



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**® Facultad
de Psicología**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“PERFIL DE RIESGO ENTRE POBLACIÓN ESTUDIANTIL DEL
DISTRITO FEDERAL A TRAVÉS DEL POSIT”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

PATRICIA INÉS REYES DEL OLMO

DIRECTORA: MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

REVISORA: MTRA. GABRIELA MARIANA RUIZ TORRES

MÉXICO, D.F. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres (QEPD) por su amor, ejemplo y esfuerzo, a Oscar mi mejor e invaluable compañero de vida en todas las circunstancias, a mis hermanos y sobrina, así como a mis tres chipotes: Manuel, Oscar y Alejandro por su acompañamiento y motivación.

A Lety Echeverría, Silvia Cruz, Magy Patlán, Andrea Pastor, Paty Meraz, Eva Rodríguez, Nora Frías y Velia Abundiz, por su constancia en que cerrara el ciclo, pero fundamentalmente por su incondicional amistad; así como a todos mis amigos y amigas que siempre han estado presentes en muchos momentos de la vida y que siguen estando aun cuando los tiempos y las distancias no nos permiten vernos, pero sí siempre sabernos.

A la Mtra. Leticia Echeverría Sanvicente por su extraordinaria dirección de tesis y acompañamiento en todo el proceso, a la Mtra. Gabriela Ruíz por su revisión y atinados comentarios, a la Dra. Patricia Meraz, al Dr. Samuel Jurado y a la Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez, por su lectura y certeras observaciones.

Al Dr. Manuel Mondragón y Kalb por propiciar y facilitar la elaboración de esta tesis.

Al Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud, a la Lic. Magdalena Patlán, Directora de Proyectos Estratégicos, a Mario, Amparo, Marisela y Ernesto, valiosos integrantes de esa Dirección y a todas las psicólogas y psicólogos de los Centros de Atención Primaria en Adicciones UNEME CAPA de la Ciudad de México, por permitirme usar sus datos para la realización de éste trabajo, y muy especialmente a Guadalupe Serna Arreguín, por su apoyo con la captura y creación de la base de datos.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	6
I.El problema de las adicciones en México	13
El problema de las adicciones en el Distrito Federal	
El Proceso Adictivo. El desarrollo del consumo	
II.Adolescencia	24
III.Factores de Riesgo y de protección durante la adolescencia	31
IV.Metodología	46
Objetivo	
Escenario	
Sujetos	
Instrumento (POSIT)	
Resultados	63
Discusión	86
Conclusiones	91
Bibliografía	94
Anexos	

RESUMEN

El consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, es un problema de salud pública que va en crecimiento principalmente entre los adolescentes y las mujeres jóvenes, situación que trae consigo consecuencias negativas tanto a la salud como a la seguridad de los que las consumen, de la familia y de la sociedad. Se sabe que la adolescencia es una de las etapas de mayor vulnerabilidad para desarrollar hábitos que ponen en riesgo la salud. Por esta razón prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes es una tarea fundamental en México.

Una proporción importante de los adolescentes, no consideran que sea peligroso usar drogas. Otro factor asociado consistentemente al consumo de drogas entre los adolescentes es la disponibilidad y, el riesgo de experimentar con ellas se incrementa 1.89 veces cuando existe disponibilidad de las sustancias.

Ante esta situación es necesario favorecer estrategias de prevención a todos los niveles, para desarrollarlas es necesario conocer el perfil de riesgo de los adolescentes con objeto de impedir o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivo: Identificar el perfil de riesgo de los estudiantes de nivel básico (quinto y sexto de primaria) y medio básico (secundaria y bachillerato) del Distrito Federal, a través del Cuestionario de Tamizaje de los Problemas de los Adolescentes **POSIT** (**P**roblem **O**rient **S**creening **I**nstrument for **T**eenagers), con el propósito de desarrollar estrategias de prevención para impedir, detener o retrasar el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Método: La muestra quedó formada por 25,484 alumnos de quinto y sexto de primaria y los tres grados del nivel de secundaria, que cursan sus estudios en escuelas públicas del Distrito Federal; 12,961 fueron mujeres (50.8%) y 12,528 hombres (49.2%), la edad oscila entre los 12 y 17 años.

Resultados: Entre los 25,484 alumnos adolescentes tamizados del Distrito Federal, tanto en hombres como en mujeres, las áreas calificadas permiten observar la presencia de riesgo en: **relación con los amigos, habilidades académicas, relaciones familiares** y el área de **salud mental**. En lo que corresponde al **uso-abuso de sustancias**, el 36% de los hombres presentan consumo y en las mujeres el 33%.

Finalmente se analizan los resultados y se presentan las conclusiones y las líneas de acción que se proponen para el mejor desarrollo de intervenciones preventivas.

INTRODUCCION

El ser adolescente en sí mismo, es ya un factor de riesgo. Las funciones neurológicas no han alcanzado su madurez y por tanto, hay una buena cantidad de componentes bioquímicos que implican respuestas de juicio que no alcanzan a ser resueltas. Fisiológicamente es una etapa de evolución que implica cambios corporales y por tanto un nuevo manejo espacial y su consecuente adaptación; el entorno sociofamiliar se conflictúa debido fundamentalmente a que por momentos las conductas y actitudes son de alguien totalmente autónomo y en otros absolutamente dependiente. En el ámbito psicosocial, la familia en ocasiones estorba y los amigos son lo único que tiene importancia, la impulsividad, el jugar con los riesgos, el hedonismo, la necesidad de satisfactores inmediatos y la prisa por mostrar conductas del ser adulto, enfrenta a los púberes y adolescentes a situaciones que los ponen en serios riesgos.

A lo anterior habría que agregar que los adultos conciben la adolescencia como una etapa de transición, una etapa en la cual “ya crecerán” y que al ser adultos resolverán “su crisis”; hay quien dice incluso que es adolescente porque “adolece” de conductas maduras, como si la madurez fuera una característica sólo de los adultos. Esos mismos adultos que son: padres, maestros, mentores, y en algunos momentos no se percatan de conductas de riesgo y situaciones de riesgo en las cuales pueden estar inmersos los adolescentes como: desarrollo de habilidades académicas, relaciones familiares, con los amigos, uso del tiempo libre, funcionamiento psicosocial, o simplemente familiares o amigos consumidores de sustancias psicoactivas, como alcohol o tabaco y que son prácticas aprobadas por y en su entorno.

A esta permisividad familiar, hay que agregarle la permisividad social frente al uso de sustancias psicoactivas y la disponibilidad misma de las sustancias, cada vez es

más fácil conseguir alguna droga legal o ilegal y cada vez se reduce más el rango de edad para el uso de las mismas, así como su costo.

Es sabido por todos que el problema de las adicciones en México se agudiza año con año, incrementando el grado de riesgo y vulnerabilidad entre los niños y jóvenes. La situación es alarmante dado el innegable impacto en la estructura básica de la sociedad.

En el Reporte Mundial de Drogas 2014, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, refiere que el consumo de drogas en todo el mundo, sigue causando un número significativo de pérdidas, tanto de vidas humanas como de años de vida productiva. De acuerdo con cifras de 2012, se estimó un promedio de 183,000 muertes relacionadas con las drogas (entre 95,000 y 226,000), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 40.0 muertes por millón entre la población de 15 a 64 años (UNODC 2014).

El Reporte indica que para 2012 entre 162 y 324 millones de personas habían usado alguna droga ilícita al menos una vez durante el año anterior, principalmente cannabis, opiáceos, cocaína o estimulantes del tipo anfetamínico, lo que corresponde a entre 3.5 y 7.0% de la población mundial de 15 a 64 años.

La magnitud del consumo problemático de drogas, es decir, el número de usuarios regulares de sustancias psicoactivas y aquellos con dependencia, se ha mantenido entre 16 y 39 millones de personas. Sin embargo, pese a que la cifra continúa estable, persiste la brecha entre el número de consumidores que requiere atención y la disponibilidad de servicios para la misma, ya que solo uno de cada seis usuarios problemáticos a nivel mundial tuvieron acceso o recibieron servicios de tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas (UNODC 2014).

En México la Encuesta Nacional de Adicciones permite observar las tendencias de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas desde hace más de 20 años (1988-2011).

Los datos reportados en la Sexta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), en cuanto al consumo de tabaco en población de 12 a 65 años de edad señalan que 17.3 millones (22%) fumaron durante el último año; 12 millones (31%) hombres y 5.2 millones (13%) mujeres, y el 26% fueron exfumadores. Entre quienes consumieron tabaco durante el último año, iniciaron el consumo diario de cigarrillos a los 20.4 años en promedio y que 12.5 millones de personas (30%) nunca han fumado, pero se encuentran directamente expuestas al humo de tercera mano.

En los adolescentes de 12 a 17 años se registró que 10.5 millones (78%) nunca ha fumado; 1.7 millones (12%) fumaron durante el último año, y la edad de inicio para los adolescentes que fuman diariamente fue de 14 años.

En relación al consumo de alcohol, entre las personas encuestadas de 12 a 65 años, el consumo durante el último año aumentó de 46 a 51% entre 2002 y 2011, con significativas diferencias por sexo: en las mujeres aumentó de 34 a 41% mientras que en los hombres hubo un incremento de 56 a 63%.

El 55% de las personas que consumieron alcohol mencionaron que bebieron alcohol por primera vez a los 17 años o menos, mientras que el 39% inició entre los 18 y 25 años. Los resultados por sexo muestran que 65% de los hombres y 43% de las mujeres iniciaron el consumo de alcohol antes de los 17 años.

Considerando solo a la población adolescente se encontraron aumentos significativos en el consumo de alcohol en el último año, pasando de 25.7 a 30% tendencia que se mantuvo tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto al consumo de otras drogas en población de 12 a 65 años, el consumo alguna vez en la vida se situó en 7.8%, equivalente a 6.2 millones de personas. Se observa un incremento entre la ENA 2008 y la ENA 2011, de 9.1 a 13% en los hombres, y de 2.6 a 3% entre las mujeres. En relación al consumo durante el último año se observa un ligero incremento de 1.4 a 1.8%.

La marihuana se mantiene como la droga de mayor consumo con 6% de uso alguna vez en la vida, en los hombres alcanza el 10.6%. La segunda droga de preferencia fue la cocaína incluido el crack con 3.3%.

Para población adolescente la ENA 2011 ubicó el consumo de drogas alguna vez en la vida en 3.3%, mientras que el consumo en el último año fue de 1.6%. Entre los adolescentes también la droga de mayor preferencia fue la marihuana 2.4% alguna vez en la vida, seguida de los inhalables 0.9% y la cocaína con 0.7%.

Al revisar la diferencia por sexo: entre los hombres se reporta 8.7% el consumo de marihuana alguna vez en la vida, 5.2% de cocaína y 1.3% de inhalables. En las mujeres, el uso de marihuana alguna vez en la vida asciende a 4.8%, cocaína 2.5% y los inhalables 0.5%.

Según la ENA, casi 5 millones de personas requerían de atención especializada y 4 millones de atención breve, sin menospreciar la población en situación vulnerable que necesitaba de algún tipo de prevención.

El consumo de sustancias psicoactivas representa un severo problema de salud pública. De entre los países que informan a la Organización de las Naciones Unidas sobre consumo de drogas, el 96% de ellos, reporta consumo de cannabis (en nuestro caso marihuana), el 87% derivados del opio, 81% consumo de cocaína, el 73% tiene consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, el 69% tiene consumo de benzodiazepinas e inhalantes y finalmente, el 60% reporta consumo de alucinógenos. Esto define un problema de carácter mundial, que se significa tanto

por el comercio internacional requerido para abastecer este consumo, como por los efectos a la salud que se generan.

Datos del Reporte Mundial de Drogas del 2008 señala que tomando en cuenta la población mundial de entre 15 y 64 años, los usuarios con prevalencia anual representan el 4.8% de tal población, mientras que los usuarios problemáticos serán el 0.6%, que representan alrededor de 26 millones de personas. En México según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 la prevalencia anual (población de 12 a 65 años) es del 1,5%, mientras que la dependencia a drogas (legales e ilegales) se sitúa en 0.7%.

El tabaco, el alcohol y las drogas ilegales están entre los primeros 20 factores de riesgo de enfermedades identificados por la Organización Mundial de la Salud. El tabaco es responsable del 8.7% de las muertes anuales en el mundo y del 3.7% de los AVAD (año de vida ajustado por discapacidad), el alcohol tiene el 3.8% en muertes y el 4.5% de los AVAD, mientras que drogas ilegales tiene el 0.4% de las muertes y el 0.9% de los AVAD. En referencia a los países de ingresos medianos, la principal causa de los AVAD es el consumo de alcohol, mientras que el segundo lugar lo comparten la hipertensión arterial y el tabaquismo. Hay amplia evidencia que relaciona el consumo del tabaco con cardiopatías, enfermedades respiratorias y cáncer; el alcohol tiene relación con 40 enfermedades; mientras que las otras drogas presentan una característica psicoactiva asociada con diversos grados de toxicidad.

Sí bien se aumenta la idea de daños a la salud en la dependencia, la capacidad tóxica de las drogas produce efectos indeseables en la medida que se presenta una intoxicación aguda y que no en pocas sustancias puede llevar a la muerte (sobredosis). En la medida en que la intoxicación tiende a ser crónica, se presentan efectos que atentan contra el pleno disfrute de la salud.

Se ha reconocido la existencia de patrones de consumo perjudicial de drogas que no implica un diagnóstico de dependencia. Estos consumos generan consecuencias que pueden ser: el daño para la salud física o mental e incluir consecuencias sociales para el consumidor y para las personas en su entorno. Es importante entonces realizar distinciones entre patrones de consumo y tipos de riesgo para poder asignar a las necesidades de salud de los diferentes tipos de consumidores las intervenciones más adecuadas.

Por otra parte, resulta necesario considerar que asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes, el riesgo de embarazos no deseados se incrementa, independientemente de enfrentar la decisión de proseguir o no con el mismo.

En 2011, nacieron en México 472,987 niños y niñas cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad, es decir que el 18.4% de esos recién nacidos son hijos e hijas de madres adolescentes.

Una respuesta integral supone replantear la política en diversos ámbitos, máxime cuando el problema por el uso y abuso de drogas es causa/efecto del éxito o fracaso que sobre el núcleo familiar tienen las políticas de vivienda, salud, educación sexualidad, empleo y seguridad, por citar algunas. En este marco, el concepto de transversalidad en la prevención de adicciones desde la política pública se propone en el sentido más amplio al implicar coordinación, control y enfoque, pero sin fines intervencionistas en los planes y programas que cada dependencia deberá impulsar para cumplir con sus objetivos y metas institucionales.

En la respuesta integral para atender y prevenir las adicciones no puede ni debe olvidarse a las organizaciones de la sociedad civil y privadas que desde sus trincheras han implementado acciones y programas orientados al mismo fin: inhibir

el uso y abuso de drogas legales e ilegales entre la población mexicana; tanto por sus efectos en la salud pública como por el sistema que provoca en el tejido social y el desarrollo de las personas.

En el capítulo I se plantea el problema de las adicciones en México, haciendo énfasis en los datos epidemiológicos en el Distrito Federal. En el capítulo II se hará una revisión sobre la adolescencia que es la población objetivo de este trabajo; en el capítulo III se analizarán los factores de riesgo y de protección durante la adolescencia. Posteriormente se describe la metodología (objetivo, escenario, sujetos, el instrumento utilizado -POSIT-); se presentan los resultados obtenidos y para terminar la discusión y conclusiones a manera de propuestas.

Capítulo I. EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO

Datos oficiales señalan que del 1.2 millones de consumidores de drogas, tenemos 450 mil adictos. Que, de los 14 millones de fumadores activos, 2.2 millones son adictos a la nicotina. En alcohol, de 75.1 millones como población referida en la ENA 2011, 52.7 millones no beben o limitan su consumo, por lo que deben ser apoyados con esquemas de promoción de la salud y prevención; mientras que 13.4 millones son usuarios de consumo alto que no presentan síntomas por lo que deben tener una prevención de mayor intensidad como psicoeducación o consejo por profesionales de la salud; 4.8 millones de bebedores problemáticos requieren de esquemas de intervención breve ante síntomas que no llegan a la dependencia. Finalmente 4.2 millones son dependientes del alcohol que requieren tratamiento especializado.

En México el consumo de alcohol es considerado el mayor factor de riesgo de muerte entre los hombres, el tabaco representa el cuarto. Entre las mujeres el tabaco representa el sexto y el alcohol el noveno, situación que debe acotarse por un importante aumento de consumo entre la población de mujeres jóvenes.

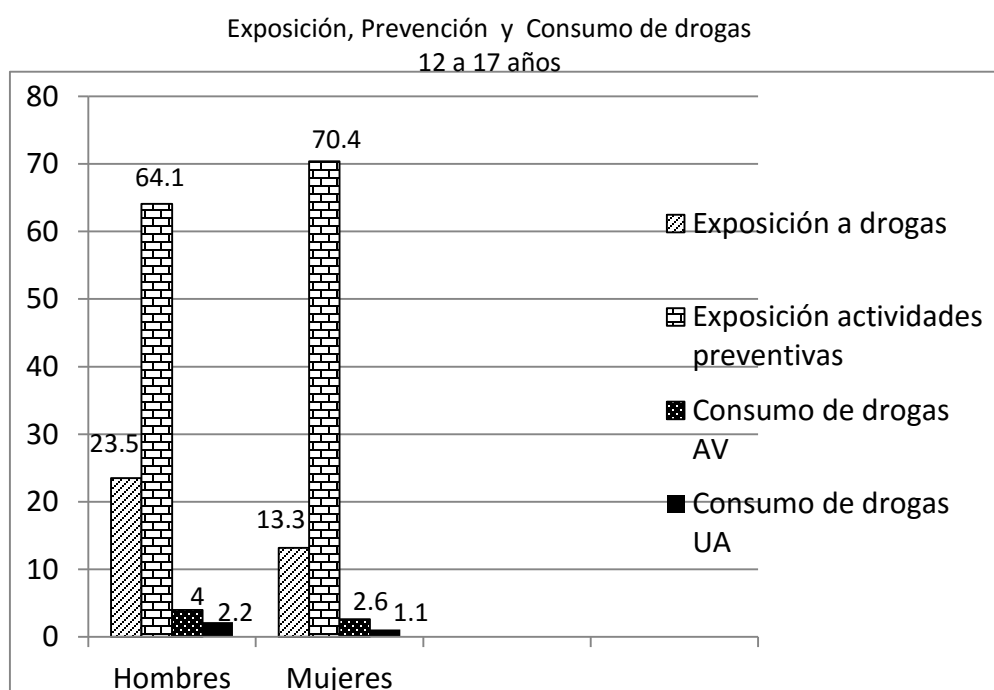
Los datos disponibles sobre adicciones en México, según la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011) el consumo experimental se incrementó 28.9% afectando principalmente a niños y jóvenes en 4.4 veces más probabilidad de consumir droga si su padre la consume; 4.6 veces más si es el hermano y 10.4 veces más cuando se trata del mejor amigo.

Las mismas cifras confirman que los niños y jóvenes en el núcleo familiar son menos propensos a consumir drogas en comparación con aquellos que abandonan el hogar a edad temprana. Por ello, el problema de la atención y prevención de adicciones no es un asunto aislado de salud pública, es y será un punto de inflexión en el que deben incidir y coincidir diversas políticas públicas que naturalmente se habían

diseñado para atender de manera unilateral asuntos como educación, salud, vivienda, deporte y seguridad pública.

Al observar la exposición a la oportunidad de consumir drogas (que se las hayan ofrecido o regalado), vemos que al 23.5% de los adolescentes hombres les han ofrecido drogas y al 13.3% de las mujeres; en los demás rangos de edad, se tienen porcentajes por arriba del 40%. No obstante, la exposición a programas de prevención también es alta, en especial en la población de adolescentes que llega al 64% en los hombres y al 70% en las mujeres (figura 1).

Figura 1. Exposición, Prevención y Consumo de Drogas ENA 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011 CENADIC, INPRFM.

Las personas jóvenes (12 a 25 años) a quienes se les han ofrecido drogas son principalmente hombres, que ya no estudian, que tienen un nivel escolar de bachillerato o licenciatura y que perciben que su comunidad es insegura.

Asimismo, al analizar la incidencia en el consumo de drogas (nuevos casos en los tres últimos años), se observa un incremento en los nuevos casos de hombres y en las mujeres se ha mantenido. De estos nuevos casos, casi una tercera parte ha consumido drogas en seis o más ocasiones (uso regular), aunque por sexo se observa que en las mujeres este indicador no alcanza el 20% (figura 2).

Figura 2. Incidencia del consumo de drogas. Población Total. ENA 2008-ENA 2011.



En cifras, la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida a nivel nacional creció significativamente entre 2002 y 2011 de resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, realizados a **población abierta**, al pasar de 5.0% a 7.8%, mientras que el consumo de cualquier droga ilegal incrementó de 4.1% a 7.2%. Por sexo, en los hombres el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13% y de drogas ilegales de 8.0% a 12.5%. En las mujeres, la primera aumentó de 2.1% a 3.0% y la segunda de 1.0% a 2.3%. Las drogas de preferencia continúan siendo la marihuana (6.5%) y la cocaína (3.6%).

A nivel regional el consumo de cualquier droga creció significativamente en la zona Occidental (5.5% a 10.3%), zona Nororiental (5.5% a 10.3%), zona Norcentral (7.5% a 9.2%) y zona Centro Sur (4.2% a 7.5%). En cuanto a las drogas ilegales, también se encuentra un incremento estadísticamente significativo en estas regiones, sin embargo, el crecimiento fue proporcionalmente mayor en la región Centro Sur, al

pasar de 3.5% a 6.8%. En cuanto a las drogas legales, 32 millones de personas usaron alcohol y 13 millones eran fumadores (10% adolescentes).

En cuanto a la cocaína se duplicó el consumo de 1.3% a 2.5% en el mismo periodo, dado el incremento de la oferta, mayor penetración en el mercado nacional y la reducción en el costo de venta.

Otro dato sobresaliente de la ENA 2008 es que el consumo de drogas entre mujeres se duplicó en solo 6 años, pasando de 0.9% en 2002 a 2.0%, es decir, más de 800 mil nuevas consumidoras experimentales, de las cuales 100 fueron catalogadas como adictas crónicas. Pese a este incremento, solo hay 1 mujer consumidora por cada 4.6 hombres.

Los estudios realizados con **población estudiantil**, de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México, las mediciones permiten analizar la evolución del consumo de drogas. Así para el uso de sustancias psicoactivas en el 2011, el consumo de cualquier droga alguna vez, aumentó de 17.8% a 21.5%. En los hombres pasó de 19.1% a 22.6%, mientras que el mayor incremento se observó en las mujeres que aumentaron su consumo de 16.5% a 20.5%. Por sexo, las drogas de preferencia de hombres en 2006 y 2009 fueron la marihuana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%), con un incremento significativo en esta última medición. En las mujeres, las drogas de preferencia en 2006 fueron en primer lugar la marihuana (6.4%) seguida de los inhalables (6.2%) y en 2009 el orden de preferencia se invirtió, apareciendo principalmente los inhalables (10.0%) seguidos de la marihuana (8.8%). En cuanto al consumo de alcohol alguna vez, en 2006 la prevalencia fue de 68.8% (hombres 68.2% y mujeres 69.4%); para 2009 esta cifra incrementó a 71.4%, siendo el mismo porcentaje para ambos sexos. (Villatoro et al, 2009; 2011)

I.1 El Problema de las Adicciones en el Distrito Federal

En paralelo con la problemática de las adicciones en México, el Distrito Federal presenta un panorama con similitudes, principalmente en los datos epidemiológicos que refieren al incremento en el consumo. Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, el Distrito Federal es una de las ciudades con mayor consumo de drogas en el país, especialmente de marihuana, sustancia que ocupa el primer lugar de preferencia entre los adolescentes con 8.8% en comparación con el consumo de inhalables (6.7%), tranquilizantes (4.9%) y cocaína (3.3%).

