



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EL CONSUMO DE COCAINA EN LOS ADOLESCENTES Y
SU RELACION CON EL AMBIENTE FAMILIAR, EL GRUPO
DE PARES Y LA AUTOESTIMA”

T E S I S

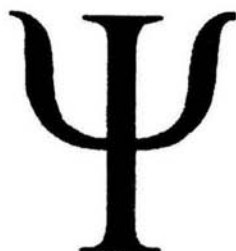
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

NANCY GIGLIOLA AMADOR BUENABAD

MAYA ISELDA CAVERO ALVARADO



DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. JORGE AMETH VILLATORO VELAZQUEZ

MEXICO, D.F.

DICIEMBRE DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo, agradecemos el apoyo brindado por el
CONACYT,
a través del Proyecto Número
42092-H
al Instituto Nacional de Psiquiatría,
División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales,
a través del Proyecto Número 4316N.

Agradecemos de manera especial al Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velázquez,
por su apoyo, paciencia y dedicación en la realización de este proyecto, así
como por su entusiasmo y capacidad para compartir sus conocimientos.

Asimismo agradecemos a la Mtra. Blanca Girón por su valiosa dedicación,
observaciones y tiempo dedicado a la revisión y realización de este trabajo.
Al Mtro. Alberto Córdova, a la Dra. Ma. Elena Medina-Mora y a la Lic. Leticia
Echeverría, por sus oportunos comentarios y dedicación.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo intelectual.

NOMBRE: Nancy Gigliola Amador
Buenabad

FECHA: 29 Noviembre 2004

FIRMA: 

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Señor, sin tu guía este logro jamás se hubiera materializado, es por ello que deseo agradecerte Dios por haberte conocido en este camino y porque desde entonces, jamás me has abandonado. Gracias por todo lo que me has dado y por hacer realidad nuestras oraciones.

Te dedico de manera muy especial esta TESIS, a ti Mamá, pues es la realización de tus sueños y los míos. Gracias por luchar por y para mí (nosotros). Gracias por tus incansables esfuerzos para sacarnos adelante, ¡Lo lograste!, siéntete orgullosa del trabajo que has hecho como Madre, porque yo lo estoy de ti y de la persona que formaste. Gracias por tu amor incondicional, confianza, dedicación y comprensión, por siempre estar a mi lado.

Para mi pequeña Yael, quien llegó a revolucionar mi vida para darle sentido. Por ser la principal razón y motivación para concluir este proyecto.

Para Ameth, con todo mi amor y agradecimiento, por tu apoyo incondicional, por darme la oportunidad de pasar tiempo al lado de nuestra hija y culminar este trabajo. Gracias por tu amor y confianza, pero sobre todo por tu inmensa paciencia y nobleza; por impulsarme cada día para ser mejor y por permitirme aprender de ti.

A mis hermanos Yesenia y Rodrigo, a quienes adoro con todo mi corazón, gracias por su amor y por estar conmigo.

A mi Papá, por tu amor, por darme lo mejor de ti y por que sé que siempre me llevas en tu corazón como yo a ti.

A Paty Bermúdez, pues eres un ser particularmente significativo en mi vida. Por ser mi Ángel durante estos últimos cinco años de mi vida. Por confiar totalmente en mí, por formarme profesionalmente; pero más aún, por brindarme tu amistad, por escucharme y por tus siempre oportunas palabras...y por supuesto, por todo aquello que compartimos juntas.

Quiero agradecer de manera particular a mis Tíos Paty y Raúl, y a mis primos Pamela y Pablo, por su apoyo y cariño, así como por el amor con que cuidaron de Yael durante la realización de este proyecto.

Con mucho amor a mis dos ángeles e incondicionales amigos Olguita C. y Héctor O. quienes han sido muy pacientes y quienes siempre están conmigo.

Finalmente, muchas gracias Maya por tu confianza, paciencia, cariño y apoyo incondicional en esta larga travesía. Gracias por no desistir. ¡Lo logramos, amiga!

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
1. Consideraciones sobre la cocaína	7
1.1 Origen	7
1.2 Historia	8
1.3 Uso y abuso de la cocaína	10
1.4 Efectos farmacológicos y daños a la salud	13
2. Modelos conceptuales que explican el uso de drogas.	18
2.1 Modelo de Oetting y et al.	18
2.2 Modelo de Catalano y Hawkins, et al.	21
2.3 Enfoque de Riesgo – Protección	23
2.4 La Familia, la autoestima y el grupo de pares en el contexto del consumo de drogas	26
3. Panorama del consumo de drogas en México.	33
3.1 Encuestas Nacionales de Adicciones.	33
3.2 Encuestas de Estudiantes.	35
3.3 Otros estados.	37
3.4 Tendencias de consumo de cocaína en adolescentes.	39
3.5 Factores asociados al consumo.	41
4. Metodología	47
4.1 Objetivos	47
4.2 Hipótesis Conceptual	47
4.3 Variables	47
4.3.1 Definición conceptual de variables	47
❖ Variables dependientes	
❖ Variables independientes	
❖ Variables sociodemográficas	
4.3.2 Definición operacional de variables	49
❖ Variables dependientes	
❖ Variables independientes	
❖ Variables sociodemográficas	
4.4 Población y muestra	49
4.5 Instrumento	50
4.6 Procedimiento	52
4.7 Propuesta para el análisis de resultados.	53
5. Resultados	54
6. Discusión y Conclusiones	61
7. Bibliografía	67
Anexos	74

RESUMEN

El problema del consumo de drogas se ha acrecentado en los últimos años, observándose un cambio en la preferencia del uso. De manera particular, la cocaína ha mostrado un incremento significativo en la última década (1.6% a 5.2%), colocándose entre las tres principales drogas de consumo (marihuana, cocaína e inhalables). Dicha situación preocupa a padres de familia y autoridades educativas y de salud; ya que al ser un estimulante del sistema nervioso central, sus efectos adictivos repercuten directamente en la salud física y mental de los adolescentes, lo que favorece en mayor medida la **deserción escolar** y deteriora las relaciones del individuo con su entorno.

Ante esta problemática, la investigación epidemiológica ha generado modelos que explican el consumo de drogas, coincidiendo primordialmente en el papel de la familia, la autoestima y el grupo de pares, lo cual ha permitido identificar tanto factores de riesgo como de protección, para crear estrategias de intervención que reduzcan y fortalezcan sus efectos en la persona y la sociedad.

Bajo este contexto *el objetivo* del presente estudio es conocer la relación que guarda el apoyo familiar, la autoestima de los adolescentes y la influencia de los pares para que se inicien en el consumo de cocaína.

Método

La muestra se extrajo a partir de los registros oficiales de la SEP de las escuelas públicas y privadas de enseñanza media y media superior, la selección fue de forma aleatoria en las 16 delegaciones políticas en el Distrito Federal.

El diseño de la muestra fue estratificado, bieptático y por conglomerados (grupos), en el cual, la variable de estratificación es el tipo de escuela: secundarias bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa la constituyó las escuelas y en la segunda, el grupo escolar al interior de éstas.

Participaron 348 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. Sólo dos escuelas secundarias de las seleccionadas no quisieron participar.

Resultados

En general el nivel de apoyo percibido por los estudiantes es medio y las puntuaciones en estas escalas son mayores que en las de comunicación. En cuanto a hostilidad y rechazo, los adolescentes reportan que es bajo el nivel que se presenta en sus familias. En cuanto a la autoestima se encontraron menores niveles en los grupos de consumidores de cocaína y de otras drogas, siendo el grupo de las mujeres el más afectado.

Por último la relación con el grupo de pares indica que el consumo se favorece cuando este grupo presenta conductas antisociales.

Conclusiones

De acuerdo a los hallazgos expuestos con anterioridad, se concluye que la familia, el grupo de pares y la autoestima, están vinculados al consumo de drogas y cocaína. Evidenciar la importancia de ambos padres en la formación de la autoestima de los hijos, el fortalecer los vínculos de la familia, así como su influencia en el establecimiento de relaciones positivas con los amigos, reduce las posibilidades de involucrarse en el consumo de drogas y otras conductas antisociales.

Finalmente es necesario enfatizar la importancia de que en la escuela y la familia se realicen intervenciones preventivas desde la niñez. Estas acciones tienen que estar basadas en evidencias científicas para incidir directamente en aquellos factores de riesgo que están vinculados significativamente con el consumo de drogas.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas y los problemas asociados en nuestra sociedad, constituyen actualmente, uno de los principales problemas de salud pública.

El uso de drogas es un fenómeno global. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas es difícil encontrar un país en el que no se observe, a pesar de que las características del consumo varían en cada nación (ONU, 2000)

La Organización de las Naciones Unidas estima que alrededor del 4.3 % de la población mundial mayor de 15 años consume drogas actualmente. Esto significa que cerca de 185 millones de personas en todo el mundo son usuarias de drogas (CONADIC, Comunicado Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, 2004).

La globalización ha traído como consecuencia un proceso creciente de diversificación del escenario de los estupefacientes, así como de las rutas y mecanismos de ingreso a los países.

Los índices de abuso en cada país muestran variaciones en la extensión y el tipo de sustancias utilizadas, de acuerdo con estadísticas de demanda de tratamiento: en las Américas prevalece el abuso de cocaína.

En la última década se han registrado progresos muy importantes en materia de educación para la salud y atención remedial de las principales drogas que generan los problemas sociales y de salud más graves: la cocaína y la heroína; sustancias a las que se les atribuye en el plano mundial la mayor parte de la demanda de tratamiento, la hospitalización, las sobredosis, la mortalidad, la violencia y la participación de la delincuencia organizada.

El abuso de drogas en los años noventa continuó extendiéndose, particularmente en los países localizados en las principales vías de tráfico de drogas (ONU, 2000). Esta tendencia internacional se observa también en México, que ha dejado de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país consumidor, con altos índices de narcomenudeo, especialmente entre niños y adolescentes.

El perfil de salud en México ha mostrado modificaciones favorables, sin embargo, la transición que se experimenta está caracterizada por un traslape entre dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes; entre estos últimos nos encontramos con el advenimiento cada vez mayor de la farmacodependencia (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2002).

A nivel nacional la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) reporta que la droga de mayor consumo es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en la vida, una razón de 7.7 hombres consumidores por cada mujer consumidora.

La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.23% de la población la ha usado. En tanto las drogas con un mayor número de usuarios fuertes son la cocaína, la heroína y los estimulantes tipo anfetamínico.

Como es bien sabido el problema principal redonda en el involucramiento cada vez mayor de los niños, mujeres y jóvenes en la experimentación de drogas, en el país 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas alguna vez (ENA, 2002). Encuestas realizadas con estudiantes de diversos estados de la República indican que el alcohol y el tabaco son las drogas de mayor consumo entre la población adolescente, situación preocupante ya que estudios recientes señalan que el tabaco es la principal droga con la que se inicia el consumo, lo cual incrementa las probabilidades de usar otras drogas como la marihuana y la cocaína (Villatoro, Medina-Mora, Medina-Mora, Fleiz, Amador y Bermudez, 2004, Medina-Mora, Peña- Corona, Cravioto, Villatoro, Kuri, 2002).

Con respecto al consumo de drogas ilegales, entre los adolescentes se registra un aumento del consumo de cocaína, metanfetaminas y heroína, aunque la droga de mayor consumo sigue siendo la marihuana.

Particularmente la cocaína ha mostrado un incremento en los últimos 10 años en los que se ha quintuplicado la proporción de adolescentes que han experimentado con ella (de 1% en 1991 a 5.2% en el 2000) (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, Jasso, Alcántar, Bermúdez, Castro, Blanco, 2001). De manera general las Encuestas Nacionales de Adicciones también muestran incrementos significativos en el uso de esta droga de 0.33% en 1988 a 1.44% en el 2000.

Esta problemática también se refleja en la población de usuarios que solicitan atención o que han tenido problemas legales asociados a su consumo; en el Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad de México (SRID), se ha visto un incremento del número de usuarios de drogas que prefieren ahora consumir esta sustancia, que aumentó del 4% de los casos, en 1986, al 39%, en 1997 y 69.2% en 2003, ocupando el primer lugar de consumo de acuerdo a esta fuente de información (Medina- Mora, 2001).

Asimismo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y estudios realizados en población estudiantil indican que las preferencias de consumo han cambiado, actualmente la marihuana (5.8%) y la cocaína (5.2%) son las drogas de mayor consumo, observándose mayores prevalencias entre los hombres que en las mujeres, así como el uso de nuevas formas de cocaína como el crack, forma más adictiva y dirigida al mercado de menores recursos (Medina-Mora, 2001).

Resultado de este panorama es que tanto a nivel nacional como regional el sector salud y educativo han enfatizado que aunque el problema no es exclusivo de los jóvenes, en términos de políticas públicas, la juventud y la niñez se ubican como ámbitos fundamentales de sus esfuerzos preventivos; incluyendo dentro de sus abordajes a quienes son responsables de su formación, padres de familia y maestros, así como a líderes comunitarios y grupos de pares. La prioridad de invertir en acciones preventivas ha resultado de la experiencia que ha demostrado que los trastornos asociados a la farmacodependencia son, en su mayoría, de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal; con lo cual las enfermedades relacionadas con la drogadicción dan lugar al deterioro de la calidad de vida de los sujetos y a la pérdida de años potenciales de vida saludable, lo cual necesariamente se traduce en un elevado costo social y económico. (CONADIC, Comunicado Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, 2004).

Para el presente trabajo, se plantea conocer de qué forma y en qué medida la influencia de familia, del grupo de pares y de la autoestima predicen el uso de cocaína entre los estudiantes de educación media y media superior.

Los objetivos específicos en los que se concentrará el estudio son los siguientes:

1. Establecer la relación que existe entre el consumo de cocaína y el ser hombre o mujer.
2. Establecer la relación que guarda el apoyo familiar y el consumo de cocaína en adolescentes.
3. Establecer la relación que existe entre la autoestima y el consumo de cocaína en adolescentes.
4. Establecer la relación que existe entre la influencia de los pares y el consumo de la cocaína en adolescentes.

Todos ellos permitirán conocer perfiles específicos de cada una de las variables, para distinguir a los alumnos consumidores de los no consumidores, identificando de esta forma los factores de riesgo y de protección que distinguen a unos y a otros, lo cual redundará en la generación de nuevas líneas de investigación así como en la emisión de recomendaciones que

pueden ser de utilidad a los programas educativos y de promoción de la salud que se desarrollan en la Secretaría de Educación Pública (SEP) con la comunidad escolar, y así fortalecer el papel protector que la escuela otorga a los adolescentes.

CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES SOBRE LA COCAÍNA

En este capítulo conoceremos el origen e historia de la cocaína, así como sus mecanismos de acción; además de las repercusiones a la salud que trae consigo el uso y abuso.

1.1 Origen

La cocaína es el principal alcaloide de las hojas del *Erythroxylon coca*, arbusto de la familia de las eritroxiláceas, originario de la zona de los Andes (Colombia, Ecuador, Chile, Argentina, Perú, Bolivia) que crece fundamentalmente en las regiones cálidas y húmedas, sobre todo en Perú, Bolivia, Brasil y Chile; también crece espontáneamente en Nueva Granada, Argentina, Antillas e Isla de Java (introducida por los colonos holandeses) entre otras regiones.

El arbusto de la coca es una planta leñosa de color pardo-rojizo que alcanza unos 120 – 160 cm de altura, con hojas verdes, flores blancas y frutos rojizos. Las hojas tienen forma oval lanceolada, con el borde entero, de unos 4 a 8 cm de largo por 2 a 4 cm de ancho. Son de color verde intenso en el haz y mate en el envés, lo más característico son las dos líneas a cada lado del nervio central y que confluyen en el ápice.



Arbusto de la Coca

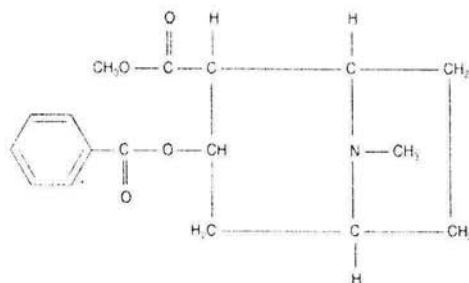
El cultivo de la hoja de coca resulta rentable, ya que a partir de los tres-cinco años de su plantación, y en condiciones favorables, un arbusto puede dar entre 3 y 4 cosechas al año durante 30 ó 40 años.

Tras la recolección, las hojas son desecadas por medio de calor artificial, controlando la temperatura (la excesiva temperatura o la desecación al sol disminuyen el contenido en alcaloides). Para evitar las alteraciones en el contenido de principios activos, se almacenan en lugares secos en cajas de hojalata.

El contenido en cocaína de las hojas secas de coca es variable según las zonas de cultivo, entre 5 y 12 g por Kg. de hojas. Se calcula que de una hectárea de coca se pueden obtener hasta 250 Kg. de hojas, 1.250 gramos de pasta de coca y 500 gramos de clorhidrato de cocaína.

Los dos países más importantes en el cultivo son Perú y Bolivia, el procesamiento de la pasta de coca se realiza fundamentalmente en Colombia y Ecuador, desde donde se exporta a los países consumidores, principalmente en América del Norte y Europa.

A partir del extracto crudo de la hoja se obtiene el producto purificado, clorhidrato de cocaína, cuya fórmula química es la siguiente:



Estructura de la Cocaína

1.2 Historia

Ya desde los tiempos prehispánicos, los nativos del Perú cultivaban la coca esto se remonta a 5000 años a. de C. y parece ser que los conquistadores incas aprendieron de los primitivos habitantes de esta zona la utilidad de mascar las hojas de coca como un recurso para luchar contra el hambre y la fatiga, convirtiéndola en su planta divina (Pasantes, 1997).

El nombre coca deriva de una palabra de pronunciación similar de origen aimará, cuyo significado sería "el árbol". Al parecer, el uso de la coca guarda relación con la leyenda de Manco Capac, el hijo del Sol, que descendió de los cielos sobre las aguas del lago Titicaca, para enseñar a los hombres las artes y la agricultura, y regalarles la coca.

En un primer momento, la categoría de planta sagrada restringió su uso a la nobleza inca y a la clase sacerdotal, y es posible, aunque está en discusión, que sólo antes de la llegada de los españoles su consumo se extendió al resto del pueblo para incrementar la productividad.

Con la dominación española se produjo primero un rechazo eclesiástico de la planta por considerarla proclive a favorecer las supersticiones de los indios.

