la sexualidad humana, volumen II, pp. 693-730, Miguel Angel Porrúa grupo editorial y CONAPO, México
- Mützell, S. (1993). Alcoholic parents and their children. Child: Care, Health and Development, 19, pp 327-340
- Natera, G. y Terroba, G. (1979). Consumo de fármacos en la ciudad de Monterrey, N. L. (a través de encuesta de hogares). Cuadernos Científicos CEMESAM, 11:101-122.
- Natera, G (1992). Pattern of consumption in offspring related to parents' drinking. Trabajo presentado en el 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Toronto, Canadá. Mayo 30 - Junio 5.
- Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1986). Substance use and ethnicity: Differential impact of peer and adult models. Journal of Psychology, 120:83-95.
- NIDA. National Institute on Drug Abuse (1990, December). Overview of the 1990 National household survey on drug abuse. NIDA Capsules. Washington D. C.
- NIDA. National Institute on Drug Abuse (1991). The Adolescent Assesment / Referral System Manual. Washington D. C.
- O'Donnell, J. A. y Clyton, R. R. (1979). Determinants of early marijuana use. En: G. M. Beschner & A. S. Friedman (Eds.) Youth drug abuse: Problems, issues and treatment, pp.63-110. Lexington: Lexington Books.
- Oetting, E. R. y Donnermeyer, J. F. (1998a). Primary socialization theory: The etiology of drug and deviance I. Substance Use and Misuse, 33(4), 995-1026

- Oetting, E. R., Defenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F. (1998b). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug and deviance II. Substance Use and Misuse, 33(6): 1337-1366.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F. y Deffenbacher, J. L. (1998c). Primary socialization theory: The influence of the community on drug and deviance III. Substance Use and Misuse, 33(8): 1629-1665.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1989). Discusiones técnicas sobre la salud de la juventud: pp 1-9. Documento de referencia. Suiza.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud, Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez, O. E. (1992). Manual de medicina de la adolescencia. OPS. Washington D. C.
- Ortiz, A. y Caudillo, C. (1985). Alteraciones cognitivas en menores usuarios crónicos de sustancias inhalables: Informe de un estudio experimental. Salud Pública de México, 27(4): 286-290.
- Otero, B. R., Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Rascón, M. L., Mariño, M. C. y Solache, G. (1990). Disponibilidad percibida de drogas médicas y no médicas en la República Mexicana. La Psicología Social en México, III: 231-235.
- Pakiz, B., Reinberg, H. Z. y Giaconia, R. M. (1997). Early risk factors for serious antisocial behavior at age 21: A longitudinal community study. American Journal of Orthopsichiatry, 67(1): 92-101.
- Pedersen, W. y Lavik, N. J. (1991). Adolescents and benzodiazepines: Prescribed use, self-medication and intoxication. Acta Psychiatrica Scandinava, 84: 94-98.
- Pitch, T. (1980) Teoría de la desviación social. Ed. Nueva Imagen. México.
- Rachal, J. V., Guess, L. L., Hubbard, R. L., Maisto, S. A., Cavanaugh, E. R., Waddel, R. y Benrud, C. H. (1982). Facts for planning No. 4: Alcohol misuse by adolescents. Alcohol Health and Research World, 6(3): 61-68.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1:385-401.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contexts. Psychiatry Research, 2: 125-134.
- Robins, L. N. (1978). Study childhood predictors of adult anti-social behavior: Replications from longitudinal studies. Psychological Medicine, 8 611-622