Según los datos disponibles, con los hombres quienes más consumen, siendo 19.1% mayor la incidencia respecto de las mujeres. De hecho, los hombres consumen más marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas y heroína (16.2%) en comparación con el 11.7% de mujeres que aceptaron ser consumidoras activas.

En relación con la edad de los consumidores, el promedio de inicio es de 15 años, pero se registraron casos desde los 5 años y otros que continuaron con el consumo llegando a los 70 años.

La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) aplicada en las escuelas secundarias y dirigida a estudiantes de entre 13 y 15 años de edad, reveló que la prevalencia del consumo entre estudiantes en este rango de edad se encontraba entre 10.5% y 27.8%. El consumo más alto se presentó en el Distrito Federal (27.8%), seguidos sólo de Toluca (27.5%) y Puebla (27.5%).

En otro orden de ideas, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en su informe 2009 reportó que en el consumo de las mujeres de las que acudieron a solicitar tratamiento indicó que más de la mitad (54.6%) comenzaron el uso de drogas con alcohol, esto seguido del consumo de tabaco con 1,679 casos (22.1%) y marihuana en 639 casos (8.4%).

En cuanto al Distrito Federal se encontró que el 68.8% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida. Al analizar este consumo según el sexo, se observa que tanto la población masculina (68.2%) como la femenina (69.4%) resultan igualmente afectadas.

Los resultados globales para el Distrito Federal indican que 52.2% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes, porcentaje mayor al reportado en la encuesta realizada en 2003 que fue de 23.8%. Un indicador importante es que los jóvenes – hombres y mujeres – consumen indistintamente tabaco y alcohol; aunque el número de mujeres que consumen drogas es menor, la tendencia de crecimiento es mayor en ellas.

En relación con el consumo de tabaco en el Distrito Federal, se informa que el 52.5% de la población del Distrito Federal de entre 18 y 65 años, cerca de 3 millones de personas, probaron alguna vez el cigarrillo, de estos, 68.2% eran hombres y 40.7% mujeres.

El consumo de drogas en el Distrito Federal es también mayor al promedio nacional, tanto en hombres (12.6%) como en mujeres (4.9%).

I.2 El Proceso Adictivo. El desarrollo del consumo

Si bien es deseable y posible no ingerir drogas, cuando se realiza el primer consumo se genera una interacción entre el usuario y la sustancia. Tal interacción puede tener un carácter accidental, fortuito, contingente o circunstancial por lo que se le llama *experimental*.

A partir de dicha experimentación si los efectos resultan placenteros y continúa el consumo de manera eventual, esporádico, condicional o limitado se denomina *ocasional*.

Cuando el consumo establece un mínimo patrón, es decir que se establecen condiciones que se repetirán constantemente, estamos hablando de un consumo denominado *habitual* que representa el inicio de una posible progresión hacia la adicción.

En 1963, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió modificar los términos adicción y habituación, para reemplazarlos por Dependencia definida como: Un estado psicológico y a veces físico caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga en forma continua o periódica para experimentar los efectos psíquicos y a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. En 1992 modifica nuevamente el término para alinearlos con las definiciones del CIE 10 y la *dependencia o adicción* la define como: El estado psíquico y/o a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo con la droga. Se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones, que comprenden casi siempre el impulso incontrolable a consumir el psicoactivo en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces evitar el malestar por su privación.

Para establecer el diagnóstico de dependencia el DSM IV R establece que es un patrón desadaptativo con deterioro clínicamente significativo y con tres o más de los siguientes signos en el último año: Tolerancia, Abstinencia, Aumento en la frecuencia o cantidad de consumo mayor al esperado, Deseos infructuosos de interrumpir el consumo, Reducción de actividades ajenas al consumo y, Se continúa el consumo a pesar de tener conciencia del daño.

Por otra parte, este proceso es multifactorial y de ninguna manera un camino predeterminado; se ha llegado a establecer un mito que señala que el consumo ininterrumpido lleva irremediamente a la dependencia. Un estudio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de 1987 estableció que de 1 de cada 6 personas que consumen alcohol llega a ser

dependiente, de igual manera lo hacen una de cada 3 personas con el tabaco, 1 de cada 11 con la marihuana y 10 de cada 16 personas con la cocaína.

Las personas que presentan tal “disposición” para llegar a la dependencia, deben aún referenciarse en su experiencia vital para poder determinar el tiempo para llegar a la enfermedad. Dada la cantidad de variables de la “disposición” así como la multiplicidad derivada de la experiencia vital es sumamente difícil encontrar estudios sobre el tema. Pero podemos señalar experiencias empíricas siempre referidas al menos a determinada generación, grupo de población y región geográfica determinadas.

En esta perspectiva se pueden establecer procesos probables del desarrollo de la dependencia y sobre todo establecer una amplia “ventana de oportunidad” para realizar intervenciones. Las intervenciones en las etapas tempranas de este proceso serán más simples, más baratas y eficientes que aquellas que esperen a la manifestación de la dependencia.

Una de las características que permiten diferenciar los niveles de consumo es el llamado Patrón de Consumo. El glosario del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile (2015) lo define como: Las pautas o formas de uso de drogas, incluyendo los ciclos y frecuencias de consumo, la asociación de la conducta con las motivaciones subyacentes, los contextos del consumo, los tipos de drogas empleadas y sus combinaciones. Incluye también las formas de administración de las sustancias (fumar, esnifar, inhalar, inyectar, beber, mascar).

Se trata de un conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y las sustancias que se administran. Así se puede considerar:

- Que sustancia es la droga principal
- Que otras drogas están asociados
- Cuáles son las vías por las que se administran

- Que cantidades se suelen consumir
- Con que frecuencia se consume
- En qué estado físico se produce el consumo
- Sí la administración se produce en forma individual o en un marco grupal
- En qué período temporal se produce el consumo
- Que pautas de comportamiento están asociadas
- Que normas y valores ejercen de soporte cultural al consumo

Antes de iniciar sobre los niveles de consumo, es necesario definir los niveles de riesgo que llevan al consumo, no solo para referir la necesidad de prevención, sino para adecuar el tipo de intervención, ya que los factores no necesariamente desaparecen y pueden determinar la continuidad en la carrera de consumo.

Fase de experimentación

Comportamiento: El consumidor está integrado a la sociedad y no presenta características significativas por su consumo.

Justificaciones de uso: Generalmente no tiene conciencia de que está “consumiendo” por lo que no necesita justificarse.

Situaciones de uso: Lo hace solamente en grupos y generalmente le invitan a consumir.

Drogas utilizadas: Desconoce los efectos. No busca alguna en particular, acepta el consumo en razón del ofrecimiento.

Frecuencia de consumo: No tiene un patrón, aunque el consumo tiende a ubicarse en fines de semana.

Búsqueda: Apreciar lo que se siente.

La mayoría de los consumidores, por diversos factores, dejan aquí el consumo. Pero algunos pasan a la siguiente fase.

Fase de consumo ocasional

Comportamiento: “Normal”. No tiene problemas para continuar su funcionalidad social. La mayoría de sus amigos no son consumidores.

Justificaciones de uso: No tiene que justificarse, aunque comienza a tener confrontaciones internas.

Situaciones de uso: Continúa consumiendo en situaciones grupales, aprovechando las oportunidades, pero sin buscarlas.

Drogas utilizadas: Consume lo que le ofrecen, buscando la “mejor” sensación (efecto).

Frecuencia de consumo: No tiene aún patrón, pero se relaciona con grupos que sabe tienen consumo.

Búsqueda: Conoce los efectos de ciertas drogas e inicia a tener preferencia.

Al igual que en la fase anterior, la mayoría de los que llegan a este nivel, lo dejan hasta aquí o se mantienen en esta fase por largos períodos de la vida. Pero algunos avanzan.

Fase de consumo habitual

Comportamiento: Aumento significativo de amigos consumidores. Empiezan dificultades en diversos campos sociales (escuela, amigos, familia etc.). Inician cambios en sus patrones cotidianos y descuidos en la apariencia exterior.

Justificaciones de uso: “La uso para divertirme”; “Yo sé hasta dónde”; “Es sólo para experimentar nuevas sensaciones”.

Situaciones de uso: Mantiene el consumo grupal, pero inicia el consumo en solitario.

Drogas utilizadas: Ya tiene sustancia preferida y puede combinar con otras.

Frecuencia de consumo: Ya tiene patrón de consumo y tiende a aumentar la cantidad.

Búsqueda: Conoce los efectos de las drogas, solas o combinadas. Conoce el precio y la calidad de las sustancias. Va sobre el placer producido.

La mayoría de los consumidores se mantienen en este nivel, abandonando y retomado en diferentes períodos de la vida. Pero otros pasan al siguiente nivel.

Fase de adicción o dependencia

Comportamiento: No mediatiza las consecuencias de sus conductas. Por su forma de consumo, comienza a tener problemas con su familia, escuela, trabajo, etc. Actividades relacionadas con la obtención de la droga personal y el consumo de la misma, intoxicación frecuente, tolerancia y síntomas de abstinencia. Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales, educativas o recreativas. Uso continuado de la droga a pesar de ser consciente de los problemas que ello le está causando. Problemas físicos asociados.

Justificaciones de uso: “Yo puedo controlarla”, “La dejaré, cuando ya no la quiera”, “Ya no puedo salir de esto, la necesito”.

Situaciones de uso: La persona consume en situaciones grupales o individuales concertadamente. Consume en situaciones de riesgo o peligro para sí mismo o para otros. Incapacidad de control, no hay situación en la que no pueda consumir.

Drogas utilizadas: Tiene drogas preferidas, pero no se resiste ante otras.

Frecuencia de consumo: Se tiene un claro patrón de consumo. Dificultad creciente para controlar el uso de la droga. Utilización de drogas en mayor cantidad o por un período de tiempo más largo de lo que la persona pretendía. Presenta incapacidad de abstenerse y de detenerse. Aumento la dosis para obtener los mismos efectos.

Búsqueda: Reducción en placer, aumento de necesidad. Conoce la calidad y busca impulsivamente los efectos de las sustancias (solas o combinadas), tanto los efectos físicos como psicológicos. Se recurre a la droga para aliviar el malestar provocado por su falta.

En esta fase de consumo se tiende a la cronicidad y la mayoría presentará daños a la salud. Si bien algunos son capaces de abandonar el consumo, la mayoría requerirá de apoyo para lograrlo.

Capítulo II. ADOLESCENCIA

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y se encuentra inserto en el período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. (OMS 2015).

Una visión estrictamente biológica de la adolescencia enfatiza este periodo como maduración física y sexual durante el cual tienen lugar importantes cambios evolutivos en el cuerpo infantil. La visión biológica también señala los factores genéticos como una causa fundamental de cualquier cambio conductual y psicológico en el adolescente. (Braconnier P. , 2000).

Salazar define la adolescencia como el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental y social de las personas, y de las tendencias socioeconómicas y las influencias culturales específicas. Todo este conjunto genera los patrones de conducta de los adolescentes. Estos procesos parecen ser especialmente visibles en aquellos lugares donde la población joven está en proceso de modernización (Salazar Rojas 2011).

La adolescencia es un largo periodo de la vida que no solo implica cambios biológicos, psicológicos y sociales, también debe entenderse como una etapa personal intransferible en el esquema de desarrollo de un ser humano.

En general se considera que los y las adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano; sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo temprano y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún, son los que tienen problemas de salud o discapacidades, además, muchas enfermedades

graves de la edad adulta comienzan en esta etapa de vida. Por ejemplo, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, las infecciones de transmisión sexual, y los malos hábitos alimenticios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores a la adolescencia (Salazar Rojas 2011).

Un tema que presenta múltiples factores en la muerte prematura de adolescentes es la muerte de mujeres menores de 19 años por situaciones de maternidad, en donde se asocian las propias características del ser adolescente, el género, la sexualidad, el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales y la falta de límites claros en situaciones de riesgo.

Por ejemplo, en 2011 nacieron en México 472,987 niños y niñas cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad, es decir que el 18.4% de esos recién nacidos son hijos e hijas de madres adolescentes.

En general, se atribuye a los cambios hormonales la mayor emocionalidad y el mal humor de la adolescencia temprana. Sin embargo, otras influencias, como el género, la edad, el temperamento y el momento de la pubertad pueden moderar dichos cambios hormonales (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005). Además de las transformaciones corporales, el cambio también es psicológico. El joven adolescente no se siente totalmente tranquilo pues se ve alejado de sus referentes acerca de su manera de ser, de sentir y de pensar, inicia una búsqueda de nuevas fuentes de interés y de placer.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el afecto. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos, a las personas que va a querer, durante la infancia conoció a sus padres, hermanos y demás familiares, no los elige, le “tocan”; durante la

pubertad y adolescencia ira eligiendo a sus compañeros de clase y amigos, hace uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa la individualización y la independencia. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar.

La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

Los adolescentes tienen que elegir; y toda elección implica cierta libertad y ciertas conquistas, pero también incertidumbres y renunciaciones. Esta elección no remite solo a su libre albedrío, sino que depende también en mayor o menor grado de su herencia cultural, familiar y social. (Braconnier, 2001). Es así como a través del proceso y la dinámica de la propia adolescencia como el ser humano deja atrás la fase de su infancia, asume su propio proceso de independización y traza o proyecta los caminos de su futuro, a través del descubrimiento de nuevos intereses, diferentes identificaciones, desarrollo de nuevas actitudes y capacidades, nuevos gustos y nuevas metas. (Fernandes, 1991)

Muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia. El hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo ayuda a prevenirlos. La detección temprana de trastornos de comportamiento como la ansiedad o la depresión, o las alteraciones en el aprendizaje o las actitudes violentas, son fundamentales en esta etapa del desarrollo.

II.1 Adolescencia y Consumo de Sustancias.

El consumo de drogas es un problema que no distingue edades, ni clases sociales constituye un fenómeno complejo y de origen biopsicosocial en donde intervienen tres variables relacionadas con el riesgo y el uso inicial de sustancias y, eventualmente, la adquisición de la dependencia (Mayor & Cano, 1995): primero se encuentran los factores de tipo psicológico, los cuales derivan de una estructura emocional muy vulnerable que presenta la persona, como consecuencia de sus experiencias existenciales, principalmente de la niñez y que han incidido en su personalidad; seguido del factor social, donde si una persona se desarrolla en un ambiente propicio para el consumo de drogas, lo expone a padecer con el transcurso del tiempo una adicción. Y por último los factores biológicos, aquellos con los que nace el individuo, o que se adquieren como consecuencia de alguna alteración patológica en su organismo.

Sin embargo, esto no quiere decir que una persona, por el solo hecho de estar en un medio propicio para el consumo de drogas o tener una alteración patológica, llegue a ser adicto, sino que se requiere que los tres factores estén presentes en la persona para que desarrolle la dependencia. (Espinosa Alarcon , 2000).

La adolescencia es una etapa crucial en la cual se consolida la personalidad y la individualidad de las personas y es el momento en el cual suele tomarse la decisión de experimentar o no con drogas (López y Pérez, 2006 citado en (Tellez Terrazas, 2008).

Es sabido que los adolescentes se caracterizan por poseer demasiada energía, inquietud por conocer y explorar nuevas cosas, rebeldía, principalmente contra la autoridad y el sistema, búsqueda de nuevos espacios de creación y recreación,

invención de medios de expresión, descubrimiento de su identidad y sentido de pertenencia a un grupo (Solís, 2003).

Estas características en ocasiones colocan a los jóvenes en diversas situaciones de riesgo que los hacen vulnerables al consumo de drogas (Tellez Terrazas, 2008). Las conductas de riesgo afectan a veces la salud, si no a la vida del sujeto, pero también lo afectan en los aspectos físico, psicológico y social.

Con el término conductas de riesgo se hace referencia al consumo de alcohol o sustancias tóxicas, a las fugas, a los robos y los accidentes repetidos. Estas acciones consistentes en empujar su cuerpo hasta límites peligrosos, sentir placer ante situaciones extremas, son componentes primordiales del proceso de cambio. La adolescencia es un terreno particularmente favorable para este tipo de comportamientos. Con ellas también experimenta cierta independencia y, en consecuencia, un sentimiento de individualidad y de identidad (Braconnier A. , 2001).

Es preciso remarcar que durante el inicio de este periodo se establecen los patrones de conducta que contribuyen a riesgos, como el beber en exceso, el abuso de drogas, la actividad sexual, las pandillas, etc. (Petersen, 1993; Rivara y Grossman, 1996 citado en (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2005).

El consumo de drogas a menudo empieza cuando los niños pasan de la escuela primaria a la secundaria, donde conocen nuevos amigos y se vuelven más vulnerables a la presión de los pares. Los niños pueden empezar consumiendo cigarros, cerveza e inhalables; cuando ingresan a la secundaria, los adolescentes se pueden encontrar con que hay una mayor abundancia de drogas, más abuso de estas por parte de los adolescentes mayores y actividades sociales en donde se usan drogas (NIDA 2008), conforme se hacen mayores, avanzan a la marihuana y otras drogas.

Entre más temprano comiencen los jóvenes a consumir una droga, más probable es que la consuman con frecuencia y mayor es la tendencia a que abusen de ella. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005).

Es por ello que ser adolescente en la sociedad puede ser peligroso, tanto desde lo cotidiano como en relación con el consumo de drogas y sus efectos. “Cuidar a los adolescentes de las drogas” surge muchas veces como el discurso de adultos que exagera su carga simbólica.

Otro punto importante es que las drogas, desde el punto de vista médico, se conciben como si fueran bacterias o virus que ingresan a la sociedad, generando adictos por contacto o contagio. Se sigue pensando que hay adictos porque hay drogas, mientras se vive en una sociedad donde todo consumo es exaltado para llenar las mismas ausencias que el mercado produce (Fernandes, 1991).

Zinberg (1967 citado en (Espinosa Alarcon , 2000) dividió en dos grupos a los adolescentes que consumen drogas: los que buscan olvidar, o sea, emplean la droga para escapar de un estilo de vida que se ha vuelto insoportable y desesperado; y los que buscan experiencias, estos pretenden alcanzar un amplio panorama psicológico y mejorar el aprecio estético a través de lo vivido.

Al respecto Fernandes (1991) sugiere que en el fondo los objetivos del adicto son: huir de la realidad que exige el desarrollo de las funciones conscientes y adaptación a la presión ambiental y, por otro lado, satisfacer el deseo de placer por el camino más corto. No renuncian al deseo de placer y crean un mundo falso donde la fantasía satisface unos deseos que la vida no le quiere proporcionar.

El consumo de sustancias ha demostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70, fecha en la que se realizan las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social. (Sierra Vollbert, 2010.)

El alcohol, la marihuana y el tabaco, son las tres drogas más populares entre los adolescentes, se conocen como drogas de inicio porque su consumo puede conducir al uso de sustancias más adictivas como cocaína o heroína. Los jóvenes que beben, fuman o consumen marihuana a menudo se asocian con pares que los introducen a las drogas duras conforme se hacen mayores. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005)

Capítulo III. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Causas de la conducta de uso de drogas

Gracias a los avances de la investigación científica –sobre todo durante las dos últimas décadas–, sabemos que el abuso y la dependencia de las drogas no son consecuencia de una causa única, sino el resultado de la exposición a un conjunto de factores de naturaleza individual, psicosocial y ambiental, que contribuyen a modular la probabilidad de que una persona consuma drogas. Cada uno de estos factores puede igualmente implicar un riesgo o una protección (Larriba, Duran y Suelves, 2006).

Conocer los factores de riesgo y de protección se convierte en un elemento relevante para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 1999). Empecemos definiendo estos conceptos:

3.1 Factores de Protección.

Son definidos 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).

Para Felix-Ortiz y Newcomb (1992), se han definido como aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o reducir el uso de drogas ya que moderan los efectos de la exposición a riesgos (Werner, 1989). Estos factores pueden estar tanto en el entorno como en el propio individuo.

Entre los principales factores de protección para el abuso de drogas son los siguientes:

La existencia de leyes y normas sociales contrarias al abuso de las drogas: respecto a las drogas legales se sabe que el aumento de precios, las limitaciones a la venta

por razón de edad, la restricción de los puntos y horarios de venta y de los espacios públicos de consumo, tienen efectos reductores sobre su consumo (Larriba, Duran y Suelves, 2006).

Aspectos individuales y variables psicológicas: el disponer de habilidades sociales, sentimientos de auto eficacia, (p. ej. Auto estima o personalidad orientada a la evitación de riesgos,) capacidad de adaptación a los cambios y actitudes prosociales (Medina-Mora y Cols, 1995).

Vínculos afectivos entre padres e hijos y las prácticas educativas adecuadas. El establecimiento de una normativa familiar clara, la supervisión de la conducta y actividades de los hijos. Relaciones positivas en la escuela, logros en el rendimiento académico, expectativas en continuar con estudios superiores, el establecimiento de vínculos positivos con entidades sociales y actividades culturales o deportivas, etc. (Larriba, Duran y Suelves, 2006).

3.2 Factores de Riesgo.

Puesto que en el inicio de consumo de sustancias inciden diversos factores no es posible partir de explicaciones únicas o simples, por lo que me centraré sobre los factores de riesgo más mencionados en la literatura.

Una pregunta recurrente es por qué los adolescentes consumen drogas, sin embargo, la respuesta resulta más difícil de lo que parece, no obstante, la investigación ha identificado una serie de factores de riesgo, definiendo a estos como: un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Los factores de riesgo identificado son los siguientes:

- Pobre control de los impulsos y una tendencia a buscar sensaciones.
- Influencias familiares.
- Problemas conductuales tempranos y persistentes, en particular agresión.
- Fracaso académico y falta de compromiso con la educación.
- Rechazo de los pares.
- Asociación con consumidores de drogas.
- Marginación y rebeldía.
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño abuse de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, sin embargo, la presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca (Becoña Iglesias, 2002). Aunque entre más factores de riesgo estén presentes, mayor es la posibilidad de que el adolescente o joven adulto abusará de las drogas. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005).

Hay tantas razones diferentes para consumir sustancias, como personas consumidoras, para Kramer y Cameron (1975); Volkow, (2008); las razones fundamentales para iniciar y continuar el consumo de sustancias son las siguientes.

- Satisfacer la curiosidad personal sobre los efectos de la droga.
- Tener la sensación de pertenencia, es decir, ser aceptado por otros.
- Expresar independencia y algunas veces hostilidad.
- Tener experiencias agradables y placenteras o peligrosas.
- Obtener mejor “conocimiento” o “creatividad”.
- Producir una sensación de comodidad y relajación.
- Evitar algunas cosas.

Aclaran que estos motivos no están necesariamente asociados con psicopatología individual o con influencias sociales y tampoco inducen necesariamente al consumo de drogas, si la persona se encuentra satisfecha con la estructura social y la situación en la que se encuentra.

Además de los factores mencionados anteriormente, existen otros que tienen, o pueden tener, influencia en el uso inicial de una sustancia y que producen dependencia en una persona determinada, entre estos se encuentran:

- La facilidad con la que una droga que produce dependencia puede obtenerse en una determinada localidad.
- Aceptación social del uso de sustancias para aliviar el malestar o para modificar el estado de ánimo o la percepción.
- Además, hay que tener en cuenta la influencia de la familia, los compañeros y las subculturas, así como la opinión de los ya usuarios.
- Las fuentes y la calidad de la información disponible y aceptada sobre el consumo de drogas son también de interés.

En una investigación guiada por (Cohen 1977; Cruz, Domínguez, 2013), sobre los motivos relacionados con el consumo de sustancias, específicamente con el uso de inhalables, resultó evidente que en algunas ocasiones se prefieren a los solventes que, a otras sustancias, mientras que en otros casos se consumen en vez de otras sustancias, por razones distintas que son las que se enuncian a continuación.