Así, a mediados del siglo XVI, cuando su cultivo se hallaba en pleno apogeo, el segundo concilio de Lima (1577) prohibió expresamente su consumo por los indígenas. Estas disposiciones no fueron respetadas del todo, ya que afectaban los intereses de los propietarios españoles, dado que el trabajo forzado en las minas y plantaciones se solía pagar con hojas de coca.

De cualquier forma el consumo de coca se mantuvo entre los indígenas, hasta el punto de que la costumbre de masticar el "acullico", una pequeña bola formada por la mezcla de hojas de coca, cal y ceniza vegetal, ha perdurado hasta la actualidad en muchas regiones del antiguo imperio de los incas como remedio para la fatiga y el intenso frío de los Andes.

En España fue introducida por los conquistadores y utilizada, a finales del siglo XVI, como medicina y por su supuesta acción afrodisíaca, pero su uso no se difundió en esa época. La Iglesia Católica, en el ya citado Concilio de Lima, declaró el uso de la coca como "inútil, pernicioso y verdadero talismán del diablo" y prohibió la masticación bajo pena de excomunión, que fue conmutada después.

Desde entonces, el uso de la coca se limitó a las áreas de producción originales y su uso en Europa fue realmente escaso hasta el siglo XIX, cuando comenzaron las primeras investigaciones con fines científicos. Koller comenzó a utilizar cocaína como anestésico local en oftalmología, al comprobar sus propiedades vasoconstrictoras y anestésicas, lo comunicó en el congreso de su especialidad en Heidelberg, en 1844.

En 1855, Gaedecke extrajo el alcaloide eritroxilina de las hojas de coca, y en 1860, Niemann aisló por primera vez la sustancia que denominó cocaína. Hacia mediados del siglo XIX la coca se introdujo en Europa y posteriormente a Estados Unidos.

En 1863, un químico corso, Angelo Mariani, patentó una combinación de vino y extracto de coca (el vino Mariani) que pronto se convirtió en una de las bebidas más populares y se le atribuían "excelentes cualidades" (Pasantes, 1997).

A Von Anrep se deben los primeros estudios (hacia 1885) de las acciones farmacológicas de la cocaína. Los estudios Willstatter, en la primera década del siglo XX permitieron describir la estructura química de la cocaína.

En los años 1880 el célebre psicoanalista Sigmund Freud se hizo consumidor de cocaína, parece que por curiosidad científica y probablemente, según alguno de sus biógrafos como automedicación de sus depresiones y dolores debidos posiblemente a un cáncer. A Freud se deben también las primeras descripciones de los efectos tras la toma de la droga, ya que hizo una serie de experimentos sobre sí mismo en 1894, y mientras desarrollaba su trabajo en el Hospital de Viena se administraba cocaína anotando sus efectos: "Buen humor, acompañado de una sensación de seguridad, de posesión de sí mismo, de fuerza y de aumento de la capacidad para trabajar".

Además, la utilizó en la desintoxicación de alguno de sus pacientes morfinómanos. En su principal obra sobre la cocaína (Ubre coca), Freud aconseja su uso no sólo en el tratamiento de la depresión, sino del alcoholismo, de la adicción a morfina, del asma y de problemas gastrointestinales.

Freud utilizó cocaína para tratar la adicción a la morfina de su amigo Von Fleishl, después de haber leído artículos sobre los resultados favorables de este tratamiento en algunas publicaciones médicas. Los resultados obtenidos fueron catastróficos: Von Fleishl acabó no sólo adicto a la cocaína, sino que padeció el primer caso documentado de psicosis cocaínica.

Durante sus experiencias con cocaína, Freud observó que al aplicarla por vía oronasal producía insensibilidad en la lengua y la mucosa orofaríngea, preludeo de la utilización clínica como anestésico local (Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 1998).

1.3 Uso y Abuso de la cocaína

El uso médico de fármacos es con la finalidad de prevenir o dar tratamiento a alguna enfermedad en particular. El uso no médico (abuso) de fármacos, es difícil de establecer la razón de su consumo, aunque se conocen ciertos factores que llevan a él; tales como: la búsqueda de placer, el alivio de la tensión o el estrés, para escapar de una realidad agobiante, por presión social, etc.

El abuso de drogas puede entrar en el contexto de la adicción. El abuso de fármacos es el empleo voluntario o involuntario de sustancias que, no han sido prescritas por un médico, o que fueron prescritas por un médico pero se consumen dosis con una frecuencia mayor a la indicada, o la combinación de drogas con alcohol, o la auto administración de fármacos o, a la suspensión de un tratamiento antes de que el médico lo haya indicado, o a recetar sin ser médico.

Estos patrones de abuso de drogas pueden aplicarse a fármacos "legales" (aprobados por las autoridades médicas y gubernamentales), a drogas ilícitas, así como a drogas "suaves", como el café, el tabaco, el alcohol, el chocolate, el té, la marihuana e incluso la aspirina, o a drogas menos comunes, consideradas "duras", como opiáceos, cocaína estimulantes, etc.

Para cumplir con el objetivo de este trabajo únicamente explicaremos lo que sucede con el abuso de cocaína.

Resulta conveniente saber qué es la cocaína, para poder entender el uso y abuso de esta droga. La cocaína es considerada como un estimulante mayor, y representa una de las sustancias de abuso más frecuente junto con las anfetaminas, también estimulantes. Básicamente hay dos formas químicas de la cocaína (Figura 1): el clorhidrato de sal y los cristales de cocaína ("freebase"). El clorhidrato de sal, o la forma en polvo de la cocaína, se disuelve en el agua, y cuando se abusa, puede ser usada en forma intravenosa (en la vena) o intranasal (por la nariz). El "freebase" se refiere a un compuesto que no ha sido neutralizado por ácido para producir clorhidrato de sal. La forma "freebase" de la cocaína se puede fumar, de aquí se deriva la cocaína "crack", este término se refiere al sonido crujiente que se escucha cuando se fuma esta mezcla. La cocaína "crack" se procesa con amoníaco o bicarbonato de sodio y agua, y se la calienta para eliminar el clorhidrato. Dado que el "crack" se fuma, el usuario siente euforia en menos de diez segundos. Debido al efecto tan rápido, casi inmediato de euforia que produce esta droga, se hizo muy popular en los años ochenta. Otra razón para su popularidad es que no cuesta mucho procesarlo ni comprarlo. La duración del efecto de la cocaína es mucho más breve: su vida media es de aproximadamente 50 minutos, en comparación con la de las anfetaminas (Pasantes, 1997).

Las formas de abuso de cocaína son de gran interés toxicológico, ya que condicionan la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción a la droga (Tabla 1). Las principales maneras de usar la cocaína son por vía oral, nasal, intravenosa y fumándola. Al inhalar el polvo de cocaína a través de la nariz pasa directamente a la sangre a través de las membranas nasales. La inyección lleva la droga directamente a la sangre aumentando así su efecto.

Cuando se fuma se inhala el vapor o el humo a los pulmones, donde la sangre lo absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta. También se puede aplicar a las membranas mucosas. Algunos usuarios combinan el polvo de la cocaína o "crack" con heroína para crear un "speedball."

El uso de la cocaína fluctúa entre uso casual o uso repetitivo o compulsivo, con una gran variedad de estilos entre estos dos extremos. No existe una forma segura para usar la cocaína. Cualquier tipo de uso puede llevar a absorber cantidades tóxicas de cocaína, lo que puede causar severas emergencias cardiovasculares o cerebrales que pueden resultar en una muerte súbita. El uso continuo de la cocaína, en cualquier forma, puede causar adicción y otras consecuencias negativas a la salud.

Cuadro 1: Formas de Abuso

Tipo de sustancia	Concentración de cocaína	Vía admón. de	Porcentaje en plasma	Velocidad aparición de los efectos	Con. Máx. plasma	Duración efectos	Desarrollo Dependencia
Hojas de coca	0.5-1.5%	Mascado, infusión oral	20-30%	Lenta	60 min.	30-60 min.	NO
Clorhid. cocaína	12-75%	Tópica: ocular, genital intranasal	20-30%	Relativ. Rápida	5-10 min.	30-60 min.	SÍ, LARGO PLAZO
Clorhid. cocaína	12-75%	Parenteral: endovenosa, subcutánea, intramuscular	100%	Rápida	30-45 min.	10-20 min.	SÍ, CORTO PLAZO
Pasta de coca	40-85% (sulfato de cocaína)	Fumada	70-80%	Muy rápida	8-10 seg.	5-10 min.	SÍ, CORTO PLAZO
Cocaína base, crack	30-80% (alcaloide cocaína)	Inhalada	70-80%	Muy rápida	8-10 seg.	5-10 min.	SÍ, CORTO PLAZO

A continuación definiremos otros términos relacionados con el abuso de drogas, tales como, la dependencia física, la tolerancia, y el síndrome de abstinencia (o supresión) para facilitar su comprensión (Carlson, 1999).

Las drogas más adictivas son las que tienen unos efectos inmediatos. Las drogas que generan dependencia refuerzan la conducta de las personas. Las drogas adictivas tienen efectos reforzantes. Es decir, se activa el mecanismo del refuerzo.

Esta activación consolida la respuesta que acaba de ser realizada. Si la droga ha sido administrada por una vía rápida, por ejemplo una inyección o inhalación, la última respuesta realizada es el acto de administración de la droga, por lo que esta conducta se verá reforzada. Esta forma de refuerzo es muy potente e inmediata.

El refuerzo más potente se da cuando las drogas provocan cambios repentinos en la actividad del mecanismo de refuerzo; los cambios lentos son mucho menos reforzantes y la actividad continuada puede ser, incluso, aversiva.

En cuanto a la *dependencia*, se puede serlo sin ser adicto; muchos tratamientos neurológicos o psiquiátricos requieren de la administración continua de drogas a las que el individuo se hace dependiente, porque sin ellas las alteraciones reaparecerán (Carlson, 1999).

Se ha definido la dependencia a las drogas como un síndrome (conjunto de signos y síntomas) en el que el uso de una droga adquiere mayor importancia que otros actos que el sujeto valoraba más anteriormente.

No siempre la dependencia se acompaña de *tolerancia*, que es la disminución del efecto a una droga después de la administración repetida de la misma, o la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto, también como consecuencia de la administración continua del fármaco.

La *dependencia física* se refiere a un estado fisiológico alterado producido por la exposición repetida a una droga, que provoca la necesidad de continuar su administración, con el fin de prevenir la aparición de los signos del *síndrome de abstinencia*, los cuales dependen de la droga que se consuma (Brailowsky, 1999).

En el *síndrome de abstinencia* ya existen cambios biológicos en los que la droga se integra al funcionamiento normal del cerebro, también se habla de un estado de neuroadaptación, para referirse a la dependencia física de las drogas (Carlson, 1999).

1.4 Efectos farmacológicos y daños a la salud.

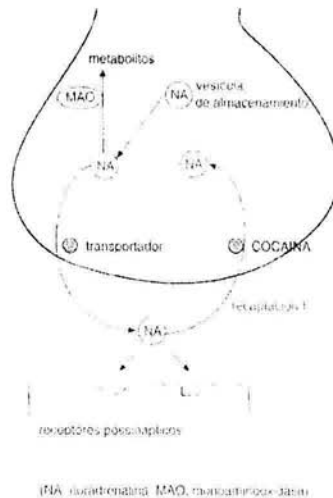
Independientemente del procedimiento de administración utilizado, cuando la cocaína llega al cerebro produce en el sujeto un notable cambio en su estado de ánimo, caracterizado por un estado eufórico.

Varios tipos de drogas estimulan el Sistema Nerviosa Central y por tanto activan la conducta. Debido a los efectos que algunas de estas drogas tienen en los sistemas de reforzamiento del cerebro, las personas tienden a abusar de ellas, de tal forma que cuando se estimulan ciertas regiones del cerebro se produce una sensación de placer. Uno de los sistemas neurales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región muy profunda del cerebro llamada el área ventral del tegmento (AVT). Las células nerviosas que se originan en la AVT se extienden a la región del cerebro conocida como "nucleus accumbens", una de las áreas claves del cerebro relacionada con el

placer. Por ejemplo, en estudios con animales, todo lo que produce placer, como el agua, la comida, el sexo, y muchas drogas adictivas, aumenta la actividad en el "nucleus accumbens".

Los investigadores han descubierto que cuando se está realizando un acto de placer, las neuronas en el AVT aumentan la cantidad de secreción de la dopamina en el "nucleus accumbens". En el proceso normal de comunicación, una neurona segrega dopamina dentro de la sinapsis (pequeña abertura entre dos neuronas), donde se liga con proteínas específicas (llamadas receptores de dopamina) en la neurona adyacente y por lo tanto envía una señal a esa neurona. Las drogas de abuso pueden interferir con este proceso normal de comunicación. Por ejemplo, los científicos han descubierto que la cocaína bloquea la eliminación de la dopamina de la sinapsis lo que causa una acumulación de la misma. Esta acumulación de dopamina causa una estimulación continua de las neuronas receptoras, lo que probablemente produce la euforia que reportan los usuarios de la cocaína (NIDA, 2002).

A nivel neuronal los efectos de la cocaína recientemente han sido objeto de numerosas investigaciones. De ellas se ha concluido que la cocaína actúa en las sinapsis que utilizan aminas biogénicas (dopamina, norepinefrina y serotonina [5-HT]), en particular, con un efecto inhibitorio muy potente sobre la recaptura de la dopamina, y en menor medida de la norepinefrina y la serotonina (Carlson, 1999).



Mecanismo de acción de la Cocaína

Los neurotransmisores, luego que han actuado para comunicar las neuronas, deben ser eliminados de su sitio de acción. Si esto ocurre, el neurotransmisor sigue actuando, lo que da como resultado una función sostenida de las sinapsis en las que actúa y, por ende, una hiperfunción de estas sinapsis. Esto ha dado lugar a que actualmente los investigadores estudien con detalle la estructura y las características de estos transportadores, con la idea de sintetizar compuestos que puedan competir con la cocaína, impidiendo su unión con el transportador, pero que después permitan que el transportador cumpla con su función natural de eliminar el neurotransmisor de la sinapsis.

Mediante los experimentos de administración en animales, se ha concluido que las sinapsis cuya función se altera por los efectos de la cocaína parecen estar localizadas en el sistema límbico. Estas estructuras están relacionadas con los centros del sueño, el apetito, y con aquellas funciones menos definidas y relacionadas con patrones emotivos como la autoestima, la capacidad de comunicación con los demás, o con funciones intelectuales, como la capacidad de concentración, de atención y de alerta. Además de estos circuitos, existe también un efecto en vías asociadas con el movimiento (Carlson, 1999).

Resulta interesante conocer cuáles son los mecanismos de acción de la cocaína dentro del sistema nervioso para poder desarrollar mejores tratamientos farmacológicos para la adicción a la cocaína.

Es importante señalar que el abuso de drogas tiene una connotación de desaprobación social, independientemente de la droga de que se trate o de la forma de consumo.

Efectos en la salud a corto plazo

Los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de su uso y desaparecen en cuestión de minutos u horas. Los que usan la cocaína en pequeñas cantidades (hasta 100 mg.) generalmente se sienten eufóricos, energéticos, conversadores y más alertos mentalmente, particularmente con relación a las sensaciones de la vista, el oído y el tacto. La cocaína también puede disminuir temporalmente los deseos de comer y dormir. Algunos usuarios sienten que la droga les ayuda a realizar algunas tareas físicas e intelectuales más rápido; sin embargo, a otros les produce el efecto opuesto.

La forma en que se administra la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia. Mientras más rápida es la absorción, más intensa es la sensación. Pero también, cuanto más rápida sea la absorción, menor es el tiempo que dura el efecto de la droga.

El efecto que produce la inhalación se demora en presentarse y puede durar de 15 a 30 minutos, mientras que el que se obtiene fumando, puede durar de 5 a 10 minutos.

Los efectos fisiológicos de corto plazo que produce la cocaína son: contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, y aumento en la temperatura corporal, en el ritmo cardíaco y en la tensión arterial. Si se usan cantidades mayores (varios cientos de miligramos o más) se intensifica el efecto en el usuario, pero también puede llevar a un comportamiento más extravagante, errático y violento. Estos usuarios pueden experimentar temores, vértigos, espasmos musculares, paranoia y, con dosis consecutivas, una reacción tóxica muy similar al envenenamiento por anfetamina.

Algunos usuarios reportan que se sienten intranquilos, irritables y sufren de ansiedad. En algunas ocasiones raras, la muerte súbita puede ocurrir cuando se usa la cocaína por primera vez o subsecuentemente sin avisar. Las muertes ocasionadas por la cocaína suelen ser ocasionadas por paros cardíacos o por convulsiones seguidas por un paro respiratorio (NIDA, 2002; Carlson, 1999; Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 1998). Al terminar su efecto, se produce una situación opuesta. Caracterizada por depresión, irritabilidad y cansancio. Para continuar un estado eufórico, el individuo requiere de sucesivas aplicaciones de la droga, en dosis cada vez mayores (tolerancia).

Efectos en la salud a largo plazo

Como ya se mencionó la cocaína es una droga extremadamente adictiva. Una vez que un individuo prueba la cocaína le es muy difícil predecir o controlar a que extremo continuará usándola. Se cree que los efectos adictivos y estimulantes de la cocaína son principalmente el resultado de su habilidad para impedir la reabsorción de la dopamina por las células nerviosas. El cerebro emite la dopamina como un sistema de gratificación, y la misma es directa o indirectamente relacionada a las propiedades de adicción de todas las principales drogas de abuso.

Se puede desarrollar una tolerancia considerable al efecto de la droga y muchos adictos reportan que, aunque traten, no obtienen el mismo placer como cuando la usaron por primera vez. Algunos de los que la usan a menudo aumentan la dosis para intensificar y prolongar la euforia. Aunque puede ocurrir una tolerancia al efecto, también los que la usan pueden desarrollar más sensibilidad a los efectos anestésicos y convulsivos, sin tener que haber aumentado la dosis. Este aumento en la sensibilidad puede explicar por qué algunas muertes ocurren después del uso de dosis de cocaína relativamente pequeñas. Cuando la cocaína se usa repetidamente y en dosis cada vez más grandes, puede conducir a un estado de irritabilidad, inquietud y paranoia.

Esto puede causar un episodio total de psicosis paranoide en que el individuo pierde el sentido de la realidad y sufre de alucinaciones auditivas, el cual hasta el momento, parece ser de larga duración aunque no puede afirmarse si es irreversible ya que depende de otros factores de personalidad y del individuo. El consumo en exceso tiene efectos claramente tóxicos que llevan a estados letárgicos y depresivos permanentes.

