



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Tej.

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION ANTE EL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES NORMALISTAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA: DIANA MYRIAM CASAI ALMANZA

COMITE DE TESIS

- DIRECTORA: DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA
LIC. GEORGINA CARDENAS LOPEZ
LIC. ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE
LIC. JOSE LUIS AVILA CALDERON
LIC. ANGELINA GUERRERO CALDERON
ESTADISTICO: LIC. JORGE A. VILLATORO



EXAMENES PROFESIONALES MEXICO, D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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 DIOS:

Por haberme invitado a participar
en esta vida, que cada día me ofrece
la oportunidad de conocer y disfrutar de
algo nuevo.

A MI MADRE:

Gracias Lupita, por siempre ser mi
compañera y amiga en las buenas y
en las malas.
Mis respetos señora.

A MIEMBROS DE MI FAMILIA COMO:

ROCIO:

Por llenar de felicidad muchos momentos
en los que he contado con una hermana
y amiga como tu.

SYLVIA Y JULIO:

Gracias por ser una esplendida pareja,
que nunca escatimó en brindarme ese apoyo
y amistad que tanto me ha ayudado a
crecer.

LUIS MANUEL:

Te agradezco el apoyo
que me brindaste unido
a ese entusiasmo para
hacer las cosas.

FRANCISCO:

Porque siempre me diste
animos para seguir
estudiando.

JULIO CRISTIAN Y VANESSA:

Porque al ser mis sobrinos y amigos
me han dado la dicha de quererlos
como a unos hermanos más.

AGRADEZCO EL CARINO QUE ME
HAN DADO PERSONAS COMO:

OMAR:

Que me abrió las ventanas de la fantasía
y ayudo a descubrir lo que representa
compartir un momento con alguien querido.

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE GENERACION:

Con las que he compartido momentos maravillosos
en la Facultad de Psicología y en mi vida cotidiana.

POR SU PARTICIPACION EN LA ELABORACION DE ESTA TESIS:

**Agradezco la confianza y
apoyo brindados por:**

MARIA ELENA MEDINA-MORA

**La participación y paciencia de:
JORGE VILLATORO**

La motivación y apoyo de:

SHOBHANA BERENSON

**Por permitirme trabajar con estos datos a:
EL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
Y
LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA**

INDICE:

PAG.

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION.....1

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL.

1. DEFINICION DE EDUCACION NORMAL.....4

1.1. ANTECEDENTES.....4

2. CONSUMO DE DROGAS.....11

2.1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION ESTUDIANTIL...13

3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION.....19

3.1. PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD Y MARCO JURIDICO.....22

**3.2. TOLERANCIA SOCIAL ANTE EL CONSUMO DE DROGAS Y ASOCIACION CON
PARES USUARIOS EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE MEXICO.....35**

**3.3. PERCEPCION DE RIESGO Y CONSECUENCIAS REALES ANTE EL USO DE
CADA DROGA.....41**

**3.4. RELACION ENTRE IDEACION SUICIDA Y ESTADOS DE ANIMO DEPRESIVOS
CON EL CONSUMO DE DROGAS.....51**

CAPITULO II METODO

1. METODOLOGIA.....55

2. OBJETIVO.....55

3. JUSTIFICACION.....56

4. HIPOTESIS.....	59
5. DEFINICION DE VARIABLES.....	60
6. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	64
7. POBLACION.....	65
8. INSTRUMENTO.....	66
9. PROCEDIMIENTO.....	77
10. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.....	79
III RESULTADOS.....	80
1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.....	81
2. PREVALENCIA GENERAL DE DROGAS EN ESTUDIANTES NORMALISTAS.....	83
2.1. PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR GENERO.....	84
2.2. PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR EDAD.....	85
2.3. NUMERO DE USUARIOS DE MAS DE UNA DROGA.....	86
3. RELACION ENTRE USO DE DROGAS Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.....	88
3.1. GENERO.....	88
3.2. EDAD.....	89
3.3. TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO.....	90
3.4. TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO.....	91
3.5. LUGAR DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA.....	92
4. RELACION ENTRE USO DE DROGAS Y VARIABLES CONTEXTUALES Y SOCIOCULTURALES.....	93

4.1. TOLERANCIA SOCIAL.....	93
4.2. ASOCIACION CON PARES USUARIOS.....	95
4.3. PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD.....	96
5. USO DE DROGAS ASOCIADO A VARIABLES INDIVIDUALES O INTRAPERSONALES.....	97
5.1. PERCEPCION DE RIESGO.....	97
5.2. DEPRESION.....	98
5.3. IDEACION SUICIDA.....	99
TABLA DE VARIABLES.....	100
6. ANALISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION ANTE EL CONSUMO DE DROGAS.....	101
6.1. NO USUARIOS VS. USUARIOS EXPERIMENTALES.....	103
6.2. NO USUARIOS VS. USUARIOS.....	104
6.3. MONOUSUARIOS VS POLIUSUARIOS.....	105
IV DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	106
BIBLIOGRAFIA.....	117

APENDICE I

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES.

INTRODUCCION:

El consumo de drogas en México no es un problema nuevo ya que las sustancias adictivas y las conductas de adicción están identificadas desde la época prehispánica (Viesca Treviño 1994) sin embargo, en la actualidad los índices de consumo se han extendido a casi todas las latitudes, culturas y grupos, hasta transformarse en un problema social.

No obstante, en nuestro país aún no existe un índice tan elevado de consumo de drogas como en otros países.

En la "Reunión Cumbre Ministerial", efectuada en Londres Inglaterra, en abril de 1990, el Secretario General de La Naciones Unidas, Javier Pérez de Cuéllar, informó que estima que en el mundo existen 40 millones de usuarios. Estos datos se basan en encuestas realizadas en hogares durante 1988 en la mayoría de los países del mundo y tanto en nuestro país como en Estados Unidos de Norte América, se infiere que de esa cifra 39% de usuarios radican en la Unión Americana y 0.6% en México" (C.I.J. 1990); con estos datos se confirma lo mencionado con anterioridad, sin embargo esto no evita que el problema exista y pueda acrecentarse, por lo mismo se requiere detectar a tiempo cuales son aquellos factores que propician o limitan el consumo de drogas dentro de nuestra sociedad.

Esto nos lleva a analizar la influencia de ciertos factores protectores y de riesgo ante el consumo de drogas, como son: Variables contextuales como tolerancia social ante el uso de drogas, asociación con pares usuarios y percepción de disponibilidad, así como variables intradividuales como percepción de riesgo depresión e ideación suicida.

Si bien sabemos que los estudiantes no son la población más afectada en el país, ya que aquellos adolescentes que se involucran en estas prácticas usualmente se convierten en desertores escolares, nos interesamos en los estudiantes normalistas ya que representan un importante grupo, dado que estos serán los responsables en un alto porcentaje de la educación, de la futuras generaciones de jóvenes mexicanos.

Al analizar el papel del profesor ante el alumno nos encontramos que aparte de ser éste la fuente principal de información, fungirá también como modelo de conducta ya que "de nada sirve que el profesor diga los efectos del alcoholismo, drogadicción etc., si él fuma, si él es alcohólico, si él es drogadicto. Ningún alumno aprenderá, sino de lo contrario, lo imitarán" (De La Fuente 1982).

Como podemos observar de la actitud del maestro dependerá gran parte del éxito de un programa preventivo, siendo esta la causa principal

de que nuestra población de interés sea el grupo de estudiantes normalistas, es decir de los docentes en formación, ya que al identificar las variables que se hipotetiza que pueden actuar incrementando el riesgo o protegiendo el uso de drogas en este grupo nos encontraremos con elementos a través de los cuales será posible lograr una labor preventiva a largo plazo, como bien plantea Bravo Ahuja (1975) "de nada servirá al país contar con la Ley federal con los más nobles propósitos, si la niñez y la juventud mexicana no tuvieran en el maestro al defensor más apasionado de los principios que lo sustentan".

Tomando en cuenta las ambiciosas expectativas de nuestro país hacia esta población, se considera importante conocer qué nivel de riesgo tienen los estudiantes normalistas, mediante un análisis de los factores que favorecen o limitan la experimentación o el uso frecuente de una o más sustancias tóxicas.

Para los propósitos de esta investigación se ha partido del marco conceptual propuesto por Hawkins y Cole (1992) sobre factores de riesgo y protección para el uso de drogas.

Ellos definen como factores de riesgo a los precursores de los problemas relacionados al uso de alcohol y drogas, estos se dan antes de que aparezca el consumo y están estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo buscaría prevenir el uso de drogas a través de la eliminación o disminución de sus precursores.

Por otra parte, los factores protectores funcionan como moderadores de la exposición al riesgo, algunos ejemplos de riesgos son: factores ambientales como una alta prevalencia de uso de drogas en la comunidad, valores culturales devaluados, etc; en el caso de los factores protectores, sería el contar con buenos estándares y calidad (satisfacción) de vida, un clima escolar que propicie el aprendizaje, la participación y la responsabilidad, etc.

En esta investigación se intenta encontrar factores sociales que diferencien la asociación con pares usuarios, la percepción de disponibilidad y la tolerancia social, así como factores individuales como son la percepción de riesgo, ideación suicida y la depresión entre aquellos estudiantes normalistas que nunca han consumido drogas de los que han experimentado alguna vez en su vida con drogas, aquellos que lo han hecho más de cinco ocasiones, los que han usado una sola droga (monousuarios) y los que han consumido más de una (poliusuarios), tomando en cuenta la influencia de ciertas características como son género, edad, tiempo dedicado al estudio durante el año pasado, tiempo dedicado al trabajo durante el año pasado y lugar donde éstos han vivido la mayor parte de su vida.

Con el fin de identificar cuáles son las variables que se encuentran más alteradas en los tipos de consumidores y establecer un perfil más claro de cuales son los factores que circundan a cada tipo de

consumidor, logrando así encontrar importantes elementos que funjan como base para un programa preventivo.

En el primer capítulo se hablará de una manera más detallada de la historia de la educación normalista, sus finalidades y logros dentro de la educación, la prevalencia del consumo de drogas dentro de la comunidad estudiantil, también de los factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas, profundizando en aquellos que son de principal interés para esta investigación y que serán analizados de acuerdo al contexto circundante en nuestra sociedad mexicana como son la percepción de disponibilidad y el marco jurídico de nuestro país, tolerancia social ante el consumo de drogas y asociación con pares en el contexto sociocultural de México, percepción de riesgo a la salud y consecuencias reales ante el uso de cada droga así como relación entre ideación suicida y estados de ánimo depresivos con consumo de drogas.

En el segundo capítulo se expondrán de una manera detallada los aspectos metodológicos de la investigación y en el tercer capítulo los resultados obtenidos y su respectiva interpretación con las conclusiones correspondientes.

CAPITULO PRIMERO
MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICION DE EDUCACION NORMAL.

La educación normal es una parte del sistema educativo nacional, que se encarga de formar personal docente para los tipos elemental, medio y superior de educación en sus modalidades escolares y extraescolares.

La base jurídica de la educación normal se encuentra en el artículo 3o. Constitucional, en la Ley Federal de Educación y en las Leyes de Educación de los Estados.

En base a este fundamento, la educación normal debe ser responsable del Estado; los particulares solo podrán impartirla al contar con la autorización expresa del poder público.

La Ley faculta a la Federación para celebrar convenios con los estados y municipios, a fin de lograr y establecer que esta pertenece al tipo superior de educación, formado por la licenciatura, la maestría y el doctorado (S.E.P. 1975).

1.1 ANTECEDENTES DE LA EDUCACION NORMALISTA.

La formación del maestro, tiene sus antecedentes desde la época prehispánica en la cual, una de las culturas más sobresalientes fue la Mexica, misma que se caracterizó por el gran interés y participación comunitaria en la educación integral de los niños y jóvenes, dando especial énfasis a la formación de hábitos higiénicos y pautas de comportamiento moral y social; durante la época colonial, se acentúa, ya que los egresados de San Juan de Letran, fundado en 1547, debían fundar escuelas semejantes en los diferentes lugares de la Nueva España, "La Ordenanza de los Maestros del Nobilísimo Arte de Leer, Escribir y Contar", expedida en 1600, reglamentaba el ejercicio de la enseñanza y lo limitaba a quienes habiendo aprobado un examen, recibían la autorización correspondiente (C.N.C.E.N. 1979).