- La influencia de grupo, se sabe que el grupo es un factor poderoso en la iniciación en el consumo de tóxicos, la presión del grupo también perpetúa la inhalación de ciertos disolventes y aun de marcas específicas. Se llega a establecer modas y estilos en el consumo, por lo común el cambio de sustancias a inhalar tiene lugar cuando el grupo completo lo hace.

- Muchos inhaladores provienen de familias que tienen ingresos disminuidos y, aun cuando los disolventes no son su sustancia preferida, sí es el más económicamente accesible para algunos de ellos.
- Aunque el alcohol es comúnmente conocido como uno de los psicoactivos más accesibles, de hecho, a los disolventes industriales se les puede encontrar aun en lugares donde las bebidas alcohólicas no existen. Además, que los disolventes son fáciles de comprar por los jóvenes.
- Por su empaque, un tubo de pegamento o un pequeño bote de thinner, ocupa menos espacio que una botella de vino o que seis botes de cerveza; por lo que el empaque compacto es una ventaja para aquellos que asisten a la escuela e inhalan en los descansos.
- Por la estimulación del estado de ánimo, los sujetos de la investigación describieron tanto una sensación de euforia, como un bloqueo de los elementos no placenteros de la vida cotidiana.
- Finalmente encontró que la intoxicación no es totalmente displacentera, y los efectos sobre el cerebro inducen comúnmente euforia y liberación de la disforia. Los efectos psicológicos no son muy prolongados y se pueden controlar mejor que aquellos que se producen con la ingestión de bebidas alcohólicas, debido a la rapidez de su aparición. Los síntomas de la intoxicación con alcohol tienden a ser más prolongados y a los efectos secundarios producidos por los inhalantes se les considera menos nocivos.

A continuación, se explorarán de manera más amplia los factores de riesgo, desde los que se relacionan directamente con el individuo, con la familia o el grupo de iguales hasta los que corresponden con la publicidad.

3.3 Factores de Riesgo relacionados con el Individuo.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo (Becoña Iglesias, 2002).

Un ejemplo claro de la falta de percepción de riesgo son los embarazos y muertes por la misma razón entre las adolescentes. Durante 2011, nacieron en México 472,987 niños y niñas cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad, es decir que el 18.4% de esos recién nacidos son hijos e hijas de madres adolescentes. (Fuentes M. L., 2013).

Al respecto, quizá el dato a destacarse es que en 2011 se llegó precisamente al récord en el porcentaje de muertes maternas en la edad adolescente, pues en ese año estos fallecimientos representaron el 14% del total de las defunciones de mujeres durante o a consecuencia del parto.

En números absolutos, lo anterior significa que de los 28,580 casos de muertes maternas que ha habido en el país, en 3,659 de ellos quienes perdieron la vida eran niñas y adolescentes menores de 19 años.

Es importante mencionar que, entre la población femenina adolescente, el 25% no tiene acceso a métodos anticonceptivos, mientras que para el resto de las mujeres el no acceso es de 12.4%.

Al ser mujeres de muy corta edad, la gran mayoría abandonó la escuela (80%) y se encontraban sin trabajo al momento de la maternidad. De las 11,527 menores de 15 años que se convirtieron en madres, únicamente 812 tenían una actividad remunerada (7%). El factor de la edad es uno de los que mayor cantidad de riesgos representa para la salud y la vida, tanto de las mujeres que se embarazan teniendo menos de 19 años, como para sus hijas e hijos.

Lo anterior muestra que aun cuando existen infinidad de programas e instituciones que brindan información sobre el tema, las y los adolescentes no se percatan del riesgo frente al ejercicio de su sexualidad.

De igual forma, ante la baja percepción de riesgo, la gran mayoría de los adolescentes prueban las drogas por curiosidad. Si los adolescentes se sienten más atraídos por la promesa de una droga que repelidos por su daño, quizás se le pueda inducir a experimentarla. La curiosidad es una de las características sobresalientes en el hombre, por lo que no es sorprendente que muchos adolescentes consuman drogas, primero en compañía de otros, ya que así encuentran un sentido de pertenencia con el grupo y a la vez de independencia sobre sus acciones. (Kramer & Cameron, 1975).

Determinados aspectos relacionados con las sustancias, como por ejemplo sus efectos, facilitan la decisión de su consumo por parte de los adolescentes. Se ha visto que los momentos de mayor consumo son los relacionados con el ocio. Así pues, aquellas sustancias que pueden facilitar el aprovechamiento del tiempo y la intensidad con la que se vive el ocio disfrutan de un mayor atractivo para los adolescentes.

Un motivo importante para probar las drogas es para liberarse de tensiones y ansiedades, para escapar de los problemas o para ser capaz de enfrentarse a ellos o resolverlos, ya que, mediante la modificación de la química corporal y la alteración

de los estados de conciencia, el consumidor puede aminorar la ansiedad o experimentar sensaciones de satisfacción o euforia (Mayor & Cano, 1995).

Algunos de estos factores de riesgo relacionados con el propio individuo están vinculados con la personalidad. Los estudios llevados a cabo sobre este respecto no son concluyentes, pero apuntan a que aspectos como la baja auto estima, la falta de habilidades de enfrentamiento al estrés, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad tiene un peso importante en el desarrollo de actitudes positivas al consumo de drogas.

Otros aspectos que se han encontrado asociados al consumo son la existencia de trastornos de conducta y delincuencia.

En este apartado se incluyen también aquellos elementos que, sin ser propios del individuo, sí lo son de la adolescencia: la rapidez con la que se producen los cambios (biológicos, psicológicos y sociales); el rechazo al mundo del adulto; la necesidad de oponerse al adulto y, sobre todo, a sus normas; el atractivo por lo desconocido, el riesgo, etcétera.

Desde esta perspectiva, el uso de drogas adquiere en el adolescente un gran atractivo, con el que, en la mayoría de los casos, se mantendrá una relación ambivalente, es decir, el adolescente comienza a consumir drogas como una forma de rebelión o protesta y como expresión de insatisfacción con las normas y los valores tradicionales (Perinat Maceres, 2003).

3.4 Factores de Riesgo relacionados con el Entorno Familiar.

Desde el punto de vista de las posibilidades de intervención, los aspectos relacionados con el entorno son los que revisten un mayor interés. Si bien aquellos relacionados con la personalidad pueden entenderse como facilitadores de

consumos adictivos, los elementos del entorno serán los que faciliten las primeras experiencias de consumo.

La familia es una de las instituciones básicas y el primero de los agentes de socialización. Constituye así el marco fundamental en el que se configuran la personalidad y las pautas de conducta del individuo, mediante el aprendizaje del auto-control y la internalización de normas sociales. (Mayor & Cano, 1995).

La familia puede entenderse como un sistema autopoiético, es decir, su funcionamiento está encaminado al mantenimiento de su organización. Puede verse como el conjunto de las relaciones entre sus miembros, cuyo resultado es la salvaguarda de determinadas formas de convivencia y apoyo mutuos. La comunicación es la trama que mantiene y da sentido al sistema familiar, y la conducta de cada sujeto puede así ser considerada a la luz de la organización familiar.

La familia la igual que cualquier otro sistema social, tiende a alguna forma de estabilización a través de continuos acuerdos que, generalmente de manera implícita, establecen sus componentes. Estos acuerdos o reglas relacionales, perciben y limitan las conductas de los individuos y rigen la organización del sistema. Las reglas normalmente no son explícitas y, en general, sólo las reconoce después de haber sido transgredidas (Braconnier A. , 2001).

La familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes (Musitu, Jimenez, & Murgui, 2007).

En los primeros años de la adolescencia, las relaciones con los miembros de la familia tienen mayores probabilidades de llegar a involucrarse con las emociones conflictivas; hay anhelos de dependencia aunados al esfuerzo por alcanzar la independencia, hostilidad mezclada con amor y conflicto con los valores dentro de

la familia. En consecuencia, cada vez es más difícil compartir con los padres muchos aspectos internos de la vida y del comportamiento externo del adolescente (Conger, 1980).

De acuerdo a Mayor y Cano el consumo de drogas por los padres propicia el consumo por sus hijos de las mismas sustancias, en muchos casos resulta difícil saber si el consumo de sustancias se da por la imitación directa o si es una reacción ante los problemas generados por la dependencia de los padres.

En un estudio realizado por De la Garza (1977) en comunidades marginales, respecto al consumo de inhalantes, encontró que el alto índice de natalidad, la alta incidencia de mortalidad, el abandono de los hogares por los adultos, la alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones en la familia, es el marco microcultural donde se desarrolla la personalidad de muchos de los pacientes estudiados.

Otra causa que propicia el consumo de sustancias sobre todo en hijos varones es la sobreprotección materna, junto con una conducta ineficaz del padre, es decir, uno de los padres suele estar sobreinvolucrado con el hijo, mientras que el otro le muestra rechazo. Así mismo, se ha observado que la probabilidad de consumo de sustancias aumenta si los padres son excesivamente permisivos o excesivamente estrictos.

3.5 Factores de Riesgo relacionados con el Grupo de Iguales.

Otro motivo fuerte para probar las drogas es la presión social para ser como los amigos o para formar parte del grupo social. El que los amigos consuman drogas o no es uno de los factores más significativos en el consumo de drogas por parte de los adolescentes.

Los iguales, compañeros y amigos de edad similar, forman grupos a partir de algunas coincidencias y afinidades. Algunos se sienten más próximos: son los

amigos a los que confiarán las preocupaciones más íntimas y de los que se espera compartan sentimientos y emociones. Dentro del grupo y con los amigos, se formarán las primeras parejas, se tendrán nuevas experiencias, más íntimas y profundas, teñidas de sentimientos, emociones y contactos físicos.

El grupo es necesario para aprender a vivir en el marco de los cambios generacionales. En el grupo se conoce con los que comparten vivencias, actitudes y valores; se vive una mezcla de emociones, se aprende a abrirse o cerrarse en sí mismo, a fingir entusiasmo o indiferencia, a consumir ciertos productos y rechazar otros, a abrazar algunos principios y defenderlos de forma radical.

La necesidad de ser uno mismo, respetado por el grupo, hace que se viva de apariencias, a partir de ideas no demasiado firmes sobre lo que es conveniente, que se vaya probando lo que toca o no toca hacer en determinada situación.

3.6 Factores de Riesgo Macrosociales.

Las influencias macrosociales hacen referencia a disposiciones legales, accesibilidad a las sustancias, publicidad y modelos de determinadas figuras sociales. (Perinat Maceres, 2003).

Los hallazgos muestran que cuanto más alta sea la permisividad, las cifras de consumo tienden a ser mayores. En este sentido, se hace referencia tanto a la permisividad informal (actitudes y valores favorables al consumo) como a permisividad a nivel formal (normas y restricciones legales hacia el consumo). También la accesibilidad a las sustancias, está muy asociada con un mayor consumo en los adolescentes.

La publicidad y la mercadotecnia tienen por objetivo crear necesidades y vender productos; se logra influir en las percepciones, las actitudes y los comportamientos

de la gente, con mensajes capaces de sugerir al público la solución de necesidades o tensiones, mediante productos.

Los adolescentes son presas fáciles de la mercadotecnia, puesto que en los mensajes aparecen cumplidos sus ideales: el deseo por ser la persona más popular, más aceptada, con más amigos, más diversión y más parejas. Fantasías que los jóvenes buscan realizar y, sin darse cuenta, actúan imitando estereotipos de acuerdo con su sexo y son motivados al consumo para satisfacer esas necesidades creadas. En las adolescentes se promueve la imagen de esbeltez para gustar a los demás, mientras que la independencia y la popularidad privilegian a los hombres. De acuerdo a González Rivera (2010) los medios de comunicación juegan un papel relevante en los adolescentes. Se sabe que la exposición a mensajes que invitan a consumir sustancias promueve actitudes favorables al consumo, al placer, a la popularidad, lo que incrementa la influencia a consumir.

En la actualidad, el bombardeo de información, la publicidad de alcohol y tabaco, en la televisión, el cine, las letras de canciones y programas en los que aparecen personajes ficticios fumando, bebiendo o consumiendo drogas, rodeados de una atmósfera de diversión, peligro o sexo, ha facilitado que el uso y abuso de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, sea aceptado en la familia y en la sociedad, por lo que se ve como “normal y necesario” en reuniones familiares y con el grupo de amigos.

Finalmente, el incremento en la demanda de drogas, tanto legales como ilegales, también se relaciona con la producción, la disponibilidad y la distribución que han permitido que se abaraten las sustancias y que los distintos grupos de la población tengan mayor facilidad para adquirirlas (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2004.).

3.7 Factores de Riesgo para el consumo.

Se definen como “una variable, característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de que una persona desarrolle una patología”, en el caso de la adicción, estos factores facilitan el comienzo, continuidad o agravamiento de uso de drogas (Pandina 2002; Clayton, 1992; Medina-Mora, Villatoro, Cravioto y Fleiz, 2002; Calafat, 1999).

Como resultado de diferentes investigaciones realizadas en el campo de las adicciones se han identificado los siguientes factores:

Hereditarios: hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.

Constitucionales: la adolescencia, uso temprano de drogas (antes de los 15 años) y factores fisiológicos.

Psicológicos: problemas de salud mental o presencia de estados afectivos desorganizados, trastornos del estado de ánimo; rasgos de personalidad presentes en la infancia o la adolescencia -agresividad, aislamiento social, depresión, impulsividad, hiperactividad, trastorno de déficit de atención; introversión, desadaptación social y baja tolerancia a la frustración-, búsqueda constante de emociones y satisfacciones, ausencia de valores éticos y/o morales y otros problemas de conducta.

Familia: antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas en varios miembros de la familia; actitudes permisivas de los padres; situación económica desfavorable; pertenecer a familia donde hay sólo un progenitor; estilos familiares autoritarios o permisivos; mala relación entre padres e hijos; relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; comunicación familiar pobre e inexistente; conflictos familiares (ej. frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia).

Iguales: amigos que usan drogas; actitudes favorables en el grupo de pares hacia el uso de drogas; conducta antisocial o delincuencia temprana; fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales.

Escolares: poca dedicación; fracaso escolar o abandono temprano; conducta antisocial temprana (hostilidad o rebeldía).

Comunidad: leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas o hacia comportamientos desviados; carencia de vínculos sociales; deprivación económica; disponibilidad de drogas (incluyendo el alcohol y tabaco); residir en barrios con carencias de recursos con porcentajes elevados de delincuencia y marginalidad y una menor percepción de riesgo social.

Los factores antes mencionados pueden influir de manera significativa al uso de drogas sin hacer distinción en el tipo de población, sexo, edad o situación en que se encuentre el individuo.

Hawkins y Cols (1992), Scheier y Cols (1994), señalan que mientras mayor es el número de factores de riesgo mayor es la vulnerabilidad del individuo hacia el consumo. Así mismo, se sabe que algunos de estos factores pueden ser de riesgo para el uso de drogas ilegales, pero no así para las sustancias socialmente permitidas o viceversa (Graña y Muñoz-Rivas, 2000).

Es importante señalar, que la exposición a factores de riesgo, aun siendo muchos, no lleva inevitablemente al uso de drogas; pues se ha identificado que niños que han crecido en familias problemáticas y viven en ambientes de gran disponibilidad de drogas, llegan a la edad adulta sin haberlas usado, debido a la presencia de factores de protección que balancean y contrarrestan el impacto de los factores de riesgo (Medina-Mora, Villatoro, Cravioto y Fleiz, 2002; Calafat, 1999).

3.7.1 Consecuencias en el uso de drogas.

Abordar la problemática de consumo de drogas implica reconocer no solo los factores que pueden generar o prevenir esta conducta, sino también el daño que puede ocasionar en la vida de un individuo. Las drogas tienen múltiples efectos adversos y éstos varían en función de las características personales del tipo y grado de toxicidad de la sustancia consumida, así como de la frecuencia con la que se use y la vía de administración. Con base en resultados de investigación sabemos que el uso de drogas acarrea un sinnúmero de problemas en la persona, en la salud, en lo psicológico, en la familia, en la escuela, en lo social, en el trabajo, en lo legal. (Galván y Romero, 2001; www.munilapunta.gob).

Como se ha observado el consumo de drogas es una problemática importante, en nuestro país afecta primordialmente a la población de adolescentes y jóvenes.

Otro factor destacable, es el inicio en el consumo a edades cada vez más tempranas. En los grupos de Alcohólicos Anónimos es común escuchar en los historiales el inicio de consumo de alcohol a los 8 o 9 años; y aun antes con los sorbos de cerveza que los padres dan a sus hijos de 3 o 4 años, o bien, aquellos adultos que fuman tabaco en el mismo espacio físico aun de bebés recién nacidos sin pensar en la alteración funcional neurológica que están propiciando; a más de esto, en los últimos años en los centros de tratamiento empezamos a encontrar familias cuyos hijos y los adolescentes se iniciaron en el consumo de marihuana o cocaína inducidos por sus propios padres para “que no les vendan basura en la calle” , o bien, porque sus padres consumen drogas ilegales y para ellos esta es una práctica válida en la familia y los padres no son un referente contrario.

JUSTIFICACIÓN.

Es sabido por todos que el problema de las adicciones en México se agudiza año con año, incrementando el grado de riesgo y vulnerabilidad entre los niños y jóvenes. La situación es alarmante dado el innegable impacto en la estructura básica de la sociedad.

El foco de atención de esta tesis está puesto en identificar los factores de riesgo que presentan los y las adolescentes para desarrollar acciones y programas de prevención específicos para cada factor, proporcionando una protección que evite el inicio del consumo de sustancias psicoactivas y se pueda atender de manera temprana e integral los problemas que presentan.

Resulta relevante aclarar que, al hablar de prevención, es necesario clarificar los niveles de acción.

El marco teórico médico-sanitarista define sus niveles de intervención como: Prevención Primaria que implica acciones de promoción y prevención en salud, Prevención Secundaria que se refiere al tratamiento de enfermedades que no implican cronicidad y Prevención Terciaria o rehabilitatoria para enfermedades crónico-degenerativas.

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992), distinguen cuatro tipos de prevención: Primaria, Secundaria, Terciaria y Cuaternaria. La Primaria se refiere a toda actividad, disposiciones, instrumentos, etc., tendentes a informar del estado de la situación, con pretensiones de informar lo antes posible, o con la intención de informar para que se pueda llevar a cabo actuaciones que reduzcan el posible daño que se avecina. La Secundaria a la actividad tendente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene "información". Estas actividades llevadas a cabo para remediar el daño ya realizado en los bienes o en las personas se llaman tradicionalmente en los temas

de salud tratamiento. La Terciaria a aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad está incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previene estados más avanzados de la enfermedad. Y la cuaternaria, es la intervención que se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, dependiendo del tipo de enfermedad, paliando sus efectos más nocivos y, se entiende que las posibilidades de recaída son muy altas. Este tipo de prevención se centraría en la “prevención de recaídas”.

Gordon en 1987 propone una nueva forma de hablar de prevención y aceptada por el NIDA, ha sido rápidamente adaptada por los expertos y trabajadores de las adicciones (Gilchrist, 1995; Institute of Medicine, 1994). El encuadre actual plantea tres niveles de acción en prevención: Universal, Selectiva e Indicada.

La Prevención Universal desarrolla acciones dirigidas de manera general a toda la población independientemente del nivel de riesgo a que está sometida. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Su objetivo es prevenir, posponer y disminuir el uso de drogas en los individuos al incidir en factores de riesgo y promover la aparición de factores protectores del uso de drogas.

Contempla la realización de actividades en la población en general, los participantes no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades. No se enfoca a la solución de problemas personales que se relacionan con el uso o abuso de drogas.

La Prevención Selectiva desarrolla acciones dirigidas a un segmento de población concreto que, por características personales, del entorno social, familiar, socio-cultural y de relación, se hallan expuestos a diversos factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas. Se dirige a un subgrupo de población que tiene riesgo de ser consumidor, mayor al promedio de esa población.

Su objetivo es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección en los integrantes del subgrupo en alto riesgo (autoestima, solución de problemas, etc.), para que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que usa o abusa de las drogas), así como prevenir el inicio de adicciones o consumos problemáticos.

Considera que la vulnerabilidad para el consumo de drogas se ubica en base a la pertenencia del grupo en riesgo. A partir del conocimiento de los factores de riesgo específico del grupo de interés, diseña las actividades que enfatizan objetivos particulares de reducción de riesgos.

Generalmente, opera por periodos de tiempo más largos, requiere de mayor tiempo y recursos. Requiere que el equipo ejecutor de las intervenciones sea multidisciplinar. Favorece que las actividades se involucren en la vida cotidiana de los participantes. Requiere de un eficiente trabajo intersectorial y de redes sociales.

La prevención indicada está orientada a quienes ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficit adaptativos potenciados por su consumo problemático. Es la más intensiva y la más costosa.

Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o tienen problemas de comportamiento, orientándose tanto a la población que ya presenta consumo, como a los que son experimentadores. Su objetivo es reducir posibles daños asociados al consumo, propender a la abstinencia como máxima medida de reducción de daño. Se trata de una intervención personalizada, que se realiza a “medida” de cada sujeto, no a grupos, y que, a partir de una valoración inicial, elabora plan individual como: enseñanza de habilidades, psicoeducación, apoyo psicológico, tutorías individualizadas, acompañamiento psicosocial

individualizado, requiere de apoyo familiar hasta posiblemente psicoterapia familiar o grupal (Eggert, 1996).

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples. Sin embargo, en la práctica, el que desde hace años tiene mayor relevancia es el ámbito escolar. La prevención escolar permite llegar a los jóvenes en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas, además de ser una población cautiva, facilitándose así de forma importante la realización de acciones preventivas.

Esta diferenciación en las intervenciones preventivas, aunado al supuesto básico de que un conjunto de factores permite predecir una determinada conducta (Brown, Hawkins y Catalano 2010), permiten en la actualidad realizar actividades tanto en los diferentes ámbitos (familiar, laboral, empresarial etc.) como a todas las personas en riesgo acudiendo a su contexto social o ambiental de consumo.

El desarrollo de la prevención ha llevado a que ésta pueda hacerse no sólo para un completo grupo de edad (de 12 a 14 años), sino que también puedan realizarse programas preventivos para un grupo específico (indígenas), para una sustancia concreta (alcohol), o bien para un solo sexo (mujeres), o una condición específica y sexo (mujeres embarazadas).

Es importante diferenciar también entre aquellas actividades que tienen teóricamente una intencionalidad preventiva con un programa preventivo. Esta es una cuestión importante y que a veces se olvida, siendo necesario distinguir entre el concepto genérico de prevención del más específico de programa o programas preventivos.

Como la ha definido Calafat (1995) la prevención específica serían aquellas actuaciones que de una forma “clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas”. La prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población manifiestamente

definida. Los programas preventivos para un determinado grupo o población nos permiten conseguir esto.

Por consiguiente, en este trabajo al analizar las variables propuestas en el POSIT que son: Uso, abuso de sustancias, Salud Mental, Relaciones con amigos, Habilidades académicas, Interés laboral, Conducta antisocial y delictiva, se podrán sugerir las acciones y/o programas preventivos necesarios para reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.

IV. METODOLOGÍA

Planteamiento del problema.

Debido a los cambios que se presentan durante la adolescencia, ésta es una de las etapas de mayor vulnerabilidad para desarrollar hábitos que ponen en riesgo la salud. Por esta razón prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes es una tarea fundamental en México.