Las reacciones adversas al uso de la cocaína fluctúan dependiendo de como se administra. Por ejemplo, cuando se inhala regularmente puede causar una pérdida del sentido del olfato, crear hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal lo que puede producir una condición crónica de irritación y secreción de la nariz. Cuando se ingiere la cocaína puede causar gangrena en los intestinos porque reduce el flujo de la sangre. Además, las personas que se la inyectan, tienen marcas de pinchazos, usualmente en los antebrazos. Los que la usan en las venas también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los componentes que le agregan a la cocaína en la calle y algunas veces estas reacciones pueden provocar la muerte. La cocaína tiende a reducir el consumo de alimentos, por lo tanto, el uso habitual causa la pérdida de apetito, de peso y la malnutrición (NIDA, 2002; Carlson, 1999; Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 1998).

Las investigaciones han demostrado que existe una interacción potencialmente peligrosa entre la cocaína y el alcohol. Cuando se usan conjuntamente, el organismo los convierte en etileno de cocaína. El efecto del etileno de cocaína en el cerebro es más largo y más tóxico que cuando se usa la droga por sí sola. Aunque se necesitan más estudios, se debe tomar en consideración que de las muertes ocasionadas por las drogas, las más comunes son las ocasionadas por la combinación de la cocaína con el alcohol.

El consumo de cocaína no solo afecta a la persona que la consume sino que se van dando una serie de consecuencias en todos los ambientes donde el sujeto está inmerso, por lo cual se hace indispensable prevenir que más adolescentes consuman esta droga.

CAPÍTULO 2: MODELOS CONCEPTUALES QUE EXPLICAN EL USO DE DROGAS.

Para comprender con mayor claridad el uso de drogas es necesario conocer algunos modelos teóricos que lo explican, esto es de utilidad en la construcción de los programas preventivos. Para efectos del presente trabajo se explicarán tres de ellos, ya que son los que por sus fundamentos teóricos brindan una aproximación más integral para conocer y entender el proceso adictivo en los jóvenes, además fueron tomados en cuenta en la elaboración del cuestionario y de los programas preventivos derivados de estas investigaciones.

2.1 Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.

Esta teoría ha sido propuesta por Oetting y colaboradores (Donnermeyer, Delfenbacher, Trimble, Beauvais, 1998). Su principal objetivo es tocar aquellos puntos que las otras teorías dejan a un lado.

La teoría centra su interés en las conductas problema. Donde el consumo de drogas es una de ellas.

Su premisa fundamental es que "aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son susceptibles al aprendizaje. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa o incorrecta que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y en las normas sociales que favorecen la convivencia armónica de la sociedad (prosociales). Tanto las normas prosociales como las desviadas se aprenden del proceso de socialización primaria (Oetting y Donnermeyer, 1998).

Para estos autores el proceso de socialización es en el que se aprenden normas y conductas sociales. Cada sociedad va a determinar como se lleva a cabo la socialización, en nuestra sociedad son responsables de este proceso la familia, la escuela y el grupo de pares. Es en la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria los que más influyen las conductas normativas y desviadas del individuo. Desde la infancia y hasta la adultez temprana, es el periodo de mayor importancia para la socialización del individuo; sin embargo el riesgo de aprender normas desviadas se da principalmente en la adolescencia (Becoña, 2001).

La teoría de la socialización primaria se basa en el aprendizaje de normas. La familia es el primer elemento de socialización para el niño, si en esta hay problemas, como conductas delictivas, consumo de drogas, conflictos, agresiones, el niño aprenderá de ella y por tanto, se incrementa la probabilidad de consumo posterior en el niño o adolescente.

Esta teoría también considera a la escuela como otro elemento de socialización primaria, y así como hay familias disfuncionales también hay escuelas que lo son, tienen problemas o reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales.

El grupo de pares es considerado como el tercer elemento de socialización. Esta teoría distingue varios tipos de pares: pares en general, grupo de pares, grupo de pares de estilo de vida, cluster de iguales.

La formación de las normas sucederá básicamente en el cluster de iguales y de manera más indirecta en los otros grupos de pares.

Se define *cluster de iguales* como las díadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos. Dependiendo de los iguales con normas prosociales o implicados en conductas desviadas, se va a influir claramente en la conducta de esa persona.

La selección del grupo de pares puede ser debida a causas externas, aunque las más importantes serían la similitud en actitudes, habilidades sociales, intereses y aptitudes. Una vez en el grupo, la similitud entre ellos es lo característico.

La teoría propone que si los vínculos entre el niño y la familia, y la escuela son fuertes entonces los niños desarrollarán normas prosociales, si son débiles, la socialización estará dominada por el grupo de pares.

En cuanto al papel de los rasgos personales afirma que las características físicas, emocionales y sociales del joven influyen en el proceso de socialización.

Respecto al paso de la socialización primaria al consumo de drogas, esta teoría indica que esto se puede producir por dos vías:

- 1) la adicción a las drogas ocurre como un resultado de socialización y
- 2) por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas. En ello incluye el tipo de drogas, su accesibilidad y grado de aceptación.

Dentro de las características de la comunidad se considera todo el ambiente físico y social en el que el individuo vive.

Así, influyen el vecindario, la ciudad y el área geográfica; el nivel de urbanización y especialmente, si vive en un área rural o urbana; el tamaño de la población en la que vive; el tipo de ocupación; el nivel de movilidad que existe en una población; la distribución que existe en esa población por edades, desde el nacimiento hasta la vejez con una especial atención al número de adolescentes, las oportunidades sociales que hay para participar en distintos grupos sociales, dado que es a través de ellos como se organiza y gobierna la comunidad; el nivel de pobreza que existe en esa comunidad.

Varias de estas características se asocian a una mayor o menor desviación y, al mismo tiempo, a un mayor o menor consumo de drogas.

Los medios de comunicación constituyen una fuente de socialización secundaria y en algunos casos las personas adquieren normas culturales, que se exponen a través de periódicos, revistas, televisión, videos, libros, discos, etc; siendo así una exposición masiva que llega a considerarse como una fuente primaria.

Se le considera una fuente de socialización secundaria que tiene lugar en el contexto social general. Dada la gran importancia que van adquiriendo los medios de comunicación, la teoría asume que en ocasiones estos pueden ser una fuente directa de socialización primaria, como ocurre con los niños cuando ven caricaturas, películas infantiles o leen cuentos que apoyen las ideas propias.

Oetting et. al. (1998) analizan el peso de la cultura en relación con el consumo de drogas. La cultura influye directamente la socialización del individuo, la socialización primaria.

La cultura también determina las fuentes de socialización y las normas que se van a transmitir y a su vez la socialización influye la cultura, como ocurre en los cambios de generación en generación. La cultura también determina las normas para el consumo de las distintas drogas.

Cuando aparecen las subculturas, donde tienen normas específicas o distintas de la cultura oficial o predominante surge un problema con el abuso de drogas y constituye un elemento característico de nuestro actual sistema social.

2.2 Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.

Es un modelo que se desprende de la teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección (Catalano y Hawkins, 1996).

Su modelo integra aportaciones de otras teorías previas (Cuadro 2) que han tenido apoyo empírico, como son la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial, obteniendo con ello las dos premisas que fundamentan sus bases teóricas:

- 1) Los seres humanos son buscadores de satisfacción y la conducta humana depende del interés percibido por la persona sobre sus actos,
- 2) existe un consenso normativo en la sociedad o lo que es lo mismo unas "reglas del juego" (Becoña, 2001).

CUADRO 1. Aportaciones teóricas al modelo de desarrollo social

TEORÍA	ELEMENTOS QUE APORTA AL MODELO
Teoría del control	Identifica los elementos causales de la conducta antisocial y de la conducta de ajuste (conformarse).
Teoría de Aprendizaje Social	Identifica los procesos por los que los patrones de ajuste (conformarse) y la conducta antisocial son extinguidos o mantenidos.
Teoría de la asociación diferencial	Identifica los caminos causales paralelos pero separados para los procesos prosociales y antisociales.

El modelo del desarrollo social hipotetiza que son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial (Catalano y Hawkins, 1996; Weiss, 1985). Asume que la persona pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida.

El objetivo del modelo es explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono o desistir de aquellas conductas que son de gran preocupación para la sociedad, como la delincuencia y el uso de drogas ilegales (Catalano y Hawkins, 1996).

Les denomina conducta antisocial porque son vistas fuera del consenso normativo, fuera de lo que es una conducta social aceptable, o la violación de los códigos legales, incluyendo aquellos relativos a la edad. Involucra tanto las ofensas violentas como las no violentas, así como el uso ilegal de drogas.

La ventaja de este modelo es que predice tanto la conducta prosocial como la antisocial, especificando estos procesos tanto en la infancia como en la adolescencia, así como el mantenimiento o abandono en la adultez.

Da gran relevancia a los factores de riesgo en el desarrollo de la conducta antisocial, asumiendo que la misma es el resultado de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales en diferentes dominios sociales, como son dentro del individuo, en la familia, escuela, grupo de iguales y comunidad. Para él el abuso de drogas se enmarca en la conducta antisocial.

La importancia para este modelo de los factores de riesgo radica en que numerosas investigaciones señalan que un amplio grupo de ellos incrementan la probabilidad de consumo de drogas, de la misma forma que hay importantes factores de protección que funcionan de modo semejante.

De esta manera, el modelo incorpora tres elementos básicos:

1. La conducta delincuente y el uso de drogas
2. Una perspectiva de desarrollo con submodelos específicos para las distintas edades (preescolar, escuela elemental (primaria), escuela media y preparatoria) y
3. Los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

Consecuencia de estos elementos, el modelo del desarrollo social parte de que el niño aprende patrones de conducta social o antisocial, de los agentes de socialización, como son la familia, la escuela, su grupo religioso, otras instituciones comunitarias y su grupo de iguales.

De acuerdo con este modelo, los niños se socializan a través de un proceso que implica cuatro constructos:

- a. Oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros (por ejemplo, si el individuo no ve oportunidades para usar drogas la interacción e implicación no es posible),
- b. Grado de implicación e interacción (por ejemplo, la percepción del costo personal en términos de sanciones legales),
- c. Las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones y
- d. El reforzamiento que ellos perciben como próximo desde la ejecución en las actividades e interacciones (por ejemplo, el refuerzo percibido de la conducta antisocial).

De este modo, cuando el proceso de socialización es consistente, un vínculo social se desarrolla entre el individuo y el agente socialización; obteniendo de acuerdo a lo estrecho de este vínculo un poder reforzante y contenedor de la conducta futura, inhibiendo de esta forma las conductas desviadas a través de la internalización de las normas y valores de la unidad socializante.

La conducta antisocial resulta cuando:

- 1) La socialización prosocial se rompe,
- 2) Ante la presencia de vínculos prosociales se muestra una ganancia para la acción ilícita o
- 3) Un niño está vinculado a una unidad de socialización inmediata (familia, escuela, comunidad o pares) que tiene creencias o valores antisociales que lo llevan a creer consistentemente en las normas y valores de estos grupos (Catalano y Hawkins, 1996).

Como un resultado de lo anterior, el modelo de desarrollo social hipotetiza tres predictores directos de la conducta antisocial, los esfuerzos percibidos para la interacción e implicación en conductas seleccionadas antisociales; el apego y compromiso con líneas de acción y otras personas con conductas antisociales y las creencias en los valores antisociales.

Finalmente, cabe precisar que no asume que la conducta sea estática, y que se deba a rasgos genotípicos o de personalidad, dado que la estabilidad conductual no es tal a lo largo del tiempo, siendo posible que eventos vitales específicos y el ajuste a contextos sociales cambiantes durante la adolescencia y la adultez puedan modificar el curso de la conducta antisocial a lo largo del tiempo. Por ello, hipotetiza que los tipos de eventos y contextos sociales pueden llevar a la continuidad o al cambio conductual desde periodos de desarrollo previos.

2.3 Enfoque de Riesgo – Protección

El enfoque de riesgo-protección es introducido de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales, dicho enfoque se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social; por sus características ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria.

El uso tradicional de factores de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se le ha relacionado, en particular, con resultados adversos, mensurables en términos de mortalidad. Esta concepción no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo humano, ya que el riesgo también se genera en el

contexto social y, afortunadamente, la adversidad no siempre se traduce en mortalidad.

Una aportación significativa a la conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social y la búsqueda de factores en el ámbito económico, psicológico y familiar. Eso permitió reconocer la existencia de una trampa compleja de hechos psico-sociales, algunos de los cuales se asocian con daño social, y otros sirven de amortiguadores del impacto de éste. Los factores protectores pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg, 1998).

En este contexto la investigación en consumo de sustancias no solo se ha dirigido a conocer la prevalencia del fenómeno, sino también a indagar sus diversas consecuencias y los factores asociados. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (1998), un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

Define a un factor protector como las condiciones o los ambientes capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir o eliminar los efectos de circunstancias desfavorables (Clayton, 1992). A su vez, divide los factores de riesgo en externos e internos; los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona como la autoestima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía (Cuadro 2).

CUADRO 2: Adolescentes y consumo de drogas

ÁMBITO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Conducta	Fuerte capacidad de decisión.	Resistencia a la autoridad.
Espiritualidad	Fe creciente.	Involucrarse en sectas o cultos.
Familia	Lazos familiares fuertes.	Consumo de drogas en la familia.
Escolaridad	Éxito escolar.	Deserción escolar.
Pares	Rechazo al uso de drogas.	Amigos que usan drogas.
Cultura	Normas grupales positivas.	Normas antisociales.
Economía	Empleo estable de los padres.	Pobreza crónica.

Fuente: En: Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, A.; Suárez, N.; Infante, F. y Grotberg, E.; 1998.
Referencia: Losel, F., Bureau International Catholique de l'Enfance. 1994

Desde los años ochentas ha existido un interés mayor por tener información de aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criados en condiciones en condiciones adversas, o en circunstancias que incrementan la probabilidad de presentar patologías mentales o sociales. Así a este modelo reincorpora un nuevo término en esta área, la resiliencia, tomado del inglés resilient (Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, A.; Suárez, N.; Infante, F. y Grotberg, E.; 1998).

De esta manera el término "resiliente" fue adoptado por las ciencias sociales, como el adjetivo que reciben aquellas personas, que aún cuando nacieron y vivieron en condiciones de alto riesgo, se desarrollaron psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

Hawkins, Catalano y Miller (1992), reconocen que el conocimiento actual sobre los factores de riesgo del abuso de drogas no ofrece una fórmula de intervención, pero si indican los objetivos de intervención preventiva.

Como un panorama global de lo aquí explicado vemos que el primer modelo plantea la socialización como un elemento fundamental el cual puede tomar direcciones opuestas, tanto el consumo como el abstenerse de consumir, todo dependerá de los elementos que estén presentes o ausentes en ese proceso de socialización inherente al ser humano.

En cuanto al modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins su virtud radica en que permite explicar a través de etapas, el proceso desde el inicio del consumo hasta su fin en el mejor de los casos, constituyendo predictores de la conducta prosocial y antisocial de acuerdo a las etapas del desarrollo humano, favoreciendo con ello la anticipación de consecuencias positivas y negativas para la persona y la sociedad.

El tercer modelo posibilita contar con indicadores susceptibles de medición y comparación a nivel nacional e internacional, así como conocer de acuerdo a los factores de riesgo y de protección propios de cada cultura los niveles de intervención, dando claridad al rumbo que deberán tomar las estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Finalmente el modelo de Oetting es un modelo que propone incidir directamente en las fuentes de socialización primaria, mientras que el modelo de Catalano y Hawkins, es un modelo predictivo en el que explica el inicio y predice el preservar la conducta o extinguirla, los tres modelos analizan los factores protectores y los factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

Los modelos referidos en este capítulo enfatizan la influencia que la socialización ejerce en el desarrollo de los individuos, orientándolos a la realización de conductas prosociales o antisociales. Para efectos de la presente investigación el estudio de la dimensión psicológica de la socialización resulta imprescindible, de manera particular la influencia del ambiente familiar, del grupo de pares y la autoestima. Estas variables brindarán un panorama que enriquezca las explicaciones previas y ofrecerá una visión integral del consumo de drogas en los adolescentes.

2.4 La Familia, la autoestima y el grupo de pares en el contexto del consumo de drogas.

Se ha señalado que aunque las características presentes en el momento del nacimiento y las experiencias sociales vinculadas con la edad desempeñan ambos papeles en el moldeamiento del desarrollo social, la teoría e investigación actuales, enfatizan las influencias y experiencias específicas del contexto como los determinantes primarios. Estos incluyen influencias de la familia, el grupo de compañeros y cualesquiera subculturas locales relevantes, así como influencias de la sociedad en su conjunto mediadas a través de la educación escolar y a través de los programas de noticias y entretenimiento de los medios masivos de comunicación.

La Familia

De las diversas influencias socializadoras, los padres o tutores ejercen los efectos más poderosos sobre la mayor parte del desarrollo social de los niños. Para bien o para mal, actúan como modelos, articulan actitudes y creencias, y comunican y aplican demandas conductuales, de esta forma los niños adquieren muchas de sus actitudes y valores más penetrantes. Además, las creencias y prácticas paternas de crianza de los niños ejercen efectos de largo alcance en el desarrollo social de los niños (Good y Brophy, 1996).

A este respecto Diana Baumrind (en Santrock, 2002) sostiene que los padres no deben ser punitivos ni huraños, mas bien, deben desarrollar reglas para que los niños las cumplan, siendo al mismo tiempo apoyadores y nutridores. Baumrind opina que los estilos de crianza pueden clasificarse en cuatro tipos principales:

- *El estilo paternal autoritario* es restrictivo y punitivo. Los padres autoritarios exhortan a sus hijos a que los obedezcan y respeten; establecen límites y controles firmes en sus hijos y permiten muy poco intercambio verbal. Los hijos de estos padres a menudo se comportan de maneras socialmente incompetentes. Tienden a mostrarse ansiosos ante las comparaciones sociales, fracasan al iniciar una actividad y cuentan con destrezas pobres de comunicación.