- Robins, L. N. y Ratcliff y K. S. (1979). Continuation of antisocial behavior into adulthood. International Journal of Mental Health, 7: 96-116.
- Robins LN (1980). The natural history of drug abuse. Acta Psychiatrica Scandinava, 62(Suppl.284): 7-20.
- Robins, L. N. y Przybeck, T. R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. En: C.L. Jones & R.J. Battjes (Eds.). Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention. NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. ADM 85-1335, pp. 178-192. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rock, P. E. (1973) Deviant behavior. Ed. Hutchinson. Londres.
- Rodríguez, O. (1996) The new immigrant population: An integrated approach to preventing delinquency and crime. Resumen de presentación preparado por the National Criminal Justice Service (NCJRS) USA. Sitio internet revisado el día 9 de diciembre de 1998: <http://www.ncjrs.org/txtfiles/hispop.txt>
- Roizen, J. (1990). Alcohol and trauma. En: N. Giesbrecht, R. González, M. Grant, E. Osterberg, R. Room, I. Rootman y L Towle (Comps.) Drinking and Casualties, pp. 21-66. Ed. Tavistock/Routledge. Londres / Nueva York.
- Rojas, E., Castro, M. E., De la Serna, J. y García, G. (1987). Análisis regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México. Salud Pública de México, 29:331-344.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, N.J., Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). Conceiving the self. Ed. Krieger.
- Rosovsky, H., García, G., López, J. L. y Narváez, A. (1988). El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. Memorias de la IV Reunión de Investigación, pp. 261-265. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Ruiz de Chávez, L. (1978). Marginalidad y conducta antisocial en menores (Estudio exploratorio). Cuadernos del Instituto Nacional de Ciencias Penales, 1. México.
- Safa-Barraza, E., Mier y Terán, C. y Zermeño, G. (1973). Investigación epidemiológica sobre el uso y abuso de fármacos en los penales del D.F. Reportes especiales. CEMEF, México.
- Salgado, V. N (1993). Family life across the border: Mexican wives left behind. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 15(3): 391-401

- Salgado, V. N., Díaz, M. J., Acevedo, A. y Natera, L. (1996). Dios y el norte: The perception of wives of documented and undocumented mexican inmigrants to the United States. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 18(3): 283-296.
- Schur, E. M. (1971) Labeling deviant behavior: its sociological implications. Ed. Harper Row. Nueva York.
- Secretaría de Gobernación. (1979). El perfil del menor infractor en México. Año Internacional del niño. México.
- Shaw, D. S. y Bell, R. Q. (1993). Developmental theories of parental contributor to antisocial behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 21(5): 493-518.
- Smart, R. G., Hughes, P. H., Johnston, L. D., Anumonye, A., Khant, U., Medina-Mora, M. E., Navaratnam, V., Poshyachinda, V., Varma, V. K. y Wadad, K. A. (1980). A methodology for student drug use surveys. WHO Offset Publication No.50, pp. 5-55 World Health Organization, Geneva.
- Smart, R., Medina-Mora, M. E., Terroba, G. y Varma, V. K. (1981). Drug use among non-students in three countries. Drug and Alcohol Dependence, 7:125-132.
- Stern, S., Lara, M. A., Santamaría, C., Obregón, A., Sosa, R. y Figueroa, L. (1990). Interacciones sociales, conductas delictivas, violencia y consumo de drogas en una banda juvenil: reporte de registros conductuales y diarios. Revista Latinoamericana de Psicología, 22(2): 223-238.
- Suárez, C. (1979). Prevalencia del consumo de drogas en un Centro de Readaptación Estatal. Cuadernos Científicos CEMESAM, 11:144-170.
- Taylor, R.B. y Covington, J.B. (1988). Neighborhood changes in ecology and violence. Criminology, 26(4): 553-589.
- Terroba, G. y Medina-Mora, M. E. (1979). Prevalencia del uso de fármacos en la ciudad de Mexicali, B. C. (a través de encuesta de hogares). Cuadernos Científicos CEMESAM, 11:123-143.
- Terroba, G., Saltijeral, M. T. y Del Corral, R. (1986). El Consumo de Alcohol y su Relación con la Conducta Suicida. Salud Pública de México, 5(28): 489-494.
- Vinglis, E., Mann, R., DeGenova, K., Adlaff, E. y Kuewiski, K. (1985). Young drinking offenders: Relationships among demographic, behavioral and attitudinal variables at conviction and status seventeen months later. Canadian Journal of Criminology, 27: 317-325.