Como ya vimos en los capítulos previos, el consumo de drogas es un problema de salud pública que ha crecido en las últimas décadas, tanto el consumo de drogas ilícitas como la marihuana, como el de drogas lícitas ya sea alcohol, tabaco, medicamentos o solventes inhalables, principalmente entre los adolescentes y las mujeres jóvenes. Importante también recalcar, que este consumo se inicia a edades cada vez más tempranas, en población adolescente de 12 a 17 años de edad, que el uso de tabaco se incrementa en las mujeres, el consumo de riesgo de alcohol se presenta en millones de consumidores, es decir, altas cantidades cada vez que se bebe, situación que trae consigo consecuencias negativas tanto a la salud como a la seguridad de quien lo consume y de la gente que le rodea.

Una proporción importante de los adolescentes, 24% de los varones y 20% de mujeres no consideran que sea peligroso usar drogas. Otro factor asociado consistentemente al consumo de drogas entre los adolescentes es la disponibilidad; de hecho, datos de la ENA señalan que al 35% de los adolescentes les es fácil obtener droga, y, el riesgo de experimentar con ellas se incrementa 1.89 veces cuando existe disponibilidad de las sustancias.

Ante esta situación es necesario favorecer estrategias de prevención a todos los niveles, para desarrollarlas es necesario conocer el perfil de riesgo de los adolescentes con objeto de impedir o retrasar el inicio del consumo de sustancias

psicoactivas.

Objetivo general: Identificar el perfil de riesgo de los estudiantes de nivel básico (quinto y sexto de primaria) y medio básico (secundaria y bachillerato) del Distrito Federal, a través del Cuestionario de Tamizaje de los Problemas de los Adolescentes **POSIT** (**P**roblem **O**rient **S**creening **I**nstrument for **T**eenagers), con el propósito de desarrollar estrategias de prevención para impedir, detener o retrasar el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Preguntas de investigación:

¿Qué perfil de riesgo reportan los adolescentes que se encuentran en el nivel básico y medio básico de escuelas en el Distrito Federal?

¿Existen diferencias de género en el perfil de riesgo?

¿Se observan diferencias con base en los grupos de edad?

Interrogantes fundamentales que serán contestadas mediante el estudio que se realizó.

Definiciones conceptuales y operacionales:

FACTORES DE RIESGO

Definición conceptual

Un factor de riesgo se define como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (NIDA, 2008). Los factores de riesgo se clasifican en:

Clasificación de los factores de riesgo		
Individuales	Familiares	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición física • Baja autoestima • Poca tolerancia a la frustración • Sentimientos de soledad • Estados depresivos • Deseo de experimentar sensaciones “fuertes” 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración del núcleo familiar por separación, divorcio o muerte. • Falta de límites claros • Normas difusas • Violencia • Patrones de interacción poco efectivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y fácil acceso a las sustancias psicoactivas • Movimientos migratorios • Transculturación • Hacinamiento • Pocas oportunidades para el empleo, la educación y la recreación • Publicidad que se hace a bebidas alcohólicas y tabaco

Definición operacional

Los factores de riesgo son considerados como las áreas deficientes o disfuncionales en la vida de los adolescentes que incrementan la probabilidad de iniciar o mantener el consumo de sustancias. Entre las que se encuentran:

1. Salud mental, en la que se incluyen las emociones y sentimientos positivos y negativos del individuo.
2. Relaciones familiares, donde se incluyen la organización de la familia, comunicación y comprensión, disciplina y valores.

3. Relación con los amigos, misma que considera la calidad de la relación entre los integrantes del grupo con el individuo.
4. Habilidades académicas, se incluye la evaluación de aspectos cognitivos, aptitudes escolares, logros académicos e interés en actividades como la lectura, matemáticas, escritura, estudios sociales, ciencia y actividades físicas.
5. Interés laboral, en donde se incluye el interés para obtener un empleo y ganar dinero, condición que favorece asumir los roles de adulto y esforzarse por obtener autonomía.
6. Conducta agresiva/delincuencia, se relaciona con el comportamiento agresivo y fuera de control e involucramiento del individuo en conductas que violentan las leyes.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Definición conceptual

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

Definición operacional

El consumo de sustancias se define como el involucramiento del adolescente con el uso/abuso de sustancias, los problemas asociados y los síntomas y signos relacionados.

Tipo de Estudio y Diseño:

Es un estudio no experimental, con diseño transeccional, descriptivo, cuyo objetivo es indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un fenómeno o una situación (Hernández Sampieri, 2003).

Participantes:

La muestra quedó formada por 25,484 alumnos de quinto y sexto de primaria y los tres grados del nivel de secundaria, que cursan sus estudios en escuelas públicas del Distrito Federal; 12,961 son mujeres (50.8%) y 12,528 son hombres (49.2%), cuyas edades se encuentran entre 12 y 17 años, con una media de edad de 13.49 años y la desviación estándar de 1.192

Contexto y escenarios:

La investigación se desarrolló en el Distrito Federal en escuelas de educación básica y media básica. En dos contextos: 1) la aplicación de cuestionarios en la escuela y 2) la aplicación de cuestionarios a escolares que acudieron a las instalaciones de los UNEME-CAPA.

En las escuelas de nivel medio básico, se obtuvo el 92.7% de la muestra, 2.6% son estudiantes de 5º y 6º de primaria; y el 4.6% restante son estudiantes de bachillerato menores de 18 años, que asistieron a los UNEME-CAPA para recibir atención y los cuestionarios fueron utilizados dentro de la muestra.

Procedimiento:

Una de las tareas fundamentales que realizan las Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones, UNEME-CAPA, se

enfocan a la prevención universal a través de la sensibilización, detección temprana e información sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas con población adolescente.

1. Para realizar una detección temprana con adolescentes, se aplicó el POSIT como instrumento para la detección de riesgos frente al consumo de sustancias psicoactivas.
2. Las UNEME-CAPA del Distrito Federal identificaron los planteles educativos y las autoridades escolares de niveles de educación básica (5° y 6° de primaria) y educación básica media (los 3 años de secundaria), con las cuales trabajar dentro de su área de influencia, esto es, en la zona geográfica establecida para cada Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Bajo este concepto geográfico deben cubrir la totalidad de escuelas, sin embargo, dependen de la autorización de los directores de los planteles escolares y de su capacidad operativa, por lo que anualmente aplican un total aproximado de 35 mil cuestionarios de POSIT.
3. Para la autorización de la aplicación del POSIT a los alumnos, se explicó la forma de trabajo a autoridades y maestros.
4. Los maestros distribuyeron y concentraron entre sus alumnos las hojas de autorización que los padres deberían firmar permitiendo la aplicación del POSIT a sus hijos y que información obtenida podrá ser utilizada con fines de investigación (consentimiento informado).
5. Se establecieron las fechas para hacer pláticas de sensibilización y sesión informativa a la comunidad escolar, calendario de trabajo para la aplicación de

los cuestionarios y las fechas de entrega de resultados de cada uno de los alumnos al director del plantel escolar.

6. Se aplicaron los cuestionarios en forma grupal, solo a aquellos alumnos que fueron autorizados por sus padres.
7. Los psicólogos estuvieron presentes y aclaraban las dudas que surgían para el llenado de los formatos.
8. Los cuestionarios se concentraron en las UNEME-CAPA, se calificaron y capturaron los datos, con los resultados de cada cuestionario se elaboraron las gráficas.
9. Aquellos alumnos que presentaron factores de riesgo se les propuso su incorporación a los Talleres preventivos que generalmente se llevan a cabo en la UNEME-CAPA y en algunas ocasiones dichos talleres se realizaron al interior de los planteles escolares.
10. Otra forma en la que se aplicaron los cuestionarios fue a aquellos menores de edad que llegan directamente al UNEME-CAPA solicitando ellos o su familia el servicio. En este caso el procedimiento de aplicación es de forma individual, previo consentimiento de los padres y los resultados se dan a conocer directamente al joven y a sus padres.
11. A partir de estos resultados del joven, si el riesgo es bajo o moderado se incorpora en alguno de los Talleres de habilidades para la vida que se imparten en los UNEME-CAPA, si el riesgo es alto o bien ya existe consumo se propone su incorporación a alguno de los programas de intervención breve que generalmente resulta ser el PIBA, Programa de Intervención Breve para

Adolescentes que se inician en el consumo de sustancias psicoactivas, (Martínez, 2005)

12. Para fines de esta tesis los datos capturados por el personal de las 32 UNEME-CAPA del Distrito Federal se procesaron en el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Se realizó estadística descriptiva y con algunas variables se realizó estadística inferencial.

INSTRUMENTO

POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, 1991)

El POSIT es un instrumento de tamizaje que tiene como objetivo detectar oportunamente a los sujetos con factores de riesgo en distintas áreas problemáticas, para las cuales será necesario desarrollar estrategias de prevención y tratamiento. Es importante subrayar que el POSIT no detecta adicción, lo valioso de este instrumento es la detección de los casos de adolescentes que presentan problemas en diversas áreas y que podrían favorecer el desarrollo de conductas de consumo de sustancias psicoactivas.

Para el caso de los adolescentes es importante identificar probables indicadores de problemas en su funcionamiento vital, así como de algún tipo de trastorno. La identificación de casos debe abarcar tanto riesgos en áreas vitales de los adolescentes como la posibilidad de que estos propicien consumo de sustancias psicoactivas a futuro, o bien patrones de consumo actual. Cabe mencionar que esto NO implica un diagnóstico clínico de trastornos y en consecuencia ninguna intervención ni tratamiento de cualquier tipo.

El tamizaje con frecuencia, se lleva a cabo en contextos en los que se hace indispensable distinguir la presencia de casos concretos dentro de la población general o en poblaciones consideradas como de riesgo. En este sentido,

actualmente se sabe que los grupos de niños tanto como los de adolescentes son especialmente vulnerables, es decir, la edad de inicio de consumo cada vez es menor, mientras que el porcentaje de consumo, entre estos mismos, cada vez es mayor.

Por lo que el POSIT de manera general, nos ayuda a extraer, del total de una muestra (población abierta y población escolar de nivel básico medio), a aquellas personas que tienen riesgo de consumo de drogas y/o trastornos asociados a las mismas, para de esta forma, se puedan generar estrategias de prevención e intervención específicamente dirigidas a las poblaciones identificadas. Los puntajes indican las áreas de riesgo y por tanto al atenderlas se disminuirá el factor de riesgo y la intervención preventiva facilitará el incremento del factor protector.

POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, 1991)

Este instrumento fue desarrollado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) para el Sistema de Referencia a Tratamiento para Adolescentes con factores de riesgo relacionados con el uso de drogas, Rahdert ER. (1991).

Fue validado en población mexicana por la Facultad de Psicología de la UNAM (Mariño, González, Andrade, & Medina, 1998). El objetivo principal es la identificación general de algunos de los problemas o factores de riesgo relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. A partir de su validación ha sido utilizado en muy diversos estudios, en nuestro país. (Latimer, 2004; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos, Ayala 2005; Salazar, 2008).

La versión final del POSIT para población mexicana, quedó constituida por 81 reactivos, incluidos en 7 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes. La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de (.9057)

Descripción del instrumento (ver Anexo 1).

El POSIT consta de 81 reactivos dicotómicos de 3 tipos:

- A. Reactivos generales que cuentan como un punto más al área a la que pertenecen.
- B. Reactivos relacionados con la edad, que son tomados en cuenta para la calificación final únicamente si el adolescente es menor o mayor de 16 años.
- C. Reactivos “Banderas Rojas” (BR) cuya sola presencia indica riesgo.

Las áreas que evalúa se dividen en:

1. Uso/ abuso de sustancias
2. Salud mental
3. Relaciones familiares
4. Relaciones con amigos
5. Habilidades académicas
6. Interés laboral
7. Conducta agresiva – delictiva

Cinco reactivos pertenecen a las áreas de “salud mental” y “Nivel educativo” al mismo tiempo (8, 15, 40, 66 y 80). Cuarenta reactivos están considerados como Bandera Roja, esto es, su sola presencia indica riesgo en el área en la que se encuentran; dos de estos reactivos (66 y 80) pertenecen a dos subescalas al mismo tiempo, sin embargo, son considerados como “Bandera Roja” únicamente en el área “nivel educativo o habilidades académicas” y no en la subescala “salud mental” en donde también están presentes. En el área de “interés laboral” haber tenido empleo es un factor de riesgo que se incrementa significativamente si el adolescente es menor de 16 años.

Administración.

El rango de edad en el que se aplica corresponde a jóvenes de 12 a 17 años. La administración se puede dar de manera individual, así como grupal, sin embargo, en este caso, la aplicación se dará de la segunda forma debido a la necesidad de identificar grupos definidos dentro de una muestra amplia.

Calificación.

La suma total de los puntos da un puntaje máximo de 83, ya que hay preguntas que aplican para dos escalas, refiere un puntaje global. A partir de un puntaje de 34 indica presencia de riesgo, una calificación superior a este punto de corte representa un mayor riesgo de los jóvenes para iniciar o incrementar el consumo de drogas y viceversa. En los reactivos 12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 39, 52, 69, 70 y 71 el “no” equivale a 1 punto, mientras que los demás reactivos la respuesta “sí” es la que vale un punto.

El puntaje por áreas se da de la siguiente forma:

1. Uso/ abuso (2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68) La presencia de cualquiera de los indicadores es sinónimo de riesgo. Todos son Bandera Roja o BR.
2. Salud mental (5, **6**, 8, 10, 15, 23, **28**, 40, 43, **55**, 60, 63, 66, **75**, **76**, 80) Los números en negritas representan BR
3. Relaciones familiares (4, 14, **20**, 22, 32, 39, **45**, **52**, 70, 71) Los números en negritas representan BR
4. Relaciones con amigos (3, 13, 19, 29, 67, 73, 77) La presencia de cualquiera de los indicadores es sinónimo de riesgo. Todos son BR.
5. Habilidades académicas (7, 8, 12, 15, 18, **26**, 34, 40, **42**, 61, **66**, **69**, **72**, 74, 79, **80**) Los números en negritas representan BR.
6. Ámbito o interés laboral (**16***, 27, 36, **44+**, 51, **78**) Los números en negritas representan BR. * y + son BR para chicos de 13 a 15

7. Conducta agresiva – delictiva (1, **9**, 11, **24**, 30, 31, 35, 37, **49**, **50**, 53, 59, 64, 81) Los números en negritas representan BR.

Debido a que el POSIT aún no ha sido ampliamente probado en el campo, y la fiabilidad y validez se obtuvieron hace ya varios años, las puntuaciones deben ser vistas con precaución.

RESULTADOS

Los resultados de la aplicación del POSIT serán presentados en el siguiente orden:

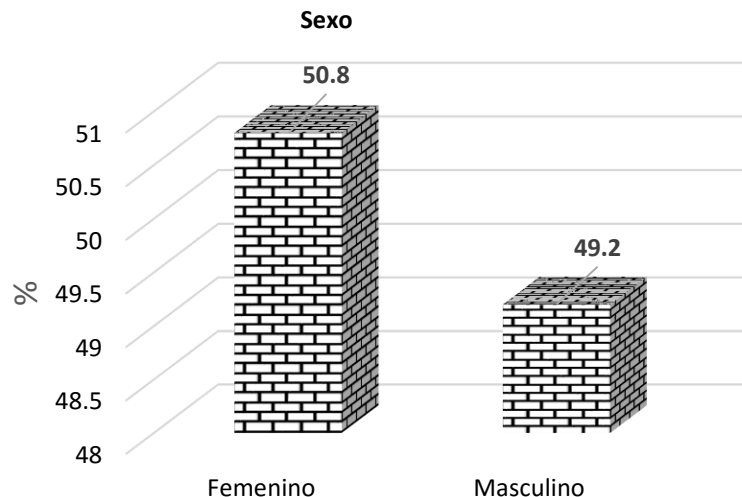
- a. Características sociodemográficas de la muestra
- b. Resultados de la aplicación del POSIT en cada una de las áreas de riesgo
- c. Resultados de la aplicación del POSIT en cada una de las áreas de riesgo comparadas por sexo
- d. Resultados de la aplicación del POSIT en cada una de las áreas de riesgo divididas por sexo.
- e. Resultados significativos

a. Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra representa a la población adolescente escolarizada de 12 a 17 años del Distrito Federal, con un total de 25,484 alumnos.

En cuanto al sexo de la muestra, 12,961 fueron mujeres lo que representa el 50.8% y 12,528 hombres que implica el 49.2% de la misma. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Sexo

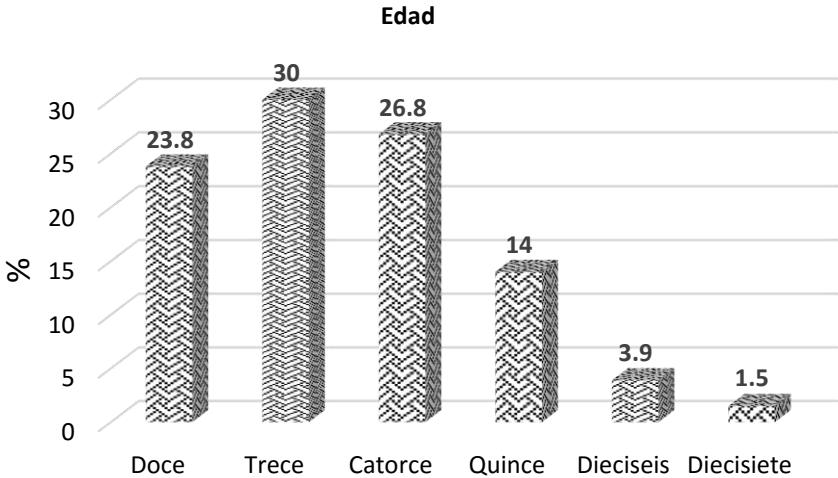


En relación a la edad de los adolescentes que participaron en el estudio, quienes se encuentran entre los 12 y 17 años, la media se ubica en 13.4 años y la desviación estándar es de 1.192.

El 30% de los alumnos tenía 13 años, el 26.8% corresponde a los de 14 años, 23.8% corresponde a quienes tenían 12 años, 14% con 15 años, 3.9% tenía 16 años y el 1.5% con 17 años. (Gráfica 2)

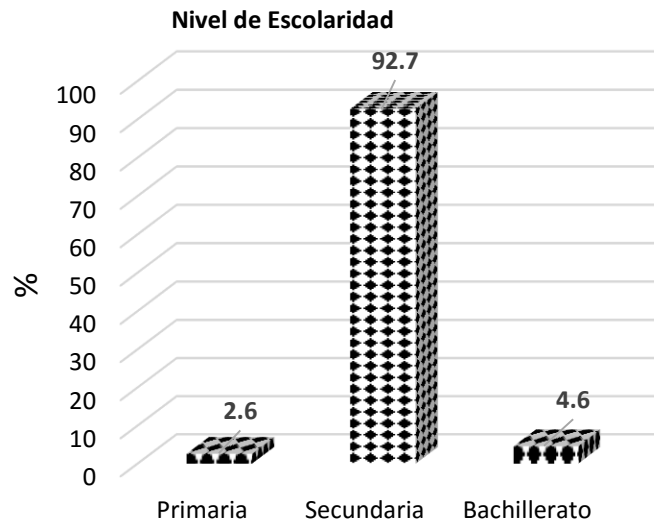
Al agrupar a los adolescentes de 13 y 14 años, representaron el 56.8% del total de la muestra, alumnos fundamentalmente en el inicio de la secundaria.

Gráfica 2. Edad



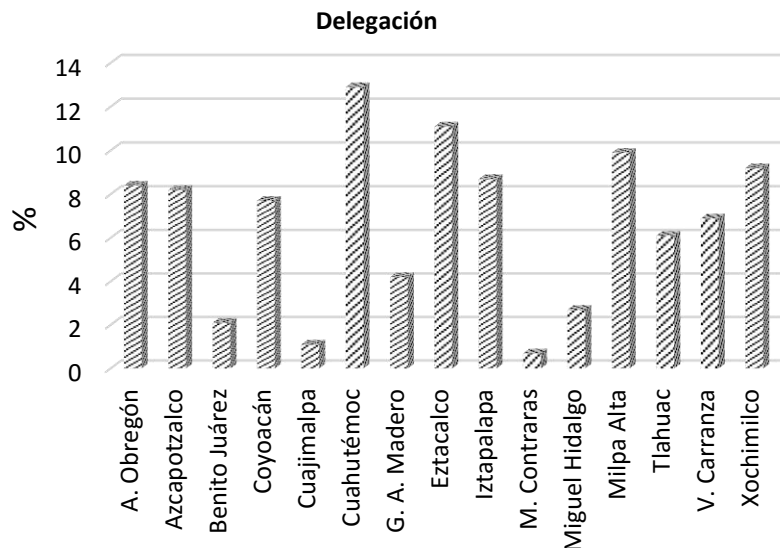
Respecto al nivel educativo, el 92.7% de los participantes se encontraba en escuelas de educación media básica. El 2.6% son estudiantes de 6° de primaria y el 4.6% eran estudiantes de bachillerato menores de 18 años. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Nivel Educativo



Al haberse recabado la información en todo el Distrito Federal, en la muestra están presentes todas las Delegaciones Políticas de la Ciudad de México. La delegación Cuauhtémoc representa el 12.9%, Iztacalco el 11.1%, Milpa Alta el 9.9%, Xochimilco el 9.2%, Iztapalapa 8.7%, Álvaro Obregón 8.4%, Azcapotzalco 8.2%, Coyoacán 7.7%, Venustiano Carranza 6.9%, Tláhuac 6.1%, Gustavo A. Madero 4.2%, Miguel Hidalgo 2.7%, Benito Juárez 2.1%, Cuajimalpa 1.1% y Magdalena Contreras .7%. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Delegación a la que pertenecen los adolescentes

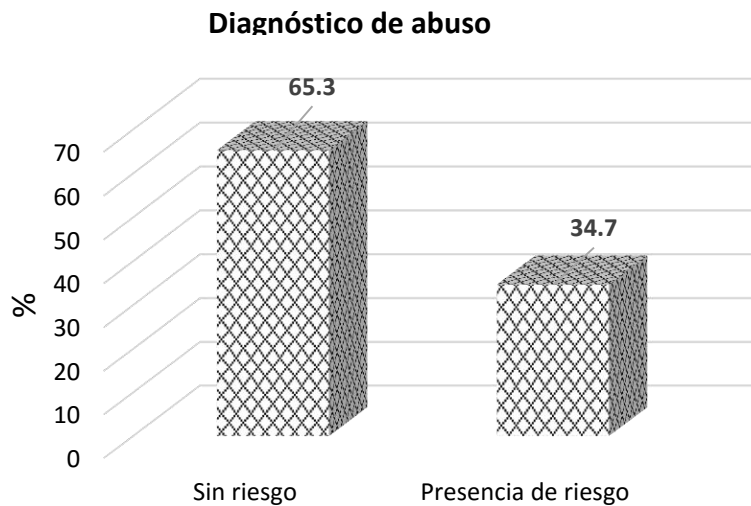


b. Resultados de la aplicación del POSIT en cada una de las áreas de riesgo

Los resultados que se muestran a continuación, representan los datos del total de la muestra, esto es los 25,484 alumnos.