Es oportuno recordar que hasta el siglo XVIII el profesor se formaba gremialmente, esto es aprendía el oficio de otro maestro. En Europa los primeros seminarios de maestros surgieron en Alemania y en ellos se inspiraron las primeras "escuelas normales" francesas.

El término de "normalismo" surge en Francia en 1792, propuesto por un político francés, llamado Josef Lakanal el cual, además de proponer la creación de escuelas primarias, planeó la necesidad de las escuelas normales para la formación de maestros. Respecto al nombre propuesto Lakanal refirió que Normales, del latín norma, regla; "estas escuelas deberán ser en efecto el tipo y las reglas de las otras" (Patrascou, 1923).

Este término tuvo gran aceptación en el mundo latino, aunque no en el anglosajón.

No obstante, tanto en México como en Europa es hasta el siglo XIX, cuando la carrera de Magisterio adquiere importancia y empieza a sistematizarse una preparación específica para el desempeño de esta (C.N.C.E.N. 1979)

En nuestro país el término normalismo surgió confusamente con las escuelas Lankasteriana, que al formar monitores, eran de hecho escuelas normales puesto que normaban y regían el desempeño de las actividades docentes.

La primera escuela para profesores se inaugura en 1824 en la Ciudad de Oaxaca, un años después el Congreso Local de Zacatecas abrió una escuela normal con el nombre de "Escuela Local de la Constitución".

La creación de las escuelas normalistas con este nombre, recibe su impulso definitivo con las ideas liberales que se basaban en romper con la concepción religiosa del mundo para facilitar la movilidad social dentro de un esquema laico (Pichardo Paredes 1987).

En 1833 electo a la Vicepresidencia Valentín Gómez Farías puso empeño especial en reformar la educación y sustraerla de la influencia eclesiástica, contando con el apoyo del Dr. José Luis Mora el cual desde 1824, abogaba por una educación no dogmática, libre de ataduras religiosas, basada en datos de la experiencia y no en los dictados de la autoridad, una educación civil y no monarca (C.N.C.E.N. 1979).

En esta etapa del desarrollo del Estado-Nación en México, la escuela estaba orientado a formar ciudadanos más que hombres sabios, " En el Estado laico escribió Gutierrez (1902) los maestros de escuela ejercían un verdadero sacerdocio tienen cura de almas".

A mediados de 1834 se establecieron 2 escuelas normales en el Distrito Federal, una para hombres y otra para mujeres; estas escuelas aparecen ya ligadas al poder civil y desvinculadas de la Iglesia (C.N.C.E.N. 1979).

El predominio del objetivo de reforma moral en la constitución inicial favoreció la incorporación docente, considerando a la mujer como la más apta para la educación moral por su condición maternal en contraste con los reglamentos represivos del los profesores varones (Tenti 1988). No obstante se le proporciona a la mujer

conocimientos referentes a la instrucción para la educación de la niñez, por lo tanto en este periodo se le incorpora a la cruzada cultural "para erradicar las actitudes tradicionales y sustituirlas por los valores científicos" (Vaughan 1880-1928).

Para 1848 se funda la primera escuela normal mixta en San Luis Potosí.

En 1861 es promulgada la Ley de la instrucción por el Lic. Benito Juárez, advirtiendo la idea de incluir en los planes de estudio de educación primaria y secundaria para mujeres el tema "higiene en sus relaciones con la moral" (C.N.C.E.N. 1979).

Las ideas de Reforma se consolidan en la segunda mitad del siglo XIX. En el Estudio Sobre la Institución Pública del Ministro José Díaz Cobarrubias (1875), se citan datos alentadores respecto al crecimiento de las escuelas de educación normal, aunque con deficiencias en el Distrito Federal, Durango, Guanajuato, San Luis Potosí, Nuevo León y Sonora, señalando que de 8000 maestros en servicio, menos de la cuarta parte tenían el título profesional.

En 1890 durante la época del porfiriismo, se revocó la facultad concedida al ayuntamiento de la Capital, de otorgar títulos de profesor a las personas que, sin tener la preparación profesional ejercían la docencia.

Para el 31 de marzo de 1890 todavía no se habían dado término a la deliberaciones, por lo que fue preciso continuarlo en un segundo periodo, de diciembre de 1890 a febrero de 1891 (C.N.C.E.N. 1979).

En lo relativo a la educación normal, el Congreso se pronunció por que cada entidad federativa estableciera escuelas normales con escuelas primarias anexas para realizar las prácticas, se recomendó que la normales se unificarán a nivel nacional, y se fijó la instrucción primaria terminada como requisito de ingreso.

Estas recomendaciones dieron buenos resultados y para 1900 funcionan ya en el país 45 escuelas normales (Alvear Acevedo, C. 1969) .

Para 1921 se crea la Secretaría de Educación Pública, la cual establece las primeras escuelas normales rurales entre 1922 y 1925 con el fin de preparar maestros para las escuelas de las pequeñas comunidades y de los centros indígenas; mejorar cultural y profesionalmente a los profesores en servicio; e incorporar a las pequeñas comunidades de las zonas al progreso general del país mediante trabajos de extensión educativa.

Además de las escuelas normales básicas formadoras de docentes para la educación primaria, fue necesaria una institución dedicada a preparar maestros postprimarios siendo la Facultad de Altos Estudios la que en 1923 comenzó a ofrecer estos cursos (C.N.C.E.N. 1979).

Para 1936 el presidente Lázaro Cárdenas expide el acuerdo que autoriza a la Secretaría del Ramo para fundar el Instituto de Preparación para Profesores de Enseñanza Secundaria.

Al expedirse en 1941 la Ley Orgánica de Educación, toma el nombre de "Escuela Normal Superior". Por estas mismas fechas el Presidente Manuel Avila Camacho, reforma nuevamente el artículo 3. para castigar la tendencia socialista, aunque sigue reservando para el estado la facultad de impartir la educación normal (C.N.E.N. 1979).

En 1969, El Consejo Nacional Técnico De Educación, dictaminó la separación del ciclo secundario del profesional en las escuelas normales, que todavía ofrecían el establecimiento de escuelas secundarias en la modalidad técnica de escuelas además del magisterio para los adolescentes del campo.

En La Asamblea Nacional De Educación Normal, efectuada en la Ciudad de México en 1972, se propuso un nuevo plan de estudios para que el alumno realizara simultáneamente los estudios de bachillerato y los específicos de la formación profesional.

Con el fin de proporcionar a los maestros en servicio una preparación más sólida y actualizada, así como la oportunidad de alcanzar grados académicos superiores, se crearon en 1975 licenciaturas en cuatro ramas: Educación Preescolar, Educación Primaria, Educación Secundaria Por Televisión y Educación Normal. Aunque originalmente dependían de la Dirección de Educación Normal, pasaron después al control del Mejoramiento Profesional del Magisterio y más recientemente, fueron incorporadas a la Universidad Pedagógica.

Actualmente para iniciar los estudios normalistas se requiere tener concluidos los estudios de bachillerato, siendo considerada esta, como una carrera a nivel licenciatura (C.N.C E.N. 1979).

En lo que se refiere a su formación actual, se puede decir que los estudiantes normalistas cuentan con un diseño curricular, que les proporciona elementos suficientes para conocer al niño en sus diversas etapas, en virtud de que este tema es la parte medular de su trabajo; sin embargo cuentan con limitados elementos referentes al conocimiento de las enfermedades más comunes en el escolar y los servicios médicos de que dispone la comunidad para atender a los alumnos. (Ranero J., Espinosa C., Espinoza S., Lara V., Aranda B., Calderón V. y Reyes P., 1984-85).

Respecto al conocimiento de los normalistas acerca del consumo de drogas, es importante señalar que dentro de su plan de estudios no tienen incluidos objetivos que los capaciten en la prevención de la farmacodependencia (Estrado García M. 1987-88).

Pichardo Paredes (1987) al marcar los objetivos que la educación normal procura en sus egresados menciona algunos como:

- 1) Practicar y fomentar "el amor a la patria, la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia",
- 2) Mantengan un criterio profesional "por completo ajeno a cualquier doctrina religiosa y basados en los resultados del progreso científico, estén dispuestos a luchar contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios",
- 3) Observen una actitud democrática y consideren "a la democracia no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo",
- 4) Fortifiquen su criterio nacionalista "sin hostilidades ni exclusivismos",
- 5) Sean capaces de comprender los problemas de nuestro país y estudien cómo aprovechar mejor nuestros recursos,
- 6) Defiendan nuestra independencia política, luchen por "nuestra independencia económica y por la continuidad y acrecentamiento de nuestra cultura",
- 7) Contribuyan a mejorar la convivencia humana, valoren la dignidad de la persona y la integridad de la familia y mantengan viva su convicción por el interés general de la sociedad,
- 8) Sustenten " los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres", sin distinción de raza, sectas, grupos, sexos, individuos, condición social o económica,
- 9) Promuevan "el desarrollo armónico de la personalidad, para que se ejerzan en plenitud las capacidades humanas",
- 10) Contribuyan a "enriquecer la cultura con impulso creador y con la incorporación de ideas y valores universales",
- 11) Promuevan "las condiciones sociales que lleven a la distribución de los bienes materiales y culturales dentro de un régimen de libertad",
- 12) Aprendan a conservar o incrementar los recursos naturales, a fin de preservar el equilibrio ecológico y mejorar el ambiente físico,
- 13) Sean conscientes de " la necesidad de una planeación familiar con respecto a la dignidad humana y sin menoscabo de la libertad",
- 14) Fomenten y "orienten la actividad científica y tecnológica de manera que responda a las necesidades del desarrollo nacional independiente",
- 15) Postulen "la paz universal, basada en el reconocimiento de los deberes y derechos económicos, políticos y sociales de las naciones",

16) Contribuyan con sus conocimientos y esfuerzos a lograr las demás finalidades que establecen el artículo 3o. constitucional y las leyes de Educación de las entidades federativas,

17) Sean promotores del cambio social, con un criterio revolucionario fundado en nuestro pasado histórico,

18) Adquieran una conciencia clara de que el proceso educativo no se detiene con la terminación de los estudios profesionales, sino permanentemente, a lo largo de toda la vida,

19) Contribuyan durante su vida de estudiantes y en el ejercicio profesional, a fortalecer la unidad nacional y a afirmar la posición de México como país soberano en el conjunto de las naciones,

20) Conozcan y apliquen durante su formación y más tarde en el ejercicio profesional, el método científico a fin de formar en los educandos el hábito de estudiar e investigar,

21) Conozcan al educando para guiar el desenvolvimiento de su personalidad,

22) Comprendan y analicen, científicamente, los fenómenos sociales con un concepto claro sobre el mundo y la vida, su realidad presente y su proyección futura,

23) Encaucen su vida individual hacia los más altos valores humanos y fortalezcan las bases de una conducta cívica, fundada en el respeto a sus semejantes y a las instituciones sociales,

24) Logren un sólido conocimiento del hombre para comprender los móviles de su conducta y los mecanismos que operan en el proceso de aprendizaje, etc.

Havinghurst y Neugarte (1957 en Postic, M. 1978) afirman que el papel del profesor es una combinación de varios papeles relacionados con los alumnos: mediador en el estudio, agente de disciplina, sustituto de padres, juez, confidente y representante de la sociedad.

Como podemos observar el maestro desempeña una gran cantidad de papeles, sin embargo uno de los más esenciales es el ser un modelo para los alumnos y para todos aquellos que piensan en él como maestro (Pullias E. y Young 1970).

El concepto del profesor como modelo a sido fuente de mucha polémica, ya que se ha considerado una manera de intervenir en la individualidad de este, no obstante todas las profesiones tienen sus demandas especiales y rehusarse a aceptarlas sería negar la profesión (Pullias, E. y Young 1970).