Anexo 1

El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años*

Tabla comparativa establecida a partir de las observaciones del Instituto Gesell en grupos de adolescentes norteamericanos

CRECIMIENTO

	<i>Chicas</i>	<i>Chicos</i>
10 AÑOS	Misma estatura media. Ligero inicio de maduración sexual.	Misma estatura media. Ni rastro de maduración sexual.
11 AÑOS	Diferencias individuales. Aparición de vello en el pubis. Crecimiento de los pezones. 90 % de la estatura adulta.	Grupo más uniforme. Pocos signos de maduración sexual. Incremento de la estructura ósea. 80 % de la estatura adulta.
12 AÑOS	Crecimiento acelerado en estatura y en peso. Hinchamiento de los senos. Aparición de pelos en las axilas. Primeras reglas en algunas.	Diferencias individuales. Aumento del tamaño de los órganos sexuales. Aparición del vello en el nacimiento del pene.
13 AÑOS	Disminución del ritmo de crecimiento. Maduración continua. Reglas.	Aparición del vello púbico. Crecimiento rápido de los órganos sexuales. La voz se vuelve más grave. Primera eyaculación.
14 AÑOS	Prácticamente su cuerpo es ya el de una mujer. Madurez de las características sexuales secundarias.	Aún se parece a un niño Periodo de transición. Crecimiento rápido. Sudor en las axilas.
15 AÑOS	Redondeamiento de las formas.	Desarrollo de la fuerza. Aparición de vello: delante de las orejas, el mentón, los labios. Nuez de Adán más prominente.
16 AÑOS	Afinamiento de los rasgos de madurez.	Crecimiento acabado en un 98 %.

SEXUALIDAD

	<i>Chicas</i>	<i>Chicos</i>
10 AÑOS	Juegos sexuales Se interesan cada vez más en las funciones de eliminación.	Juegos sexuales. Se interesan cada vez más en las funciones de eliminación.
11 AÑOS	Interés por el desarrollo de los senos Conciencia de las reglas, de las relaciones sexuales y de la reproducción.	Interés naciente por el sexo. Erecciones resultantes de estímulos no eróticos.
12 AÑOS	Interés por las menstruaciones.	Aumento del interés por el sexo y por la propia anatomía Erecciones frecuentes Masturbación.
13 AÑOS	Interés menos claro por el sexo.	Pudor, masturbación.
14 AÑOS	Se interesan en los aspectos sociales del sexo y en aspectos más complejos de la reproducción Interés por los chicos	Poluciones nocturnas y masturbación que dan lugar a sentimientos de culpabilidad.
15 AÑOS	Interés por los aspectos morales del sexo	Interés por las chicas y por el aspecto social del sexo.
16 AÑOS	Responsables y capaces de elección en sus relaciones con los chicos Maduras en sus sentimientos	Interés creciente por las muchachas

* Tomado de F. Dolto 1990 [La causa de los adolescentes. Ed. Six Barral Barcelona, España pp: 61-67]

El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años*

Tabla comparativa establecida a partir de las observaciones del Instituto Gesell en grupos de adolescentes norteamericanos

SALUD E HIGIENE
(sueño, apetito, cuidados corporales...)