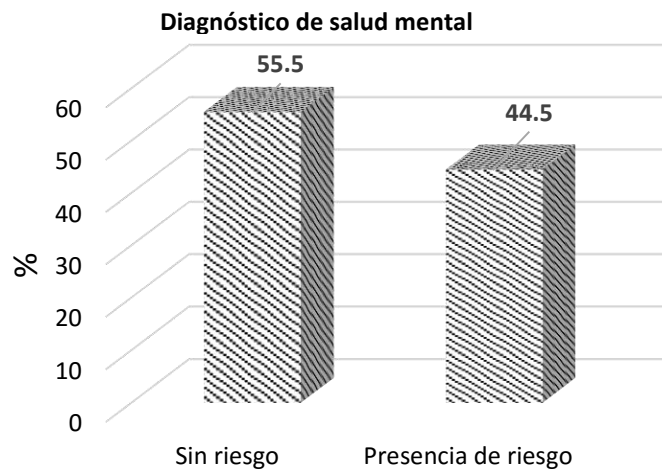
Respecto al diagnóstico de Abuso de sustancias, el 65.3% de la muestra no presenta riesgo; el 34.7% de ellos presentó riesgo de consumo. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Diagnóstico de Abuso de Sustancias



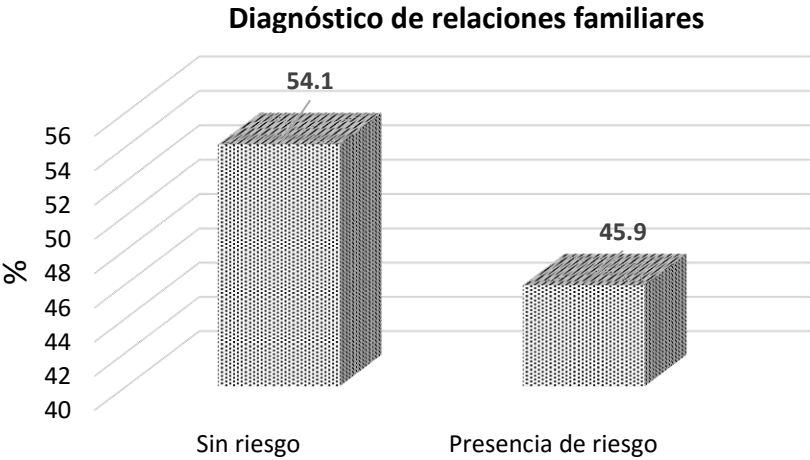
En lo que respecta al área de salud mental, el 55.5% se encuentra sin riesgo y en el 44.5% de la muestra existe presencia de riesgo. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Diagnóstico de Salud Mental



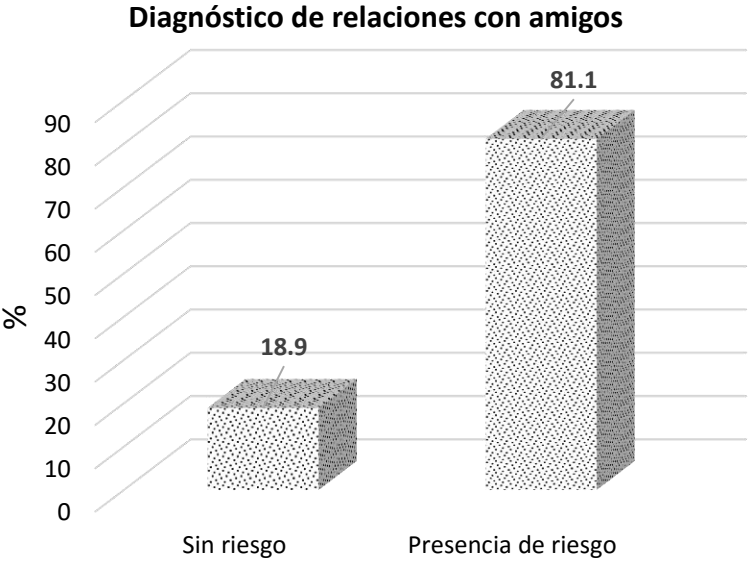
En cuanto al área de relaciones familiares, el 54.1% no presenta riesgo y el 45.9% de los adolescentes tienen presencia de riesgo. (Gráfica 7)

Gráfica 7. Diagnóstico de Relaciones Familiares



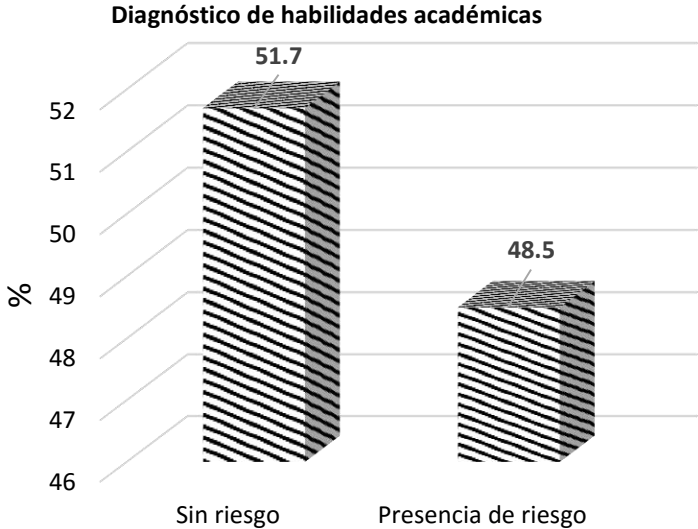
En cuanto al área que corresponde a las relaciones con los amigos, que se sabe tiene gran peso, solo el 18.9% no presenta riesgo contra el 81.1% que si lo presenta. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Diagnóstico de Relaciones con Amigos



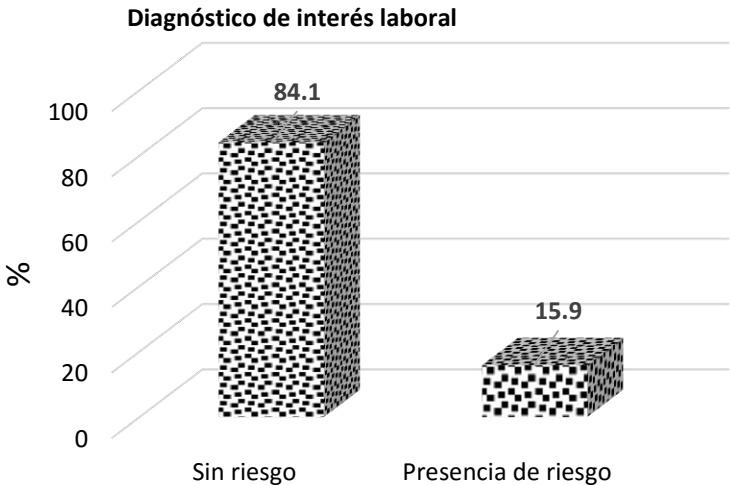
En el área de habilidades académicas, el 51.7% de los alumnos no presenta riesgo, sin embargo, para el 48.5% si lo presenta. (Gráfica 9)

Gráfica 9. Diagnóstico de Habilidades Académicas



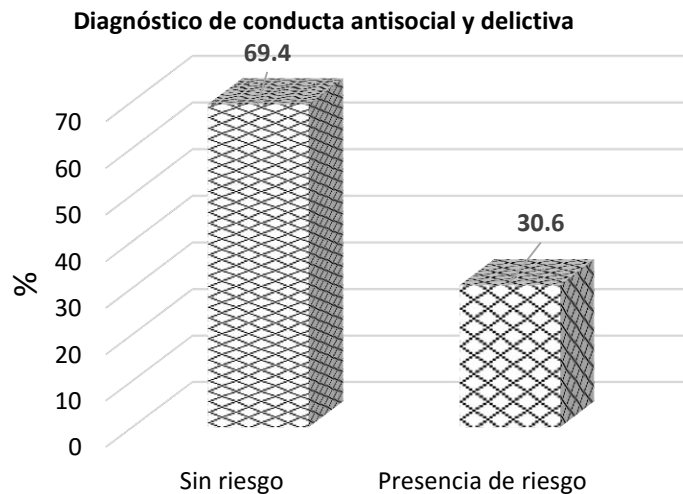
En cuanto a lo que corresponde al área de interés laboral, el 84.1% no presenta riesgo, no así el 15.9, que presentan riesgo. (Gráfica 10)

Gráfica 10. Diagnóstico de Interés Laboral



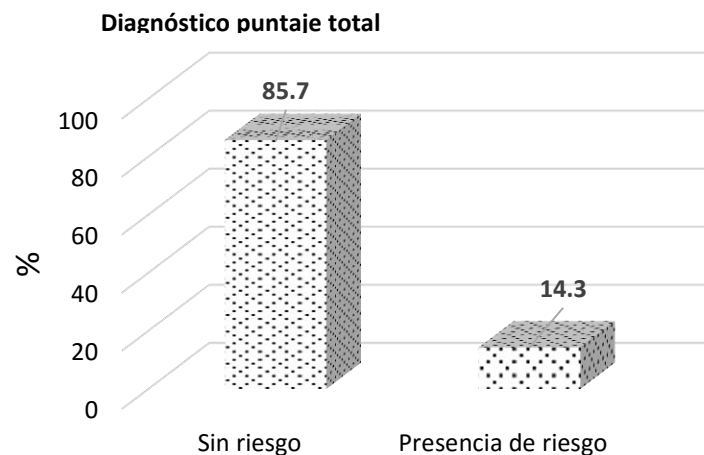
En el diagnóstico de la última área de riesgo, tenemos que los datos correspondientes a conducta antisocial y delictiva, el 69.4% aparece sin riesgo, frente al 30.6% en que si existe presencia de riesgo. (Gráfica 11)

Gráfica 11. Diagnóstico de Conducta Antisocial y Delictiva



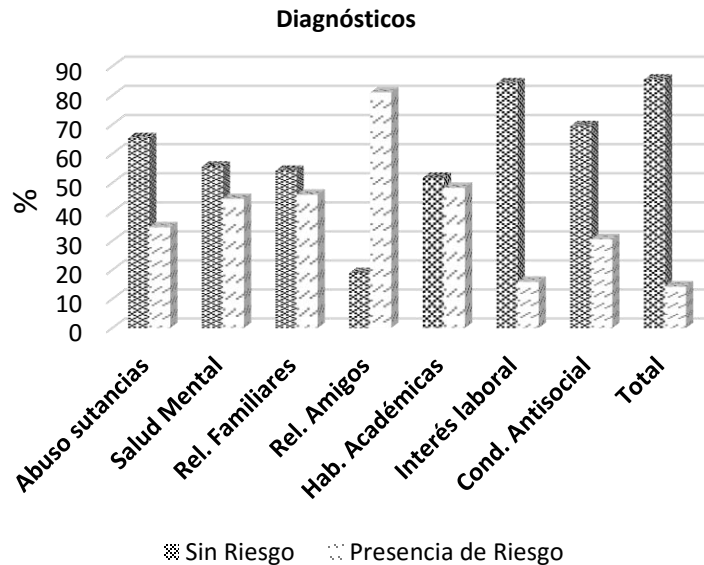
Por último, el diagnóstico de Puntaje Total, muestra que el 85.7% se encuentra sin riesgo, mientras que en el 14.3% de los alumnos presenta riesgo. (Gráfica 12)

Gráfica 12. Diagnóstico de Puntaje Total



El resultado del total de diagnósticos por áreas de riesgo, nos muestra que las relaciones con amigos, las habilidades académicas y las relaciones familiares, son las que obtienen mayor porcentaje con 81.1%, 48.3%, 45.9%, respectivamente. (Gráfica 13)

Gráfica 13. Diagnóstico comparativo por Área de Riesgo



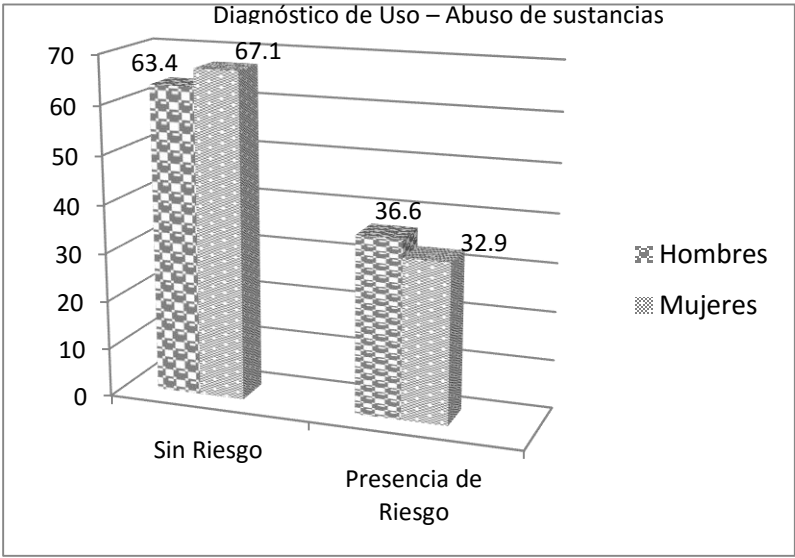
c. Resultados de la aplicación del POSIT en cada una de las áreas de riesgo comparadas por sexo

Al realizar el comparativo de los resultados por sexo, se observan diferencias importantes. Durante muchos años se planteó que el hecho de ser varón incrementaba el riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, los datos obtenidos, nos permite observar que en algunas áreas ya no existe esa diferencia que se consideraba protectora para las adolescentes

La siguiente serie de gráficas, mostrarán los resultados de cada área comparando a los y las adolescentes.

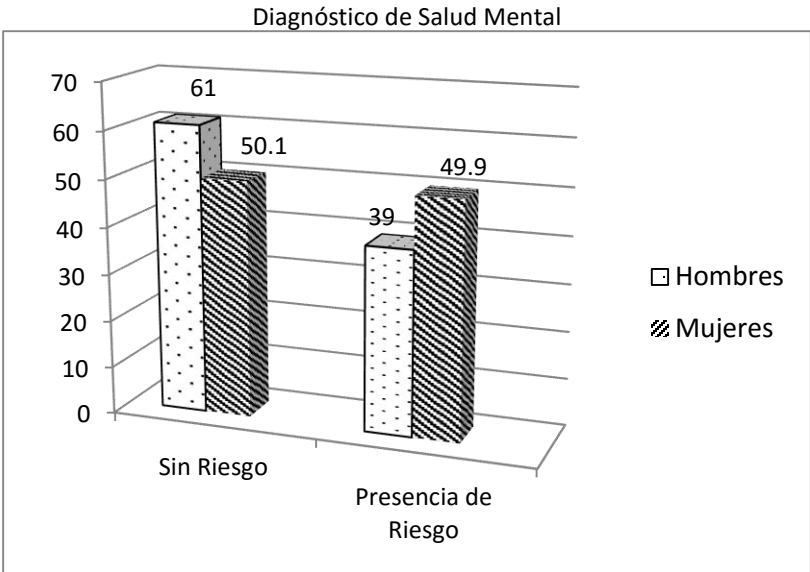
En el área de uso – abuso de sustancias, es ligeramente mayor la presencia de riesgo en los hombres con el 36.6%, contra el 32.9% en las mujeres, lo que en términos prácticos implica que el género ya no es un factor de mayor protección. (Gráfica 14)

Gráfica 14. Diagnóstico comparativo Uso-Abuso de Sustancias



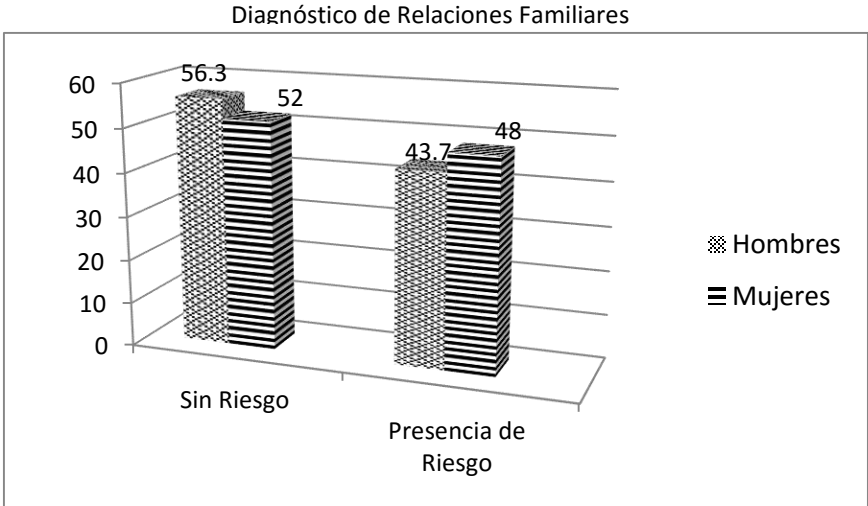
En el área de salud mental, las mujeres obtuvieron un porcentaje mayor con presencia de riesgo que los hombres, 49.9% frente a 39% respectivamente. (Gráfica 15)

Gráfica 15. Diagnóstico comparativo de Salud Mental



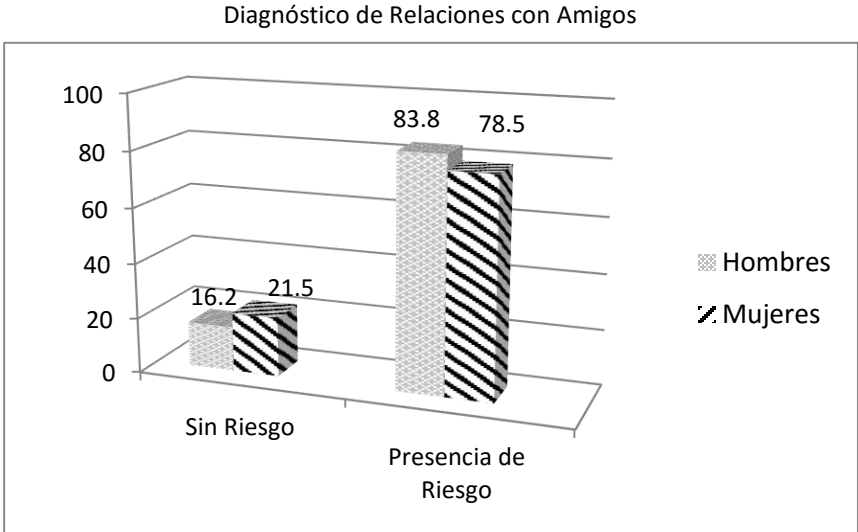
Sobre el área de relaciones familiares, ambos géneros presentan por arriba del 40 por ciento con presencia de riesgo, en porcentajes específicos es mayor para las mujeres con 48% y el 43.7% para los hombres. (Gráfica 16)

Gráfica 16. Diagnóstico comparativo de Relaciones Familiares



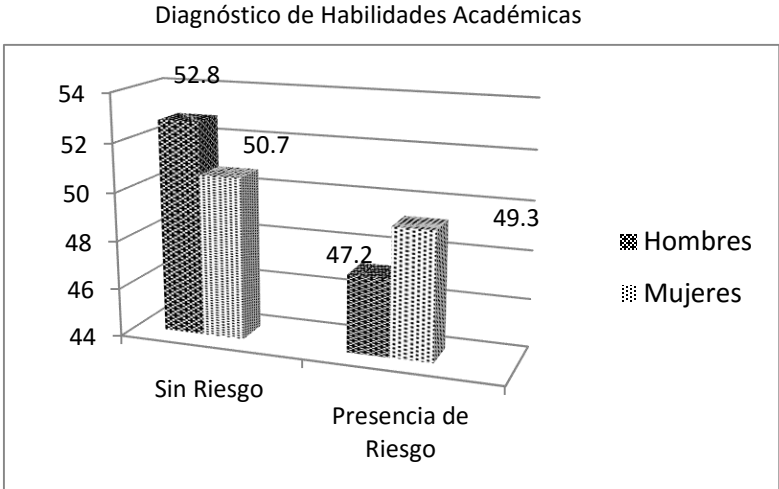
Respecto al área de relaciones con amigos, es la que mayor riesgo representa con el 83.8% para los hombres y 78.5% para las mujeres. (Gráfica 17)

Gráfica 17. Diagnóstico comparativo de Relaciones con Amigos



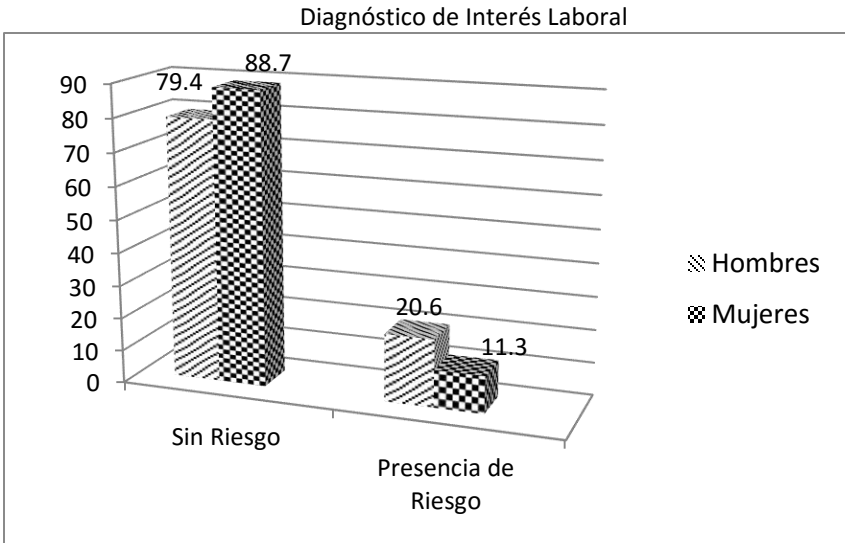
El área de riesgo que corresponde a las habilidades académicas muestra que casi la mitad de ambos géneros presentan riesgo; 49.3% en las mujeres y 47.2% en el caso de los hombres. (Gráfica 18)

Gráfica 18. Diagnóstico comparativo de Habilidades Académicas



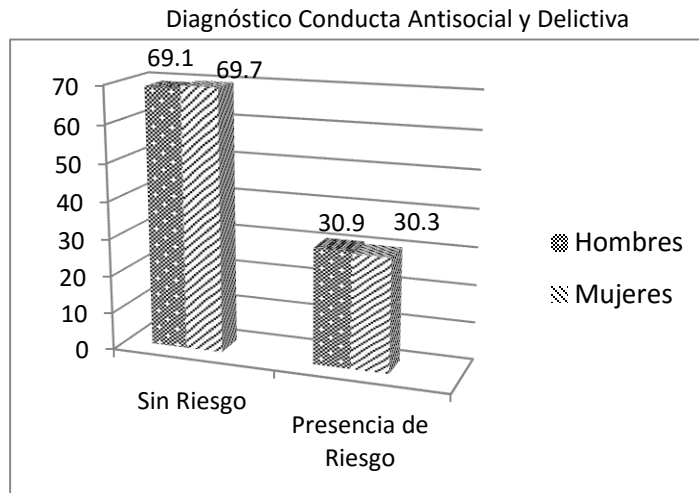
En lo que respecta al interés laboral, es un área que presenta un riesgo, obteniendo un porcentaje de 20.6% para los hombres y 11.3% para las mujeres. (Gráfica 19)

Gráfica 19. Diagnóstico comparativo de Interés Laboral



En cuanto al área de conducta antisocial, la presencia de riesgo en el grupo masculino se observa el 30.9%, casi similar al femenino con 30.3% de riesgo. (Gráfica 20)

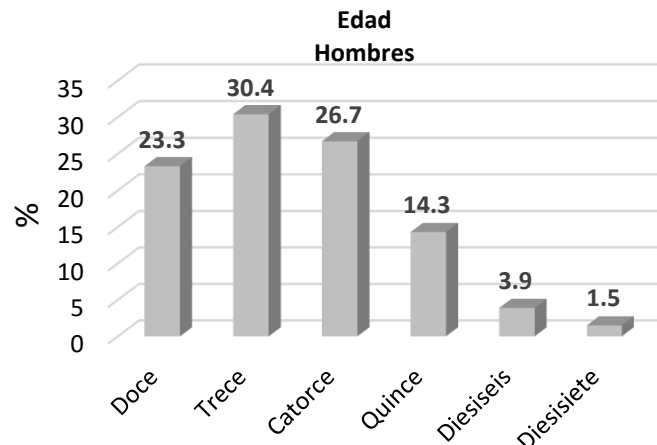
Gráfica 20. Diagnóstico comparativo de Conducta Antisocial y Delictiva



d. Resultados de la aplicación del POSIT en cada una de las áreas de riesgo divididas por sexo.