La condición esta plagada de ambivalencias, de fuerzas y debilidades, de seguridad encarnada y de certidumbres sentidas, de temores

experimentados frente al grupo y también del deseo de salvaguardar su privilegiada posición (Postic, M. 1978).

Este mismo autor considera que en el caso de los docentes en formación se puede decir que se encuentran pasando bruscamente del papel de estudiante al de profesor y este intenta escapar a la angustia nacida de la nueva situación refugiándose detrás de un estilo de acción, de relación, esto es, en el tipo de personaje que ha conocido cuando era alumno.

Como podemos observar el docente en formación es un sujeto sumamente comprometido con un sin número de demandas de la sociedad pero que no deja de ser un ser humano que se encuentra expuesto a factores que lo induzcan a consumir drogas en un momento dado, convirtiéndose esto en un factor que puede fungir como un elemento de gran importancia por la influencia que esto puede ejercer sobre la juventud de nuestro país, en el siguiente apartado podremos conocer de una manera más clara como es que se encuentra el consumo de drogas dentro de la población con la que estos trabajan y posteriormente conoceremos cuales son aquellos factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas que afectan a la población de estudiantes normalistas.

2. CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas es un fenómeno que se ha presentado desde tiempos muy remotos, ya que el hombre a través de la historia, se ha servido de diversas sustancias para fines religiosos, bélicos y principalmente curativos.

Es de suponerse que la necesidad de encontrar nuevas fuentes alimenticias, así como el impulso de experimentación, fueron la raíz de su conocimiento acerca de los efectos físicos y mentales de ciertas plantas; de hecho se sabe que esto empezó a ocurrir en el ser humano desde que este era un hombre primitivo (Aguirre 1980).

Una vez identificado los efectos de algunas plantas se les dieron a estas diversas utilidades, los grupos sociales a lo largo de la historia descubrieron algunas sustancias que aliviaban el dolor y alteraban el estado psíquico; sin embargo también encontraron que estas debían manejarse con precaución, porque de lo contrario podían causar hábito o ser destructivas.

Esta razón indujo desde la antigüedad a las sociedades al establecimiento de normas que limitaran el empleo únicamente para fines religiosos o curativos, confiándolas sólo a sacerdotes, curanderos y médicos (Viesca Treviño 1994).

En la época contemporánea, el uso indebido de drogas es un evento que se presenta cada vez con mayor frecuencia en gran parte de los países del mundo; convirtiéndose en un problema que no tiene fronteras políticas o geográficas y que afecta indiscriminadamente a ricos y pobres (Bonifaz de Hernández, R. y Barona Lobato J. 1976).

El concepto de consumo de drogas ha perdido su valor místico, adquiriendo fines recreativos o bien para disminuir las presiones del ritmo de vida actual (Soriano 1990), sumándose a esto, la ineficacia que existe respecto a la reducción de disponibilidad de sustancias tóxicas que son producidas para uso doméstico e industrial como son los inhalables, así como la alteración en la prescripción médica (Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. 1984).

La disponibilidad de un mayor número de drogas ha originado un problema de salud pública; el uso y dependencia de drogas se presenta a cualquier edad y en cualquier estrato social, pero sin lugar a dudas en la población juvenil e infantil adquiere un carácter más dramático al cambiar sus proyectos de vida (Soriano 1990).

Tomando en consideración que los estudiantes normalistas en su mayoría se encuentran atravesando por la etapa de la juventud al igual que los estudiantes de educación media y media superior, se ha considerado importante presentar un panorama referente a cómo es que se encuentra la prevalencia de consumo de drogas en la población escolarizada de nuestro país, para de esta manera tener un parámetro

real que nos permita conocer cuál es el nivel en que se encuentra la prevalencia de consumo de drogas de nuestra población de interés.

2.1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION ESTUDIANTIL.

Desde 1976 a la fecha, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública, por medio de la ahora Dirección General de Educación Extraescolar, han venido realizando investigaciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas de la población de enseñanza media y media superior de las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectada por el consumo de drogas.

Todas estas investigaciones han sido realizadas mediante una misma metodología, utilizando técnicas de recolección y análisis uniformes, lo cual ha permitido obtener un panorama epidemiológico adecuado de este fenómeno en la población estudiantil.

Para recabar estos datos se ha utilizado la técnica de autoreporte, mediante un cuestionario autoaplicado que fue diseñado por un grupo de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud y probado en los diferentes países que participaron en este proyecto, entre ellos México.

Como resultado, se obtuvieron una serie de preguntas estandarizadas que han demostrado tener validez y confiabilidad satisfactorias (Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo Serrano 1981).

Gran parte de estas encuestas han sido realizadas en el Distrito Federal y la zona metropolitana durante 1976, 1978, 1980 y 1989 (Castro y Valencia, 1978; 1980; Castro, Maya y Aguilar, 1982; De la Serna, Rojas, Estrada y Medina-Mora, 1991); así como en muestras representativas de colegios de bachilleres en 1985 (Castro, García y De la Serna, 1988). En 1976 (Castro, 1978) y en 1986 (Castro, Rojas, García y De la Serna, 1986) se levantaron muestras con cobertura nacional de poblaciones urbanas, cuyo muestreo fue regionalizado y estratificado por tipo de escuela, en 1987 en C.C.H. del Distrito Federal (Castro, Pérez, Rojas y De La Serna, 1988) en 1989 en el Distrito Federal y Zona Conturbada (De la Serna, Rojas Estrada y Medina-Mora 1991) y en 1991, en la población Nacional, población urbana rural (Medina-Mora y Cols 1993; Rojas y Cols 1993).

INSTITUCION	AÑO	MUESTRA	PUBLICACIONES.
I.M.P./S.E.P.	1976	Nacional Población Urbana	Castro y Valencia, 1978
I.M.P./S.E.P.	1978	Morelos y una Zona de alto riesgo del Distrito Federal	Castro y Valencia, 1979a Medina-Mora, Castro y Terroba, 1979

INSTITUCION	AÑO	MUESTRA	PUBLICACIONES
I.M.P./S.E.P.	1980	Distrito Federal y Area Metropolitana	Castro y Maya, 1981
I.M.P./S.E.P.	1985	Colegios de Bachilleres, del Distrito Federal	Castro, Rojas y De La Serna, 1987
I.M.P./S.E.P.	1986	Nacional Población Urbana	Rojas, Castro, De La Serna y García, 1987
I.M.P./S.E.P.	1987	C.C.H. del Distrito Federal	Castro, Pérez, Rojas y De La Serna, 1988
I.M.P./S.E.P.	1989	Distrito Federal y zona Conurbada	De La Serna, Rojas, Estrada y Medina-Mora, 1991
I.M.P./S.E.P.	1991	Nacional Población Urbana y Rural	Medina-Mora y Cois., 1993. Rojas y Cois., 1993.
I.M.P./S.E.P.	1993	Distrito Federal	Medina-Mora y Cois., 1994.

En 1978 se muestrearon los estudiantes del estado de Morelos (Castro y Valencia, 1976 b) y los de la zona suburbana de alto riesgo de la ciudad de México (Terranova, 1979). En 1980 se levantó una muestra representativa de los estudiantes que ese año asistían a la Universidad Nacional Autónoma de México (Castro y Maya 1981).

En términos generales, las mediciones realizadas informan que las drogas de mayor consumo entre los estudiantes fue la marihuana, los inhalables y las anfetaminas.

Los resultados de los estudios mencionados anteriormente indican que de 1976 a 1978 aumentó el consumo de marihuana de un 1.7% a 2.7%. A partir de 1978, los inhalables se convirtieron en la droga de mayor preferencia en la población estudiantil, sobrepasando a la marihuana y las anfetaminas.

En 1978, las zonas suburbanas fueron consideradas de alto riesgo, ya que el consumo de inhalables y marihuana fue mayor que el reportado en el estudio realizado ese mismo año en todo el Distrito Federal y zona metropolitana. El perfil demográfico del estudiante que había

experimentado por lo menos una vez en la vida con inhalables, era el de jóvenes entre 14 y 15 años de edad, en su mayoría alumnos de escuelas situadas en zonas económicamente débiles y/o marginadas.

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

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

En 1981 los centros de Integración Juvenil realizaron un estudio en la población estudiantil de enseñanza media, media superior y universitaria, utilizando la misma metodología y técnica de recolección del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Esta investigación se llevó a cabo con muestras representativas de las escuelas que se localizaban en zonas de influencia de cada uno de los centros de tratamiento, tanto aquéllos situados en la Ciudad de México, zona metropolitana, como los que se encontraban en el interior de la República. Los resultados mostraron variaciones importantes en los índices de consumo ya que el porcentaje global de consumo de drogas en cada una de las muestras presentó un rango de 9.4% en la zona del centro de Nogales a 22% en la zona del centro de Tijuana, con una desviación significativa del consumo de cocaína en la zona de influencia del centro de Guadalajara, Jal. (C.I.J., 1981).

Estos resultados demuestran que si bien en 1976 no se encontraron diferencias regionales, en 1981 ya empiezan a presentarse.

En 1985, se llevó a cabo un estudio en la submuestra representativa del estrato de Colegio de Bachilleres, situado en la zona metropolitana de la Ciudad de México, del ciclo escolar 1985-1986; los datos fueron representativos de todos los planteles, los resultados obtenidos indicaron que las drogas de preferencia eran la marihuana, las anfetaminas, los inhalables y los tranquilizantes.

La prevalencia de cualquier uso ilícito de las sustancias investigadas excluyendo alcohol y tabaco, fue de 13.6%; 11.3% correspondió a usuarios leves, 1.4% a moderados y 0.9% a fuertes.

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

En esta ocasión el 12% de los estudiantes informó haber usado una o más drogas. sin incluir el tabaco y al alcohol. 10.2% eran usuarios

leves, 1.4% moderados y 0.3% fuertes (Rojas, Castro, De la Serna y García, 1987).

Al comparar las cifras nacionales de consumo de cada droga de 1976 a 1986, se encontró un aumento en el uso de marihuana, inhalables, anfetaminas y cocaína. En 1976 no se encontraron diferencias entre las regiones en las que se dividió al país, sin embargo en 1986 se dieron contrastes importantes. En lo que se refiere a la prevalencia del uso "alguna vez en la vida", el consumo de marihuana obtuvo una prevalencia menor en la región sur (1.6) en comparación con la zona centro y la región norte (3.7). El uso de cocaína fue mayor en la región norte (1.3%), al compararla con la región centro (0.9%) y con la sur (0.6%). El consumo de inhalables se mantuvo alto en las 3 regiones del país.

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

En 1987, se firmó un convenio entre el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección de los Colegios de Ciencias y Humanidades para realizar una encuesta en esta población, utilizando la misma metodología con el fin de comparar los resultados con estudios anteriores.

Al igual que los datos preliminares, en esta población predominaron los usuarios experimentales; excluyendo al alcohol y tabaco, las drogas más usadas fueron la marihuana, los inhalables, las anfetaminas y los tranquilizantes. El uso de marihuana y el de cocaína alcanzaron aproximadamente el doble con respecto al promedio nacional.

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

En 1991, se realizó una encuesta nacional sobre el uso de drogas en la comunidad media y media superior: el 8.2% del total de la muestra consumió una droga alguna vez en la vida, sin incluir tabaco o alcohol; el 4.4% lo hizo en el último año, y cerca del 2% las usó el último mes anterior a la encuesta. Las drogas de mayor preferencia fueron los inhalables (3.50% alguna vez, 1.59% el último año y 0.88%

el último mes), seguidas de las anfetaminas, los tranquilizantes y la marihuana.

Más del 70% de usuarios de drogas médicas reportaron haber iniciado el consumo antes de los 15 años, esto ocurrió en más del 50% de los usuarios de marihuana, cocaína, alucinógenos y heroína, y en el 80% de usuarios de inhalables.