10 AÑOS	Buena salud general y buen apetito. Diez horas de sueño de promedio. Los chicos se duermen más de prisa que las chicas. Pesadillas frecuentes. Hora de acostarse las 8.30. No les gusta lavarse.
11 AÑOS	Buena salud, infecciones ligeras, buen apetito. Nueve y media horas de sueño de promedio. El hecho de acostarse es más problemático que el de levantarse. Sueños largos. Hora de acostarse: Las 9. Se vuelve menos reticente al aseo.
12 AÑOS	Buena salud, dolores de cabeza y de estómago. Excelente apetito. Nueve y media horas de sueño de promedio. Menos pesadillas y menos sueños. Hora de acostarse: las 9. Inicio de coquetería en las chicas.
13 AÑOS	La salud sigue mejorando. Resfriados, fatiga, apetito desigual. Nueve horas de sueño de promedio. Los sueños agradables predominan sobre las pesadillas. Hora de acostarse: 9.30. Dedican más tiempo al aseo (cuidado especial del cabello).
14 AÑOS	Excelente salud, apetito considerable, algunas dificultades cutáneas. Nueve horas de sueño de promedio. Levantarse comienza a ser difícil. Hora de acostarse: 9.30-10. Los muchachos se lavan menos gustosamente que las chicas
15 AÑOS	Muy buena salud, problemas cutáneos, buen apetito, algunos prestan atención al régimen. Ocho y media horas de sueño de promedio Menos sueños, cuesta levantarse Hora de acostarse: 10-10.30. Cada vez más cuidado del cuerpo.
16 AÑOS	Excelente salud, mejora el color de la tez. Apetito variable según los individuos Ocho horas de sueño de promedio A menudo cuesta levantarse. Hora de acostarse: 10.30-11. Asumen sus responsabilidades en cuanto a la propiedad personal Los chicos se afeitan.

* Tomado de: F. Dolto 1990. *La causa de los adolescentes*. Ed Six Barral Barcelona, España. pp 61-67

El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años*

Tabla comparativa establecida a partir de las observaciones del Instituto Gesell en grupos de adolescentes norteamericanos

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO (tics, vestido, orden, actitud de servicio...)

10 AÑOS	Movimientos de la boca. Interesado, entusiasta, confiado, curioso, necesita diversión. Descuidado en el vestir, desordenado. Poco inclinado a prestar sus servicios.
11 AÑOS	Tics del rostro. Exageración de los movimientos Alegre, amistoso, activo, despierto. Tiene ideas firmes sobre el modo de vestirse. Evita las tareas de la casa.
12 AÑOS	Movimientos de las manos, exageración oral. Parlanchín, exuberante, muy activo. Rebuscamiento en el vestir, quiere tener un estilo. Se resigna a las tareas familiares
13 AÑOS	Mal humor, repliegue sobre sí mismo Más tranquilo, a veces triste. Actitud algo negativa, menos comunicativo. Interés por el aspecto. Más cuidadoso (sobre todo ellas). Más servicial.
14 AÑOS	Se vuelve excitable o irritable. De nuevo más sociable y más enérgico Gran interés por el vestir y por la propia apariencia Ayudar en casa es menos problemático que antes.
15 AÑOS	Movimientos de los dedos Descargas verbales Apático, indiferente, replegado en sí mismo Progreso en el orden y el cuidado de la ropa. Las tareas familiares son consideradas como un hecho consumado.
16 AÑOS	Disminución de la tensión general. Tranquilo, distendido, más suelto. Responsable en el cuidado de su ropa y el orden de su habitación

* Tomado de: F. Dolto, 1990 *La causa de los adolescentes*, Ed Six Baural Barcelona España pp: 61-67

El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años

Tabla comparativa establecida a partir de las observaciones del Instituto Gesell en grupos de adolescentes norteamericanos

EMOTIVIDAD

(expresión de los sentimientos, inquietudes...)

10 AÑOS	Desenvuelto y alegre en general, de humor uniforme, una de las edades más felices. Llora poco, origen principal de las lágrimas: la cólera. Miedos, temor a la oscuridad. Poco competitivo.
11 AÑOS	Sensible, le gusta afirmarse, cambios del humor, ataques de irritación y agresividad, necesidad de discutir. Inquieto y temeroso, miedo a los animales, a la oscuridad, a los lugares elevados. Espíritu de competición y de venganza Llantos frecuentes: cólera, decepción.
12 AÑOS	Equilibrado y expansivo, mejor control de sí mismo, sentido del humor. Menos llantos, más fácilmente triste. Menos inquietudes, preocupaciones sociales, miedo a la noche, a las serpientes, a la muchedumbre... Menos agresivo.
13 AÑOS	Replegado sobre sí mismo e interiorizado. Más reflexivo, afición al secreto. La edad menos feliz. Se decepciona y es herido fácilmente. Se hunde en depresiones. Menos temores. Inquietudes con el trabajo escolar. Miedos sociales. Quiere triunfar.
14 AÑOS	Expansivo y exuberante, extravertido, sentido del humor. Más alegre, piques, malos humores. La escuela, los acontecimientos mundiales, su propio aspecto son las principales causas de preocupaciones. Espíritu de competición, deseo de hacer bien las cosas.
15 AÑOS	Inestable y apático, crítico, vida emocional compleja. Trata de disimular sus sentimientos. Miedos sociales. Búsqueda de la popularidad y de la libertad. Orgulloso de sus propias opiniones
16 AÑOS	Amistoso y bien adaptado. Más positivo y tolerante. Inquietudes respecto del futuro Preocupado por su aspecto Búsqueda del éxito social.