- *El estilo paternal autoritativo* impulsa a los niños a ser independientes, pero aún impone límites y controles sobre sus acciones, se permite la negociación verbal y los padres son cálidos y apoyan a los hijos. Los hijos de estos padres tienden a comportarse socialmente de forma adecuada, tienden a ser independientes, saben posponer la gratificación, se llevan bien con sus compañeros y muestran una alta autoestima.
- *El estilo paternal indiferente* es una forma permisiva de ejercer la paternidad, en la cual los padres no se involucran en la vida de sus hijos. Los niños de padres indiferentes a menudo se comportan socialmente de formas inadecuadas. Tienden a tener un pobre autocontrol, no manejan bien la independencia y no están motivados hacia el logro.
- *El estilo paternal permisivo* es un estilo en el que los padres se encuentran muy involucrados con sus hijos pero les imponen pocos límites o restricciones sobre su comportamiento. El resultado real es que estos niños por lo general, no aprenden a controlar su comportamiento. Este tipo de padres no toma en cuenta el desarrollo total del niño.

Muchos de los hallazgos sobre la conducta paterna y los efectos en los niños están organizados alrededor de dos dimensiones importantes de conducta paterna: amor – hostilidad y restricción – permisividad (Figura 1).

La primera está asociada más de cerca con la autoestimación y orientación del niño hacia los demás. La segunda dimensión está relacionada más de cerca con el desarrollo de iniciativa, autonomía y conformidad en los niños. Las combinaciones de estas conductas paternas predisponen a los niños hacia patrones de desarrollo social diferentes.

FIGURA 1. RELACIONES ENTRE LAS CONDUCTAS DE LOS PADRES Y LOS RESULTADOS EN LOS NIÑOS



Debe señalarse que las características del niño enlistadas en la figura 1 tienen mayor probabilidad de desarrollarse cuando los padres o tutores se comportan de manera consistente en los extremos de las dimensiones implicadas. La mayoría de los padres no son extremos en ninguna dimensión, de modo que ejercen influencias menos extremas, aunque en las direcciones indicadas. Determinar cual patrón de conducta es óptimo requiere hacer juicios de valor respecto a los resultados deseados en el niño. Los especialistas en el desarrollo infantil tienden a favorecer una combinación de mucho amor con un equilibrio entre la restricción y la permisividad. Consideran que el amor y la aceptación son buenos casi por completo para los niños, aunque en algún punto el amor puede fundirse en seducción o conducta afectuosa indeseable; y la aceptación sin templarse con las expectativas sociales puede conducir a los niños a ser egocéntricos e indisciplinados.

Por otro lado, la dinámica familiar no es la misma en todas las familias, ya que esta se encuentra diferenciada por el número de componentes, nivel cultural y económico. Dulanto (2000) considera que la familia tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar lo que lleva a que atravesase por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. La primera dificultad que se presenta en las familias con adolescentes es el reajuste emocional en el que obligadamente entran los hijos por el proceso de maduración emocional, que los transforma y les separa gradualmente de la familia, como la única fuente de convivencia e intercambio afectivo.

A este respecto Conger (1980) señala que es durante esta etapa cuando los padres y los hijos adolescentes deben aprender a establecer nuevas clases de relaciones mutuas. La adaptación a esta nueva clase de relación será más difícil para algunos padres – y adolescentes - que para otros. Es importante recordar que en esta etapa la autoestima es trastocada por los ajustes globales propios de la adolescencia.

La Autoestima

Hoy en día, la psicología a menudo se refiere al "yo" como el *self*. Dos elementos importantes del *self* son la autoestima y la identidad. En el presente trabajo profundizaremos en el primer elemento empleando principalmente la siguiente definición: La autoestima son los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como un objeto (Rosemberg, 1973).

La autoestima refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo.

Es en la adolescencia cuando aumentan las exigencias sociales esperando ciertas conductas como: la definición de su identidad, la adquisición de autonomía, toma de decisiones asertivas, etc. Estas exigencias generan un yo ideal muy alto, y a su vez genera una baja autoestima que dificulta constituir su identidad social y personal. Este yo ideal se convierte entonces en una amenaza a la autoestima.

Ya que el adolescente refleja en su capacidad intelectual sus actitudes y muchos de sus valores y creencias que todavía no ha examinado; la tarea de construir, revisar e integrar estos elementos en un concepto de sí mismo se convertirá entonces en lo más importante para él.

El concepto que tenga de sí mismo es resultado de las emociones y de los pensamientos, su afirmación e integración son cruciales para su conducta personal y social, así intentará lograr un acuerdo entre sí mismo y el ambiente social.

Horrocks (1986) señala que el Yo es un proceso afectivo-cognoscitivo mediante el cual el individuo infiere y construye el concepto de sí mismo. Este concepto se construye principalmente en el aprendizaje porque implica un conjunto de identidades que se desarrollan a partir de las experiencias vividas.

Generalmente gran parte de los adolescentes encuentran difícil integrar este conjunto de identidades para construir su autoconcepto. Algunas áreas del medio ambiente contribuirán al desarrollo del autoconcepto, entre estas áreas se encuentran las que se refieren a las relaciones entre pares, las relaciones con el sexo opuesto, el aspecto físico, la percepción del rol, el aprendizaje, la aceptación de sí mismo y el desarrollo y evaluación de los valores. Si en estas interacciones sociales el individuo descubre que se confirma la percepción de sí mismo, su autoconcepto permanecerá estable y si no, ocurrirá lo contrario.

Una vez construido su autoconcepto y conformado su identidad surgirá entonces la autoestimación, es decir, el valor que se confiere a sí mismo.

El origen y el desarrollo de la autoestima es entonces la interacción entre la personalidad del individuo y sus experiencias sociales. De la misma forma como U`Ren (En Villa, 1997) apunta, las conductas sociales resultantes de la autoestimación tienen a la vez una influencia sobre la personalidad y la efectividad social. Así, el comportamiento de un individuo en situaciones sociales correlaciona hasta cierto punto con su nivel de autoestima.

Un adolescente que tiene un desarrollo más integral tiende a valorarse positivamente, es decir, considera tanto sus atributos personales como las condiciones medioambientales. Cernick y Thompson (En Villa, 1997) señalan que los adolescentes que reconocen mejor sus virtudes y sus defectos, presentan un patrón de objetividad, organización, enfoque positivo y sobre todo una tendencia a emplear los recursos que le provee el ámbito familiar.

No obstante, cuando estas actitudes son desfavorables tiende a afectarse la adaptación del adolescente. Para algunos adolescentes la autoestima baja es algo temporal. Sin embargo, para otros, la baja autoestima se puede traducir en problemas más serios, una baja autoestima persistente está ligada al bajo rendimiento, a la depresión, a los desórdenes alimenticios y a la delincuencia (Harter y Marold, 1992).

También se sabe que las características de la personalidad juegan un papel muy importante en la salud emocional y tienen además un impacto diferencial tratándose de hombres y de mujeres.

En términos generales la autoestima en la adolescencia presenta fluctuaciones causadas por los cambios que experimenta en esta etapa, que conllevan a una reestructuración de la imagen corporal, su papel dentro del ámbito familiar, escolar, y social, mismas que se materializarán en su propia identidad. De mayor importancia resulta el aprendizaje y formación del autoconcepto en los primeros años de la vida, en los que como se ha mencionado anteriormente la familia juega un papel fundamental.

Para Rosemberg (1973) la autoestima es un medio del autoconcepto, es decir por medio del él, el individuo reconoce sus limitaciones, sus expectativas de desarrollo y percibe los niveles de autoeficiencia, por ejemplo, cuando una persona tiene baja autoestima, siente rechazo, insatisfacción y desprecio hacia sí mismo. Teniendo así una representación desagradable de sí mismo. La autoimagen se deriva de un grupo de normas internalizadas individualmente que llegan a formar parte del yo ideal.

Rosemberg considera las siguientes definiciones referentes a la autoestima:

- "Autoestima alta, es sentirse capaz de mejorar, madurar y lograr cualquier cosa."
- "Autoestima baja, es sentir insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo."

El Grupo de pares

Dentro del desarrollo y formación de los adolescentes, las influencias sociales tienden a ser consistentes al principio debido a que están confinadas a la familia inmediata. Sin embargo, conforme los niños encuentran compañeros, organizaciones escolares y comunitarias e influencias de los medios masivos de comunicación, se percatan de nuevas posibilidades y de ideas conflictivas. Si encuentran presiones de socialización consistentes de manera razonable y se adaptan con facilidad a ellas, entonces es probable que se vuelvan bien adaptados, es decir, que sus rasgos personales y conducta son satisfactorios para ellos y para otros, que son significativos en sus vidas (Kagan y Moss, 1962; en Good y Brophy, 1996). Es probable que experimenten problemas de adaptación si se sienten confundidos por presiones inconsistentes, por sentirse incapaces o simplemente no están dispuestos a adaptarse a las presiones consistentes.

El adolescente se verá llevado por su propio proceso de crecimiento a distanciarse de su grupo de socialización primaria (la familia), tratando de probarse a sí mismo que ya es mayor, experimentando aún inseguridad e inexperiencia, mismas sensaciones comunes en otros individuos de su edad.

Tenemos entonces que el grupo de pares se constituye por personas de la misma edad o nivel de madurez. La interacción con pares juega un papel único. De esta forma comienza el proceso que lo llevará a identificarse con otros en su misma condición. Uniéndose a un grupo de pares, el adolescente se siente apoyado, comprendido y aceptado, de esta manera adquiere confianza en sí mismo e intenta lograr un lugar propio e independiente en la sociedad. Así, la formación de grupos de adolescentes es considerada como una transición necesaria entre el núcleo familiar y la vida social; siendo una de las funciones más importantes el proporcionar una fuente de información y comparación acerca del mundo fuera de la familia.

Considerando los tipos de grupos el adolescente intenta compartir inquietudes, dudas, ansiedades y proyectos para poder superar los conflictos que se le presentan y así, las relaciones entre estos grupos serán de diversa índole, que pueden permitir que sus integrantes se superen y desarrollen sus potencialidades, o por el contrario dirigir a sus miembros hacia pautas de conducta que dañan su integridad física, psicológica y/o social.

Es indispensable establecer relaciones adecuadas entre pares para tener un desarrollo normal (Howens y Tonyan, 2000; Ryan y Patrick, 1996; Rubin, 2000; en Santrock, 2002).

El aislamiento social, o la inhabilidad para integrarse en la red social, está relacionada directamente con muchos problemas y desórdenes, tales como, la

delincuencia, problemas de alcoholismo y depresión (Kupersmidt y Coie, 1990; en Santrock, 2002).

Los teóricos del desarrollo señalan cuatro tipos de categorías de los pares (Rubin, Bukowski y Parker, 1998; Wentzal y Asher, 1995; en Santrock, 2002):

- Niños populares
- Niños descuidados
- Niños rechazados
- Niños controversiales

Los niños populares son frecuentemente considerados como los mejores amigos y rara vez les son antipáticos a sus pares. Los niños populares otorgan reforzamiento, escuchan con atención, son abiertos a la comunicación con sus pares, se muestran felices, actúan de manera genuina, son entusiastas, se preocupan por los demás y confían en sí mismos, sin llegar a ser presumidos (Hartup, 1983; en Santrock, 2002).

Los niños descuidados rara vez son considerados como los mejores amigos, pero no les son antipáticos a sus pares.

Los niños rechazados rara vez son considerados el mejor amigo de alguien y frecuentemente les son antipáticos a sus pares. A menudo presentan problemas de ajuste más serios que los niños descuidados (Dishion y Spracklen, 1996; Rubin et al., 2000; en Santrock, 2002). La agresividad, impulsividad y conducta disruptiva, caracterizan a la mayoría de estos niños, algunos de ellos en realidad son tímidos.

Los niños controversiales con frecuencia son el mejor amigo de alguien, al tiempo que sus pares los consideran antipáticos.

Durante la adolescencia algunos de ellos que se integran a ciertos grupos, muestran lealtad hacia él, ejerciendo una poderosa influencia sobre sus vidas. Dado que la personalidad del adolescente está en proceso de formación y en la búsqueda de un equilibrio que le permita resolver sus dudas acerca de quien es él, es susceptible de ser influenciado por las normas del grupo al que pertenece o desea pertenecer. Los adolescentes dan mucha más información personal a sus amigos que niños de menor edad (Buhrmester y Furman, 1987, en Santrock, 2002). Además los adolescentes afirman que dependen más de sus amigos que de sus padres para satisfacer sus necesidades de compañía, autoafirmación e intimidad (Buhrmester y Furman, en prensa, en Santrock, 2002).

Cabe señalar que el impacto de cada una de estas áreas sobre el consumo de drogas se analizará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3: PANORAMA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

El consumo de drogas es un problema que ha trascendido diversos límites, personales, sociales, económicos y políticos, a nivel mundial, hoy en día es difícil encontrar un país en el que no se observe este fenómeno. Los índices de abuso en cada país muestran variaciones en la extensión y el tipo de sustancias utilizadas; de acuerdo con estadísticas de demanda de tratamiento, en América prevalece el abuso de cocaína (Medina-Mora, 2001).

De manera particular para México, que es un país localizado en las principales vías de tráfico de drogas, se observa que ha dejado de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país consumidor, lo cual ha redundado en la formación de poderosas redes de narcomenudeo, enfocadas a invadir los mercados más vulnerables. De ahí la importancia de realizar con periodicidad estudios que permitan conocer el comportamiento del fenómeno así como sus variaciones. Para fines de la presente investigación se presentará un panorama general del consumo de drogas en México, haciendo hincapié en el comportamiento del consumo de cocaína en adolescentes y en los factores asociados al mismo.

En México, a partir de la década de los años 70 se establece el estudio continuo del uso y abuso de drogas, iniciándose las primeras encuestas en hogares, así como los estudios periódicos en población estudiantil y grupos vulnerables; posteriormente en la década de los 80 se amplía el Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID) en la Ciudad de México, para incluir los casos detectados en instituciones de salud y de procuración de justicia. Durante los años 90 se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y se lleva a cabo un estudio de menores trabajadores en espacios abiertos en 100 Ciudades. Finalmente al iniciar la primera década de este siglo se plantea la necesidad de disponer de información actualizada, sistematizada y obtenida con metodologías comparables, por lo que se crea el Observatorio Epidemiológico en Drogas (CONADIC, 2002).

3.1 Encuesta Nacional de Adicciones

Recientemente se cuenta con información referente al índice de consumidores de drogas a través de la aplicación de la cuarta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), en el año 2002. Dicho estudio señala una ligera tendencia al mantenimiento de las prevalencias de consumo de drogas, con relación a 1998. Dentro de los resultados siguen destacando como principales drogas de consumo entre los adolescentes las de tipo legal: alcohol y tabaco.

Con respecto al consumo de tabaco en población adolescente se observa una prevalencia de 10.1% de fumadores, lo que equivale a casi un millón de individuos con una mayor proporción de hombres (15.4%) que de mujeres (4.8%), de ellos casi la mitad comenzó a fumar antes de los diez años (ENA, 2003), lo cual representa un factor de riesgo importante, si consideramos que en recientes estudios se ha encontrado que iniciar su uso a edades tempranas incrementa la probabilidad de consumir otras drogas como la marihuana y la cocaína (Medina-Mora, Peña- Corona, Cravioto, Villatoro, Kuri, 2002).

Los adolescentes de hoy en día parecen estarse desarrollando en un ambiente en donde se tolera, y hasta podría decirse, se promueva el consumo de alcohol, desde pequeños. Los datos de la encuesta reportan un incremento en el índice de consumo entre los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones y de 18% a 25% respectivamente en las mujeres. En su mayoría, el patrón de consumo es poco frecuente y consumen de una a dos copas por ocasión; sin embargo 10.5% de los varones reportan consumir altas cantidades de alcohol (5 copas o más por ocasión de consumo en el último mes) (ENA, 2003).

A pesar de que la mayor parte de los adolescentes no tienen problemas con el consumo de alcohol, las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia fueron: problemas con la policía suscitados mientras usaban bebidas alcohólicas, iniciar peleas mientras la persona estaba tomando y haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas (ENA, 2003).

Desafortunadamente cuando hablamos de drogas legales, pareciera que hablamos de drogas inocuas, lo cual es un error, ya que además de sus efectos ya conocidos sobre el organismo, se añade el hecho de considerarse las drogas de entrada para el consumo de drogas ilegales (Gutiérrez, Unkiel, Villatoro, Ortiz, Castro, 1996).

A nivel nacional 3.5 millones de personas (5.03%) entre los 12 y los 65 años han usado algún tipo de droga sin incluir tabaco y alcohol. En cuanto a la población adolescente del país 215,634 jóvenes de 12 a 17 años han usado drogas alguna vez (2.46% y 0.70% en hombres y mujeres respectivamente). De este grupo de usuarios, sólo el 55.3% continúa usándola en el último año y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta.

La edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años sin considerar antes al tabaco y al alcohol, la primera droga de preferencia fue la marihuana (1.22%), seguida de los inhalables (0.25%) y en tercer lugar la cocaína (0.22%) (ENA, 2003).

De manera general en el consumo de drogas médicas fuera de prescripción, destacan los tranquilizantes (0.68%), en segundo lugar están las anfetaminas y otros estimulantes (0.34%), en tercer lugar los sedantes (0.24%) y por último los opiáceos (0.09%). Dichas sustancias se consumen principalmente en zonas urbanas y la proporción es similar por sexo (ENA, 2003).

Es importante destacar que el total de nuevos casos de consumidores de drogas ilegales y médicas en el país, que en su mayoría son experimentales corresponde a poco más de un millón trescientos mil personas entre los 12 y los 65 años (ENA, 2003).

Finalmente con respecto a las prevalencias de consumo por región geográfica, para el caso de drogas legales, ilegales y médicas, coinciden en que la región más afectada es en primer lugar el Norte, seguida por el Centro y el Sur del país. Es preciso señalar que en todos los casos los mayores índices de consumo fueron mayores para la población urbana que para la rural (ENA, 2003).

Ante este panorama se hace indispensable realizar estudios específicos para la población adolescente del país. Como se señaló inicialmente desde 1970 se han llevado a cabo encuestas con estudiantes adolescentes de nivel medio y medio superior, lo cual representa una excelente fuente de información para la generación y/o modificación de políticas públicas y para la realización de nuevas líneas de investigación epidemiológica y social. En tal virtud a continuación se expondrán las principales prevalencias y tendencias del uso de drogas en estudiantes adolescentes.

3.2 Encuestas de Estudiantes

De manera sistemática las encuestas en población estudiantil se han realizado principalmente en la Ciudad de México, lo cual ha permitido mantener un monitoreo constante del comportamiento del consumo de drogas en esta población. Desafortunadamente el incremento en el problema ha obligado a otros estados de la República (Guerrero, Querétaro, San Luis Potosí, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas) a replicar estos estudios, con la finalidad de ofrecer alternativas de intervención preventiva y remedial, lo cual finalmente ha redundado en el mejor conocimiento del comportamiento del fenómeno de la farmacodependencia, considerando sus particularidades regionales y culturales.