Alrededor de la mitad de los estudiantes que informaron haber usado drogas lo hicieron en forma experimental (1 ó 2 veces). Entre el 15% y el 25% reportaron haber usado sustancias en 3 ocasiones.

Las drogas más utilizadas de forma experimental fueron las inhalables (62.200%), los tranquilizantes (57.30%) y las anfetaminas (55.25%). El 25.38% de los usuarios de heroína, el 24.92% de los consumidores de alucinógenos y el 22.49% de los usuarios de sedantes informaron haber consumido esta drogas más de 6 ocasiones.

Por primera vez se informa entre los estudiantes el uso de Crack. Asimismo, se encontró consumo diferencial en los estados, las entidades con un mayor índice de consumo fueron Baja California, Jalisco y el Distrito Federal, lo que coincide con los datos obtenidos en las investigaciones realizadas anteriormente.

No debemos olvidar que aquellas personas que se encuentran en relación directa con la población estudiantil aparte de los padres de familia de estos, son el personal docente, entre los que se encuentran los normalistas. En la encuesta nacional sobre el uso de drogas en la comunidad escolar (Medina-Mora y Cols 1991) se aplicó una encuesta paralela a los docentes en la que se encontraron datos que permiten afirmar, que para estos el consumo de drogas en los estudiantes constituye uno de los principales problemas a todos los niveles (ver siguiente cuadro).

PERCEPCION DEL PROBLEMA DE DROGAS
EN LOS DOCENTES.

	SI	NO	No Estoy Seguro	No Se
El uso de alcohol y drogas es el problema más importante que enfrenta la juventud de México.	75.9	5.0	10.0	9.2
El uso de alcohol y drogas es el problema más grande que enfrenta la juventud de mi comunidad.	50.3	15.2	21.2	13.4

En lo que se refiere a la prevalencia de consumo de drogas en estudiantes normalistas, podemos decir que se trata de una población que no ha sido estudiada, salvo dentro de la encuesta nacional sobre el consumo de drogas entre la comunidad escolar realizada en 1991, datos que serán analizados dentro de esta investigación, no sin antes presentar una descripción teórica que nos permita conocer aquellos factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas, mismos que podrán encontrar dentro de los siguientes apartados.

3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION.

De acuerdo con el marco conceptual propuesto por Hawkins, Catalano y Miller (1992), existe un gran número de variables que actúan aumentando el riesgo o protegiendo al adolescente del uso y el abuso de drogas, que se asocia con problemas o mal funcionamiento en actividades escolares.

Estos autores definen como precursores de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, a aquellos que ocurren antes de que aparezca éste y se encuentran estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir el uso a través de la eliminación, reducción o mitigación de sus precursores.

Muchos factores de riesgo para el abuso de drogas también predicen otras conductas problemáticas en la adolescencia; así sabemos que el abuso de drogas, no así el uso, está correlacionado con delincuencia, embarazo en la adolescencia, problemas de conducta escolar y deserción entre otras.

Por otra parte los factores protectores, median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Se hipotetiza que la exposición al riesgo afecta la vulnerabilidad del individuo, mientras la presencia de factores de protección aumenta su resistencia, por lo que será menos probable que abuse de drogas aún cuando este expuesto a ellas.

La presencia de factores de protección explicará la diferencia en los logros de los sujetos involucrados en el (los) mismo(s) riesgo(s), y en este sentido, la conceptualización del factor de protección es mucho más amplia que la simple ausencia de riesgo.

Existen dos hipótesis sobre sus mecanismos de acción: a) mecanismos riesgo/protector, en la que se supone que la exposición a un factor de riesgo está mediado por la presencia de un factor protector y, b) mecanismo protector/protector, supone que un factor protector potencia otro fortalecimiento de sus efectos.

Algunos ejemplos de riesgos podrían ser: factores ambientales, como una alta prevalencia de uso de drogas en la comunidad, valores culturales devaluados, etc.

En el caso de los factores protectores serían el contar con buenos estándares y calidad (satisfacción) de vida, un clima escolar que propicie el aprendizaje, la participación y la responsabilidad, etc.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en dos grandes grupos: I. Factores sociales y culturales o contextuales y II. Factores de ambiente intraindividual e interpersonal. Los primeros proporcionan

las expectativas legales y normativas de la conducta, los segundos se asocian con la familia, los condiscípulos y los pares.

La evidencia científica actual aún no permite detectar qué factores de riesgo ni qué combinaciones de los mismos son más "virulentos", cuáles son modificables y cuáles son específicos para el abuso de drogas y no contribuciones genéricas a las conductas de riesgo que ocurren en la adolescencia. La investigación sobre factores de protección y de sus mecanismos es aún más incipiente.

No obstante, investigaciones anteriores realizadas en la población de enseñanza media y media superior, han permitido detectar indicadores de riesgo presentes en el medio ambiente del joven antes de iniciar el proceso de abuso de drogas y durante el proceso mismo (Lopez 1994).

Un ejemplo sería lo afirmado por Hawkins, Catalano y Miller (1992), referente al hallazgo de 2 principales factores de riesgo para la iniciación del consumo de drogas, tales como las leyes y normas favorables hacia su uso y la influencia social hacia el consumo, que tiene que ver con la disponibilidad de las sustancias tóxicas así como la percepción que se tenga para conseguir las, como se considera que sería visto el sujeto por la sociedad si este las consumiera, otro factor asociado significativamente relacionado con el uso y el abuso de drogas sería la asociación con pares usuarios (Newcomb y Bentler, 1986). Existe una fuerte relación entre adolescentes que usan drogas y que se encuentran asociados con otros que también las usan. Parecería ser que la relación entre asociarse con personas que utilizan drogas y la conducta de usar es causal (Hawkins, Catalano y Miller 1992).

Castro, Ortiz, Caudillo y Chávez (1985) afirman que actualmente muchos sectores de la sociedad tienden a negar el costo social que acarrea el uso y abuso de drogas por parte de los jóvenes, en lo que se refiere a sus consecuencias sociales y de salud. Al respecto, expresan que las razones para negar o para no ver la importancia del problema son muchas, pero entre las principales se encuentra la gran cantidad de falsas concepciones acerca del riesgo que implica para los jóvenes la experimentación con drogas.

En este sentido Castro (1990) opina que uno de los indicadores de riesgo para el uso de drogas es el tener una actitud de aceptación (o no rechazo) al consumo de drogas o a los consumidores.

Respecto a la elección del tipo de sustancia se ha encontrado (Medina-Mora., 1995) que la decisión de usar o no diferentes tipos de sustancias está más relacionado con factores del grupo social al que pertenecen los estudiantes, que con las variables del contexto o del ámbito psicológico incluidas en este tipo de estudios, por lo que es válido considerar al uso como un síndrome y comparar a usuarios de diferentes sustancias en función de sus patrones de consumo (experimentales, usuarios frecuentes, etc.).

Dentro de los siguientes apartados se realizará un análisis más profundo respecto a los factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas (excluyendo alcohol y tabaco), que serán consideradas en esta investigación con la población de estudiantes normalistas tales como percepción de disponibilidad, tolerancia social, asociación con pares usuarios y percepción de riesgo considerando la edad, el género, tiempo dedicado al estudio, tiempo dedicado al trabajo y lugar donde el estudiante ha vivido la mayor parte de su vida.

3.1 PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD Y MARCO JURIDICO.

Entre los factores contextuales que se encuentran asociados con el consumo drogas y que serán probados en esta investigación tenemos la percepción de disponibilidad, sin embargo no debemos olvidar que este factor no se presenta de una manera aislada, sino que es el resultado de una serie de leyes y normas que se encuentran establecidas dentro de la sociedad, en este caso la disponibilidad de las diversas drogas se encuentra involucrada con aspectos referentes al precio, impuestos así cómo las restricciones de venta que se tengan.

La percepción de disponibilidad en los estudiantes en general es un factor que influye en el consumo de drogas en los diversos países, por ejemplo en los Estados Unidos se ha observado que la disponibilidad afecta el consumo aún controlando la cantidad de dinero que los estudiantes tenían disponible e independientemente de la influencia de las características individuales de los sujetos (Madahian, Newcomb y Benther, 1988), en Canada la percepción de disponibilidad predice el nivel de consumo de los estudiantes de enseñanza media (Castro, Valencia Y Smart, 1979).

Existen dos hipótesis sobre los efectos legales (Hawkins, Catalano y Miller, 1992); la primera plantea que las leyes son el reflejo de las normas sociales y en este sentido el consumo sería el reflejo de las normas del grupo, suponiendo así que las tasas de consumo varían en los diferentes grupos en función de la aceptación social o tolerancia social de este; la segunda considera el efecto de las leyes en relación con la oferta y la demanda, tomando en cuenta una relación entre disponibilidad y consumo.

Como podemos observar las leyes y las normas son dos cuestiones que se dan a la par, sin embargo estas varían según su contexto, en este caso resulta importante conocer cuales son los aspectos legales referentes al consumo de drogas en México así cómo el contexto sociocultural que circunda a nuestra población de estudiantes normalistas.

En México se observa que las regiones del país, en donde los índices de consumo son más elevados, sus habitantes también reportan los índices de disponibilidad mayores (Otero, Medina-Mora, tapia, Rascón, Mariño y Solache 1990), este mismo fenómeno se observa entre estudiantes (Castro, Valencia y Smart, 1979).

Considerando que para poder disponer de una droga, el individuo se enfrenta con restricciones de tipo legal, habría que saber cuál es el punto de vista legal y cuales son a su vez las restricciones marcadas por las leyes al respecto.

Estas consideran dos enfoques:

El primero se plantea en el marco humanista y considera que el drogadicto esta efectuando un acto contra si mismo y que clasificarlo como delincuente seria atentar contra los derechos humanos (OMS 1981); además de que su dependencia es un sintoma de una enfermedad que denota un profundo conflicto de personalidad, el cual puede ser generado por múltiples causas.

La segunda postura propone que el farmacodependiente es un eslabón importante dentro de la cadena del narcotráfico y como individuo consciente de que esta cometiendo un acto antisocial, debería aplicarse un castigo, ya que además es un elemento de procelitismo para el abuso de drogas, acción que también esta considerada en el código penal (ADEFAR 1987).

Ambas posturas apesar de sus diferencias, aceptan el perjuicio social que el farmacodependiente ocasiona y plantean la necesidad de aplicar controles administrativos que regulen en cierta medida las conductas antisociales de aquellos que utilizan sustancias con fines de intoxicación, Gómez, H. 1989, Castro, García, Rojas y De La Serna (1988), al estudiar la relación entre conducta antisocial y uso de drogas entre estudiantes, encontraron que los usuarios altos de drogas, reportaron mayor incidencia de conducta antisocial que los no usuarios, un ejemplo de esto sería el caso de los inhaladores, en los cuales, se ha observado que en general presentan mayor conducta antisocial que aquéllos que nunca han inhalado, apesar de ser este un problema grave, Medina-Mora (1987), señala que el consumo de inhalables en México no es de gran magnitud si se compara con otros países, no obstante el uso experimental ha aumentado en forma significativa.

Al analizar respecto a cual ha sido el manejo jurídico de nuestro país acerca de las sustancias tóxicas nos encontramos con que, las primeras reglas expresas sobre el particular, se encuentran de hecho en el código penal para el Distrito federal y el territorio de Baja California sobre delitos del fuero común, y para toda la República, sobre delitos contra la federación, expedido el 7 de diciembre de 1871 y vigente a partir del 1ero de abril del año siguiente.

El título séptimo de este ordenamiento se ocupaba de los delitos contra la salud pública, estableciendo algunas disposiciones sobre sustancias nocivas a la salud y productos químicos susceptibles de ocasionar daños, señalando en los artículos 842 y 844, sanciones de entre 4 meses y 2 años de prisión así como una multa de 25 a 500 pesos, para aquéllos que elaboren sustancias nocivas a la salud; comerciantes de drogas que faciliten o adulteren las medicinas de modo que puedan causar grandes estragos.

Como podemos observar en aquella época las medidas de control no resultaban excesivas.