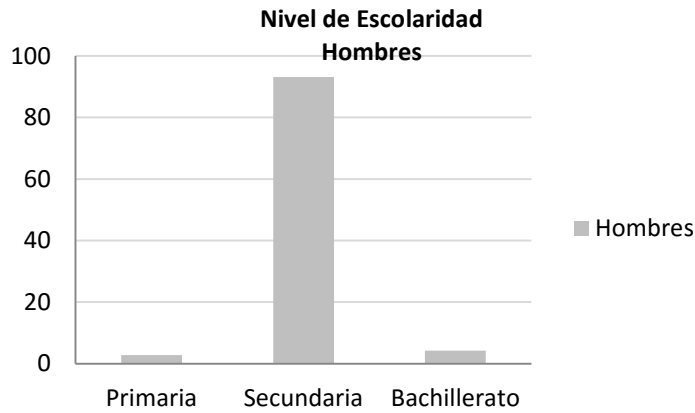
En los datos por género, los grupos etarios más representativos son con el 30.4% de la muestra hombres adolescentes de 13 años, seguidos por los de 14 con el 26.7% y los de 12 años alcanzando el 23.3%. (Gráfica 21)

Gráfica 21. Edad de los adolescentes varones



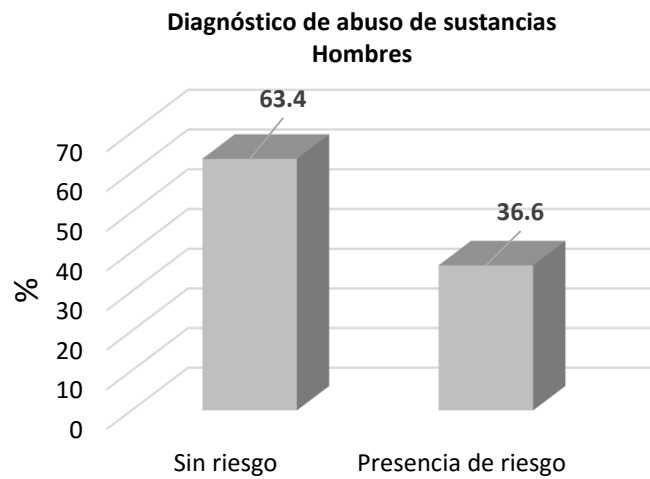
En relación a la escolaridad el 93.1% eran alumnos de secundaria, 4.2% de bachillerato y 2.8% de primaria. (Gráfica 22)

Gráfica 22. Escolaridad de los varones



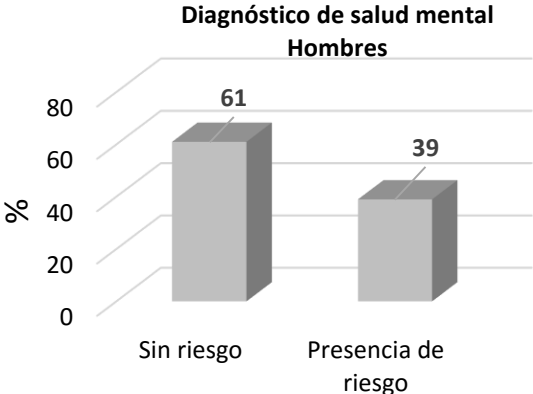
Entre los hombres la presencia de riesgo frente al uso- abuso de sustancias psicoactivas representa el 36.6%, frente al 63.4 de no riesgo. (Gráfica 23)

Gráfica 23. Diagnóstico Uso – Abuso de Sustancias en varones



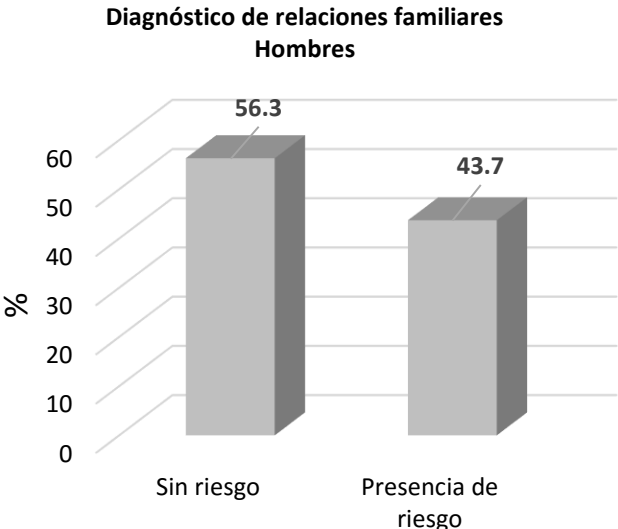
En cuanto a la presencia de riesgo en el área de salud mental en el caso de los hombres, el 61% no tiene riesgo frente al 39% que si presenta riesgo. (Gráfica 24)

Gráfica 24. Diagnóstico Salud Mental en varones



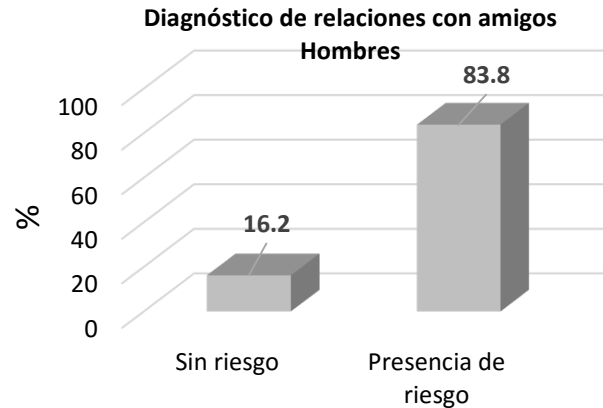
El 43.7% de los alumnos presentan riesgo en el área de las relaciones familiares, mientras que el 56.3 no tiene riesgo. (Gráfica 25)

Gráfica 25. Diagnóstico Relaciones Familiares en varones



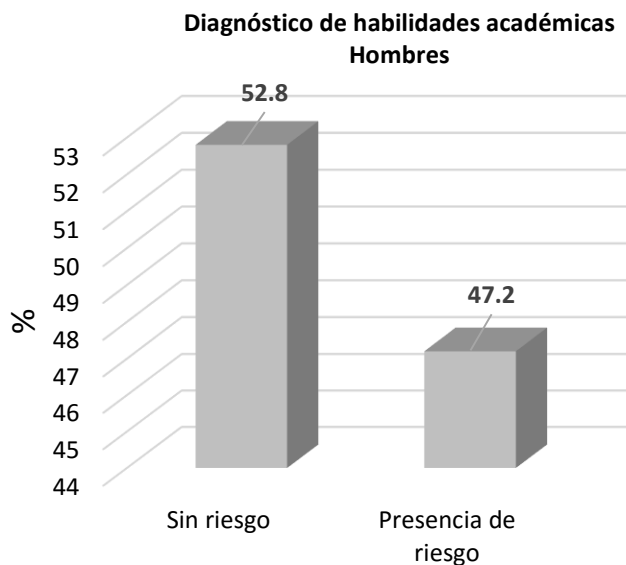
En el área de relaciones con amigos, para los hombres significa 93.8% con presencia de riesgo contra solo el 16.2% sin riesgo en esta área. (Gráfica 26)

Gráfica 26. Diagnóstico Relaciones con Amigos en varones



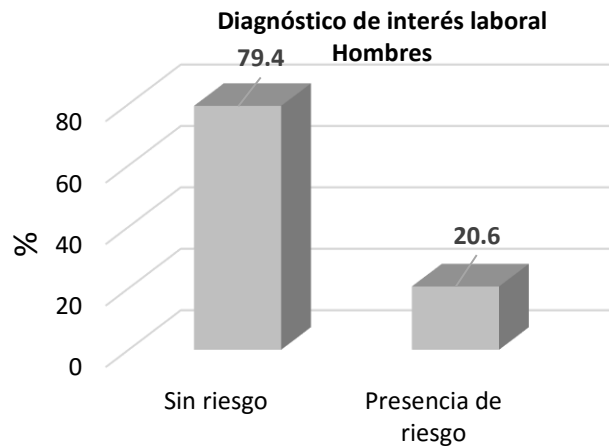
En cuanto a las habilidades académicas el 47.2% de los alumnos varones presentan riesgo, contra el 52.8 que no presenta riesgo en ésta área. (Gráfica 27)

Gráfica 27. Diagnóstico Habilidades Académicas en varones



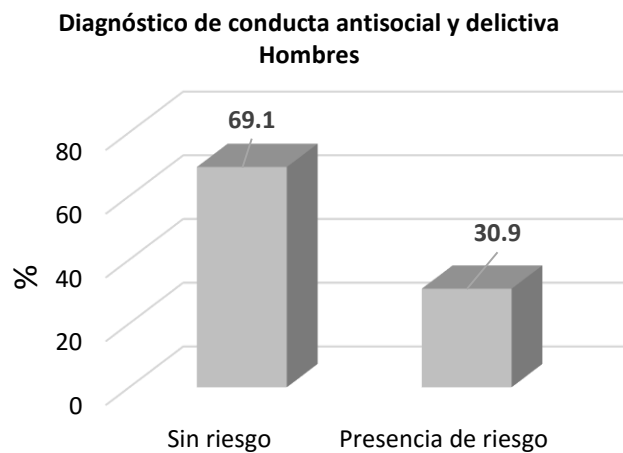
En el área de interés laboral el 79.4% aparece sin riesgo, frente al 20.6% que tiene presencia de riesgo. (Gráfica 28)

Gráfica 28. Diagnóstico Interés Laboral en varones



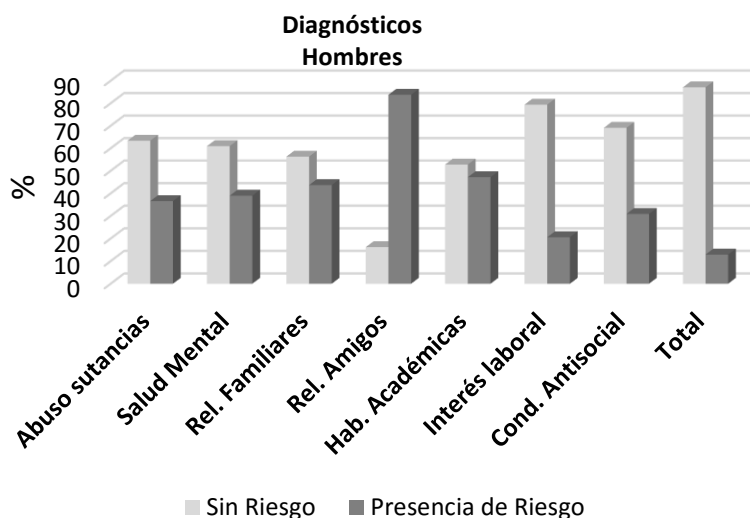
En el área de conducta antisocial y delictiva en varones, el porcentaje de riesgo es de 30.9% y el 69.1% no presenta riesgo. (Gráfica 29)

Gráfica 29. Diagnóstico Conducta Antisocial y Delictiva en varones



Al comparar todas las áreas diagnosticadas se puede observar que la relación con amigos, es la que mayor representatividad tiene con un 93.8% de presencia de riesgo (gráfica 30).

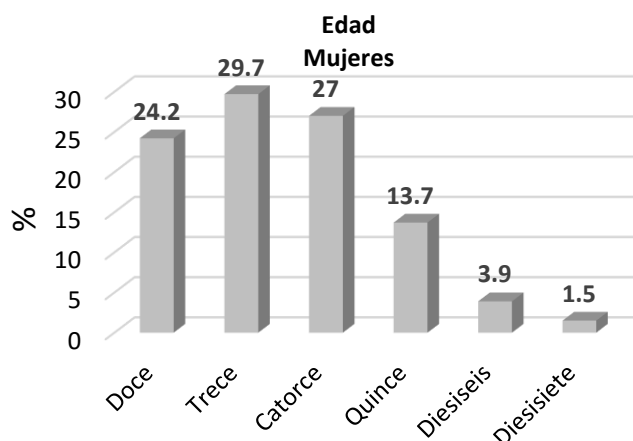
Gráfica 30. Comparativo de presencia de riesgo/no riesgo en varones



Los datos correspondientes al género femenino, se presentan a continuación.

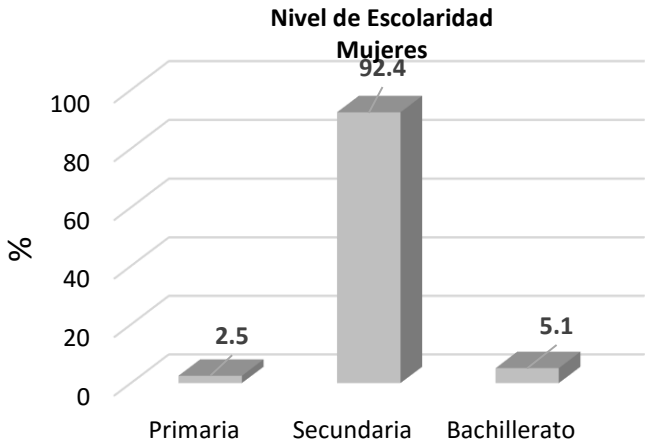
En cuanto a la edad en el grupo de adolescentes mujeres, al igual que los hombres, el mayor número de alumnas tenía 13 años con el 29.7%, seguida por las de 14 con el 27% y las de 12 años con el 24.2%. (Gráfica 31)

Gráfica 31. Edad de las adolescentes mujeres



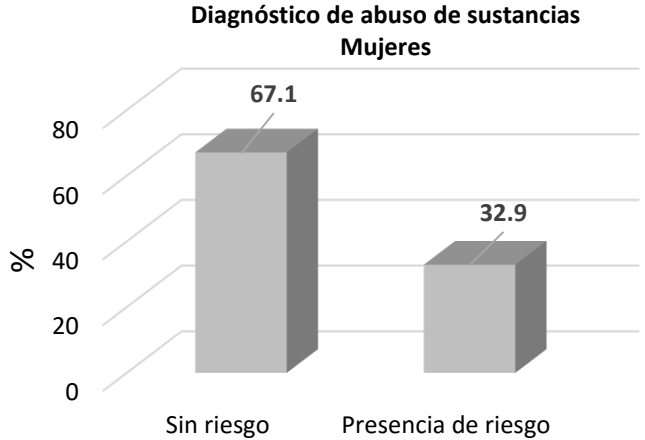
En cuanto a la escolaridad, el 92.4% se encontraban en secundaria, el 5.1% en bachillerato y el 2.5% en primaria. (Gráfica 32)

Gráfica 32. Escolaridad de las adolescentes mujeres



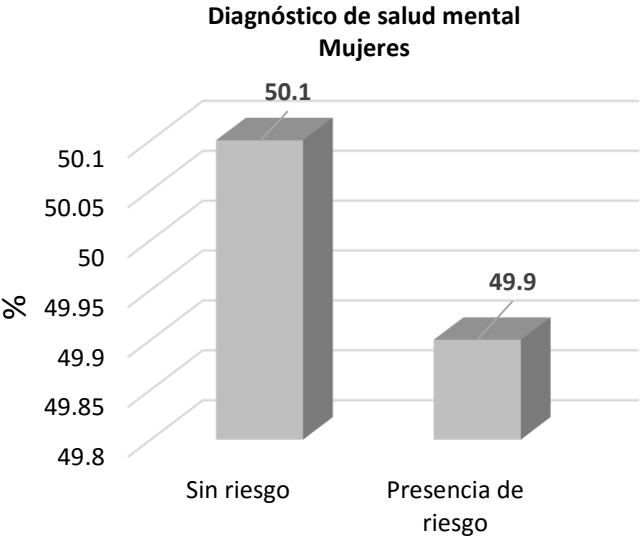
En cuanto al riesgo de uso-abuso de sustancias psicoactivas entre las adolescentes escolarizadas, el 67.1% de ellas no presentan riesgo y el 32.9 si se encuentran expuestas al mismo. (Gráfica 33)

Gráfica 33. Diagnóstico de Uso- Abuso de sustancias en mujeres



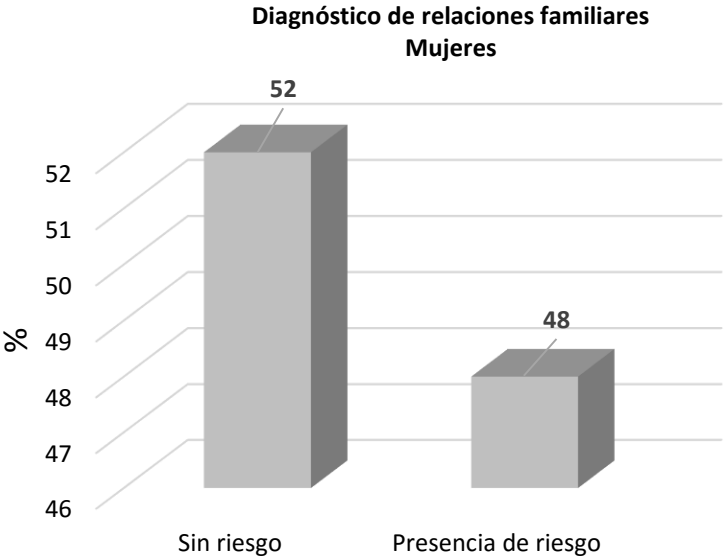
Respecto del área de riesgo en salud mental, para el grupo femenino, representa el 50.1% de no riesgo, contra 49.9%, lo que implica que prácticamente la mitad de las adolescentes están en riesgo en esta área. (Gráfica 34)

Gráfica 34. Diagnóstico Salud Mental en mujeres



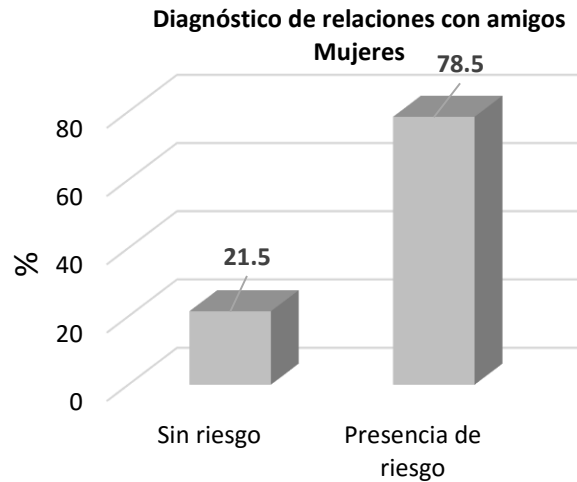
En lo que respecta al área de relaciones familiares, en las mujeres representa el 48% con presencia de riesgo y el 52% sin riesgo. (Gráfica 35)

Gráfica 35. Diagnóstico Relaciones Familiares en mujeres



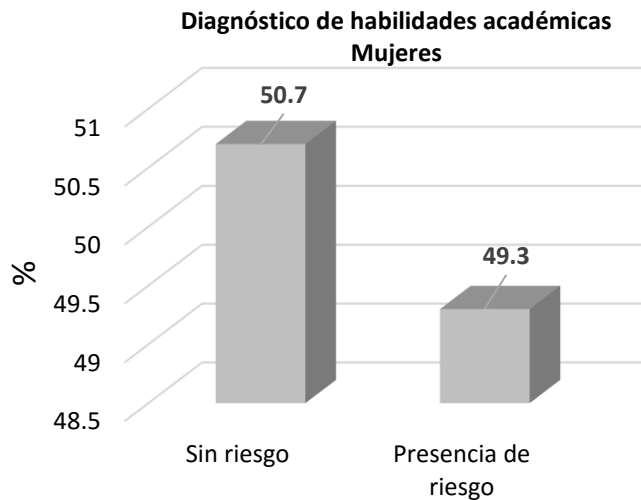
Con respecto a la relación con los amigos, al igual que en los hombres, el 78.5% presenta riesgo y solo el 21.5% no lo presenta. (Gráfica 36)

Gráfica 36. Diagnóstico Relaciones con Amigos en mujeres



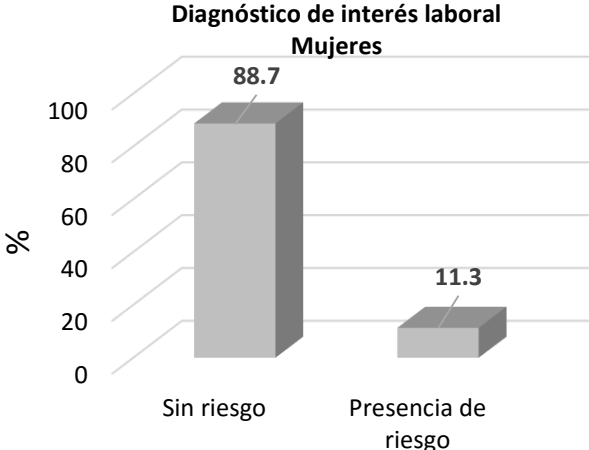
En lo que respecta a la presencia de riesgo en el área de habilidades académicas en las adolescentes, el 49.3% lo presenta, frente al 50.7% que no tiene riesgo. (Gráfica 37)

Gráfica 37. Diagnóstico Habilidades Académicas en mujeres



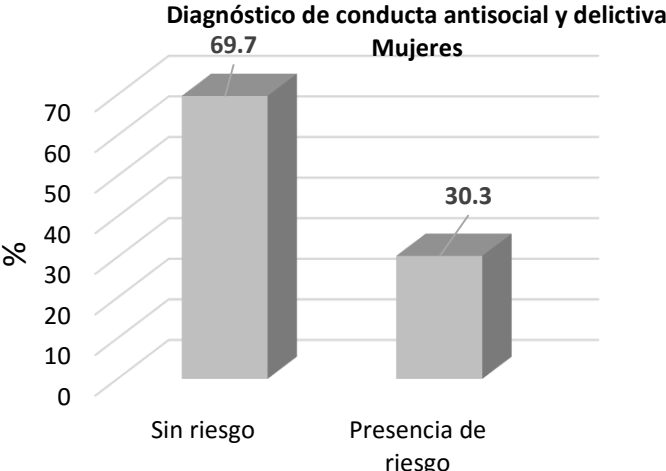
En cuanto al área de interés laboral, solo el 11.3% de las adolescentes presentan riesgo, frente al 88.7% que no lo presenta. (Gráfica 38)

Gráfica 38. Diagnóstico Interés Laboral en mujeres



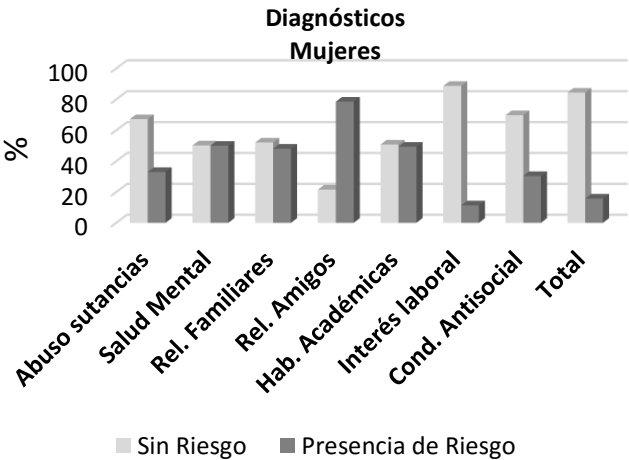
Respecto a la presencia de riesgo en el área de conducta antisocial y delictiva, el 30.3% de ellas lo presenta, mientras que el 69.6% no lo tiene. (Gráfica 39)