* Tomado de F. Dolto, 1990 *La causa de los adolescentes*. Ed. Six Barral, Barcelona, España. pp: 61-67

El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años*

Tabla comparativa establecida a partir de las observaciones del Instituto Gesell en grupos de adolescentes norteamericanos

AFIRMACIÓN DE LA PERSONALIDAD (búsqueda de sí mismo, deseos, intereses...)

10 AÑOS	No se preocupa mucho de sí mismo. Arraigado en el presente, proyectos futuros bastante imprecisos. Deseos de posesiones materiales. Le gustan las actividades al exterior.
11 AÑOS	Búsqueda de sí mismo, opositorista se encuentra a menudo en conflicto con los demás. No le gusta ser criticado. Comienza a tener ideas sobre su vida futura. Deseos de posesiones materiales. Afección a coleccionar.
12 AÑOS	Búsqueda de sí mismo, tratando de ganarse la aprobación de los demás. Se considera más objetivamente. Deseos de posesiones materiales. Proyectos más realistas y más precisos. Interés por la naturaleza.
13 AÑOS	Búsqueda del yo en sí mismo. Vida interior importante. Le gusta estar solo. Impaciente por crecer. Interés por su carrera y por el matrimonio. Desea la paz y felicidad de los demás. Manías individuales, le gusta el deporte.
14 AÑOS	Búsqueda de sí mismo, comparando su yo al de los demás. Ansioso de ser amado, desco de independencia. Impaciente por crecer. Desea un mundo mejor. Intereses sociales y actividades sociales más equilibrados.
15 AÑOS	Se interesa en lo que lo distingue de los demás Deseo de felicidad personal Los gustos y los intereses individuales se concretan.
16 AÑOS	Sentido del yo, independiente Confianza en sí mismo. Estado de equilibrio y seguridad. Deseos de felicidad, éxito y progreso personal

* Tomado de: F. Dolto 1990 La causa de los adolescentes Ed. Six Barral, Barcelona, España, pp: 61-67

El Crecimiento y el Comportamiento de los 10 a los 16 Años*

Tabla comparativa establecida a partir de las observaciones del Instituto Gesell en grupos de adolescentes norteamericanos

RÉLACIONES SOCIALES

(padres, hermanos, hermanas, amigos...)