Lo mismo ocurría en nuestros 3 primeros códigos sanitarios, promulgados en 1891, 1894 y 1902, ya que regulaban la venta de medicamentos peligrosos particularmente el Laudano (masca de opio, canela, azafran, clavo y vino blanco), (Cardenas 1974).

Dentro de los primeros códigos sanitarios se ordena integrar un consejo superior de salubridad al que se considere como autoridad suprema de salud pública. La utilidad de este organismo, a pesar de sus dificultades presupuestales contribuyó en gran medida a establecer con firmeza el concepto de salud pública y a promover la convicción de que era necesario regularla.

No obstante conforme ha pasado el tiempo, estas leyes han sufrido modificaciones, debido a las demandas sociales ya que como sabemos el consumo de drogas es un problema que se acrecenta día con día así como la variedad de drogas, que aumenta conforme el avance científico, es por esta razón que la ley general de salud ha clasificado las sustancias tóxicas en grupos de estupefacientes, psicotrópicos y sustancias vegetales dentro de los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248, estableciendo en base a esta clasificación las siguientes restricciones.

El artículo 237 establece la prohibición en el territorio nacional, todo acto relacionado con el artículo 235 que se refiere la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso y consumo, respecto de las siguientes sustancias y vegetales: opio preparado para fumar, deacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o mariguana, papaver somniferum o adormidera, papaver bacteatum y erythoxilón novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones.

El artículo 245 clasifica en cinco grupos las sustancias psicotropicas en relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias:

I.-Las que tiene valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema grave para la salud pública, y son:

DENOMINACION
COMUN INTERNA-
CIONAL.

OTRAS DENOMINACIONES
COMUNES O VULGARES.

DENOMINACION.
QUIMICA.

Catinona.
No tiene.
No tiene.

No Tiene.
DET.
DMA.

(-)-alfa-amonopropiofenona
n,n-dietiltriptamina.
dl-2,5-dimetoxi-alfa-
metilfeniletilamina.

DENOMINACION COMUN INTERNA- CIONAL.	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES.	DENOMINACION. QUIMICA.
No tiene	DNHP	3-(1,2-dimetilheptil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6H dibenzo (b,d) pirano.
No tiene Brolamfetamina	DMT DOB	N,N-dimetiltriptamina. 2,5-dimetixi-4-bromoantefetamina.
No tiene.	DOB	dl-2,5-dimetoxi-4-etil-alfa-metilfetamina.
(+)-Lisegida	LSD, LSD-25	(+)-N,N,-diethylisergamida (diethylamida del ácido d-lisérgico).
No tiene	MDA	3,4-metilenodioxianfetamina.
Tenanfetamina	MDMA	dl-3,4-metilenodioxi-n,-dimetilfenilfetamina.
No tiene	MESCALINA (PEYOTE); LO- PHOPHORA WILLIAM II; ANHALONIUM WILLIAMS II; ANNAKINIUM LEWIN II.	3,4,5-trimexifenetilamina
No tiene	MMDA	DN-5-metoxi-3,4-metiledioxi-metilfenilfetilamina.
No tiene	PARAHEXILD	3-hexil-1-hidoxi-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6h-dibenzo (b,d) pirano.
Eticiclidina	PCE	n-etil-1 fenilciclohexilamina.
Roliciclina	PHP, PCPY	1-(1-fenilciclohexil)pirrolidina.
No tiene	PSILDICINA, PSOLOTSINA	3-(2-dimetilaminoetil)-4-hidroxil-indol.
No tiene	PMA	4-metoxi-alfa-metilfenilfetilamina.
Psilocibina	HONGOS ALUCINANTE DE CUALQUIER VARIEDAD BOTANICA, EN ESPECIAL LAS ESPECIES PSILOCYBE MEXICANA, SPOPHARIA.	fosfato dihidrogenado de 3-(2-dimetil-aminoetil)-indo-4-ilo.
No tiene	STP, DOM	2-amino-1-(2,5 dimetoxi-4-metil) finilpropano.
Tenociclidina	THC	Tetrahidrocannabinol, los siguientes isómeros: 6a (10a), 6a (7), 7, 8, 9, 10, 9 (11) y sus

DENOMINACION COMUN INTER- NACIONAL.	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES.	DENOMINACION QUIMICA.
No tiene	TMA	variantes esteroquímicas. di-3-4,5-trimetoximetil- feniletilamina.

Cualquier otro producto o preparado que contenga las sustancias señaladas en la relación anterior y cuando expresamente lo determine la Secretaría de Salud o el consejo de Salubridad General, sus precursores químicos y en general los de naturaleza análoga.

II.- Las que tiene algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública, y que son:

Amobarbital
anfetamina
Ciclobarbitol
Dextroanfetamina (dexanfetamina)
Fenetilina
Fenciclidina
Fenciclidina
Heptabarbitol
Meclonalona
Mentafelamina
Nalbufina
Pentobarbital
Secobarbital

III.- Las que tiene valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud.

Benzodiazepinas:
Alprazolam.
Bromazepam.
Brotizolam
Camazepam
Cloracepato dipotásico
Clordiazepóxido
Clotiazepam
Cloxazolam
Delorazepam
Diazepam
Estazolam
Fludiazepam
Flunitrazepam
Fulrazepam
Halazepam

Halazepam
 Haloxazolam
 Ketazolam
 Loflaxepato de etilo
 Loprazepam
 Lormetazepam
 Medazepam
 Nimetazepam
 Nitrazepam
 Nordazepam
 Oxazepam
 Oxazolam
 Pinazepam
 Prazepam
 Quazepam
 Ternazepam
 Tetrazepam
 Triazolam

Otros:

Anfepromona (diethylpropión)
 Carisoprodol
 Clonazepam (clonazepam)
 Etclorvinol
 Fenimetrazina
 Fentermina
 Glutemida
 Hidrato de cloral
 Ketamina
 Mefenorex
 Meprobaato
 Trihexifinidilo.

IV.- Las que tiene amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública, y son:

Gabob (ácido gamma amino beta hidroxibutírico)
 Alobarbitol
 Amitriptilina
 Aprobarbitol
 Barbitol
 Butabarbitol
 Butaparazina
 Butetal
 Butriptilina
 Cafeína
 Carbamazapina
 Cardidopa
 Carbromal
 Crorimipramina clorhidrato
 Cloromezanona

Clorpromazina
 Clorprotixeno
 Deanol
 Desipramina
 Ectilurea
 Etinamato
 Fenelcina
 Fenfluramina
 Fenobarbital
 Flufenazina
 Isocarboxazida
 Haloperidol
 Hexobarbital
 Hidroxina
 Imipramina
 Mazindol
 Lefetamina
 Levodopa
 Litio-carbonado
 Maprotilina
 Naloxona
 Mepazina
 Metilfenobarbital
 Metilparafinol
 Metiprilona
 Nor-pseudoefedrina (+) catina
 Nortriptilina
 Paraldehido
 Penfluridol
 Pentotal sódico
 Pefenazina
 Pipradol
 Promozina

Propilhexedrina
 Sulpiride
 Tetrabenazina
 Tialbarbital
 Tioproperazina
 Valproico (ácido)
 Vinibital.

V.- Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, tales como:

A) Materias primas que utilizan en la industria, aisladamente o en combinación, cuya inhalación produce o puede producir efectos psicotrópicos:

Hidrocarburos
 Hidrocarburos halogenados
 Hidrocarburos nitrados

Esteres
 Cetonas
 Alcoholes
 Eteres
 Glicóteres.

b) Productos terminados que contengan alguna de las materias primas de la primera fracción de este grupo, cuya inhalación produzca o pueda producir efectos psicotrópicos:

Sub-Grupo I:

Adelgazadores (también conocidos como tñeres)
 Adhesivos, Pegamentos o cementos
 Pinturas
 Barnices
 Lacas
 Esmaltes
 Gasolinas
 Removedores Demanchadores
 Desengrasantes
 Sub-Grupo II:
 Selladores
 Tintas
 Impermeabilizantes
 Sub-Grupo III:
 Aerosoles

Desodorantes
 Anticongelantes.

El artículo 1157 establece que queda prohibido todo acto relacionado con las sustancias enumeradas en el grupo I del artículo 245 de la ley. Solamente pueden emplearse para fines de investigación científica.

Sin embargo es importante señalar que los estuperficientes solo pueden ser recetados por los profesionales citados dentro del artículo 240, siempre y cuando cumplan con las condiciones que señala la ley y sus reglamentos así cómo los requisitos que determine la Secretaría de Salud, los profesionales autorizados son los siguientes:

- I. Los médicos cirujanos;
- II. Los médicos veterinarios, cuando los prescriban para la aplicación en animales,
- III. Los cirujanos dentistas, para casos odontológicos.

Los pasantes de medicina, durante la prestación del servicio social, podrán prescribir estuperficientes, con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine.

El Artículo 241 marca que la prescripción de estuperficientes se hará en recetas o permisos especiales, editados, autorizados y suministrados por la Secretaría de Salud.

I. Mediante receta de los profesionales autorizados en los términos del artículo 240 de esta ley, para enfermos que los requieran por lapsos no mayores de cinco días, y

II. Mediante permiso especial a los profesionales respectivos, para el tratamiento de enfermos que los requieran por lapsos mayores de cinco días.

En lo que se refiere al grupo II de estuperficientes considerado en el artículo 245 de la ley, el artículo 1158 establece que queda prohibida la presentación en forma de muestra médica o de originales de obsequio.

En caso de que sin mediar la prescripción médica legalmente autorizada se administre ya sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio algunos de los narcóticos señalados dentro de los cinco grupos clasificados, el capítulo primero de delitos contra la salud en el artículo 197 marca que se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días de multa, cualquiera que fuere la cantidad administrada, la pena se aumenta hasta la mitad si la víctima fuere un menor de edad o incapaz para comprender la relevancia de la conducta para resistir al agente.

Otro factor que ha sido modificado de una manera notable son las sanciones a aquellas personas que cometan delitos contra la salud referentes a la facilitación de disponibilidad de drogas dentro de la sociedad ya que las leyes actuales consideran dentro del artículo 197, sanciones de 10 a 25 años de prisión y multas de cien a quinientos días de multa a las personas que cometan actos mencionados dentro de las siguientes fracciones de este artículo:

I. Producir, transportar, comerciar, suministrar aun gratuitamente o prescribir alguno de los narcóticos establecidos sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud.

Para efectos de esta fracción, por producir se entiende manufacturar, fabricar, elaborar prepara o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta dos terceras partes de la prevista en este artículo;

III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución del alguno de los delitos a que se refiere este capítulo (capítulo primero delitos contra la salud), y

IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo y además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas previstas en este artículo.

V. Al que posea alguna de las sustancias señalada en los cuadros anteriores sin la autorización correspondiente se le impondrá prisión de siete a veinticinco años y de cien a quinientos días de multa.

El artículo 198 estipula que las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en este capítulo serán aumentadas en la mitad en los casos siguientes:

I. Cuando se cometa por servidores públicos encargados de prevenir o investigar la comisión de los delitos contra la salud;

II. Cuando la víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta, o para resistirla;

III. Cuando se cometa en centros educativos, asistenciales, o penitenciarios o en sus inmediaciones, con quienes a ellos acudan;

IV. Cuando se utilice a menores de edad o a incapaces para cometer cualquiera de los delitos previstos en este capítulo.

V. Cuando el agente participe en una organización delictiva establecida dentro o fuera de la República para realizar alguno de los delitos que prevé este capítulo;

VI. Cuando la conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esta situación para cometerlos. Además se impondrá suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años, e inhabilitación hasta por tiempo equivalente al de la prisión impuesta.

VII. Cuando una persona aprovechando el ascendente familiar o moral o la autoridad o jerarquía sobre otra, la determine a cometer algún delito de los previstos en este capítulo.

VIII. Cuando se trate del propietario, poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. Además se clausurará en definitiva el establecimiento.

En lo que se refiere a la posesión de sustancias psicotropicas el artículo 193 marca que se le impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días de multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados, sin la autorización correspondiente a que refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las condiciones previstas en el artículo anterior.