La información referida en la última Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal; medición otoño 2000, muestra al igual que la Encuesta Nacional de Adicciones, y las encuestas estatales, que las drogas de mayor preferencia son el alcohol y el tabaco; seguidas por la

mariguana, la cocaína y los inhalables (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, Jasso, Alcántar, Bermúdez, Castro, Blanco, 2001).

El consumo de tabaco alguna vez en la vida, ha afectado al 50% de los estudiantes y de manera similar a hombres y mujeres (52.5% y 48.9% respectivamente) (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, Juárez, 2002). En el consumo por nivel educativo, el porcentaje de usuarios activos de nivel secundaria es bajo (11.7%), en comparación con los de bachillerato (32.9%) y los de escuelas técnicas (35.3%) (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et al., 2001).

Las Delegaciones más afectadas por el consumo actual de tabaco son Gustavo A. Madero (24.9%), Benito Juárez (24.7%), Coyoacán (23.6%), Iztapalapa (23.5%) y Magdalena Contreras (22.4%), ya que el consumo aquí es significativamente mayor que el promedio del Distrito Federal (20.7%) (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, et al., 2001).

En relación al consumo de bebidas alcohólicas, para el Distrito Federal se encontró que el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo ha consumido en el último mes.

En cuanto a la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Por nivel educativo, en secundaria el 22.6% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes, para las escuelas de educación media el porcentaje se duplica.

Las Delegaciones Políticas más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son Gustavo A. Madero (26.1%), Iztapalapa (25.7%), Benito Juárez (25.7%), Cuauhtémoc (24.6%), Álvaro Obregón (23.1%) (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, et al., 2000).

La prevalencia total del consumo de drogas ilegales entre los Estudiantes del Distrito Federal fue del 14.7%, porcentaje mayor al de 1997 en casi un 3%. Los hombres son el subgrupo que más consume drogas actualmente (6.2%), en comparación con las mujeres (4.4%). De la población total 10% es usuario experimental y 4.7% es usuario regular (ha tomado drogas en más de 5 ocasiones) (Villatoro, et al, 2002). Por nivel educativo, el consumo de sustancias afecta en mayor medida a los adolescentes de escuelas de bachillerato técnico (23.1%) que a los de bachillerato (19.9%). En tanto que en secundaria afecta al 10.5% de los adolescentes (Villatoro, op cit.).

En cuanto a la preferencia de consumo por parte de los adolescentes, la marihuana (5.8%) ocupa el primer lugar, le sigue la cocaína (5.2%), los tranquilizantes (4.8%) y los inhalables (4.3%), (Villatoro, et al 2002).

Las prevalencias de consumo de drogas ilegales y médicas "alguna vez en la vida", corresponden a las reportadas en la siguiente tabla (Villatoro, op cit.):

CUADRO 1. Consumo general por tipo de droga.

Drogas Ilegales	HOMBRE %	MUJER %	TOTAL %
Inhalables	5.3	3.3	4.3
Marihuana	4.1	1.4	2.7
Cocaína	3.7	1.6	2.6
Crack	2.3	0.8	1.5
Alucinógenos	1.4	0.5	1.0
Heroína	1.2	0.5	0.8
Drogas Médicas	5.2	6.0	5.6
Tranquilizantes	2.8	4.0	3.4
Sedantes	0.7	0.8	0.7
Anfetaminas	2.6	2.2	2.4

De acuerdo a la última encuesta de consumo de drogas en estudiantes, las delegaciones más afectadas por el uso de marihuana, cocaína, inhalables y tranquilizantes en la prevalencia del último año, se muestran en el siguiente cuadro:

CUADRO 2. Índice de consumo de drogas por Delegación Política.

TIPO DE DROGA							
Marihuana	%	Cocaína	%	Inhalables	%	Tranquilizantes	%
Benito Juárez	5.4%	Gustavo A. Madero	4.9%	Iztapalapa	4.2%	Benito Juárez	5%
Tlalpan	5.4%	Iztapalapa	4.4%	Tláhuac	4.0%	Gustavo A. Madero	4.4%
Gustavo A. Madero	5.3%	Azcapotzalco	3.7%	Álvaro Obregón	3.2%	Álvaro Obregón	3.6%

3.3 Otros estados

Ante la necesidad de desarrollar e instrumentar programas locales de prevención para la disminución del consumo de sustancias, en diversas partes del país se han llevado a cabo, en un primer momento, diagnósticos situacionales del consumo de drogas, lo cual ha permitido mantener un monitoreo más específico del comportamiento del consumo de drogas en la población estudiantil.

Para el presente proyecto, se describirán los resultados de los estudios realizados con escolares de diferentes niveles educativos. En el caso del Estado de Nuevo León, la encuesta se realizó con estudiantes de Educación Secundaria, los principales hallazgos revelan un aumento de consumo de la cocaína, las metanfetaminas y la heroína; observándose un consumo mayor entre los hombres, mismo que se incrementa conforme la edad.

Adicionalmente el estudio muestra un perfil en el que identifica que los usuarios de drogas presentan baja competencia social, más trastornos psicopatológicos y de la conducta; tienen un uso inadecuado de su tiempo, menor adherencia a la escuela y se vinculan en mayor medida con redes sociales disfuncionales, lo cual sienta un precedente para la instrumentación de estrategias preventivas específicas (Díaz, Arrellanes y Martínez, 2002.)

El consumo de drogas en estudiantes de bachillerato del estado de Querétaro, muestra que las drogas de mayor consumo son la marihuana (6.2%), la cocaína (5.0%) y los tranquilizantes. Al desglosar los resultados por sexo, los hombres muestran prevalencias mayores en todos los casos que las mujeres. Un dato relevante y de suma importancia para la realización de intervenciones preventivas es que los estudiantes están iniciando el consumo en edades más tempranas, lo cual indica la necesidad de proteger a los estudiantes desde la educación primaria (Martínez, Garfías, Cíntora, Villatoro y Medina- Mora, 2002.)

Los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta en estudiantes de educación media y media superior de la Ciudad de Río Verde, SLP, indican que las drogas de mayor consumo son los tranquilizantes, la marihuana y la cocaína (Cuadro 3) y que las mayores prevalencias (alguna vez en la vida) de consumo de cualquier droga se encuentran en los escolares de nivel preparatoria (13.8% y secundaria 9.5%),(Cuadro 4) (Amador, Díaz, Ibarra, López, Facundo, Rocha y Villatoro, 2002).

CUADRO 3. Preferencias de consumo por tipo de droga y escolaridad en Río Verde, SLP.¹

Secundarias			Preparatorias		
Tipo de droga	% Hombre	% Mujer	Tipo de droga	% Hombre	% Mujer
Mariguana	3.8		Mariguana	6.6	2.1
Inhalables	3.8	3	Cocaína	5.1	
Tranquilizantes	2.9	4.4	Tranquilizantes		6.2
Anfetaminas		2.4	Anfetaminas	3.9	3.2

1. Las prevalencias que se reportan corresponden a las tres principales drogas de consumo entre estudiantes "alguna vez en la vida"

CUADRO 4. Consumo global de drogas en estudiantes de secundaria y preparatoria de Ríoverde, SLP.

Prevalencias "Alguna vez en la vida"	Secundarias			Preparatorias		
	% Hombre	% Mujer	% Total	% Hombre	% Mujer	% Total
Cualquier droga	10.2	8.8	9.5	15.6	12.5	13.8
Cualquier droga ilegal	7.3	4.3	5.7	11.2	5.2	7.8
Cualquier droga médica	5.3	6.1	5.7	7.2	9.0	8.2

Finalmente en el estudio realizado en Ciudad Guzmán, Jalisco con estudiantes de educación secundaria se encontró que la mayoría de sus adolescentes comienzan a experimentar con drogas y el efecto que este consumo ha tenido en su esfera social, interpersonal y personal es mínimo. Además, en esta población también se presenta un patrón similar de consumo, en donde las drogas de preferencia son la mariguana, los tranquilizantes y los estimulantes, siendo la edad de inicio reportada por los alumnos 12.6 años (Villarruel, Bustos, López, Muñoz, 2002).

De manera general los resultados de las encuestas aplicadas en el Estado de Nuevo León, Querétaro, Ríoverde SLP, y Ciudad Guzmán, revelan que las drogas de mayor consumo entre la población estudiantil rural cada vez se está acercando más a la urbana, ya que se ha observado un incremento paulatino del uso de drogas, con un patrón de consumo principalmente experimental; en donde los hombres siguen presentando los índices más altos de consumo, aunque las mujeres cada vez están más cerca de igualarlos.

3.4 Tendencias del Consumo de Cocaína en Adolescentes.

De manera particular y para fines específicos de la presente investigación es importante comentar que en el ámbito nacional, el consumo de cocaína ha sido el responsable del incremento del abuso de sustancias, fenómeno que se refleja en todos los sistemas de información disponibles. Las Encuestas Nacionales de Adicciones muestran incrementos de 0.33, 0.56, 1.45% (ENA, 1988, 1993 y 1998). El sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad de México (SRID), refleja un incremento del número de usuarios de drogas que prefieren ahora consumir esta sustancia, que aumentó del 4% de los casos, en 1986, al 39%, en 1997 y 67% en 1998, ocupando el primer lugar de consumo de acuerdo a esta fuente de información (Medina- Mora, 2001; Observatorio Epidemiológico en Drogas, 2001).

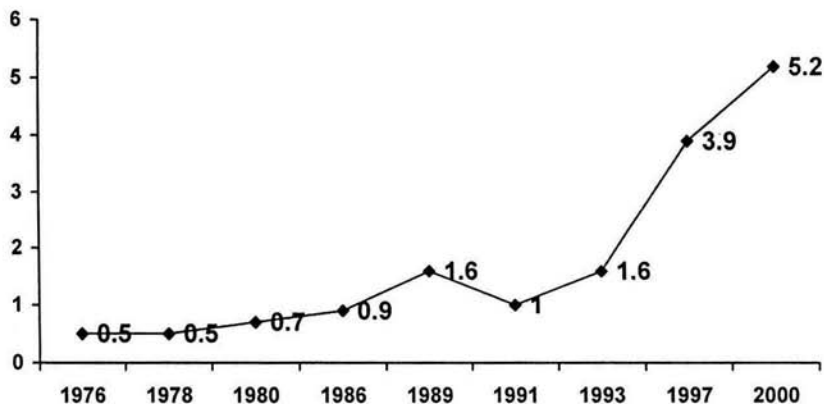
Por otro lado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, ha reportado igualmente un incremento significativo de consumidores de cocaína, dato aún más importante es que en 1991 el 5% de los usuarios

iniciaron el consumo de drogas con la cocaína, proporción que sube a 16% en 1997 (Tapia, Kuri, Cravioto, 1998).

Datos referidos por los estudios realizados en población estudiantil de educación media y media superior, revelan que las preferencias de consumo, por tipo de droga, han cambiado de manera que actualmente, la marihuana y la cocaína son las drogas de mayor consumo.

Entre 1975 y 1978, las sustancias más utilizadas entre los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas, sin embargo, a partir de 1978, los inhalables se convirtieron en la de mayor uso. No es sino hasta la década de los 90 que la cocaína se reporta como una de las principales drogas de consumo en escolares (Gráfica 1), apareciendo los primeros usuarios experimentales de crack, poco difundido hasta entonces. El consumo de cocaína se mantiene constante hasta 1993, triplicándose para el año 2000 la proporción de adolescentes que han experimentado con ella (de 1.6% a 5.2%). En especial en el consumo relativo al último año, se encontró que en las tendencias de consumo por sexo, aumentó la proporción de hombres que consumen cocaína de 1% en 1993 a 4.4% en el 2000 (Villatoro op cit.). Aunado a lo anterior a finales del milenio se extienden en el mercado nacional nuevas formas de cocaína como el crack y el speedball formas más adictivas y dirigidas al mercado de menores recursos (Medina-Mora, 2001).

Gráfica 1: Tendencias del consumo de Cocaína



Por nivel escolar se tienen datos de que la mayor prevalencia de consumo de cocaína y crack corresponde a los Bachilleratos técnicos (11.1% y 3.7% respectivamente), seguidos por los Bachilleratos (7.8% y 3.1%) y las Secundarias (2.7% y 1.5%).

Existe otra población afectada por el uso de sustancias psicoactivas que se refiere a aquellas que por sus características se encuentran más vulnerables a incidir en procesos adictivos consecuencia del entorno sociocultural en el que están inmersos, nos referimos a los menores infractores y a los niños y jóvenes que trabajan. De los primeros el Consejo Tutelar de Menores informa que de los menores infractores que reportaron usar habitualmente drogas (35%), el mayor porcentaje correspondía al consumo principalmente mariguana y cocaína (19%) (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y drogas, 2002).

Estos datos no son muy disímiles de los encontrados en aquellos niños y jóvenes que trabajan, las prevalencias de consumo para esta población son mayores para los inhalables, seguidos por la mariguana y en tercer lugar el uso de cocaína, especialmente alto entre aquellos menores que trabajan en la calle (18.9% y 17.4% para hombres y mujeres respectivamente) (DIF/UNICEF). A pesar de este último lugar, los porcentajes son mucho mayores que los reportados por las encuestas de estudiantes, lo cual concuerda con lo reportado por Villatoro y cols., (2001), al afirmar que los mayores porcentajes de consumo de drogas se encuentran entre aquellos estudiantes que no asistieron el año anterior a la encuesta a la escuela, y en aquellos que trabajaron medio tiempo, de esta manera se evidencia el importante rol de la escuela como factor protector.

Con todos estos elementos podemos observar las variaciones tan importantes que ha mostrado el consumo de drogas a partir de la década de los 70. En los primeros estudios prevalecía el consumo de inhalables entre los menores y de mariguana entre los jóvenes y algunos grupos de población adulta, ahora se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado a los niños y a los sectores pobres de la población (Medina-Mora, 2001), a pesar de la alta percepción de riesgo reportada por los estudiantes (81.8%).

3.5 Factores asociados al consumo de drogas

La niñez y la adolescencia son etapas críticas en el desarrollo, crecimiento y maduración de una persona, sabemos que son momentos cruciales en los que se adquiere gran parte de los valores, hábitos y habilidades, que en el presente y en el futuro fungirán como herramientas que permitirán enfrentar diversas situaciones en la que se deberán tomar las mejores decisiones.

De manera particular la adolescencia es considerada la etapa más vulnerable ya que surge una crisis de identidad en los adolescentes que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciendo gran ansiedad, rabia y confusión; sentimientos que en ocasiones no puede afrontar debido a diferentes factores (Villatoro, Alcántar, Medina-Mora; Fleiz, González, Amador y Bermúdez, 2003) lo cual facilita el involucramiento en diversas situaciones de riesgo. En este sentido, se ha demostrado que la presencia de ciertos factores a los cuales está expuesto el sujeto pueden relacionarse directamente con uso o abuso de drogas, el hecho de que el comienzo del uso de sustancias psicoactivas ocurra en mayor medida durante la adolescencia y juventud temprana se explica también como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje (Kumate, 2002).

La decisión de un adolescente de probar alguna droga, continuar usándola después de haber experimentado sus efectos y eventualmente desarrollar dependencia, está influida por una serie de factores en el individuo y en el contexto en que se desarrolla (Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, y Fleiz, 2002). Existen factores de riesgo y factores de protección que incrementan y reducen respectivamente la posibilidad de involucrarse en un proceso adictivo.

Los factores de riesgo pueden dividirse de acuerdo a los diversos dominios en los que interactúan cotidianamente los adolescentes: Individual (como la conducta desviada, baja autoestima, trastorno emocional), Familiar (violencia familiar, prácticas ineficaces de la paternidad, convivencia con padres alcohólicos), Escolar (fracaso escolar), Grupo de amigos (amigos usuarios de drogas, influencia de la interacción social, la pertenencia al grupo, presión de los amigos), Comunidad (alta disponibilidad de sustancias, tolerancia social hacia el consumo) (Flay y Petraitis, 1991; Hawkins, Catalano, y Miller, 1992; Medina- Mora y cols., 2002).

Paralelamente a los factores de riesgo y dentro de los mismos dominios existen factores de protección que balancean y contrarrestan el impacto de los primeros, protegiendo a los individuos de consumir drogas; como por ejemplo poseer una autoestima sana, una personalidad orientada a la evitación de riesgos, la convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores, el apego escolar, amigos poco tolerantes hacia el consumo, el pertenecer a redes de apoyo social, entre otros (Medina- Mora y cols., 2002).

Para efectos de la presente investigación nos centraremos en aquellos factores de riesgo y de protección que dentro del ámbito individual, familiar y con el grupo de amigos facilitan el uso y/o abuso de la cocaína.

Personal

Dentro del dominio individual se ha reportado una alta probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas cuando los adolescentes tienen baja autoestima, bajo nivel de aspiración, apatía, pesimismo, bajo control personal y conductas poco convencionales (Dembo, Williams, Wothke y Schmeider, 1994, en Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina-Mora, Jiménez, 1995).

La posesión de una autoestima saludable es de innegable valor, para afrontar situaciones de riesgo y tomar decisiones asertivas, un estudio realizado por Berenzon, González y Jiménez (1997), revela la importancia que en la autoestima de los adolescentes tiene el que su papá y su mamá sean afectuosos y establezcan una comunicación clara y abierta.

Adicionalmente, los jóvenes que deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales, los índices de manifestación de los síntomas aumentan dos veces con variaciones entre el 9% y el 18% (Medina-Mora y cols. 1995). Relacionado con este aspecto el intento suicida y la depresión en los escolares se ha convertido en un problema preocupante que está afectando principalmente a las mujeres; resultados del estudio de adolescentes sobre el consumo de drogas realizado por Villatoro y cols. (2001) revelan que 3.5% de los hombres y 13.8% de las mujeres de educación secundaria ha intentado suicidarse, cifra que se incrementa en bachillerato y bachillerato técnico (Cuadro 5). Es de llamar la atención que los principales motivos por los que lo intentaron tienen que ver con problemas familiares, incomprensión, falta de cariño y sentimientos de tristeza y depresión. Con respecto a estos últimos, García (2002), encontró que a mayor depresión es más factible que un adolescente se inicie en el consumo de drogas, siendo el nivel de riesgo 1.4 veces más alto que en los estudiantes que no presentan síntomas de depresión.