<p>10 AÑOS</p>	<p>Muy unido a sus padres, afectuoso y muy expresivo. Le gusta participar en las actividades familiares. Disputas con hermanos y hermanas. Las chicas tienen relaciones complejas e intensas con una o varias amigas íntimas. Los muchachos evolucionan dentro de los grupos.</p>
<p>11 AÑOS</p>	<p>Tendencia a resistir a sus padres. Perturba la vida familiar, pero le gustan las actividades en familia. Combativo con relación a sus hermanos y hermanas. Relaciones afectivas intensas y complicadas entre las chicas. Los muchachos funcionan en bandas.</p>
<p>12 AÑOS</p>	<p>Pleno de simpatía por la madre, se siente próximo del padre. Ama la familia y sus actividades, pero comienza a buscar la compañía de los amigos fuera del hogar. Mejoran las relaciones con los hermanos y hermanas Chicos y chicas se mezclan cada vez más.</p>
<p>13 AÑOS</p>	<p>Más próximo y menos confiado en sus relaciones con los padres. Se retira apreciablemente de las actividades familiares. Buenas relaciones con los hermanos y hermanas (sobre todo con los de más edad o los mucho más jóvenes). Los chicos son menos sociables que a los 12 años, las muchachas tienen tendencia a codearse con chicos de más edad.</p>
<p>14 AÑOS</p>	<p>Crítica a sus padres. A menudo incomodado por su familia, siente la necesidad de romper los puentes y afirmar su independencia. Dificultades con los hermanos y hermanas de edad parecida. Formación de grupos y de amistades basados en intereses comunes. Las muchachas se interesan cada vez más en los chicos que éstos en ellas.</p>
<p>15 AÑOS</p>	<p>Se aleja de sus padres, cuyas demostraciones afectuosas le cuestan aceptar. Encuentra sus principales satisfacciones sociales con sus amigos y en actividades exteriores. Mejoran las relaciones con hermanos y hermanas. Grupos mixtos donde se desarrollan relaciones y amistades privilegiadas</p>
<p>16 AÑOS</p>	<p>Mejores relaciones con la familia, pero prefieren la compañía de los amigos a la de los padres. Protector con los hermanos y hermanas más jóvenes, y buen entendimiento con los mayores que él. Considera a sus amigos como un factor muy importante en su vida.</p>

* Tomado de F. Dolto, 1990. *La causa de los adolescentes*. Ed. Six Barral. Barcelona, España pp 61-67

Anexo 2

Cuestionario

Datos Sociodemográficos.

1. ¿Eres?

0. Mujer 1. Hombre

2. ¿Cuántos años tienes?

_____ Años

3. ¿La mayor parte del año pasado fuiste estudiante de tiempo completo o de medio tiempo?

- 1 No fui estudiante el año pasado
 2 Fui estudiante de medio tiempo
 3 Fui estudiante de tiempo completo

4. ¿Durante la mayor parte del año pasado trabajaste recibiendo sueldo?

- 1 No trabajé
 2 Trabajé medio tiempo (4 horas)
 3 Trabajé tiempo completo (8 horas)

Drogas

5. ¿Has usado alguna vez en tu vida marihuana o (Hashish)?

0. No 1. Si

6. ¿Has usado alguna vez en tu vida anfetaminas (píldoras para elevarse, pastillas para quitar el sueño, para la dieta, redotex, pastas, aceleradores), sin que un médico te lo indicara?
() 0. No () 1. Si
7. ¿Has usado cocaína, o alguno de sus derivados, alguna vez en la vida?
() 0. No () 1. Si
8. ¿Has usado alguna vez en tu vida alucinógenos como LSD, mezcalina, hongos, peyote, psilocibina, PCP o algunos otros conocidos en tu localidad?
() 0. No () 1. Si
9. ¿Has aspirado o inhalado alguna vez en tu vida sustancias para elevarte (pegamento, sprays en aerosol, thinner u otros gases)?
() 0. No () 1. Si
10. ¿Has usado alguna vez en tu vida tranquilizantes (librium, valium, million), sin que un médico te lo indicara?
() 0. No () 1. Si
11. ¿Has usado alguna vez en tu vida sedantes (barbitúricos, ecuanil, mandrax), sin que un médico te lo indicara?
() 0. No () 1. Si
12. ¿Has fumado opio alguna vez en tu vida?
() 0. No () 1. Si
13. ¿Has usado alguna vez en tu vida heroína (arpón)?
() 0. No () 1. Si
14. ¿Has usado alguna vez en tu vida otros opiáceos (metadona, morfina, codeína, demerol, pergonil), sin que un médico te lo indicara?
() 0. No () 1. Si

15. ¿Sabes si alguna de estas personas, ha usado algún tipo de droga, que no sea alcohol ni tabaco? (puedes marcar más de una opción)

Tu padre () 0. No () 1. Si

Tu madre () 0. No () 1. Si

Tu hermano (a) () 0. No () 1. Si

16. ¿Conoces compañeros que usen drogas (que no sean bebidas alcohólicas ni tabaco) dentro de la escuela?