El artículo 196 estipula que se impondrá de dos a ocho años a quién , no siendo miembro de una asociación delictuosa , transporte cannabis o marihuana, por una sola ocasión, siempre y cuando no exceda de cien gramos.

No se procederá por la simple posesión de medicamentos, previstos entre los narcóticos, cuya venta al público es encontrada subeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sometida a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

El artículo 194 señala que aquélla persona que adquiera o posea para su consumo personal sustancias o vegetales considerados como estupefacientes o psicotrópicos y tenga el hábito o la necesidad de consumirlos, se le aplicarán las siguientes reglas:

I. Si la cantidad no excede de la necesaria para su propio e inmediato consumo, el adicto sólo será puesto a la disposición de las autoridades sanitarias para que bajo la responsabilidad de éstas sea sometido al tratamiento y las demás medidas que procedan;

II. Si la cantidad excede de la fijada conforme el inciso anterior, pero no de la requerida para satisfacer las necesidades del adicto o habitual durante un término máximo de tres días, la sanción aplicable será la prisión de dos meses a dos años o de 60 a 270 días de multa.

III. Si la cantidad excede a la señalada en el inciso anterior se aplicaran las penas que corresponde a este capítulo.

IV. Todo procesado o sentenciado que sea adicto o habitual quedará sujeto a tratamiento. Asimismo, para la consecución de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo al hábito o adicción, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta a un tratamiento adecuado para su curación, bajo la vigilancia de la autoridad ejecutora.

Si alguno de los sujetos que se encuentran comprendidos en los casos a que se refieren los incisos I y II del párrafo anterior, suministra, además gratuitamente, a un tercero, cualquiera de las sustancias indicadas, para uso personal de este último y en cantidad que no exceda de la necesaria para su consumo personal e inmediato, será sancionado con prisión de dos a seis años o de 180 a 360 días multa, siempre que su conducta no se encuentre comprendida en la fracción IV del artículo 197.

La simple posesión de cannabis o marihuana, cuando tanto por la cantidad como por las demás circunstancias de ejecución del hecho, no pueda considerarse que está destinada a realizar alguno de los artículos 197 y 198 del código penal, se sancionará con prisión de dos a ocho años o de 180 a 365 días de multa.

No se procederá en contra de quien, no siendo farmacodependiente se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que esta destinada a su consumo.

La población urbana mexicana, considera que no existe mucha disponibilidad de drogas. En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (BB, 1990), llevada a cabo en 1988, se encontró que entre el 62 y el 71 por ciento de la población que va de los 12 a los 65 años de edad, afirmó que le sería difícil conseguir drogas, pero en el caso de la marihuana era la droga ilegal más fácil de conseguir y de hecho era la droga más utilizada.

La relación entre la disponibilidad y el uso de drogas no es muy clara; Sin embargo; la muestra de la zona noroeste de del país, donde hubo un mayor consumo, reveló que ahí las drogas eran más disponibles; esa tendencia también fue encontrada entre los estudiantes de la región fronteriza del noroeste del país, los cuales reportaron una mayor percepción de disponibilidad y un mayor grado de consumo de marihuana, LSD y heroína, en comparación con los estudiantes de otras regiones.

En la encuesta realizada en 1991 con la población de estudiantes de educación media y media superior, considerando que existe una relación entre disponibilidad de sustancias tóxicas, consumo y problemas, se les preguntó a los estudiantes que tan fácil o difícil les sería conseguir marihuana, cocaína y heroína en caso de que lo desearan, encontrándose así que más de la tercera parte de los estudiantes informaron no saber que era la marihuana, cocaína o la heroína. Cerca de la mitad consideró que era muy difícil o prácticamente imposible conseguir estas sustancias.

Existe una percepción de un nivel ligeramente superior de disponibilidad de marihuana que de cocaína o heroína.

QUE TAN DIFÍCIL SERIA CONSEGUIR:

	Mariguana %	Cocaína %	Heroína %
Imposible	39.7	43.1	43.4
Muy Dificil	8.3	8.9	8.5
Dificil	5.4	4.7	4.2
Fácil	6.6	3.3	2.0
Muy Fácil	3.5	1.4	0.9
No se lo que es	34.6	35.9	39.2

 En general cerca de la mitad tanto de hombres como de mujeres consideraron que sería imposible conseguir estas sustancias.

Sin embargo un mayor porcentaje de hombre que de mujeres reportaron conseguir estas sustancias fácil o muy fácilmente.

	HOMBRES (n=32015)			MUJERES (n=29124)		
	MARIGUANA	COCAINA	HERDINA	MARIGUANA	COCAINA	HERDINA
Imposible	39.68	45.09	46.18	39.85	41.03	40.30
Muy Dificil	8.62	9.68	9.33	7.95	8.04	7.76
Dificil	6.39	5.59	4.83	4.37	3.86	3.47
Fácil	8.67	3.90	2.28	4.41	2.66	1.74
Muy Fácil	4.68	1.78	1.08	2.17	0.91	0.64
No se lo que es	30.06	32.27	34.56	39.54	41.86	44.25

3.2 TOLERANCIA SOCIAL ANTE EL CONSUMO DE DROGAS

Y

ASOCIACION CON PARES USUARIOS

EN EL

CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE MEXICO.

"El individuo recibe un mundo ya hecho e interpretado, con sus pautas y sus leyes, estructurado según la tradición y las normas culturales, una sociedad que busca el cumplimiento de objetivos limitados, que solo gratifica el rendimiento" (Biroli, A., 1980).

Retomando lo dicho por Hawkins, Catalano y Miller (1992), donde argumentan que si las leyes reflejan las normas sociales, puede asumirse que el consumo de drogas sería un reflejo de las normas del grupo, esto los lleva a suponer que las tasas de consumo de drogas variarían entre los diferentes grupos en función de la aceptación del mismo.

Uno de los factores que se han asociado significativamente con el uso y el abuso de drogas, además del inicio temprano de uso son: la asociación con pares usuarios de drogas (Newcomb, et. al 1986) y las actitudes favorables al uso (Kandel, et. al 1978).

Es importante resaltar como es que acontecen las normas sociales dentro de la sociedad mexicana en su generalidad, donde nos encontramos con que esta aceptación social hacia el consumo de drogas variará en torno al tipo de sustancia de que se trate, ya que en lo que respecta al consumo de alcohol no es considerado como un problema y es aceptado a nivel social, en fiestas o celebraciones; e incluso es tolerado en el padre de familia, siempre y cuando este cumpla con sus obligaciones familiares (particularmente económicas), (Chavez de Sánchez, Solís de Fuentes, Pacheco Santos y Salinas de Valle, 1986). Sólo es visto como un problema serio cuando alcanza niveles en los que el padre o algún hijo se pueda considerar como alcohólico o consumidor regular. La actitud hacia el alcohol es en general más tolerante que hacia las drogas (Chávez de Sánchez, Solís de Fuentes, Pacheco Santos y Salinas de Valle, 1986).

Se puede decir que existe una actitud general de rechazo hacia las drogas y es sumamente reducida la excepción en la que el farmacodependiente es considerado como una persona pasiva e inofensiva.

Debido a que algunos farmacodependientes consumen drogas abiertamente, en las calles, esquinas, etc, las personas tienden a considerar a los farmacodependientes como una amenaza para la propia seguridad así como un peligro para los niños y los jóvenes, por las posibilidades de que sean imitados y se siga extendiendo el consumo de drogas (Chávez de Sánchez, Bolis de Fuentes, Pacheco Santos y Salina de Valle, 1986).

En general, los hombres utilizan con mayor frecuencia las drogas ilegales, mientras que las mujeres prefieren las drogas medicas; de esta forma el genero establece una importante diferencia en cuanto al uso de drogas (Castro y Cols., 1986a)

Las diferencias en el consumo de otras drogas es también importante. La ENA reporta que el 70 por ciento de la población de usuarios era de sexo masculino, pero una vez que se había iniciado el consumo, el genero no afectó de manera significativa la probabilidad de experimentar los efectos una o dos veces, el usaria de forma frecuente o el dejaría de consumir (Medina-Mora y Cols., 1990).

La línea de la droga ha separado a la sociedad en dos grupos: los que están en el mundo de lo lícito y los que viven en el mundo de lo ilícito, estos últimos pueden tener diversas opiniones en el orden a la sanción que merecen, que van desde soportar prolongadas condenas de prisión hasta recibir penas menores o aceptar someterse a tratamientos de recuperación, pero en todos los casos les debe quedar claro a ellos y a la sociedad que sus comportamientos no son admisibles y especialmente en el caso del adicto, el consumo es un grave mal y para la comunidad, que por las implicaciones que tiene, no queda reducido a la esfera de su intimidad, sino que constituye un agravio al orden y a la moral pública, (Musacho, Ortiz-Fragoia, P. Belloso, Agnora, Fallor y Cols, 1992).

Estos mismos autores plantean que la drogadicción juvenil en verdad podría combatirse aplicando tratamientos de resocialización del adicto que en nuestro país se concretan a centros de y programas de escasa capacidad de admisión y de regular resultado, a excepción de algunas comunidades terapéuticas.

No debemos olvidar que dentro del mundo de lo ilícito existe toda una red estructurada entorno al consumidor, el cual es un eslabón que forma parte de una cadena unida al narcotraficante el cual esta consciente de lo que lleva y trae en sus maletas como correo, el tercer eslabón es el distribuidor que induce o que tiene contacto directo con drogadictos y suele ser dependiente de drogas (Eliaz, Newman 1985).

Hay adictos que conocen sobradamente el servilismo y la tiranía de la droga y pretenden difundirla en otros que tiene mejores o mayores posibilidades adquisitivas, pensando que, si llegan a la adicción, podrán en el futuro conseguirla con mayor facilidad y así compartirla (Eliaz Neuman 1985).

Se reconoce como un denominador general: una necesidad recíproca de intercambio de opiniones y el sentimiento de repulsa común, eso puede llevarlos a ser confidentes de sus experiencias, de su estado y de la manera de aprovisionarse de la droga, los lugares de consumo y los proveedores (Elias Neuman 1985).

El adicto por su mismo temor a una necesidad futura es pasible de ser utilizado por traficantes, ya que este tendrá contacto con otros drogadictos por la clandestinidad en la que se maneja, pudiendo entrar así en el tráfico sirviendo de correo ya que de esta manera obtendrá una determinada cantidad de droga para su consumo personal (Elias Neuman 1985).

Considerando que uno de los factores que promueven la difusión de una epidemia de uso de drogas, es el consumo de drogas entre amigos, dentro de la encuesta aplicada a la población de estudiantes de educación media y superior, por medio del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública, se les preguntó a los estudiantes cuál es el número de amigos que hacen uso de drogas.

Ante lo que se encontró que esta población está más expuesta al uso de tabaco, bebidas alcohólicas y en tercer lugar a la marihuana y los tranquilizantes.

Una tercera parte de los estudiantes reportó que algunos o la mayoría de sus amigos se embriagaban por lo menos una vez a la semana, más de la mitad de ellos, tenían amigos que fumaban tabaco y 14 de cada cien tenían amigos que fumaban marihuana. Un 9% respondió que conocía compañeros que usaban drogas en la escuela, la mitad reportó conocer alumnos que llegaban intoxicados con drogas. Un 16% informó que sus compañeros bebían alcohol en la escuela y un 8% llegaban intoxicados con alcohol a esta.

Algo que resulta inminente dentro del tráfico de drogas ha sido la ganancia económica, misma que se traduce en un estrambótico espectáculo de lujo, del que muchos han salido beneficiados a tal grado que han dejado en segundo término los prejuicios que esto representa para la sociedad, el padre Emiliano declara lo siguiente "Todos ganan dinero de la droga hasta la iglesia, pues algunos productores me traen regalos para agradecerle a Nuestro Señor la ayuda que les dió para cosechar y vender su marijuanita. Aunque les explico una y mil veces que no deben mezclar a Dios en estos negocios, me veo obligado a aceptar sus presentes para evitar que gasten su dinero en la cantina" (Beltran de la Grange 1990).