Gráfica 39. Diagnóstico de conducta antisocial y delictiva



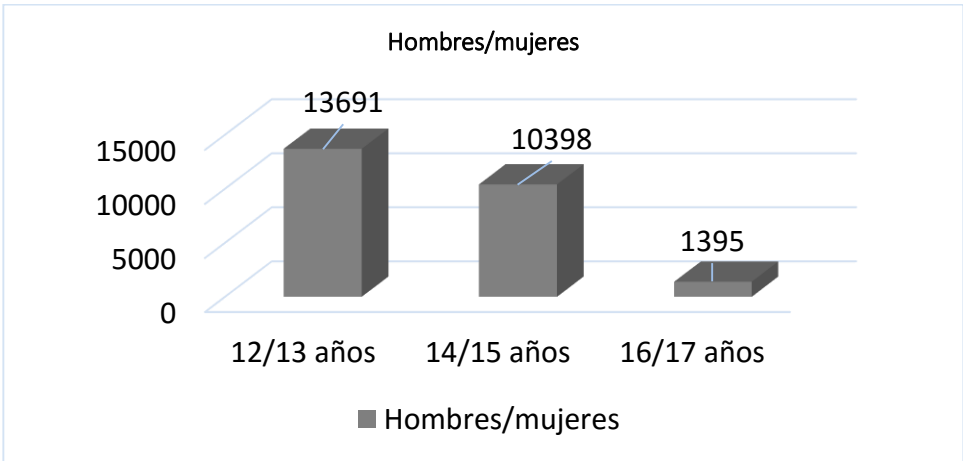
En el comparativo por área de riesgo entre las mujeres, se observa que la relación con amigos es la que mayor porcentaje obtiene con 78.5%, y que las áreas de salud mental y habilidades académicas 49.9% y 49.3% respectivamente son las que mayor riesgo presentan. (Gráfica 40)

Gráfica 40. Comparativo por área de riesgo en mujeres



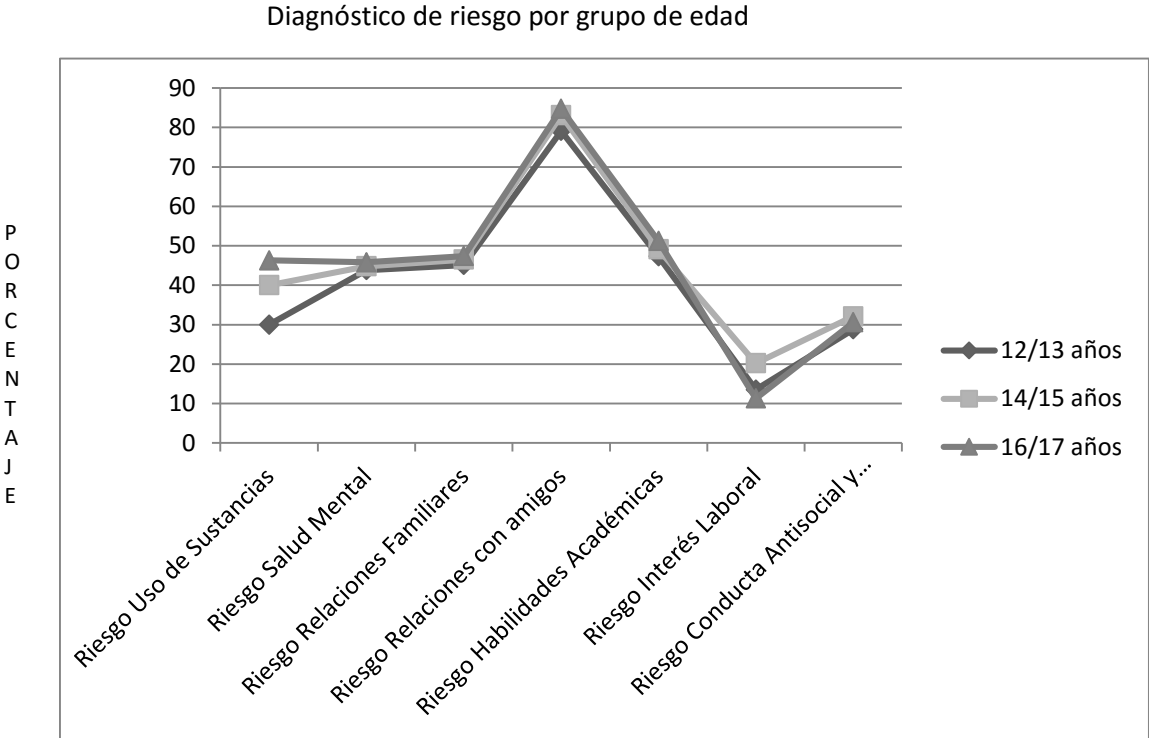
Finalmente, dos datos relevantes. Al agrupar la muestra, se observa que 13,691 de los alumnos tanto hombres como mujeres, se encuentran entre los 12 y 13 años; 10,398 están entre los 14 y 15 años y solo 1,395 se agrupan entre los 16 y 17 años. (Gráfica 41)

Gráfica 41. Edad agrupada



Al comparar todas las áreas de riesgo contra el grupo de edad, se observa que solamente para Uso de Sustancias existe diferencia de casi 20%, ya que los estudiantes del grupo de 16 - 17 años obtiene un porcentaje mayor (48%), que los otros grupos; los de 14 - 15 años presentan un riesgo de 40% y los de 12 - 13 años alcanzan el 30% como se puede ver en el gráfico siguiente.

Gráfica 41. Diagnóstico de riesgo por grupo de edad



DISCUSIÓN

Entre los 25,484 alumnos adolescentes tamizados del Distrito Federal, tanto en hombres como en mujeres, las áreas calificadas permiten observar la presencia de riesgo. Los datos obtenidos nos indican que, la gran mayoría de ellos presentan como mayor riesgo la **relación con los amigos** con un 81.1%, incluso si hacemos el comparativo entre hombres y mujeres es el factor de riesgo más alto con el 83.8% y el 78.5% respectivamente. Este campo considera la calidad de la relación entre los integrantes del grupo con el individuo.

Las **habilidades académicas** en las que se incluye la evaluación de aspectos cognitivos, aptitudes escolares, logros académicos e interés en actividades como la lectura, matemáticas, escritura, estudios sociales, ciencia y actividades físicas, representan la segunda área de riesgo con el 48.5% en el total de los alumnos y por género 47.2% corresponde a presencia de riesgo en los hombres y el 49.3% en las mujeres.

Las **relaciones familiares** resultaron la tercera área de riesgo, con poca diferencia al compararla por género. En ésta área se incluye: la organización de la familia, comunicación y comprensión, disciplina y valores, y elementos de relacionamiento entre los integrantes del núcleo familiar. En ella el 45.9% del total de los alumnos tamizados presentan riesgo, con el 43.7% para los hombres y el 48% para las mujeres.

El área de **salud mental**, en la que se incluyen las emociones y sentimientos positivos y negativos del individuo, se encuentran diferencias importantes de género. En el total de los alumnos presenta riesgo el 44.4% de ellos, en la diferencia por sexo, 39% de los hombres presenta riesgo en ésta área, contra el 49.9% de las mujeres.

En lo que corresponde al **uso-abuso de sustancias**, que se define como el involucramiento del adolescente con el uso/abuso de sustancias psicoactivas, los problemas asociados y los síntomas y signos relacionados, y que es una expresión que encierra conductas que van desde el uso ocasional de una sustancia psicoactiva al uso compulsivo de la misma, pudiendo el sujeto tener o no consecuencias asociadas, se observa como la quinta área de riesgo en el total de la población tamizada con el 34.7%. Los hombres presentan un riesgo mayor con el 36.6% y las mujeres el 32.9%; esto representa en términos generales que casi 4 alumnos de cada 100 presentan riesgo para consumir sustancias psicoactivas.

Las **conductas agresivo/delincuenciales**, que se relacionan con el comportamiento agresivo y fuera de control e involucramiento del individuo en conductas que violentan las leyes, presentaron un riesgo de 30.6% para el total del grupo tamizado y por género los hombres presentan riesgo en un 30.9% frente al 30.3% de las mujeres; situación asociada probablemente a la popularidad adquirida por el “bullying”, más la propia conducta adolescente de “romper las normas impuestas por los adultos”.

El área de **interés laboral**, en donde se incluye el interés para obtener un empleo y ganar dinero, condición que favorece asumir los roles de adulto y esforzarse por obtener autonomía, es la que presenta menor porcentaje de riesgo con un 15.9% para el total, 20.6% de riesgo para los hombres y 11.3% para las mujeres.

Sabemos que los riesgos existen en cualquier etapa de la vida y frente a cualquier circunstancia, sin embargo, ésta existencia de riesgos y la propia condición adolescente, es en sí misma una potenciación permanente para posicionarse en una situación de daño. Más aún cuando hablamos del consumo de sustancias psicoactivas que sabemos que alteran el funcionamiento normal del Sistema Nervioso Central y que antes de los 25 años pueden incluso modificar la estructura neuronal y no solo su funcionalidad (Volkow, 2004).

Al analizar la correlación existente entre las áreas de riesgo por grupo de edad, y encontrar que no existen diferencias entre ellas de los 12 a los 17 años, excepto en la presencia de riesgo al consumo de drogas, en donde la diferencia es casi de 17%, ya que el grupo de 12-13 años presenta 30% de riesgo, de 14-15 años 39%, y el grupo de 16-17 presenta riesgo en un 46%, esto es: a mayor edad, mayor riesgo de consumo, por lo que resulta prioritario incrementar la percepción de riesgo entre los jóvenes.

Los amigos, el déficit en las habilidades académicas, y los factores que se entienden como sano funcionamiento en salud mental (autoestima, auto imagen, solución de conflictos, establecimiento y observancia a los límites, comunicación, habilidades sociales, tolerancia a la frustración, capacidad de espera, autoconducción, etc.), son factores determinantes para la experimentación de sustancias psicoactivas.

Como se mencionó, hace poco tiempo el ser hombre implicaba tener mayor riesgo para acercarse al consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo y de acuerdo con los resultados obtenidos, esa variable ya no tiene el mismo peso, ya que hombres y mujeres obtienen un porcentaje similar en el área de uso-abuso de sustancias psicoactivas, y el área de relación con los amigos es la que presenta mayor presencia de riesgo en ambos sexos.

De acuerdo a los resultados obtenidos y analizados, el POSIT es un instrumento subutilizado y mal empleado. El encuadre del POSIT plantea que es un instrumento de tamizaje, lo que podría traducirse como un “cribado”, esto es diferenciar a quien tiene riesgo de quién no lo tiene, con una especificidad tal que permite determinar el área de riesgo concreta.

Subutilizado porque es un instrumento que permite detectar las áreas de riesgo de un adolescente y en México se utiliza casi en forma exclusiva para la detección del consumo de sustancias psicoactivas, sin considerar, que al detectar el riesgo en las

otras 6 áreas, podría ofrecerse a los y las adolescentes otras actividades que les permitieran desarrollar habilidades que disminuyan los factores de riesgo detectados e incrementen los factores de protección a partir de las nuevas habilidades adquiridas, o un mayor desarrollo de las que poseen.

Existe una gran cantidad de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen programas y actividades que podrían cubrir los déficits existentes en las y los adolescentes, solo es cuestión de conocerlos para empatarlos.

Mal empleado porque se habla de “diagnósticos”, cuando el POSIT es un instrumento de tamizaje, que permite detectar justamente riesgos no diagnosticar trastornos.

Entre los profesionales de la salud, específicamente quienes trabajan en adicciones, se tiende a patologizar cualquier actividad para poder manejarla en “el consultorio”, además de la existencia de confusiones conceptuales y metodológicas en lo que se refiere a prevención. En especial para los psicólogos, el campo de las adicciones es un campo clínico; no les atrae trabajar en prevención y menos en acciones de promoción de la salud y de prevención universal, y en cuanto a la prevención selectiva e indicada rápidamente convierten éstas tareas en atención clínica, es decir: Tratamiento.

Generalmente se ha hecho solamente una sustitución del marco metodológico sanitarista (prevención primaria, secundaria y terciaria), por el marco conceptual de Becoña, sin considerar que va más allá de la conceptualización, es realmente una propuesta para distraer la atención a los usuarios de los servicios de salud del ámbito hospitalario y llevar dicha atención a los ámbitos comunitarios.

En adicciones esto implica tener una amplia visión de los servicios que se pueden ofrecer antes de llegar al consultorio o al hospital, es una visión integral para no patologizar hasta que no se presenten los signos y síntomas que permitan

realmente diagnosticar un abuso o dependencia a las sustancias psicoactivas.

En este contexto, el POSIT es un instrumento que permite identificar las áreas de riesgo en un adolescente (entre 12 y 17 años) y disminuir el área de riesgo que se requiera. Puede ser apoyo académico, competencias para el cuidado a su salud, desarrollo de habilidades sociales, funcionalidad de las habilidades emocionales, o bien, conductas de afrontamiento y percepción del riesgo entre otras.

En cualquiera de éstas áreas están concatenadas las redes sociales, como factor de riesgo o como factor protector. En la literatura sobre consumo de drogas se ha señalado reiteradamente la influencia de la red social en las distintas etapas del proceso adictivo de los individuos, como son, el inicio, habituación y cese de esta conducta. También se ha documentado que las redes de los usuarios de drogas presentan modificaciones importantes en cada una de estas etapas (Kandel, 1973; Latkin, 1995a).

En México la aplicación de la metodología de redes en el estudio de la conducta adictiva es limitada, destacan los trabajos de Ramírez y Cols (2005) en Guadalajara y Machin y Cols (2004) en el Distrito Federal, cuyas líneas de investigación se enfocan en la influencia de la red en el consumo de drogas en población escolar y en el ámbito de la prevención respectivamente.

Como se observó en los resultados obtenidos, puede comprobarse la importancia que tiene el estudio de las redes sociales en la comprensión del comportamiento adictivo, pues este conocimiento ha puesto en evidencia como influye el contexto social inmediato de los individuos, es decir, las relaciones familiares y de amistad en el uso de drogas.

CONCLUSIONES

A partir de la aplicación del instrumento de tamizaje se puede plantear las siguientes conclusiones:

1. El tamizaje no es un diagnóstico, es una herramienta para detectar áreas de riesgo. Existen instrumentos específicos para diagnosticar consumo y sus niveles, así como las posibles intervenciones.
2. Los y las adolescentes del Distrito Federal ya no presentan diferencias significativas en las conductas de riesgo. El género ya no es un factor preponderante.
3. El perfil de los adolescentes en cuanto a la presencia de riesgos es en orden de importancia:
 - 1° **Relación con los amigos**
 - 2° **Habilidades académicas**
 - 3° **Relaciones familiares**
 - 4° **Salud mental**
 - 5° **Uso-abuso de sustancias**
 - 6° **Conductas agresivo/delincuenciales**
 - 7° **Interés laboral**

El perfil por género presenta ligeras diferencias en el orden:

HOMBRES

- 1° Relación con los amigos
- 2° Habilidades académicas
- 3° Relaciones familiares
- 4° Salud mental
- 5° Uso-abuso de sustancias
- 6° Conductas agresivo/delincuenciales
- 7° Interés laboral

MUJERES

- 1° Relación con los amigos
- 2° Salud mental
- 3° Habilidades académicas
- 4° Relaciones familiares
- 5° Uso-abuso de sustancias
- 6° Conductas agresivo/delincuenciales
- 7° Interés laboral

4. Es urgente actualizar la validación del POSIT en México.

5. Se requiere que los profesionales que brindan servicios de atención y tratamiento para la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, tengan una visión integral de los servicios con los que cuenta su comunidad para poder derivar a los adolescentes al que requieran de acuerdo a sus áreas de riesgo y no solo el ámbito terapéutico.

6. Es necesario utilizar los programas delegacionales de las distintas áreas para el desarrollo de nuevas habilidades en las y los adolescentes, así como trabajar en esquemas de redes sociales, tanto para las acciones de prevención como para las de tratamiento del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

7. Los programas de prevención al consumo de sustancias psicoactivas deben incorporar acciones de psicoeducación, para mantener la salud psicoemocional de las personas; a más de clarificarse la operación de estrategias delimitando las acciones en el marco de la Prevención Universal, Prevención Selectiva, o Prevención Indicada.

8. Los programas de atención y tratamiento (desde las intervenciones de prevención indicada hasta las modalidades de internamiento) deberían incluir elementos socializadores sobre todo con los adolescentes.

9. Si los profesionales del campo de las adicciones, realizamos un esquema de trabajo de red, al sumar el trabajo de cada profesional en su UNEME CAPA, el de los UNEME CAPA y el trabajo del resto de las instituciones que ofrecen servicios a los adolescentes, estaremos trabajando entonces en una Red de Redes que estará al servicio de la población joven de la Ciudad de México.

BIBLIOGRAFÍA

Antieghini M, Fonseca H, Irland M y Blum R. (2001): Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health* 28, 295.

Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. (2004): "Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas" En: *Mujer y tratamiento de drogas*. www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Libros_tratamiento/

Auerswald CL, Sugano E, Ellen JM y Klausner JD.(2006): Street-based STD testing and treatment of homeless youth are feasible, acceptable and effective. *J Adolescent Health* 38(3):208.

Bailey S y Hubbard R. (1991): Developmental Changes in Peer Factors and the influence on Marijuana Initiation Among Secondary School Students. *Journal of Youth and adolescence* 20 (3), 339-360.

Boyd CJ y Mieczkowski T. (1990): Drug use, health, family and social support in "crack" users. *Addict Behav* 15:481-5.

Brook J, Nomura C y Cohen P. (1989): A network of influences on adolescent drug involvement: neighborhood, school, peer, and family (completer).

Brook J, Whiteman M, Gordon A y Brook D. (1989): The Role of Older Brothers in Younger Brothers' Drug Use Viewed in the Context of Parent and Peer influences. *The Journal of Genetic Psychology* 151 (1), 59-75.

Brown B. (2006): Social and psychological correlates of help-seeking behaviour among urban adults. *Am. J. Community Psychol* 6:425.

Burton RP, Johnson RJ, Ritter C & Cols. (1996): The effects of role socialization of the initiation of cocaine use: an event history analysis from adolescence into middle adulthood. *Journal Health Soc Behav* 37:75-90.

Calafat A. (1999): Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia. *IDEA Prevención* 18, 66-77.

Caplan G. (1989). *Aspectos preventivos en Salud Mental*. Barcelona: Paidós.

Centros de Integración Juvenil. (2006). http://www.bvs.insp.mx/articulos/8/Informe_SISVEA_2006.pdf.

Clayton R. (1992): Transitions in drug use: risk and protective factors. American Psychological Association, Library of Congress Cataloging in Publication Data.

Cohen S y Syme S. (1985): Social support and health. San Francisco, CA: Academic Press.

CONACE (2000): Cuarto Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas en Chile, República de Chile. Ministerio del interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

Conner KR, Shea RR, McDermott MP, Grolling R, Tocco RV y Baciewicz G. (1998): The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *Am J Addict* 7(1):61-73.

Davey M, Latkin C, Hua W, Tobin KE y Strathdee S. (2007): Individual and social network factors that predict entry to drug treatment. *Am J Addict* 16(1):38-45.

De P, Jolly A, Cox J y Boivin JF. (2006): Characterizing the drug-injecting networks of cocaine and heroin injectors in Montreal. *Can J Public Health* 97 (3): 207.

Dirección General de Salud Pública y Participación –DGSP- (2007): Guía Mujer y Drogodependencias (2007): Centro Coordinador de Drogodependencias. Instituto Balear de la Mujer.

Dobkin PL, De Civita M, Paraherakis A y Gill K. (2002): The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction* 97(3):347.

Elkaïm M. (1987): Les pratiques de réseaux. París, ESF, Redacr.

Ellickson PL y Bell RM. (1990): Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. *Science* 250(4982): 739.

Encuesta Nacional de Adicciones (2011): CONADIC, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, México.

Epstein J, Botvin G, Diaz T y Schinke S. (1995): The role of social factors and individual characteristics in promoting alcohol use among inner-city minority youths. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(1), 39-46.

Erickson, B. (1981): Secret societies and social structure. *Social Forces*. 60(1): 188-210.

Escohotado A. (1996): Historia elemental de las drogas. Editorial Anagrama. Colección Argumentos. Barcelona.

Felix-Ortiz M y Newcomb MD. (1992): Risk and protective factors for drug use among latino and white adolescents. *Hispania Journal of Behavioral Sciences* 14, 291-309.

Flay BR, Hu FB, Siddiqui O, Day LE, Hedeker D y Patritis, J. (1994): Differential influence of parental smoking and friends smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal Health Social Behavioral*, 35,248-265.

Fraser M y Hawkins JD. (1984): Social network analysis and drug misuse. *Social Science Review* 58: 81-97.

Friedman S, Neaigus A, Jose B, Curtis R, Goldstein M, Ildefonso G, Rothenberg B. y Des Jarlais D.(1997): Sociometric risk networks and risk for HIV infection. *American Journal of Public Health*. 87(8): 1289-1296.

Friedman A y Bransfield S. (1995): Early childhood risk and protective factors for substance use during early adolescence. Gender differences. *Journal of Child and Adolescent Substance* 4, 1-23.

Fuentes M. L., (2013) Embarazo adolescente. México Social, CEIDAS

Gainey R, Peterson P, Wells E, Hawkins J y Catalano R. (1995): The social networks of cocaine users seeking treatment. *Addiction Research* 3(1): 17-32.

Galanter M. (1985): Postgraduate certification in alcohol and drug dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 9(5):387.

Galea S, Nandi A y Vlahov D. (2004): The Social Epidemiology of Substance Use. *Epidemiol Rev* 26:36-52.

Galván J y Cols. (2005): Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1986-2003).

Galván J y Cols. Sistema de reporte de información en drogas. *Revista Salud Mental*, Vol. 28, N.3; Junio. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Galván J y Romero M. (2001). Estudio cualitativo sobre los contenidos alucinatorios de un grupo de usuarios de drogas de la Ciudad de México. En: Observatorio colombiano sobre consumo de sustancias psicoactivas. <http://www.ocdsp.gov.co/invest.html>.

Galván J, Hernández A y Serna G. (2006): Estudio sobre las redes sociales de usuarios de drogas: una alternativa para la prevención (Cartel). XXI Reunión Anual de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Galván J, Serna G y Hernández A. (2006): Aproximación de las redes sociales: Una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental* Vol. 31, No 5, Septiembre-Octubre 2008.

García A. (1996): "Las mujeres y las drogas". Centro de documentación especializado en la temática del uso indebido de drogas y control del tráfico ilícito, Presidencia de la Nación de la República Argentina, Buenos Aires.

García-Mina A. (2006): Diferencias de género en el uso de las drogas. Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. 1ª Edición. España.

García-Pindado G. (1993): La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de la droga. *Psiquis* 15(4), 39-47.

García-Señorán M. (1994): Educación para la Salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago.

Gaughan M. (2003): Predisposition and pressure: mutual influence an adolescent drunkenness. *Connections* 25(2): 17-31.

German D, Sherman S, Siriojn B, Thomson N, Aramrattana A & Celentano D.(2006): Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand. *Addiction* 101(8):1143.

Giordano C, Cernkovich A y Pugh M. (1986): Friendship and delinquency. *Am J Sociol* 91:1170-1202.

Goehl L, Nunes E, Quitkin F y Hilton I. (1993): Social networks and methadone treatment outcome: The costs and benefits of social ties. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 19(3), 251-262.

Graña J y Muñoz M. (2000): Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual* 8, 249-269.

Green C Freeborn D y Polen M. (2001): Age at onset of alcohol use: the roles of social support, chronic illness, and psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine* 24, 383-399.

Guilmore R, Hawkins J, Day L y Catalano R. (1994): Friendship and deviance: New evidence on an old controversy. *J Early Adolesc* 1113-1128.

Guo J, Hill K, Hawkins J y Cols. (2002): A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:838.

Hanneman Robert A. (2000): Introducción a los métodos del análisis de redes sociales. Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside.

Havassy B, Wasserman D y Hall S. (1995): Social relationships and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction* 90:699–710.