() 0. No () 1. Si

Bebidas Alcohólicas.

17. ¿Alguna vez en tu vida has tomado alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino y licor? (no importa si sólo tomaste una copita)

() 0. No () 1. Si

18. ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas debido a que consume bebidas alcohólicas?

() 0. No () 1. Si

Conducta Antisocial.

¿Has realizado las siguientes actividades en los últimos 12 meses?

19. Tomar un auto sin permiso del dueño

() 0. No () 1. Si

20. Golpear o dañar (a propósito) algo que no te pertenece

() 0. No () 1. Si

21. Vender marihuana o hashish

() 0. No () 1. Si

22. Tomar dinero o cosas con valor de \$25,000 o menos que no te pertenecen
() 0. No () 1. Si
23. Tomar dinero o cosas con valor de \$25,000 o más que no te pertenecen
() 0. No () 1. Si
24. Golpear o herir a alguien a propósito. Sin contar los pleitos o discusiones con tus hermanos
() 0. No () 1. Si
25. Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa
() 0. No () 1. Si
26. Vender otras drogas que no sea marihuana o hashish
() 0. No () 1. Si
27. Tomar parte en riñas
() 0. No () 1. Si
28. Prender fuego a propósito a objetos que pertenecen a otra persona
() 0. No () 1. Si
29. Golpear a algún maestro o entrenador
() 0. No () 1. Si
30. Tomar alguna mercancía de una tienda sin pagarla
() 0. No () 1. Si
31. Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona
() 0. No () 1. Si

Victimización Sexual.

32. ¿Alguna vez alguien te ha forzado o presionado a tener un contacto sexual?, es decir, ¿te han tocado tus partes sexuales o has tocado las partes sexuales de otra persona o tenido relaciones sexuales con alguien contra tu voluntad?
() 0. No () 1. Si

Síntomas de Depresión (CES-D).

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada afirmación y encierra en un círculo el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así la última semana

Durante la semana pasada:

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Número de días			
33. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
34. No tenía hambre, no tenía apetito	0	1-2	3-4	5-7
35. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
36. Sentía que era tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
37. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
38. Me sentí deprimido (a)	0	1-2	3-4	5-7
39. Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	0	1-2	3-4	5-7
40. Veía el futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
41. Pensé que mi vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
42. Tenía miedo	0	1-2	3-4	5-7
43. Dormí sin descansar	0	1-2	3-4	5-7
44. Estaba feliz	0	1-2	3-4	5-7
45. Platicué menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
46. Me sentí solo (a)	0	1-2	3-4	5-7
47. Sentí que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
48. Disfruté de la vida	0	1-2	3-4	5-7
49. Lloraba a ratos	0	1-2	3-4	5-7
50. Me sentía triste	0	1-2	3-4	5-7
51. Sentía que no le caía bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
52. No podía "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7

Escala de Autoestima.

Por favor indica que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes oraciones marcando el paréntesis adecuado

	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
53. Siento que soy una persona que vale, al menos igual que los demás	()	()	()	()
54. Siento que tengo un número de buenas cualidades	()	()	()	()
55. En general me inclino a pensar que soy un fracaso	()	()	()	()
56. Soy capaz de hacer las cosas como casi toda la gente	()	()	()	()
57. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso	()	()	()	()
58. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	()	()	()	()
59. En general estoy satisfecho conmigo mismo	()	()	()	()
60. Desearía poder tener más respeto por mí mismo	()	()	()	()
61. Ciertamente a veces me siento inútil	()	()	()	()
62. A veces pienso que no soy bueno para nada	()	()	()	()

Rendimiento Escolar.

63. ¿Has interrumpido tus estudios durante 6 meses o más?

() 0. No () 1. Sí

64. En general, Cómo consideras tu desempeño en la escuela?

- () 0 Malo
- () 1 Regular
- () 2 Bueno
- () 3 Muy bueno

Información General del Estudiante.

65. ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia?

- () 1 Nunca ha ido a la escuela y no sabe leer y escribir
- () 2 Nunca ha ido a la escuela, pero sabe leer y escribir
- () 3 Primaria incompleta
- () 4 Primaria completa
- () 5 Secundaria incompleta
- () 6 Secundaria completa
- () 7 Estudios comerciales, administrativos o técnicos (secretaria, auxiliar administrativo, etc.)
- () 8 Preparatoria, C. C. H., Vocacional, C. B., etc.
- () 9 Lic. en Educación Primaria (Normalista o Maestro)
- () 10 Carrera universitaria

66. El lugar donde has vivido la mayor parte de tu vida, (cra) o es:

- () 1 Una gran urbe
- () 2 una ciudad mediana
- () 3 Una ciudad pequeña
- () 4 Un poblado
- () 5 Una ranchería

67. ¿Tienes algún familiar que se haya ido a vivir o a trabajar a los Estados Unidos de Norteamérica?

- () 0. No
- () 1. Si

Anexo 3

Pruebas de Significancia para las Comparaciones Univariadas²⁸

Variable	Robos y Violencia	Actos Graves
Sexo	$\chi^2 = 34.975, gl = 1^*$	$\chi^2 = 13.811, gl = 1^*$
Edad	$\chi^2 = 7.728, gl = 1^{**}$	$\chi^2 = 5.507, gl = 1^{***}$
¿Estudió Tiempo Completo?	$\chi^2 = 7.256, gl = 1^{**}$	$\chi^2 = 0.817, gl = 1$
¿Trabajó Tiempo Completo o Medio Tiempo?	$\chi^2 = 0.000, gl = 1$	$\chi^2 = 1.962, gl = 1$
¿Fue Obligado a Contacto Sexual?	$\chi^2 = 49.496, gl = 1^*$	$\chi^2 = 0.810, gl = 1$
Depresión (CES-D)	$t = -12.057, gl = 1953.299^*$	$t = -3.584, gl = 88.442^{**}$
Autoestima	$t = -3.824, gl = 1895.072^*$	$t = .012, gl = 90.633$
Tener un Familiar en E. U.	$\chi^2 = 52.804, gl = 1^*$	$\chi^2 = 5.164, gl = 1^{***}$
Interrumpir sus Estudios 6 Meses o Más	$\chi^2 = 15.925, gl = 1^*$	$\chi^2 = 14.205, gl = 1^*$
Desempeño Escolar Autopercebido	$\chi^2 = 58.088, gl = 3^*$	$\chi^2 = 8.369, gl = 3^{***}$
Uso de Drogas	$\chi^2 = 55.764, gl = 1^*$	$\chi^2 = 54.363, gl = 1^*$
Familiar que Consume Drogas	$\chi^2 = 18.097, gl = 1^*$	$\chi^2 = 5.549, gl = 1^{***}$
Tener Amigos que Consumen Drogas	$\chi^2 = 74.923, gl = 1^*$	$\chi^2 = 22.371, gl = 1^*$
Escolaridad del Jefe de Familia	$\chi^2 = 30.737, gl = 1^*$	$\chi^2 = 1.064, gl = 1$
Tipo de Población en que Ha Vivido la Mayor Parte de Su Vida	$\chi^2 = 26.665, gl = 1^*$	$\chi^2 = 5.271, gl = 1^{***}$
Uso de Alcohol	$\chi^2 = 209.333, gl = 1^*$	$\chi^2 = 15.975, gl = 1^*$
Presencia de Familiares con Problemas por Usar Alcohol	$\chi^2 = 98.273, gl = 1^*$	$\chi^2 = 1.936, gl = 1$

* $p < .001$ ** $p < .01$ *** $p < .05$

²⁸ Las pruebas estadísticas se hicieron con la submuestra seleccionada al azar para controlar la tendencia a obtener diferencias significativas artificiales con muestras excesivamente pequeñas.