No obstante desde 1988 la represión contra el narcotráfico se ha rebastecido ya que meses antes el senado estadounidense había amenazado suprimir la ayuda económica a México debido a su alta producción en drogas.

Como consecuencia de las presiones estadounidenses las autoridades mexicanas consideraron el uso de herbicidas y defoliantes para destruir sembradíos de marihuana y adormidera. A pesar de todo la

producción aumenta y tomando en cuenta el número de capturas llevadas a cabo tal parece que los productores se muestran más calificados que la policía, que con frecuencia se vale de la campaña antinarcóticos para reprimir a la oposición representada por el Partido de la Revolución Democrática (PRD).

La droga es uno de los parámetros que regulan las relaciones entre México y Estados Unidos ya que las constantes acusaciones de este país han puesto frecuentemente a las dos naciones al borde de la crisis diplomática.

Los mexicanos no niegan que la mayor parte de la droga que entra de E.U. proceda de México, pero culpan de ello a la enorme demanda estadounidense, lo que no deja de complicar cada día más la situación al sur del Río Bravo . En todo caso, México muestra una firme decisión de impedir que Estados Unidos intervengan en sus asuntos internos, resumiendo su posición en el memorándum presentado en las labores preliminares de la revisión la convención única sobre los estupefacientes que llevo a cabo las Naciones Unidas en diciembre de 1988.

El texto apunta a Estados Unidos sin mencionarlo aclara la posición que hacia ese país adoptan casi siempre los sectores nacionalistas latinoamericanos. Resaltan en particular estos párrafos (Labrousse A. 1993)

"Es indispensable evitar que la convención en vez de convertirse en un instrumento eficaz de cooperación entre los estados en su lucha contra el narcotráfico, se convierta en un generador de conflictos entre dichos estados, que sin duda alguna ocurrirían si en una forma u otra se adopta un artículo que:

a) Dictará disposiciones que crearan obligaciones a los países productores y tránsito, sin deberes recíprocos por parte de los países consumidores.

b) Exigiera a todos los países adoptar medidas contrarias a su legislación en grupos.

c) Permitiera a las autoridades extranjeras actuar en el territorios de otro país o pretendiera actuar en su sustitución.

d) Postulara la adopción de medidas que amenazaran la soberanía, la seguridad nacional y los intereses esenciales de las naciones, puesto que sería inaceptable que una lucha de carácter internacional emprendida para combatir un fenómeno concerniente a la seguridad de los estados, llegara a alcanzar los mismos resultados de dichos fenómenos.

Sin embargo pese a todos los conflictos relacionados con el tráfico de drogas en nuestro país, dentro de la población de estudiantes de educación media y media superior de México reportó un bajo nivel de tolerancia social ante el consumo de drogas ya que menos del 3% de los estudiantes respondieron en la encuesta aplicada en 1991, que sus amigos verían bien si ellos usaran drogas y aproximadamente el 85% considero que lo verían mal (De la Serda y Cois., 1991).

	HOMBRES (N=32015)			MUJERES (N=29124)		
	BIEN %	NI BIEN NI MAL %	MUY MAL %	BIEN %	NI BIEN NI MAL %	MUY MAL %
Probara marihuana 1 ó 2 veces.	3.20	9.37	81.16	1.80	6.91	86.00
Fumara marihuana ocasionalmente.	3.35	9.38	80.83	1.86	6.67	85.98
Fumara marihuana regularmente.	3.09	8.30	82.05	1.74	5.81	86.90
Probara cocaína 1 ó 2 veces.	3.10	9.05	80.95	1.85	7.08	85.21
Usara cocaína regularmente	3.10	7.17	83.09	1.81	4.79	87.67
Probara cocaína "Crack" 1 ó 2 veces.	3.60	7.67	83.38	2.12	6.13	87.06
Usara cocaína "Crack" regularmente	2.61	6.99	84.24	1.56	4.89	87.92
Probara heroína 1 ó 2 veces	2.89	8.68	82.09	1.70	7.17	85.32
Probara heroína regularmente	2.80	7.27	83.31	1.66	5.35	86.84
Probara anfetaminas 1 ó 2 veces	3.20	11.92	78.46	1.89	10.06	82.19
Usara anfetaminas	3.11	10.69	79.38	1.86	8.11	83.64

Estos porcentajes son similares tanto en hombres como en mujeres, no obstante cabe señalar que la tolerancia social es ligeramente menor en las mujeres que en los hombres.

La tolerancia fue baja independientemente del tipo de droga y del patrón de consumo, no importa si se trata de experimentar con marihuana 1 ó 2 veces, así como usar heroína regularmente. Sin embargo en el caso del consumo de alcohol y tabaco la tolerancia es mayor (Medina-Mora 1994)

En relación con el alcohol, se observan claras normas con respecto a quién puede consumir y quien no. Se considera que la mujer debe de abstenerse, mientras se ve bien que el hombre se intoxique de vez en cuando.

Estos dobles parámetros son apoyados tanto por hombres como por mujeres, incluyendo a los jóvenes.

En general, se puede decir que el consumo sigue estas normas (Medina-Mora, 1984).

Castro y Cols (1986) opinan que puede afirmarse que en México los estudiantes aún tiene un medio social que les impide hacer un uso indiscriminado y compulsivo de sustancias intoxicantes, a pesar de tenerlas a sus disposición.

No obstante en una muestra estatificada de estudiantes del D.F. de la zona de Naucalpan y Netzahualcoyotl se encontraron diferencias entre los grupos de usuarios respecto a la tolerancia social; de esta manera los monousuarios y los poliusuarios manifestaron un contexto de mayor indiferencia hacia el consumo que los no usuarios, en el caso de los hombres presentaron una mayor tolerancia social que las mujeres, aunque la diferencia entre las medias de estos 2 grupos es pequeña (Medina-Mora y cols 1993).

Estas variaciones en la tolerancia social de los usuarios y los no usuarios parece indicar que los segundos perciben que los personas que los rodean no están interesadas en su conducta consumidora.

3.3 PERCEPCION DE RIESGO Y CONSECUENCIAS REALES ANTE EL USO DE CADA DROGA.

El decremento en el número de usuarios de drogas en Estados Unidos (Bachman, et. al., 1988) se ha asociado de manera consistente con el incremento de la percepción de riesgo asociado con su uso. En estudiantes mexicanos, la percepción de riesgo es en general inferior a la observada en Estados Unidos. Entre estudiantes de enseñanza media y media superior de la zona metropolitana de la ciudad de México, se encontró que solamente cerca de la mitad de ellos consideraban que era peligroso consumir drogas (De la Serna y Cols., 1991).

El enfrentamiento entre los efectos emocionales que quieren los consumidores y los efectos físico-emocionales no deseados es el principal peligro de las drogas psicoactivas.

Por ejemplo, los médicos recetan una droga psicoactiva como codeína (un depresivo opiáceo) para aliviar el dolor, suprimir la tos o tratar un caso grave de diarrea.

También actúa como sedante, da sensación de bienestar e induce a la sensación de somnolencia y la relajación.

De manera que si se auto prescribe codeína solo por la sensación de bienestar, también sufrirá dolor, tos y costipación (Inaba, D. S. y Cohen, W. E. 1992) Los consumidores también estarán sujetos a:

- Náuseas y vómito ocasionales, porque la droga es atraída hacia el centro cerebral que controla el vómito;
- Pupilas contraídas, porque los opiáceos afectan los nervios y músculos ópticos;
- Respiración y pulso lentos, porque la droga afecta la parte del sistema nervioso que controla tales funciones;
- Piel seca y picazón;
- Habla y movimientos lentos.

Y si los consumidores toman grandes cantidades de una droga para lograr efectos emocionales deseados, pueden:

- Reducir la respiración hasta niveles peligrosos;
- Aletargarse y tener reflejos drásticamente lentos;
- Bajar el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y quedar inconcientes.

Y si los consumidores quisieran tener tales efectos emocionales durante un largo periodo, pueden:

- Sufrir una seria costipación;
- Perder el deseo sexual;
- Volverse dependientes de la droga;
- Producirle adicción al feto (en caso de embarazo).
(Inaba, D., S, y Cohen, W., E. 1992).

No obstante este es solo un ejemplo ya que existe un gran número de drogas que pueden causar estados de dependencia. Los intentos por clasificar drogas psicoactivas a partir de denominaciones callejeras y químicas han resultado tan perturbadores como las mismas drogas. Por ello resulta importante contar con una clasificación adecuada de las mismas (Cemef, 1976; D.M.S., 1987, Cox, 1983)

A continuación se presentará una clasificación de las drogas de acuerdo al efecto que ejercen en el sistema nervioso central (Kenedy, N. 1994 y CEMEF 1975), sin considerar el alcohol y el tabaco, estas se resumen en dos tipos:

- a) Aquéllas que aceleran su actividad conocidos como estimulantes y
- b) Las que retardan o deprimen su actividad que reciben el nombre de depresores.

El grupo de los estimulantes se divide en los siguientes subgrupos:

- 1- El grupo de las Aminas Simpatocotimimeticas que incluye diversos tipos de anfetaminas y otros estimulantes.

Efectos Físicos Iniciales: (CEMEF 1975, Kenedy N. 1994).

- En un inicio incrementa la capacidad física,
- Aumento en la actividad espontánea.
- Merma el apetito.
- Pérdida de peso corporal.

Efectos Mentales Iniciales:

- Aumenta el estado de alerta y de iniciativa,
- Disminución de la sensación de fatiga,
- Mejora el estado de ánimo, la confianza y la habilidad para concentrarse.

Sin embargo posteriormente las anfetaminas también producen:Síntomas y Signos
De

Intoxicación Aguda	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Insomnio,	Alucinaciones-ilusiones,	Agitación,
Alucinaciones,	Irritabilidad,	Astenia,
Delirio,	Verborrea,	Apatía,
Agitación,	Mareos,	Somnolencia,
Pánico,	Anorexia,	Miosis,
Agresividad,	Psicosis,	Incongruencia,
Euforia,	Huellas de inyección	Ideas afectivas,
Lenguaje incoherente,	Sed,	Dolores Musculares,
Temblores,	Temblores,	Hipertonía,
Verborrea,	Libido Alterado,	Taquicardia,
Hiperactividad motora y mental,	Apatía,	Convulsiones,
Hiperreflexia,	Ansiedad,	Hipotensión,
Taquicardia,	Cambios de la imagen corporal.	
Arritmia,		
Midriasis,		
Sudoración,		
Shock,		
Coma,		
Resequedad de las mucosas,		
Libido alterado,		
Vómitos,		
Diarrea.		

2.-Derivados de la hoja de coca: cocaína pura, "Crack", cocaína común, pasta de coca, base libre basuca (CEMEF 1975, KENEDY, N. 1994).

Efectos Físicos Iniciales:

- Efectos Analgésicos,
- Eleva los niveles de noradrenalina y dopamina.

Efectos Mentales Iniciales: (CEMEF 1975, KENEDY, N 1994).

- Sentimiento de bienestar,
- Cesa la fatiga,
- Aumenta la capacidad de trabajo.

Sin embargo despues de un uso prolongado presenta:

Signos y Sintomas
De

Intoxicación Aguda.	Sobredosis.	Síndrome de Abstinencia.
Labilidad afectiva,	Agitación,	Malestar abdominal,
Agitación,	Agresión,	Agitación,
Alerta,	Angina,	Anhedonia,
Anorexia,	Apoplejía,	Escalofríos,
Ansiedad,	Arritmia,	Ansiedad,
Escalofríos,	Bronquitis,	Escalofríos,
Desinhibición,	Coma,	Confusión,
Euforia,	Convulsiones,	Depresión,
Megalomanía,	Muerte,	Cansancio,
Alucinaciones,	Depresión,	Fatiga,
Hiperactividad,	Alucinaciones,	Hiperfagia,
Hiperpirexia,	Dolores de cabeza,	Movimientos motores involuntarios,
Hipersexualidad,	Hiperexia,	Irritabilidad,
Hipertención,	Hipertención,	Dolores musculares,
Hipervigilancia,	Irritabilidad,	Transtorno del sueño,
Juicio deteriorado,	Manía,	Ideación suicida,
Impulsividad,	Espasmo muscular,	Taquicardia,
Energía aumentada,	Infarto del miocardio,	Tremor.
Gasto cardiaco aumentado,	Nausea,	
Irritabilidad,	Paranoia,	
Congestión nasal,	Psicosis,	
Nausea,	Paro respiratorio,	
Pánico,	Rinitis,	
Paranoia,	Sinusitis,	
Pupilas dilatadas,	Transtorno del sueño,	
Inquietud,	Ideación suicida,	
Escurreimiento nasal,	Taquicardia.	
Sudación,		
Comportamiento violento,		
Vómito.		