Cuadro 5. Intento Suicida en adolescentes de Educación Media y Media Superior

Nivel Educativo	Sexo	
	Hombres %	Mujeres %
Secundaria	3.5	13.8
Bachillerato	4.1	17.0
Bachillerato Técnico	5.5	16.9

Al intentar identificar cuáles son los predictores más importantes del consumo de drogas (inicio, uso continuado y abuso), en población estudiantil del país, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, y cols. 1996) encontraron que el haber sido abusado sexualmente es uno de los principales predictores del "abuso" de drogas.

En la última encuesta realizada con estudiantes en la que se midió este aspecto (1999) el 4.1% de los hombres y el 3.4% de las mujeres que cursaban la secundaria fueron víctimas de abuso sexual; la persona que perpetró el acto en el caso de los hombres fue la novia y en las mujeres algún familiar; para el nivel de bachillerato este porcentaje incrementa a 6.1% en los hombres y a 7.2% en las mujeres. Los adolescentes mencionan principalmente que la persona que abusó sexualmente de ellos (perpetrador), es un amigo(a) o conocido(a) en el caso de los hombres, o el novio en el caso de las mujeres (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Villa, Alcántar, Vázquez, Fleiz, Navarro, Blanco, y Néquiz, 1997).

Finalmente otro factor importante que está asociado con el uso de drogas es el participar en actos antisociales, que incluyen dos áreas: robos y violencia por una parte y comportamientos de consecuencias más graves por otra. Investigaciones realizadas con estudiantes del Distrito Federal a este respecto informan que 21% de ellos cometió al menos una conducta antisocial, de las cuales el 20.5% cometieron actos relacionados con la primer área y 2.6% se involucraron en actos con consecuencias más graves (Juárez, Villatoro, Fleiz, Medina-Mora, Carreño, Amador, y Bermúdez, 2002), de ahí que las principales conductas desviadas realizadas por los adolescentes sean: tomar parte en riñas o peleas, golpear o dañar un objeto, tomar una mercancía sin pagarla y tomar dinero o cosas con valor de \$50 pesos, estos actos varían en jerarquía de acuerdo a los niveles educativos y se puede observar un claro incremento conforme ascienden en grado de estudios, así como en relación con el sexo los hombres son quienes cometen más actos, en cualquiera de las áreas que las mujeres (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et. al., 2001).

Familiar

Las relaciones familiares juegan un papel importante en el desarrollo del individuo, diversos estudios señalan que la familia es la unidad básica de cohesión en la sociedad mexicana, constituyendo un apoyo importante para que el adolescente enfrente situaciones sociales y logre su autonomía dentro del propio grupo familiar, siendo esta una red de apoyo afectivo significativo para los jóvenes (Palmonari, 1991, en Villa, Villatoro, Cerero, Medina-Mora; Fleiz, 2000) El mexicano se siente seguro como miembro de su familia en la que todos sus integrantes tratan de ayudarse unos a otros (Natera, Mora y Tiburcio, 1997).

Los estudios de los efectos de la familia sobre el consumo de drogas han arrojado diversos hallazgos. En términos generales un consumo en la familia predice el consumo en el adolescente, ya que se asume que la disponibilidad en la familia y el modelamiento incrementan la probabilidad de que el adolescente se vea involucrado en el consumo (Hawkins, Catalana y Miller, 1992), de manera particular en estudios realizados con estudiantes se encontró que si alguno de sus familiares consumen drogas, el riesgo es 1.10

veces mayor (Villatoro, Medina-Mora; Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas, Carreño, 1996) que en aquellos en los que sus familiares no consumen algún narcótico.

A lo largo de la última década diversos estudios epidemiológicos han destacado el riesgo que es para los adolescentes convivir en un entorno en donde algún miembro de la familia consume regularmente alguna droga, Medina Mora y cols. (1995) encontraron que el consumo eventual en familiares es un factor de peso para diferenciar a experimentadores de usuarios regulares; a juicio de los estudiantes tres veces más padres y dos veces más madres de los usuarios regulares consumen drogas.

Por lo que respecta a la interacción, los hallazgos muestran que la baja satisfacción con la familia, las presiones familiares para que el adolescente estudie, familias altamente punitivas o con poco cuidado hacia sus hijos, la baja comunicación entre sus miembros, la percepción negativa de los padres entre otras muchas variables, se relacionan con el consumo de sustancias (Denton y Kampfe, 1994, en Rivera, Villatoro, Fleiz, y cols. 1995).

Ante este panorama resulta alentador que los resultados del estudio realizado por los autores previamente citados indican lo importante que resulta la convivencia familiar, el establecimiento de un clima agradable en la interacción familiar, y el facilitar una comunicación fluida y cálida, como elementos que protegen a los miembros jóvenes de la familia ante conductas de riesgo como lo es el consumo de drogas.

Grupo de amigos

Al comienzo de la pubertad la vida del niño todavía está centrada en la familia, en contraste durante la adolescencia hay que hallar una identidad individual fuera de ella, misma que se encuentra en el grupo más cercano de pares de los adolescentes, es decir sus amigos, quienes constituyen su punto de referencia más importante, pues es en ese grupo en donde demuestra su independencia y las necesidades no cubiertas en casa, para satisfacer dichas carencias se reúnen en grupos en los que se comparten actitudes, valores y conductas similares para poder crear esa pertenencia, disminuye la orientación centrada en la familia, y comienza la asimilación de los valores y juicios morales del grupo de pares (Caplan, Lebovici, Comp., 1973; Borges, 1993).

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la correlación existente entre el consumo de drogas y el tener amigos consumidores y tolerantes (Medina-Mora; Villatoro, López, Berenzon, Carreño, y Juárez, 1995; Hawkins, Catalana y Miller, 1992).

En un estudio realizado por Villatoro y cols. (1996) se encontró que si un estudiante tiene amigos que consuman drogas tiene un riesgo 1.22 veces **mayor de consumir drogas que aquellos estudiantes que no tienen amigos que las consuman**. Asimismo datos de la encuesta de estudiantes (medición otoño del 2000) sobre consumo de drogas, reportan que un 18.4% de adolescentes mencionan que su mejor amigo consume drogas, así como que en la mayoría de los casos un amigo fue quien les proporcionó la droga por primera vez; finalmente cabe destacar que los amigos son para mujeres y hombres, la primera y la segunda fuente de apoyo respectivamente cuando tienen un problema, lo cual explica en gran medida la marcada influencia de los amigos en la toma de decisiones de los adolescentes, y enfatiza la importancia de brindarles herramientas que les permitan desarrollar un pensamiento crítico que los conlleve al alejamiento de situaciones riesgosas y al mejor discernimiento en la toma de decisiones.

Como es posible observar, el panorama de consumo de drogas entre adolescentes no es muy alentador, pues a través de los diversos resultados aquí expuestos, se muestran las repercusiones del infiltramiento del narcomenudeo en estudiantes. Resultado de ello, durante las últimas tres décadas el consumo de drogas ha ido en creciente ascenso y con marcadas variaciones referentes al tipo de sustancia que se consume, imponiéndose en nuestros días el uso de marihuana y cocaína.

De forma paralela a estos hallazgos, encontramos la importancia de revestir al adolescente desde la infancia de situaciones protectoras que reduzcan las probabilidades de involucrarse en conductas de riesgo; resaltando la influencia de los amigos, y especialmente el papel de la familia como primer agente de socialización y transmisor de valores, habilidades y actitudes, así como institución responsable en gran medida de la formación y desarrollo de una autoestima sana, todos ellos elementos mediante los cuales los adolescentes puedan ser capaces de integrarse exitosamente a una sociedad que exigirá de ellos adaptarse y responder asertivamente a las pruebas que día a día afrontará tanto en casa, como en la escuela, con los amigos y en la comunidad.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

El estudio se tomó de la Encuesta realizada en la Ciudad de México sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de enseñanza media y media superior (medición otoño, 2003), realizada por la Secretaría de Salud por medio del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) y la Secretaría de Educación Pública (SEP), a través de la Dirección de Salud Escolar, (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez y Ramos, 2004).

4.1 Objetivo General:

Conocer la relación que guarda el apoyo familiar, la autoestima de los adolescentes y la influencia de los pares para que se inicien en el consumo de cocaína.

Objetivos Específicos:

4.1.1 Establecer la relación que existe entre el consumo de cocaína y el ser hombre o mujer.

4.1.2 Establecer la relación que guarda el apoyo familiar y el consumo de cocaína en adolescentes.

4.1.3 Establecer la relación que existe entre la autoestima y el consumo de cocaína en adolescentes.

4.1.4 Establecer la relación que existe entre la influencia de los pares y el consumo de la cocaína en adolescentes.

4.2 Hipótesis conceptual:

La hipótesis central del presente estudio, es que se espera que exista una relación entre la influencia de la familia, de los grupos de pares y del nivel autoestima, en el uso de cocaína en los estudiantes de educación media y media superior (Oetting, Donnermeyer, Delfenbacher, Trimble, Beauvais, 1998; Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Rojas, Carreño y Berenzon, 1998).

4.3 Variables

4.3.1 Definición conceptual de variables

Variable dependiente

- Consumo de cocaína: Se refiere a la administración por parte de un individuo de la sustancia estimulante del sistema nervioso central obtenida de la hoja de coca y procesada para su consumo en diferentes presentaciones (polvo, piedra, líquida), (Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 1998).

Variables independientes

- Ambiente familiar: La familia es considerada la estructura básica de toda sociedad, dentro de la cual se da la socialización inicial del individuo. Entre sus miembros y el nivel de integración logrado entre ellos. En este caso, el interés radica en la percepción que de estos tres procesos tiene el adolescente (Villatoro, Andrade – Palos, et al, 1997).
 - a. La comunicación familiar. Se refiere al grado en que el adolescente percibe el intercambio de información entre los miembros de su familia. Dicha información abarca la narración de eventos cotidianos, problemas comunes, situaciones personales o íntimas, etc.
 - b. Apoyo familiar. Se refiere a la percepción que tiene el adolescente sobre la ayuda que brinda la familia para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que él proporciona a los miembros que tienen problemas.
 - c. Hostilidad y rechazo. Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, que se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre todos sus integrantes.
- Autoestima: Son los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como un objeto (Rosemberg, 1973).
- Grupo de pares: Se define como las diadas de los mejores amigos o pequeños grupos de amigos cercanos, en los que dependiendo de los iguales con normas prosociales o implicados en conductas desviadas, van a influir claramente en la conducta de esa persona (Oetting, Donnermeyer, Delfenbacher, Trimble, Beauvais, 1998).

Variables sociodemográficas

- Sexo: Se refiere al sexo biológico considerado como la "condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres (Censo, 1990).

- Edad: Periodo entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto (Censo, 1990).

4.3.2 Definición operacional de las variables

Variable dependiente

- Consumo de cocaína: Se definirá en torno a las preguntas que valoran el uso experimental (1 a 5 veces), el uso regular (6 o más veces) y el no uso de la cocaína en adolescentes, de acuerdo a las prevalencias (total, último año, último mes y alguna vez en la vida) obtenidas en la medición.

Variables independientes

- Ambiente familiar: Se obtendrá a través de la escala original incluida en el cuestionario. Esta escala evalúa la comunicación, el apoyo, la hostilidad y el rechazo familiar. Consiste en 18 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1996).
- Autoestima: Se define operacionalmente como la puntuación obtenida a través de la escala que explora dichos fenómenos, siendo esta definida en la sección de instrumento.
- Grupo de pares: Se define como las puntuaciones obtenidas en las escalas que valoran las relaciones y normas con los amigos, mismas que son precisadas en la sección del instrumento.

Variables sociodemográficas

- Sexo: hombre - mujer
- Edad: 12 – 19 años:

4.4 Población y Muestra

La muestra se extrajo a partir de los registros oficiales de la SEP de las escuelas públicas y privadas de enseñanza media y media superior, correspondientes al ciclo escolar 2002-2003, que se encuentran en una base de datos computarizada dentro del INP.

Las escuelas se seleccionaron de forma aleatoria al interior de las 16 delegaciones políticas en el Distrito Federal.

El diseño de la muestra es estratificado, bieptático y por conglomerados, en el cual, la variable de estratificación es el tipo de escuela: secundarias bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa la constituyó las escuelas y en la segunda, el grupo escolar al interior de éstas.

Se planeó por conglomerados (grupos) para optimizar los tiempos de los encuestadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Se consideró una tasa de no respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar será para la cocaína con un 2% para el consumo del último año.

Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 348 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. Sólo dos escuelas secundarias de las seleccionadas no quisieron participar.

4.5 Instrumento

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado, que ha sido previamente validado (Medina-Mora, Gómez y Campillo, 1981; Medina-Mora, Carreño, Juárez, et al, 1996).

El cuestionario se aplicó en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron: datos sociodemográficos, nivel socioeconómico percibido, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas, conducta y actitud antisocial, intento e ideación suicida, disponibilidad de drogas, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas, normas y ambiente familiar, autoestima, ajuste social, conducta sexual, abuso sexual y estrés psicosocial.

Por otra parte, cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar cada forma incluye lo siguiente:

En la forma A se incluye la evaluación del tiempo libre, trastornos de la alimentación, lugares donde consigue y consume bebidas alcohólicas, nivel de ansiedad, asertividad y hábitos de educación de sus padres.

Las secciones de la forma B son relacionadas con su ambiente escolar principalmente, porqué ha dejado de ir a la escuela, rendimiento escolar percibido, percepción de la escuela, de los maestros y del director, razones por las que estudia, apoyo social que recibe para seguir estudiando, actividades escolares que realiza, hábitos de estudio y percepción de inseguridad social.

En la forma C, se encuentran las secciones adicionales en las que se indaga sobre el nivel de satisfacción que tiene el adolescente con diferentes áreas de su vida, características de sus amigos, escala de tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención, apoyo social y depresión.

Las secciones específicas del instrumento que se utilizaron para el presente trabajo son (Anexo 1):

1. ESCALA DE CONSUMO DE DROGAS (Cocaína). Consta de una serie de reactivos que exploran el consumo de las drogas más comunes como son: marihuana, anfetaminas, cocaína, crack, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína, otros opiáceos, tabaco y alcohol. Adicionalmente se explora la frecuencia del uso, las prevalencias (alguna vez en la vida, último año y último mes) e incidencias de consumo, así como las condiciones en que se inició el uso de drogas.
2. ESCALA AMBIENTE FAMILIAR La escala original consiste de 42 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México. El principal interés de esta sección es preguntar sobre cómo es la comunicación, el apoyo y el rechazo que percibe el adolescente en su relación con sus padres. Los indicadores de confiabilidad reportan un Alfa de Cronbach de 0.70 para cada una de las áreas (2 de apoyo, 2 de comunicación y una de rechazo) y las cargas factoriales son superiores a 0.40 en todos los casos. En análisis posteriores de la escala se obtuvo una versión más sencilla con 18 reactivos que tienen cargas factoriales superiores a 0.50 y que muestran correlaciones superiores a 0.80 con las áreas originales que contienen más reactivos. En diversos estudios preliminares se ha mostrado que en la medida en que el ambiente familiar es adecuado, el adolescente tiene más recursos para rechazar el consumir drogas (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1996).
3. ESCALA GRUPO DE AMIGOS. Se consideró la pregunta 61 de la forma "C", la cual incluye 8 reactivos, que permitirán obtener información relativa a las principales conductas y prácticas que realiza el grupo de amigos más cercanos del adolescente. Las opciones de respuesta son de tipo likert, conteniendo las siguientes alternativas: 1= Ninguno, 2= Algunos(as), 3= La Mayoría, 4= Todos(as).
4. ESCALA DE AUTOESTIMA. Se incluyó la escala de Rosenberg (1965). Consta de 10 preguntas originales sobre sentimientos hacia sí mismo que contemplan

dos dimensiones, atributos positivos y negativos de autoestima. Dicha escala es tipo Likert, contiene cuatro opciones de respuesta: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo 4= Totalmente de acuerdo, donde a mayor puntuación, mayor autoestima. Las propiedades psicométricas de la escala fueron probadas con un grupo de 5,000 adolescentes de diversos grupos étnicos y raciales en los Estados Unidos. Investigaciones subsecuentes han incluido miles de adolescentes y adultos con un gran rango de ocupaciones y niveles socioeconómicos (Salgado, 1987). Esta escala ya ha sido validada y revalidada para estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato por González - Forteza (1993, 1996, 1997). En 1993, se obtuvo una consistencia interna global de 0.75 (González - Forteza y Rodríguez, 1993). En 1997 el análisis factorial arrojó dos factores: Autoestima positiva y Autoestima negativa, obteniendo una consistencia interna de 0.70 y 0.59, respectivamente mientras 0.68 a lo que se refiere a la consistencia global (González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997).

Para el presente estudio sólo se emplearán 4 preguntas positivas, ya que son las que consistentemente han mostrado mayor confiabilidad y validez en los estudios mencionados, y en otros a nivel internacional (Marsh, 1996). La calificación de autoestima es la suma de las 4 preguntas, divididas entre el número de preguntas, por lo que las calificaciones variarán de 1 (baja autoestima) a 4 (alta autoestima). En este caso, la autoestima se espera que sea un factor protector, de manera que a mayor autoestima, haya una mayor percepción de riesgo y menor tolerancia social y en consecuencia no se involucre en el consumo de drogas (Alcántar et al., 1999).

4.6 Procedimiento

En el diseño operativo de la encuesta se designaron un Coordinador Central, seis supervisores y 23 encuestadores, seleccionados de entre un total de 30 sujetos capacitados. La capacitación tuvo una duración de 12 horas, se abordaron temas conceptuales sobre el uso y abuso de drogas, así como aspectos metodológicos y de logísticos de la aplicación. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

El coordinador fue el responsable del control del trabajo de campo, de la entrega del material y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, además facilitaron a los encuestadores la solución de problemas, tales como la ubicación de las escuelas y permisos de entrada a las mismas.

Los encuestadores realizaron una selección predefinida de grupos en la escuela y de la aplicación de los cuestionarios.

Al final de la aplicación, a los alumnos se les entregó el folleto preventivo "¿Qué onda con tu vida?". Con la indicación "Este folleto es para ti, por favor revísalo".

Posteriormente a la aplicación, para fines de codificación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de:

- a. Clasificar las sustancias reportadas.
- b. Verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación, y
- c. Detectar, corregir o eliminar cuestionarios inconsistentes.