Hawkins J y Fraser M. (1985): Social networks of street drug users: A comparison of two theories. *Social Work Research & Abstracts* 21(1): 3-12.

Hawkins J, Catalano R y Millar J. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112, 1:64-105.

Henderson, S. (1987): The social network, support and neurosis and analysis of prospective observations. *British Journal Psychology*.

Jorquez, J. (1983): The retirement phase of heroin using careers. *J. Drug Issues* 13(3):343-365 (1983).

Kandel D y Davies M. (1991): Friendship networks, intimacy, and illicit drug use in young adulthood: a comparison of two competing theories. *Criminology* 29: 441-469.

Kandel D. (1973): Adolescent Marijuana use: role of parents and peers. *Science*, 14; 181 (104): 1067.

Kandel D. (1984): Marijuana users in young adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 41(2):200.

Knight DK y Simpson DD. (1996): Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *J Subst Abuse* 8(4):417.

Kooyman M. (1984): The drug problem in The Netherlands. *J Subst Abuse Treat* 1(2):125.

Kosterman R, Hawkins J, Guo J, Catalano R y Abbott R.(2000): The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health* 90(3):360.

Krohn M y Thornberry T. (1993): Network theory: A model for understanding drug abuse among African-American and Hispanic youth. *NIDA Research Monograph* 130.

Latimer, W W. Screening for "substance abuse" among school-based youth in Mexico using the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). *Substance use & misuse*. 2004; 39:307-329.

Larriba J, Duran A y Suelves J. (2006): Moneo, Programa de Prevención familiar del Consumo de Drogas. Promoción y desarrollo social. Edición financiada por: Ministerio de Sanidad y Consumo. pds Q pdsweb.org.

Latkin C, Amy R, Knowlton, Hoover D y Mandell W. (1999): Drug network characteristics as a predictor of cessation of drug use among adult injection drug users: A prospective study. *American Journal of drug alcohol abuse* 25(3):463.

Latkin C y Leighton D. (2006): Correlates of having injection drug users as sexual network members. [Abstract] In: International Sunbelt Social Networks Conference. Sunbelt XXV p.130.

Latkin C, Mandell W, Oziemkowska M y Cols. (1995b): Using social network analysis to study patterns of drug use among urban drug users at high risk for HIV/AIDS. *Drug Alcohol Depend* 38:1-9.

Levy SJ y Pierce JP. (1990): Predictors of marijuana use and uptake among teenagers in Sydney, Australia. *Int J Addict* 25: 1179.

Li X, Zhuo y Stanton B. (2002): Illicit drug initiation among institutionalized drug users in China. *Addiction* 97: 575.

Ligth D y Keller S. (2000): Sociología. Madrid: McGraw-Hill.

Machín J, Solano M, Tarago B Velasco M. (2004): Aplicación del análisis de redes sociales para la intervención en fármaco-dependencias. Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Internacional Network Conference.

Madanes C, Dukes J y Harbin H. (1980): Family ties of heroin addicts, *Archives of General Psychiatry* 37:889-894.

Madariaga C, Abello R y Sierra O. (2003): Redes sociales infancia, familia y comunidad. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Mariño MC., González-Fortaleza C., Andrade P., Medina Mora Ma E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar a adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental* V.21. No.1.

Martínez González JM. (2006): Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Granada.

Martínez-Higueras I, Salvador-Llina, T y Jacobs, MB. (2003): Bases teóricas para el desarrollo de intervenciones de prevención del abuso de drogas específicas para chicas adolescentes. *Idea- Prevención*, 26, 84-98.

Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J., Ruiz, G.M., & Ayala, H.E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31, 119–127.

Martínez, K.I., Salazar, M.L., Ruiz, T.G., Barrientos, C.V., & Ayala, H.E. (2005). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del terapeuta. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Maya J, Martínez I y García F. (1999): Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla, Demófilo. *Cultura tradicional de Andalucía* 29 (87-105).

Mc Donald E, Luxmore M, Pica S, Tanti C, Blackman J y Catford N. (2004): The quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment. *Community mental health journal* 40(5) 451-464.

Medina-Mora ME, Villatoro J, Cravioto P y Fleiz C. (2002): Como influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas. *Secretaria de Salud/Consejo Nacional contra las Adicciones. CONADIC (informe). Boletín especial/junio.*

Medina-Mora ME, Mariño MC, Escotto J y De la Fuente JR. (1997): El uso de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental* 20: (2), pp. 24-31.

Medina-Mora ME, Villatoro J, Lopez E, Berenzon S, Carreño S y Juarez F.(1995): Factores asociados con el inicio y uso continuado de sustancias psicoactivas entre adolescentes mexicanos. *Gac Med Mex* 131(4):383.

Medina-Mora, ME. (2001): Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia R. (Ed.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas.* (pp. 21-44). México: Manual Moderno.

Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Fleiz, C., Dominguez, M., & Cruz, S. (2014). Challenges to neuroscience and public policy derived from new trends and patterns of inhalant misuse. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 3(1-8).

Molina JL. (2001): *El análisis de redes sociales. Una introducción.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Moncada S. (1997): Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas (Ed.), *Prevención las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Morris M. (1993): *Epidemiology and social networks: Modeling structured diffusion.* *Sociological Methods and Research* 22: 99-126.

Mrazek Patricia J. and Haggerty Robert J., Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research Editors. Committee on Prevention of Mental Disorders. Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C. 1994

Navarro Góngora, J (1994). Intervención en redes sociales de adictos. Revista de psicoterapia 5:99-117.

Neaigus A, Gyarmathy VA, Miller M, Frajzyngier VM, Friedman SR, Des Jarlais Dc (2006): Transitions to injecting drug use among noninjecting heroin users: social network influence and individual susceptibility. Wolters Kluwer 1; 41 (4): 493-503.

Neaigus A, Miller M, Friedman S y Cols. (2001): Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. Addiction 96:847.

Needle RH, Coyle SL, Genser SG y Trotter. (1995): Social networks, drug abuse, and HIV transmission. NIDA research monograph 151.

Nygaard P. (2006): Focus on secondary prevention: implications of a study on intervention in social networks. Inform world. Subst Use Misuse 41(13): 1719.

O'Dell KJ, Turner NH y Weaver GD. (1998): Women in recovery from drug misuse: an exploratory study of their social networks and social support. Subst Use Misuse. 33(8):1721.

Ortiz y Cols. (2005): Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultado del Sistema de Reporte de Información en Drogas–SRID- (2006). Revista Salud Mental, Vol. 29 N. 5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Pandina, RJ. (2002): Risk and protective factors models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. (National conference on drug abuse prevention research: Presentations, papers, and recommendations ed).

Pattison M, y Pattison M. (1981): Analysis of a schizophrenic psychosocial network. Schizophrenia Bulletin, 7: 135-145.

Pearlin, L. (1989): The sociological study of stress. J Health Soc Behav. 30(3):241.

Pick S, Aguilar J, Rodríguez G, Reyes J, Collado M, Pier D y Acevedo E. (1999): Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Ed. Ariel Escobar.

Pivnick A, Jacobson A, Eric K, Doll L & Cols. (1994): AIDS, HIV infection, and illicit drug use within inner-city families and social networks. American Journal of Public Health. Vol 84(2), 271-274.

Pivnik, A. (1990): Kinchart-sociograms as a method for describing the social networks of drugusing women. [Abstract] In: International Sunbelt Social Networks Conference. Sunbelt XXV p.146.

Rahdert, Elizabeth R., Ed. The Adolescent Assessment/Referral System Manual. Pacific Inst. for Research and Evaluation, Bethesda, MD.; Westover Consultants, Inc., Washington, DC. SPONS National Institute on Drug Abuse, Rockville

Ramírez MG, Caballero JR, Ramírez MG. (2005): Subculturas de riesgo para la salud en una red social de adolescentes escolares. En: Investigaciones en salud mental de adolescentes II Bettylu Rasmussen Cruz y Alfredo Hidalgo (ED.) Guadalajara.

Reales E, Bohórquez M y Rueda A. (1993): Lineamientos conceptuales de las redes sociales. Una aproximación de la aplicabilidad a la relación de la violencia. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Reifman A, Watson Wk y Mc Court A. (2006): Social networks and college drinking: probing processes of social influence and selection. Pers Soc Psychol Bull, 32(6): 20-32.

Requena, F. (1989): "El concepto de red social". Revista Española de Investigaciones. Madrid.

Rhoads L. (1983): A longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. International Journal of the Addictions Vol 18(2) 195-222.

Rhodes E y Jason LA. (1990): A social Stress Model of Substance Abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 (4), 395-401.

Richardson, L. (2001): Social network characteristics and substance abuse treatment outcome. Dissertation abstracts international: the sciences & engineering, 61(7-b).

Rogers EM y Kincaid DL. (1973): Communication networks: A new paradigm for research. New York: Free Press.

Rokach, A. (2002). Loneliness and drug use in young adults. International Journal of Adolescence and Youth, 10, 237-254.

Rosemberg F. (1994): Redes sociales y migración. En: Botinelli C. (coord). Migración y salud mental. ILEF/Randda Barmen, México. pp.79-108.

Rosenbaum M. (1981): Sex roles among deviants; the woman addict. Int J Addict 16(5):859.

Salazar, M.L. (2008). Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.

Sbandi, P. (1977). Psicología de los Grupos. Barcelona: Herder.

Scheier L, Newcomb M y Skger R. (1994): Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: latent - variable models of three age groups. Journal Drug Education, 24, 49 - 82.

Schilit R y Gomberg E. (1987): Social support structures of women in treatment for alcoholism. Health Soc Work, 12 (3):187.

Schroeder JR, Latkin CA, Hoover DR, Curry AD, Knowlton AR y Celentano DD. (2001): Illicit drug use in one's social network and in one's neighborhood predicts individual heroin and cocaine use. NIDA. Ann Epidemiol, 11(6):389.

Shock, H. (1982), citado por Lobo, B. y Narváez, F. (1987). Redes Sociales en la población de la tercera edad en la Zona Negra. Monografía de grado. Barranquilla: Universidad del Norte.acrored.

Skarner, A. (2002): ¿Mundos distintos?, un estudio de las relaciones sociales y redes sociales de los drogadictos. Universidad de Goteborg, Departamento de Trabajo social.

Sluzki C. (1996): La Red Social: Frontera de la práctica sistémica. España: Gedisa.

Sokolovsky J y Cohen C. (1981): Toward a resolution of methodological dilemmas in network mapping. Schizophrenia Bulletin; 7: 109-113.

Solís, L y Cordero, M. (2003): El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Salud Mental 22(2): 1-6.

Sparrow M. (1991): The application of network analysis to criminal intelligence: An assessment of the prospects. Social Networks. 13:251-274.

Speck, R y Atteneave, C. (1975). Redes familiares. Buenos Aires: Amorrortu.

Speck, R y Rueveni, U. (1974): Psicoterapia de las redes sociales de familia de un esquizofrénico. Buenos Aires: Norma.

Stanton M, Todd T, Heard D, Kirschner S, Kleiman J, Mowatt D y Cols. (1982): A conceptual model. In M. D. Stanton and T. C. Todd (Eds.), The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction, pp. 7-30. New York: Guilford Press.

Sulaiman, P y Wylie, J. (2005): Correlates of needle sharing among Winnipeg injection drug users. [Abstract] In: International Sunbelt Social Networks Conference. Sunbelt XXV p.84.

Sun AP. (2007): Relapse among substance-abusing women: components and processes. *Subst Use Misuse* 42(1):1-21.

Tapia-Conyer R., Betancourt M., Kuri P. (2012). *Epidemiología en: Desarrollo de las Especialidades Médicas en México*, Capítulo 17 Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. Editorial Alfil

Thoits PA. (1982): Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology* 10, 341-362.

Trotter R, Bowen A y Potter J. (1995): Network models for HIV outreach and prevention programs for drug users. *NIDA Monograph* 151: Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission, pp. 144-180.

Trulsson, K. (2000): Identidad femenina y tratamiento de la drogadicción. *Socialvetenskaplig Tidskrift* nr 1-2/98.

Uchtenhagen A y Zimmer-Hofler. (1985): Heroinsuchtige und ihre normalen altersgenossen. *Publikation des Schweizerischen Nationalfonds*, p.300. (Uchtenhagen y Zimmer-Höfler, 1987).

Vargas, C. (2003). *Secuencia en el uso de drogas. Factores de riesgo y protección en el consumo de cánnabis en universitarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

Villatoro J, Medina-Mora ME, Amador N, Bermúdez P, Hernández H, Fleiz C, Gutiérrez M y Ramos A. (2006): Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2006. *Reporte Global*. INPSEP. México.

Villatoro, J., Cruz, S., Ortiz, A., & Medina-Mora, M. E. (2011). Volatile substance misuse in Mexico: correlates and trends. *Substance Use & Misuse*, 46, 40-45.

Volkow N. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la Adicción*. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health.

Waldorf D. (1983): Natural recovery from opiate addiction: some social-psychological process of untreated recovery. *J Drug Issues* 13(2):237-280 (1983).

Wasserman D, Stewart A y Delucchi K. (2001): Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 1; 65(1):65-75.

Wasserman, S y Faust, K.(1994):Social network analysis: methods and applications. Cambridge University Press, pp 1-27.

Webster, Rosen, Krietemeyer, Mateyoke-Scrivner,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Search&itool=pubmed_AbstractPlus&term=%22Staton%2DTindall+M%22%5BAuthor%5D y Leukefeld. (2000): Gender, mental health, and treatment motivation in a drug court setting. *J Psychoactive Drugs* 38(4):441.

Wellman B y Berkowitz SD. (1988): Introduction: Studying social structures In: *Social structures: A network approach*, Cambridge University Press.

Wellman B. (1985): El análisis estructural: del método y la metáfora a la teoría y la sustancia. Universidad de Toronto, pp. 1-67.

Werner E. (1989): High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry* 59, 72-81.

West R, MeEwen A, Bolling K y Cols. (2001): Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year followup. *Addiction* 96:891–902.

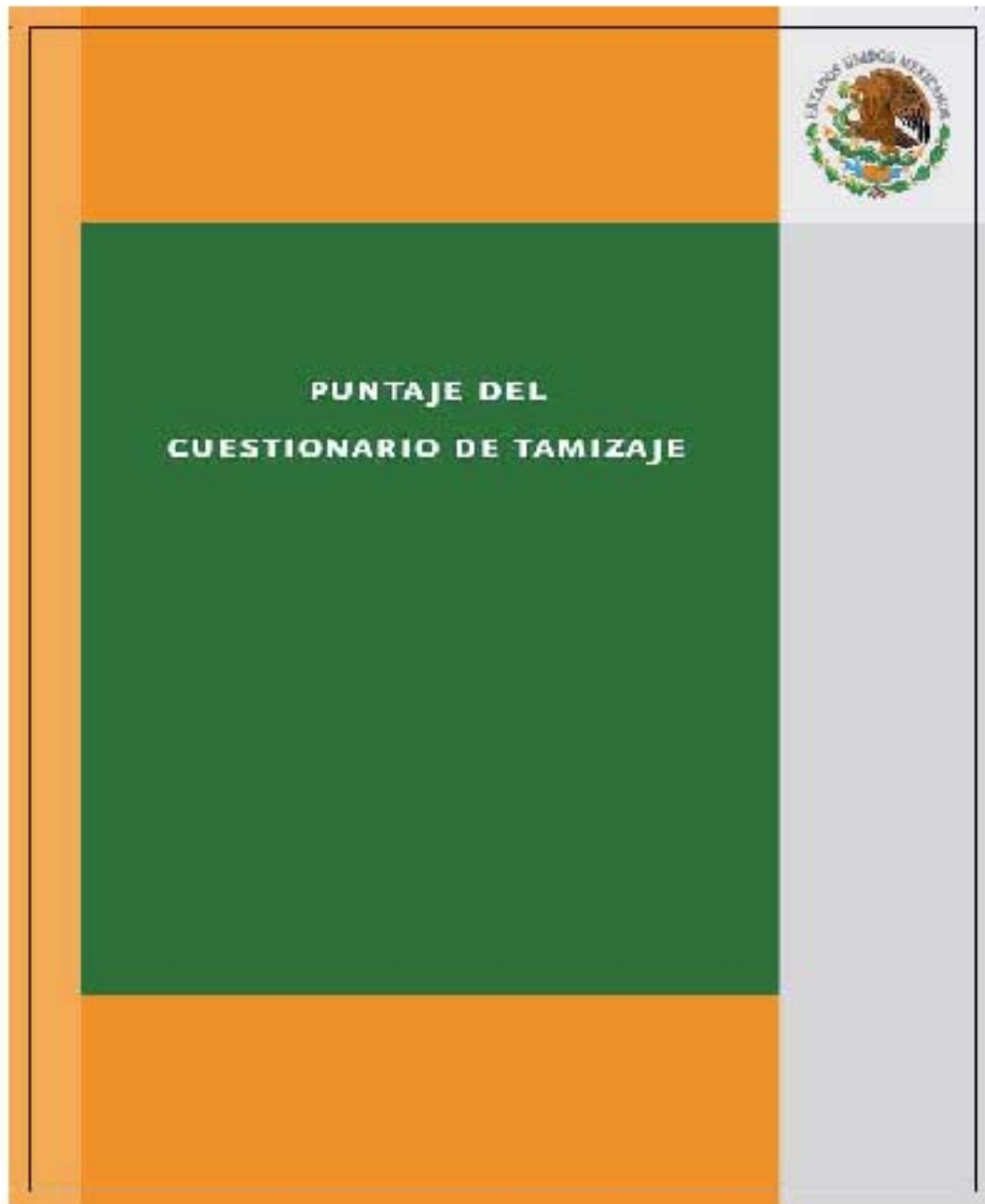
Williams J y Smith JP. (1993): Alcohol and other drug use among adolescents: family and peer influences. *J Subst Abuse* (5):289.

Williams ML, Siegal HA, Robles RR, Trotter RT y Jones A. (1995): A comparison of drug use networks across three cities. *NIDA Res Monogr* 151:109.

Wit D, Silverman G, Goodstadt M y Stoduto G. (1995): The construction of risk and protective factor indices for adolescent alcohol and other drug use. *The Journal of Drug Issues*, 25, 837.

Zhang L, Welte JW y Wiczorek WF. (1997): Peer and parental influences on male adolescent drinking. *Subst Use Misuse* 32(14):2121.

ANEXO 1



PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE TAMIZAJE

Las respuestas contestadas positivamente (SI) se les asigna un punto, a excepción de las aseveraciones negativas: 12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 39, 52, 62, 70 y 71 que se puntúan cuando son contestadas negativamente. Existen reactivos llamados red flags los cuales su respuesta positiva indica riesgo por sí misma (estos reactivos están señalados con negritas). Sin embargo, en todos los casos tendrán que hacerse sumatorias y promedios por áreas:

- 1.- Uso-abuso de sustancias: 17 reactivos/2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 45, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68. La puntuación positiva de cualquier reactivo indica riesgo.
- 2.- Salud Mental: 16 reactivos/5, 6, 8, 10, 15, 23, 28, 40, 43, 55, 60, 63, 66, 75, 76, 80. La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas indica riesgo o un puntaje igual o mayor a 5.
- 3.- Relaciones Familiares: 10 reactivos/4, 14, 20, 22, 32, 39, 45, 52, 70, 71. La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas indica riesgo o un puntaje igual o mayor a 3.
- 4.- Relaciones con amigos: 7 reactivos/3, 13, 19, 29, 67, 73, 77. La puntuación positiva de cualquier reactivo indica riesgo.
- 5.- Nivel Educativo: 16 reactivos/7, 8, 12, 15, 18, 26, 34, 40, 42, 61, 66, 69, 72, 74, 79, 80. La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas indica riesgo o un puntaje igual o mayor a 5.
- 6.- Interés Laboral: 6 reactivos/16, 27, 36, 44, 51, 78. Un puntaje igual o mayor a 3 indica riesgo. Los reactivos 16 y 44 indican riesgo contestados positivamente solo para los adolescentes entre los 13 y 15 años de edad.
- 7.- Conducta Agresiva/Delictiva: 14 reactivos/1, 9, 11, 24, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64, 81. La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas indica riesgo o un puntaje igual o mayor a 5.

La interpretación será la siguiente: R – Riesgo, NR – NO RIESGO

Esta escala analiza la vulnerabilidad por áreas de desarrollo, la puntuación máxima total es de 81 puntos. Una puntuación total de 34 refiere la presencia de riesgos, por tanto, a mayor calificación superior a este punto de corte, mayor será el riesgo de los jóvenes para iniciar o incrementar el consumo de drogas.

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE

INSTRUCCIONES

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la mejor forma en la cual podemos ayudarte.

Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado.

Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no aplica exactamente para ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad.

Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.

Por favor, pon una "X" sobre tu respuesta, y no marques fuera del área que le corresponde.

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

¡GRACIAS!

1. ¿Eres arrogante?..... SI NO
2. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?..... SI NO
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?..... SI NO
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?..... SI NO
5. ¿Te cansas con frecuencia?..... SI NO
7. ¿Te asustas con facilidad?..... SI NO
8. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?..... SI NO
8. ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?..... SI NO
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?..... SI NO
10. ¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo?..... SI NO
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?..... SI NO
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?..... SI NO
13. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?..... SI NO
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?..... SI NO
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?...
..... SI NO
16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?..... SI NO
17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?..... SI NO
18. ¿Tienes buena ortografía?..... SI NO
19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?..... SI NO
20. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?..... SI NO
21. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?..... SI NO
22. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?..... SI NO
23. ¿Te sientes nervioso(a) la mayor parte del tiempo?..... SI NO

24. ¿Has robado alguna vez?..... SI NO
25. ¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o las drogas?..... SI NO
26. ¿Sabes leer bien?..... SI NO
27. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia?..... SI NO
28. ¿Sientes que la gente está en contra tuya?..... SI NO
29. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?..... SI NO
30. ¿Peleas a menudo o muchas veces?..... SI NO
31. ¿Tienes mal genio?..... SI NO
32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?..... SI NO
33. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?..... SI NO
34. ¿Te dice la gente que eres descuidado(a)?..... SI NO
35. ¿Eres testarudo (a)?..... SI NO
36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?..... SI NO
37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?..... SI NO
38. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?..... SI NO
39. ¿Sabes realmente tus padres o tutores cómo piensas o te sientes? SI NO
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?..... SI NO
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?..... SI NO
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?..... SI NO
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?..... SI NO
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?..... SI NO
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?SI NO
46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?..... SI NO

47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?..... SI NO
48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?.... SI NO
49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?..... SI NO
50. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?..... SI NO
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?..... SI NO
52. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?..... SI NO
53. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?..... SI NO
54. ¿El uso de alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?..... SI NO
55. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?..... SI NO
56. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?..... SI NO
57. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?..... SI NO
58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?..... SI NO
59. ¿Molestas mucho a tus amigos?..... SI NO
60. ¿Tienes dificultades para dormir?..... SI NO
61. ¿Tienes dificultades para hacer trabajos escritos?..... SI NO
62. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?..... SI NO
63. ¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo(a) y terminas peleando?..... SI NO
64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?..... SI NO
65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?..... SI NO
66. ¿Tienes dificultades en seguir instrucciones?..... SI NO
67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?..... SI NO

68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de tomar bebidas alcohólicas o drogas?..... SI NO
69. ¿Tienes buena memoria?..... SI NO
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?..... SI NO
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar?..... SI NO
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?..... SI NO
73. ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?..... SI NO
74. ¿Te hace la escuela sentirte estúpido(a) a veces?..... SI NO
75. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?..... SI NO
76. ¿Te da miedo estar con la gente?..... SI NO
77. ¿Tienes amigos que han robado?..... SI NO
78. ¿Has reprobado algún año en la escuela?..... SI NO
79. ¿Es difícil la escuela para ti?..... SI NO
80. ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?..... SI NO
81. ¿Gritas mucho?..... SI NO