Finalmente se realizó la captura de los datos en una base de datos previamente elaborada que verifica la congruencia de las respuestas.

4.7 Análisis de datos

Para realizar el primer objetivo, conocer las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de cocaína, se aplicará la ji cuadrada, debido a que la variable de interés, consumo de cocaína es una variable nominal.

Para alcanzar los demás objetivos, se consideró que las variables involucradas, las de familia, la autoestima y cómo son los amigos que lo rodean, son intervalares. Además, se desea evaluar el impacto del consumo de cocaína considerando el sexo de los sujetos, por lo que la prueba a emplear es el análisis de varianza de dos factores.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

En primer lugar, se observa que el nivel de consumo de cocaína es ligeramente mayor en los hombres (5.3%) que para las mujeres (2.7%). El consumo de otras drogas, sin incluir tabaco ni alcohol, es similar para ambos sexos (Tabla 1).

Al aplicar la prueba de χ^2 para la comparación, se encontró que el nivel de consumo de cocaína es mayor estadísticamente en los hombres ($p < 0.001$).

Tabla 1: Comparación del Consumo de Cocaína por Sexo

	Hombres		Mujeres		X ²	Prob.
	N	%	N	%		
Cocaína						
Consume cocaína	287	5.3	144	2.7	50.9	0.000
Consume otras drogas médicas o ilegales	624	11.6	567	10.7		
No consume drogas médicas o ilegales	4468	83.1	4569	86.5		

Adicionalmente, se intentó conocer si había diferencias al interior de cada sexo, por niveles educativos. Se hizo al interior de cada sexo, debido a que en el análisis anterior se mostró que el nivel de consumo es mayor en los hombres.

También para este análisis se usó la prueba de χ^2 debido a que la variable de comparación es nominal.

Los resultados muestran que tanto para los hombres como para las mujeres, el nivel de consumo de drogas, y especialmente de cocaína, es significativamente mayor en el bachillerato (8.9% hombres y 4% mujeres) que en el nivel de secundaria (3% hombres y 1.8% mujeres) (Tabla 2).

Finalmente, se procedió a realizar la comparación de las variables psicosociales (relación familiar, autoestima y grupo de pares), utilizando como variables criterio o que definen los grupos al grupo de consumo al que pertenecen y al sexo del sujeto. Debido a que las variables están medidas a nivel intervalar y a que tenemos dos factores o variables predictoras, se empleó el análisis de varianza de dos factores. Los resultados que se consideraron como estadísticamente significativos son aquellos en que el nivel de probabilidad es menor a 0.05 (Tabla 3).

TABLA 2: Comparación del Consumo de Cocaína por Nivel Educativo al Interior de cada Sexo

	Secundarias		Bachillerato		X ²	Prob.
	N	%	N	%		
HOMBRES						
Consume cocaína	95	3.0	192	8.9	178.1	0.000
Consume otras drogas médicas o ilegales	274	8.5	350	16.2		
No consume drogas médicas o ilegales	2844	88.5	1624	75.0		
MUJERES						
Consume cocaína	56	1.8	88	4.0	55.6	0.000
Consume otras drogas médicas o ilegales	271	8.8	296	13.5		
No consume drogas médicas o ilegales	2760	89.4	1809	82.5		

Los resultados de este análisis indican que, para hostilidad y rechazo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por consumo. De manera que, los usuarios de drogas (cocaína u otras drogas), indican un nivel ligeramente mayor de hostilidad y rechazo (media = 1.7) que los no usuarios de drogas (media = 1.6). Independientemente de la diferencia, el nivel de hostilidad y rechazo general es bajo (Gráfica 1).



TABLA 3: Análisis de Varianza de 2 Factores (sexo y consumo de cocaína) para las variables psicosociales del estudio

		Consumo cocaína	Consumo otras drogas	No consume	F	Sexo Prob	Consumo Prob	Interac Prob
Hostilidad y rechazo								
Hombres	Media	1.7	1.7	1.6	17.75	.14	.000	.000
	DE	.6	.6	.7				
Mujeres	Media	1.8	1.7	1.5				
	DE	.6	.6	.6				
Comunicación del hijo								
Hombres	Media	2.2	2.1	2.4	28.02	.158	.000	.010
	DE	.9	.8	.9				
Mujeres	Media	2.0	2.1	2.4				
	DE	.9	.9	1.0				
Apoyo de los papás								
Hombres	Media	3.0	3.0	3.1	22.60	.000	.000	.000
	DE	.9	.9	.9				
Mujeres	Media	2.6	2.8	3.2				
	DE	.9	1.0	.9				
Comunicación de los papás								
Hombres	Media	2.7	2.6	2.7	15.97	.026	.000	.000
	DE	.9	.8	.9				
Mujeres	Media	2.4	2.5	2.8				
	DE	.9	.9	.9				
Apoyo significativo del hijo								
Hombres	Media	2.9	2.9	2.9	10.60	.369	.000	.003
	DE	1.0	.9	.9				
Mujeres	Media	2.7	2.8	3.0				
	DE	.9	.9	.9				
Autoestima								
Hombres	Media	3.1	3.1	3.2	12.82	.000	.000	.005
	DE	.8	.7	.7				
Mujeres	Media	2.9	3.0	3.2				
	DE	.7	.7	.7				
Percepción de Riesgo								
Hombres	Media	2.3	2.5	2.8	209.60	.000	.000	.236
	DE	.6	.5	.4				
Mujeres	Media	2.4	2.6	2.8				
	DE	.6	.4	.3				
Peligroso consumir cocaína								
Hombres	Media	2.3	2.7	2.8	143.59	.000	.000	.878
	DE	.7	.5	.4				
Mujeres	Media	2.4	2.7	2.9				
	DE	.7	.5	.3				
Relación con los amigos								
Hombres	Media	2.5	2.8	3.1	68.74	.001	.000	.027
	DE	.3	.4	.5				
Mujeres	Media	2.8	2.8	3.1				
	DE	.4	.4	.4				

Para la comunicación que percibe el adolescente que tiene con sus papás, se observa que es menor para los usuarios de cocaína y los usuarios de otras drogas (media = 2.1), en comparación con los no usuarios (media = 2.4). Es conveniente señalar que el nivel de comunicación señalado por los sujetos en general es intermedio (Gráfica 2).



Para la variable de apoyo percibido de los papás, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo y por consumo. En el caso del grupo de las mujeres consumidoras de cocaína, se presenta el menor nivel de apoyo de los papás (media = 2.6), aunque las que no consumen muestran el nivel más elevado de apoyo (media = 3.2). En el caso de los hombres, el comportamiento es muy similar aunque ligeramente inferior el apoyo percibido para los grupos de consumidores (media = 3) (Gráfica 3).

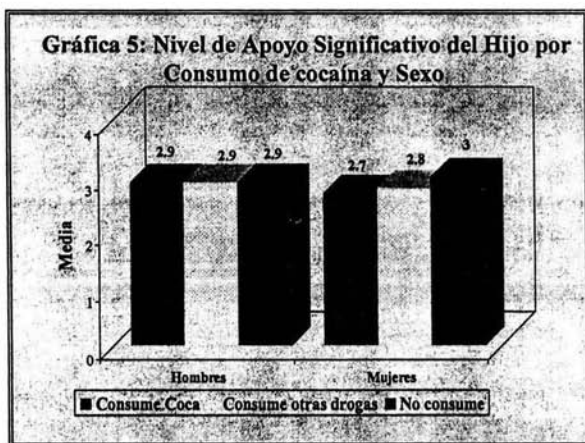


Para la comunicación de los papás hacia los adolescentes, se observaron también diferencias estadísticamente significativas por sexo y por grupo de consumo; de manera que es ligeramente mayor la comunicación percibida

por las mujeres no consumidoras, pero los grupos de mujeres consumidoras perciben menor comunicación de sus papás. En el caso del consumo, el grupo de consumo de otras drogas, muestra el menor nivel de comunicación (media = 2.5), y después los consumidores de cocaína (media = 2.6). El nivel de comunicación general es regular (Gráfica 4).



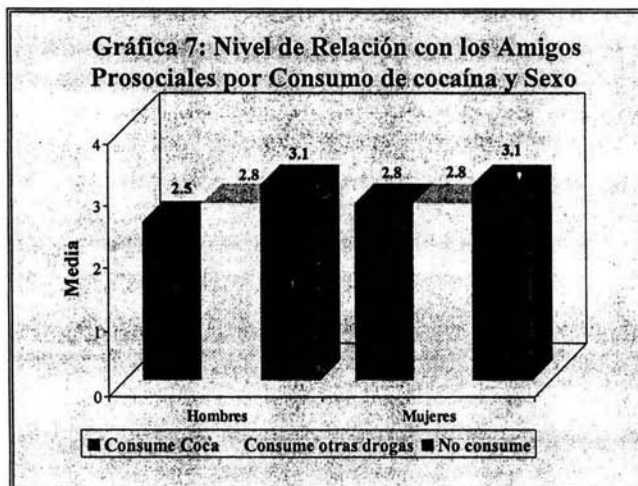
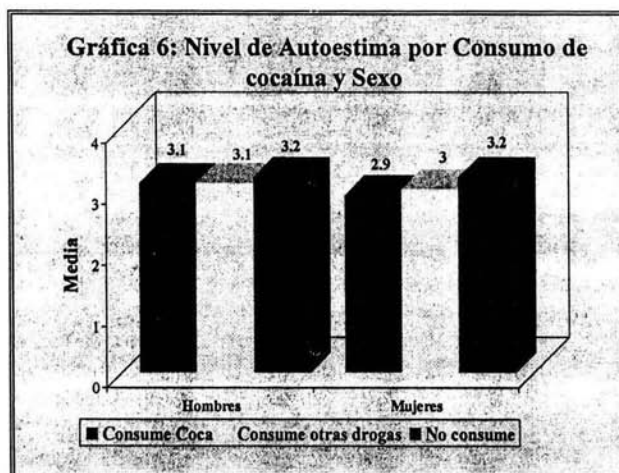
En cuanto al apoyo de los hijos hacia sus papás, se encontraron diferencias únicamente por sexo, de manera que las mujeres (media = 3) indican un mayor apoyo que los hombres (media = 2.9) (Gráfica 5).



Es importante señalar hasta aquí, que el nivel de apoyo percibido por los estudiantes es regular y que las puntuaciones en estas escalas son mayores que

en las de comunicación. En cuanto a hostilidad y rechazo, es bajo el nivel que los adolescentes indican que se presenta en sus familias.

En cuanto a la autoestima, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por consumo y por sexo; de manera que el nivel de autoestima es similar en los grupos de usuarios, en el caso de los hombres (media = 3.1), y es mayor en los no consumidores (media = 3.2). En tanto, para las mujeres, el nivel de autoestima es menor para los usuarios de cocaína (media = 2.9), que para las usuarias de otras drogas (media = 3) y que para las no usuarias (media = 3.2) (Gráfica 6).



Finalmente, en cuanto al grupo de amigos para los hombres, los no usuarios presentan el mayor nivel de amigos no problemáticos (media = 3.1) que los usuarios de otras drogas (media = 2.8) y que los usuarios de cocaína (media = 2.5). En el caso de las mujeres ocurre algo similar, las no usuarias son las más altas (media = 3.1); sin embargo, el comportamiento de las usuarias, incluidas las de cocaína, es similar (media = 2.8) (Gráfica 7).

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resultados de la última medición (2004) realizada con estudiantes en la Ciudad de México destacan en primer instancia, un ligero incremento en el consumo de drogas en los últimos 3 años, del 14.7% al 15.2%, que no es un aumento estadísticamente significativo.

No obstante, al interior de las sustancias se observan situaciones distintas. Por un lado, el incremento en la marihuana es grande; en tanto que en los inhalables y en los tranquilizantes el consumo se mantiene estable y el de la cocaína decrece ligeramente. En cuanto al tabaco, el consumo también se ha mantenido estable; en tanto el consumo de alcohol se ha incrementado.

Al analizar estos resultados por hombres y mujeres, se encontró que los niveles de consumo de las mujeres han incrementado, en tanto que en los hombres se ha mantenido o ha disminuido ligeramente.

Con respecto a los resultados sobre el consumo de cocaína, se observó un decremento importante en el consumo de esta sustancia, pasando en los tres últimos años de 5.2% al 4%. Este hallazgo es similar a lo que se reportó en la 4ª Encuesta Nacional de Adicciones, donde se encontró que el consumo de esta sustancia presentaba un ligero decremento. Además, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) han señalado que el consumo entre los pacientes que asisten a sus servicios por problemas de abuso de drogas, se ha mantenido estable.

Es importante señalar que del 4% de los estudiantes de nivel medio y medio superior, que representa alrededor de 32 mil estudiantes que han probado la cocaína en nuestra ciudad. El riesgo es grande debido a que la sustancia cada vez se encuentra combinada con otras que también son tóxicas al organismo como son insecticidas, talco con una variada combinación de sustancias;

Adicionalmente, el consumo de crack que es una sustancia aún más dañina, se está consumiendo en mayor grado debido a su bajo costo. Esto es muy importante si retomamos los efectos de dependencia psicológica que causa sobre el organismo y el sistema nervioso central señalados en los capítulos anteriores y que definitivamente pueden incidir en su proceso de aprendizaje, propiciando con ello el abandono y fracaso escolar, y perdiendo con ello la permanencia de un factor protector altamente importante.

En cuanto a la parte de ambiente familiar, en todas las escalas se muestra claramente que están relacionadas con el consumo de drogas, de manera que en estos grupos hay mayor hostilidad y rechazo, menos comunicación y menor apoyo, con relación al grupo de no usuarios.

No obstante ello, el comportamiento de los grupos (consumo de cocaína, consumo de drogas médicas e ilegales y no consumidores) y el de hombres y mujeres muestra comportamientos particulares al interior de cada área.

Para el área de comunicación del hijo hacia sus padres, los hombres usuarios de otras drogas son los que indican menor comunicación, en tanto que para las mujeres, el grupo más afectado son las usuarias de cocaína. Lo mismo ocurre con el área de comunicación de los padres hacia el hijo.

Para hostilidad y rechazo, en los hombres se muestra el mismo nivel en ambos grupos de usuarios, pero para las mujeres, se encontró más de esta característica en las usuarias de cocaína.

Algo similar ocurre en las áreas de apoyo, en donde los hombres usuarios muestran el mismo nivel, pero las mujeres que consumen cocaína indican que apoyan menos a sus familias.

Este contexto coincide con los modelos propuestos por Hawkins y Catalano (Modelo de Desarrollo Social) así como con Oetting, et al., (Teoría de la Socialización Primaria) en los que la familia es uno de los principales agentes de socialización que afecta en forma importante al individuo en su decisión de consumir drogas en general, ya que en ella los niños y adolescentes aprenden las reglas y normas que guiarán la conducta prosocial y antisocial.

De manera específica, las mujeres se ven más afectadas en su decisión de consumir cocaína, cuando perciben poca comunicación y apoyo en sus familias, así como el que haya manifestaciones de rechazo. Este aspecto es muy importante ya que como lo mencionan los resultados encontrados por Villa, Villatoro, Cerrero, et, al, (1996), la familia constituye una red muy importante de apoyo afectivo para los jóvenes ya que ante poca satisfacción con la familia, reflejada en ambientes familiares altamente punitivos, carentes de cuidado, con baja comunicación entre sus miembros, percepción negativa de los padres entre otras, se asocian al consumo de sustancias (Denton y Kampfe, 1994, en Rivera, Villatoro, Fleiz, y cols. 1995).

En cuanto a la autoestima, también las mujeres son las más afectadas, una menor autoestima está más asociada al consumo de cocaína. De hecho en los hombres no hay cambios fuertes. Se ha evidenciado que los jóvenes que han decidido experimentar drogas presentan un índice mayor de problemas emocionales asociados a la percepción de sí mismos (Medina-Mora y cols., 1995). Dicha percepción está influenciada desde el primer ambiente de socialización, constituido por la familia.

En la autoestima, la familia juega un papel importante en su formación y mantenimiento, pues se ha encontrado que en la medida que los padres se muestren afectuosos con sus hijos y refuerzan su autoestima, se reduce la probabilidad de involucrarse en situaciones de riesgo, y se incrementa el desarrollo de habilidades sociales como la asertividad en la toma de decisiones (Berenzon, González y Jiménez, 1997).

Durante la adolescencia el sentido de pertenencia es una de las necesidades más importantes, ya que es en esta etapa donde los jóvenes integran su personalidad, de acuerdo a las reglas y normas que predominen en el contexto sociocultural (familia, amigos, escuela). De manera tal que si durante la infancia no se establecieron normas y límites claros en la familia; será el grupo de amigos quien ejerza una influencia mayor sobre su comportamiento (Referencia).

En este sentido los resultados encontrados en cuanto al grupo de pares, señalan que el tener amigos que se involucran en conductas problemáticas afecta tanto a hombres como a mujeres, teniendo mayor impacto en los hombres. De manera que cuando los pares son desviados (consumen drogas, alcohol o tabaco, o delinquen), afectan en mayor medida el que ellos consuman drogas, especialmente la cocaína.

De acuerdo a los hallazgos expuestos con anterioridad concluimos que la familia, el grupo de pares y la autoestima, están vinculados al consumo de drogas y cocaína. Evidenciando el valor predictor de las relaciones familiares al constituirse en el eje de formación de las personas, ya que inicialmente es en ella donde se aprenden las formas de relación personales (autoestima) e interpersonales (amigos). Dichas formas de relación las reproduciremos a lo largo de la vida, ya sea que favorecerán o impedirán el desarrollo óptimo de las personas.

Aún con esto, la familia por sí sola no puede ser responsable de todas las conductas humanas, la escuela es el segundo agente socializador que junto con los amigos van a constituir una fuente importante de actitudes, valores y hábitos que definitivamente se verán reflejados en la formación integral de la personalidad de los niños y jóvenes.

En tal virtud resulta imprescindible que la escuela aproveche las diversas estrategias ya existentes, en las que se involucre a toda la comunidad educativa, a fin de favorecer la generación de estilos de vida saludables mediante la instrumentación de acciones preventivas proactivas, que favorezcan en los educandos el desarrollo del juicio moral y de la toma de decisiones, no sólo relacionada con el consumo de drogas, sino con situaciones riesgosas que pueden afectar su salud física y mental.

De forma semejante, la formación de la autoestima constituye un elemento determinante en el que participan no sólo la familia sino un conjunto de personas e instituciones que directa o indirectamente afectan la percepción de sí mismo del individuo, proporcionando seguridad y valor para enfrentar las situaciones cotidianas.

Es claro que en determinado momento la responsabilidad de permitir que dichos eventos dañen su persona dependerá ahora del adolescente. Con ello queremos decir que para que el adolescente sea capaz de llegar a este punto, al considerar la realización de intervenciones preventivas con niños y adolescentes, es necesario involucrar a la familia, y a la comunidad docente, pues constituyen un modelo importante, que tiene la capacidad de incidir al igual que los padres en la formación de los jóvenes. De esta manera se proporcionan herramientas a la familia en general, pero también se forma a los futuros padres y madres.

Como ya se mencionó previamente, el hecho de que los jóvenes se involucren con grupos de amigos desviados, tiene que ver con la calidad de las relaciones y del ambiente familiar, por lo que si los adolescentes se desenvuelven desde sus primeros años en ambientes más saludables, sus elecciones estarán dirigidas hacia una vida de mayor calidad, alejados del consumo de drogas.

El papel de los papás, de las mamás y de los docentes en la formación de los niños y jóvenes, consiste dotarlos de herramientas que reduzcan o bien los alejen de la posibilidad de involucrarse en conductas antisociales, por lo que es preciso que las intervenciones que se realicen estén basadas en evidencias que permitan incidir directamente en aquellos factores de riesgo que están vinculados significativamente con el consumo de drogas.

Es necesario aclarar que el *ambiente familiar*, la *autoestima* y el *grupo de pares* no son los únicos, pero sí algunos de los factores que pueden ser manipulables, de manera tal que se moderen o maximicen sus efectos y sea posible establecer objetivos en los que se puedan valorar sus beneficios.

Asimismo, derivado de este trabajo se sugerirán algunas estrategias muy concretas que creemos serán de utilidad para la creación de acciones que pueden ser instrumentadas por los programas preventivos ya existentes en el ámbito educativo.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN EL AMBIENTE FAMILIAR

COMUNICACIÓN

- Establecer al menos un momento de convivencia familiar (Ej.: desayuno, comida y cena) en el que se converse sobre diferentes situaciones y todos participen.
- Escuchar respetuosamente a cada miembro sin interrumpir.
- Evitar calificar las opiniones como buenas o malas.
- Evitar las interpretaciones y expresar cualquier duda sobre el tema.
- Establecer contacto visual permanente cuando se converse con los hijos.
- Comunicar abiertamente los problemas y desacuerdos en un ambiente cordial y empático (ponerse en el lugar del otro).
- Expresar lo que uno siente y piensa sin involucrar a terceras personas.
- Animar a los adolescentes a pensar de forma independiente y a expresar con libertad sus puntos de vista.
- Mantener un diálogo permanente sobre diversos temas, y en especial sobre el consumo de drogas, sus efectos y daños a la salud.

MANEJO DE AFECTOS

- Favorecer la expresión de emociones negativas (enojo) de forma asertiva (en el momento adecuado sin insultos).
- Al resolver conflictos, evitar remitirse a eventos anteriores.
- Ser congruentes al expresar nuestras emociones.
- Enseñar a los hijos a expresar y nombrar sus diversas emociones y sentimientos.
- Demostrar frecuentemente de forma verbal y física el amor a todos los miembros de la familia sin importar la edad.
- Procura no reprobar a la persona (p. ej. eres un mal niño o persona), sino la conducta (eso está mal hecho, recoge bien tus cosas).
- Ser solidario con los sentimientos y problemas de los hijos en cualquier edad.
- Reconocer los logros académicos, personales y sociales de todos los miembros de la familia.

MEDIDAS DISCIPLINARIAS

- Establecer normas y límites claros de forma conjunta con los hijos (incluido el consumo de drogas).
- Establecer previamente las consecuencias de transgredir las normas y límites y sobretodo ser consistentes.
- Discutir las consecuencias positivas y negativas de ciertas decisiones.
- Evitar el castigo físico y las agresiones verbales para sancionar, ya que dañan la autoestima de los niños y jóvenes.
- Premiar con elogios o concesiones las conductas positivas o favorables de los hijos.
- Señalar y discutir las conductas negativas para evitar su repetición, de ser necesario sancionarlas.
- Al sancionar, se recomienda emplear el retiro de un beneficio (ver la tele, salir a jugar, etc.), nunca los alimentos.
- Fomentar la responsabilidad en los hijos (Ejem. Asignarles una tarea de acuerdo a la edad, para formar un hábito en ellos).

APOYO FAMILIAR

- Permitir que los hijos encuentren por sí mismos alternativas viables a los problemas que enfrentan.
- Involucrarse de manera general en las actividades e intereses de los miembros de la familia sin transgredir la individualidad.
- Incluir a los hijos en la toma de decisiones familiares.
- Facilitar la participación de cada uno de los miembros de la familia en actividades cotidianas.
- Comprender que se tienen cambios en el estado de ánimo, por ello es necesario ser sensibles a estos cambios y, en caso necesario, brindar apoyo.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN LA AUTOESTIMA

- Identificar y reconocer las cualidades y defectos de cada uno de los miembros de la familia.
- Destacar las cualidades para explotárselas y obtener mejores beneficios.
- Enseñar a los hijos a reconocerse como seres únicos que no deben ser confundidos o comparados con nadie más.
- Promover en los hijos el entendimiento de que pueden ser diferentes de los demás, y que entiendan que el reto es ser cada día mejores en lugar de compararse con los otros.
- Evitar hacer comparaciones entre hermanos.
- Identificar y desarrollar las áreas de mayor competencia de cada miembro de la familia.
- Ayudar a los niños a alcanzar sus objetivos, alentándolos y brindándoles aprobación social.
- Promover el cuidado y la aceptación de la imagen corporal, y fomentar el pensamiento crítico con respecto a los estereotipos de imagen.
- Ver a los niños como seres que poseen habilidades y capacidades diferentes a las de los adultos.
- Promover la iniciativa, principalmente en la niñez.
- Proporcionar información clara y veraz sobre las diferentes etapas de desarrollo que van pasando los hijos.
- Pedir a los adolescentes que escriban acerca de sus intereses (pasatiempos, deportes música, etc.) para ayudarlos a explorar quiénes son y qué desean hacer con sus vidas.
- Ser tolerante con los niños y adolescentes, sobre todo cuando cometan errores y lo reconozcan con honestidad.
- Alentar a los adolescentes a que recurran al orientador(a) para que les ayude en la búsqueda de opciones de carrera, así como sobre otros aspectos del desarrollo de su identidad.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN EL GRUPO DE PARES

- Procurar conocer a los amigos de los hijos (tener sus números telefónicos y direcciones).
- Proporcionar alternativas de actividades recreativas que favorezcan su desarrollo.
- Orientar o buscar ayuda para los amigos de los hijos que consuman alguna droga, ya sea legal o ilegal con el fin evitar el consumo.
- Enseñarles a resistir la presión de grupos nocivos para iniciarse en el consumo de drogas.
- Fomentar la realización de foros de discusión en los que los jóvenes expongan y discutan problemas o vivencias propias de su edad.
- Promover que la convivencia sea entre jóvenes de la misma edad, ya que se sabe que los adolescentes que tienen amigos mayores que ellos, realizan más conductas desviadas de lo normal.
- Involucrar a los jóvenes en actividades para otros jóvenes que promuevan estilos de vida saludables.
- Resaltar la importancia de convivir con los adultos en un ambiente de intercambio y aprendizaje mutuo.

Aún cuando sabemos de la dificultad de la participación conjunta de padres y docentes, debido a diferentes circunstancias, es preciso considerar la inclusión de estrategias de prevención en la escuela y en el ambiente familiar, como parte de una iniciativa educativa que tenga como propósito crear ambientes de mayor protección y desarrollar personas con un pensamiento crítico y un mejor nivel de cultura preventiva.

De esta manera, se puede lograr que estas acciones trasciendan a la comunidad, desarrollando en los y las adolescentes habilidades sociales (manejo de emociones, resolución de conflictos, comunicación asertiva, etc.), que reduzcan la probabilidad de involucrarse en el consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amador, J., Díaz, M., Ibarra, M., López, M., Facundo, J., Rocha, R., Villatoro, J. (2002). El consumo de drogas en la Ciudad de Río Verde, SLP. En: Observatorio Epidemiológico de Drogas 2002. CONADIC.
- Becoña, E. (2001). Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. Universidad de Santiago de Compostela. España
- Berenzon, S., González, C., Jiménez, A. (1997). La importancia del afecto paterno en la autoestima de los adolescentes varones. Revista de psicología social y personalidad. Vol. XIII No.2 191-198.
- Borges, G. (1993.) Los factores de riesgo y las drogas. ¿Otra vez la infancia y la escuela? 2º parte Información clínica 4,12, 68-69
- Brailowsky, S. (1999). Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Caplan, G., Lebovici, S. comp. (1973). Psicología social de la adolescencia. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Carlson, N. (1999). Fisiología de la Conducta. Barcelona: Editorial Ariel Neurociencia.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En: American Psychological Association, Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Conger, J. (1980). Adolescencia: generación presionada. México: Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C.V.
- Díaz-Negrete, Arrellanes, H., Martínez-Treviño (2002). Uso de drogas y factores asociados entre estudiantes de educación media básica del Estado de Nuevo León. En: Observatorio Epidemiológico de Drogas 2002. CONADIC.
- Dulanto, E. (2000). El Adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Flay, B., Petraitis, J. (1991) Methodological issues in drug use prevention research. Theoretical Foundations. In CG. Leukefeld. (Ed) Drug abuse Prevention, intervention research: Methodological Issues. 81-109. Washington, D.C.

- García, A. R. (2002). La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Good, T., Brophy, J. (1996). Psicología Educativa Contemporánea. México: Editorial McGraw-Hill.
- Gutiérrez, R., Unkiel, S., Villatoro, J., Ortiz, C. (1996). Alcohol y Tabaco como drogas de inicio. La Psicología Social en México, Vol. 16, 549-553.
- Harter, S. y Marold, D. B. (1992). Psychosocial risk factors contributing to suicide ideation. En G. Noam y S. Borst (Eds.) Child and adolescent suicide. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hawkins, J., Catalano, R. y Millar, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 112, 1: 64-105.
- Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.
- http://www.conadic.gob.mx/fileinclude.asp?inc=DMLCUIDID_2004.raw
- Jasso, A. y Muñoz, Y. (2002). Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo, autoestima y consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Juárez, F., Villatoro, J., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E., Carreño, S. Amador, N. y Bermúdez, P. (2002). Conducta antisocial, ambiente familiar e interpersonal en estudiantes adolescentes del Distrito Federal. La Psicología Social en México. Vol. 9, Pág. 305-311.
- Kalina, E. (1988). Adolescencia y drogadicción: de la práctica a la teoría. Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Kumate, J. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. CONADIC Informa. Junio . Secretaría de Salud.
- Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (1998). Drogodependencias. España: Editorial Médica Panamericana.

- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Cravioto, P., Fleiz, C. (2002). ¿Cómo influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas? CONADIC Informa. Junio . Secretaría de Salud.
- Martínez, C., Garfías, A., Cintora, R., Villatoro, J. y Medina-Mora, M.E. (2002). Uso de drogas y factores asociados entre estudiantes de Educación media básica del Estado de Nuevo León. En: Observatorio Epidemiológico de Drogas 2002. CONADIC.
- Medina Mora, M.E. (2001). Tendencias del abuso de drogas en México. CONADIC Informa. Boletín Especial. Secretaría de Salud/ CONADIC, 12-15.
- Medina-Mora, M.E., Rojas, Gómez-Font, F y Campillo, C. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among mexican students. Bolletín on narcotics. Vol. 3, 4, p.p. 67-76.
- Medina Mora, M.E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S., Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica de México. Vol. 131. No. 4. pp. 383-393.
- Medina-Mora, Peña- Corona, Cravioto, P., Villatoro, J., Kurí, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Revista de Salud Mental. Vol. 22, 110-126.
- Mrur, C. (1999). Autoestima: Investigación, teoría y práctica. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, A., Suárez, N., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg.
- Natera, G., Mora, J y Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. Revista de psicología social y personalidad. Vol. XIII, No. 2 pp. 165-189.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary Socialization theory: the role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. Substance use and misuse, 33.1337-1366.
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Galván, J., y González, L. (1993). Aspectos cualitativos sobre el consumo de cocaína. CONADIC. Las Adicciones: hacia

un enfoque multidisciplinario. Pp.106-111 México: CONADIC. Secretaría de Salud.

- Pasantes, H. (1997). De neuronas, emociones y motivaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rivera, E., Villatoro, J., Fleiz, C., Medina-Mora, ME. y Jiménez, A. (1995). Percepción de las características de los padres y su relación con el consumo de drogas. Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. XI, 2, 1995, 149-158.
- Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la Sociedad. Argentina. Ed. Paidós.
- Salgado, N. (1987). The role of ethnic loyalty among mexican immigrant women. Hispanic journal of behavioral sciences. Vol. 3, p.p. 287-298.
- Santrock, J. (2002). Psicología de la Educación. México. Editorial McGraw-Hill.
- Secretaría de Salud (2002). Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2002. México. CONADIC.
- Secretaría de Salud (2001). Observatorio Epidemiológico en Drogas. México. CONADIC.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones, 2002. México. CONADIC.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas). (1999) Resultados Definitivos del Informe Ejecutivo: Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades. México, DIF.
- Tapia – Conyer, R. (1994). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: Editorial Manual Moderno.
- Velasco, R. (1997). Las Adicciones: Manual para maestros y padres. México: Editorial Trillas.

- Velasco, B. (2001). De drogas y motivos. CONADIC Informa. Boletín Especial, Secretaría de Salud/ CONADIC
- Villa, G., Villatoro, J., Cerero, L., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C. (2000) El rol de las normas familiares y el ambiente interpersonal en el consumo de alcohol de los adolescentes. SESAM
- Villa, P. (1997). Autoestima en adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta. México. Tesis de Licenciatura UNAM.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. y Ramos, A. (2004). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003. Reporte Global. INP-SEP. México
- Villatoro, J., Alcántar, M., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., González, C., Amador, N., Bermúdez, P. (2003). El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿Dos problemas entrelazados?. Revista de Servicios de Salud Mental. Año 7. Vol. 2 No. 1 pp. 5-12
- Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina- Mora, M.E. y Reyes, I. (1997). La relación padres- hijos: Una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. Revista de Salud Mental. Vol. 20, 2, p.p.21-27.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Villa, G., Alcántar, E., Vázquez, L., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. **Reporte Global de Escuelas Secundarias**. SEP, IMP, México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Villa, G., Alcántar, E., Vázquez, L., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. **Reporte Global de Escuelas de Bachillerato**. SEP, IMP, México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Juárez, F., Berenzon, S., López, E., Rojas, E. y Carreño, S. () Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. , Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México.

➤ Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C. Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. Y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes?. Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 25(1): 43-54.

➤ Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Rojas, E., Carreño, S., Berenzon, S. (1998). Drug use pathways among high school students of México. Addiction 93(10), 1577-1588.

ANEXOS

Anexo 1: Secciones específicas del Instrumento

1. Datos sociodemográficos.

1. Eres	Hombre1 Mujer2
2. ¿Qué edad tienes?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. Consumo de cocaína.

Las preguntas se dividen en prevalencias (total, último año, último mes) y en el número de veces que se ha consumido la droga. Con objeto de que el indicador del consumo esté medido por la frecuencia de consumo.

La prevalencia del consumo de cocaína se obtendrá con el número de respuestas "si" a las preguntas iniciales (18a a la 18c). En tanto que el número de veces que se ha consumido, se obtendrá del valor mayor que haya contestado a las preguntas de frecuencia de consumo (18e).

18a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado Cocaína?	Sí No
18b. En los últimos 12 meses, ¿has usado cocaína?	Sí No Nunca he consumido cocaína
18c. En el último mes, ¿has usado cocaína?	No Sí, de 1 a 5 días Sí, de 6 a 19 días Sí, 20 días o más Nunca he consumido cocaína
18d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) producto(s) que has tomado. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nunca he consumido cocaína <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?	1-2 veces 3-5 veces 6-10 veces 11-49 veces 50 o más veces Nunca he consumido cocaína
18f. ¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína por primera vez?	Hace menos de un mes De 2 a 6 meses De 7 a 12 meses Hace más de un año Nunca he consumido cocaína
18g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste cocaína por primera vez?	Nunca he usado cocaína Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18h. ¿En qué País o Estado usaste cocaína por primera vez? <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	Nunca he consumido cocaína País o Estado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

18i. ¿En qué lugar obtuviste cocaína por primera vez?	Nunca he consumido cocaína En mi casa o en la de alguien más En la escuela En el trabajo En el Club Social En fiestas En un bar, cantina o discoteque..... En la calle o en un parque En otro lugar, especifica
18j. ¿Cómo has usado cocaína?	Fumada Inyectada Inhalada Tomada o tragada Nunca he consumido cocaína

3. Ambiente familiar (apoyo, comunicación y hostilidad).

Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar. El área de hostilidad y rechazo tiene 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m).

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (incisos b, j, o).

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (incisos k, n, p).

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (incisos c, ñ, q).

El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (incisos e, f, h).

56. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.

	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Con Mucha Frecuencia
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que sólo les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4

4. Autoestima.

Para el presente estudio sólo se emplearon 4 preguntas positivas. La calificación de autoestima es la suma de las 4 preguntas, divididas entre el número de preguntas, por lo que las calificaciones variarán de 1 (baja autoestima) a 4 (alta autoestima).

55. Por favor indica qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones. (Marca una opción por cada inciso)	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
a) Siento que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
b) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente	1	2	3	4
c) Tengo una actitud positiva hacia mi mismo	1	2	3	4
d) En general estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4

5. Grupo de Amigos

La escala incluye 8 reactivos, que permitirán obtener información relativa a las principales conductas y prácticas que realiza el grupo de amigos más cercanos del adolescente.

Forma "C"

61. ¿Cuántos(as) de tus amigos(as)...	Ninguno	Algunos(as)	La Mayoría	Todos(as)
a) Van a la escuela?	1	2	3	4
b) Han tenido relaciones sexuales?	1	2	3	4
c) Fuman cigarros?	1	2	3	4
d) Practican algún deporte?	1	2	3	4
e) Tienen buenas calificaciones en la escuela?	1	2	3	4
f) Tienen problemas con sus papás?	1	2	3	4
g) Consumen bebidas alcohólicas?	1	2	3	4
h) Consumen drogas?	1	2	3	4