3.- Grupo de Alucinógenos: Este grupo se caracteriza por producir una excitación mental que puede alterar la percepción y la sensación, llegando a reportar la percepción de objetos que no existen en la realidad (KENEDY, N. 1994 y CEMEF 1975).

Los subgrupos que integran esta clasificación son:

a) Cannabis y sus derivados como la marihuana, hashis, ganga, te rojo, semilla y otros.

Signos y Síntomas
De

Intoxicación Aguda	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Agresividad, Irritación conjuntival, Irritabilidad, Desorientación, Despersonalización, Delirio, Ilusiones, Ansiedad, Pánico, Euforia, Alteración en la coordinación de movimientos, Midriasis, Hiperreflexia, Hiperfagia, Taquicardia.	Recurrencia, Temblores, Alteraciones en la memoria, Desorientación, Sueño sobresaltado, Somnolencia, apatía, Verborrea, Psicosis.	Malestares gastrointestinales, Pérdida de peso, Anorexia.

b) Acido Licérgico (LSD) y Mescalina obtenida del payote y psicocibina que es obtenida de cierta clase de hongos entre otros.

Signos y Síntomas
de

Intoxicación Aguda	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Despersonalización, Desorientación, Ilusiones, Euforia, Alucinaciones, Ansiedad, Agresividad, Cefalea,	Irritabilidad, Alucinaciones, Recurrencias, Somnolencias, Alteraciones visuales, Transtornos auditivos,	No se han comunicado.

Continuación. (LSD Y MESCALINA).

Intoxicación Aguda	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Pánico, Agitación, Alteraciones visuales, Midriasis, Somnolencia, Dolores musculares, Nauseas, Vómitos, Depresión.	Desorientación, Psicosis.	

El grupo de los Depresores del Sistema Nervioso Central se divide en los siguientes grupos, sin contar las bebidas alcohólicas de las cuales no se hablará por no ser el tema que nos ocupa en esta investigación.

1-Barbituricos y No Barbituricos:

Los cuales son de aplicación médica debido a que producen estados de sedación en sujetos excitados, con problemas de insomnio, epilepsia o convulsiones y también son utilizados como preanestésicos (Soriano R. 1990).

En el caso de los no barbituricos algunas de las drogas pertenecientes a este grupo han sido abusadas no para inducir el sueño sino por su efecto euforizante y por creencias de que poseen propiedades afrodisiacas (Gonzales Carreño 1981). Sin embargo traen como consecuencia síntomas como los mencionados a continuación en el siguiente cuadro (CEMEF 1975):

Intoxicación Aguda.	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Cefalea, Somnolencia, Alteraciones de la atención, Desorientación, Sopor, Inconsistencia, Ataxia, Incoordinación de movimientos, Lenguaje Incoherente,	Marcha anoreal, Incoordinación motora, Desnutrición, Irritabilidad, Alteración del juicio y la autocrítica, Ansiedad, Dolores musculares, Disartría,	Astenia, Insomnio, Ansiedad, Ideas delirantes, Inquietud, Desorientación, Alucinaciones, Dolor Abdominal, Vómito, Diarrea, Temblores,

continuación (barbituricos y no barbituricos)

Intoxicación Aguda	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Hipotermia, Depresión respiratoria, Cianosis, Shock circulatorio, Oliguria-Anguria, Miosis, Arreflexia, Edema, Coma.	Nistagmus.	

2- Ansiolíticos:

Este grupo es utilizado para controlar estados de ansiedad ligados a situaciones de tensión.

Estas sustancias se emplean para el manejo de sujetos alcohólicos durante el periodo de supresión y para controlar las manifestaciones clínicas de algunas epilepsias, sin embargo pueden producir dependencia física y presentar complicaciones como las siguientes (CEHEF 1975):

Signos y Síntomas de

Intoxicación Aguda	Intoxicación Crónica	Síndrome de Abstinencia
Cefalea Hiperactividad, Ideas delirantes, Desorientación, Alteraciones de la atención, Mareos, Depresión respiratoria, Cianosis, Ataxia, Incoordinación motora, Lenguaje incoherente, Somnolencia, Sopor, Visión Borrosa, Doploia, Nistagmus, Shock, Hipotonía, Arreflexia, Coma.	Ansiedad, Irritabilidad, Desnutrición, Temblores e incoordinación motora, Somnolencia, Coma.	Astenia, Alucinaciones, Ideas delirantes, Ansiedad, Insomnio, Temblores, Convulsiones, Taquicardia, Hipotensión, Dolor abdominal.

3.- Analgesicos Narcóticos:

Este grupo comprende al opio y sus derivados como la morfina y la codeína.

Algunas de estas sustancias suministradas en dosis pequeñas provocan efectos fundamentales como la analgesia y hipnosis, alivian el dolor y todos sus efectos desagradables, la morfina por ejemplo es utilizada en casos de cancer avanzado, dolores traumaticos etc.

En el caso de la codeína tiene efectos tóxicos y es utilizada en jarabes y tabletas para reducir la tos, en algunos casos sirve para aliviar algunos dolores, pero su efecto analgésico es 10 veces menos al de la morfina.

Sin embargo estas drogas y sus derivados producen adicción, algunas de las reacciones físicas y emocionales más comunes que producen estas sustancias ante la intoxicación, sobredosis y abstinencia son las siguientes (KENEDY, N. 1994):

Signos y Síntomas de

Clasificación/droga	Intoxicación	Sobredosis	Abstinencia
Codeína	Ansiedad	Analgesia	Cólicos Abdominales
Darvón (propoxifeno)	Estreñimiento	Anoxia	Ansiedad
Demerol (meperidina)	Somnolencia	Ataxia	Escalofríos
Dilaudil (hidromorfona)	Euforia	Colapso circulatorio	Diarrea
Fentanil	Sensación de flotar	Coma	Fiebre
Heroína (diacetil- morfina)	Enrojecimiento	Convulsiones	Enrojeci- miento.
Metadona	Hipotonía	Muerte	Hiperten- sión
Morfina	Concentración deteriorada	Delirio	Irrita- bilidad
Opio	Falta de coordinación	Depresión	Lagrimo
Percodan (oxicodona)	"Cabeceo"	Hiperpirexia	Dolores Musculares
Talwin(pentozocina)	Pupilas fijas, Piqueteos en la piel, Adormecimiento, Retención urinaria.	Hiperreflexia, Hipotensión, Hipotonía, Concentración deteriorada, Edema pulmonar Pupilas dilatadas, Miosis.	Espasmos musculares, Congestión nasal, Náusea, Parestesia, Piloerec- ción, Pupilas dilatadas, Inquietud.

4.-Inhalables:

Respecto a este tipo de sustancias disolventes resulta interesante resaltar que cada solvente tiene una estructura química distinta y por lo tanto no se puede hablar de una estructura química de estos será la forma en que interaccionen con el sistema nervioso (Pryor, 1993).

Los efectos más característicos de ciertas sustancias ante la intoxicación, sobredosis y abstinencia son los siguientes (KENEDY, N. 1994) :

Signos y Síntomas
de

Clasificación/Droga	Intoxicación	Sobredosis	Abstinencia
Nitrito de Amil	Labilidad afectiva	Anoxia,	Anorexia,
Nitrito de butil	Ansiedad	Ansiedad	Depresión, insomnio.
Cloroformo	Ataxia	Coma	Insomnio
Líquido para	Conjuntivitis	Insuficiencia cardiaca	Irritabilidad.
Desodorantes	tos		Letargia
Eter	Depresión	Muerte	Tremor
Gasolina	Diarrea	Delirio	
Pegamento	Diplopia	Depresión	
Spray para el pelo	Mareo	Hipotensión	
Keroseno	Fatiga	Gasto cardiaco aumentado	
Líquido para encendedor	Halitosis	Náusea	
Oxido nitroso	Dolores de cabeza	Respiración lenta y profunda	
Pintura	Hipersalivación	Inconciencia	
Adelgazador de Pintura	Juicio deteriorado	Comportamiento violento	
Líquido corrector de papel	Actividad deteriorada, Impulsividad, Falta de coordinación, Lagrimeo, Náusea, Hemorragia nasal, Dificultad respiratoria, Escurrimiento nasal, Somnolencia, Estornudos, Dificultad al hablar, vómito.	Vómito	

Cabe señalar que en un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León, De la Garza (1977) encontró evidencias de dependencia que condiciona la necesidad urgente de inhalar y aumentar la dosis, y que produce ansiedad cuando esto no es posible.

También encontraron ciertas evidencias de abstinencia caracterizadas por síntomas como calambres, dolor abdominal y de cabeza, acompañados con un deseo muy grande de volver a inhalar.

En cuanto a los efectos del uso crónico de inhalables; se han encontrado trastornos y confusión en la memoria, aún cuando ya no se esta bajo los efectos de la droga. También se ha encontrado

evidencia objetiva que confirma la persistencia de un déficit cerebral crónico que involucra dificultades de aprendizaje, disfunciones orgánicas, labilidad emocional y pobre control de impulsos (Browman, 1977).

Respecto a la percepción de riesgo que se tiene hacia el daño que puede causar a la salud se investigó en una muestra aleatoria estratificada de estudiantes del educación media y media superior del D.F. en Naucalpan y Nezahualcoyotl con diferentes tipos de usuarios (no usuarios, monousuarios y poliusuarios) y entre hombres y mujeres (Medina-Mora y Cole 79-94), en donde se observó un mayor número de usuarios de sustancias tóxicas que consideran como no peligroso el consumo de sustancias tóxicas y dentro de éstos son los poliusuarios quienes consideran menor riesgo. El 8.7% de los no usuarios, el 15.5% de los monousuarios y el 24.1% de los poliusuarios consideran que no es peligroso consumir marihuana regularmente esto mismo ocurre con la cocaína y la heroína.

Por lo que respecta a la variable sexo, se encontró que hay un porcentaje ligeramente mayor de hombres que perciben como no peligroso el consumo de sustancias tóxicas.

3.4. RELACION ENTRE IDEACION SUICIDA Y ESTADOS DE ANIMO DEPRESIVOS CON EL CONSUMO DE DROGAS.

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico (Levy y Deykin, 1989), que refleja el nivel de conflicto interno y está asociado a la desesperanza y falta de autoestima (Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diektra y Wolters, 1990), con el intento de suicidio y el abuso de sustancias (Levy y Deykin, 1989).

Se ha sugerido que el uso de drogas puede ser una manera, aunque equivocada, de enfrentarse a los conflictos o resultados de la automedicación, o que bien el estado emocional pueda ser el resultante del abuso de sustancias (Medina-Mora y cols. 1994).

En el caso de la ideación suicida se ha encontrado asociado con el consumo de solventes, no obstante, este riesgo incrementado covarió con la presencia de personalidad antisocial, alcoholismo y depresión secundaria más que estar específicamente asociada con el uso de solventes (Dinwiddie, Reich y Cloninger, 1990).

La ideación suicida es un problema común en los jóvenes, ya que se ha encontrado este síntoma en más de la cuarta parte de los estudiantes de 16 a 19 años (Levy y Deykin 1989). Garrison, Jackson, Addy, Mckewon y Waller (1991), en un estudio bistápico en adolescentes de 12 a 14 años, encontraron una prevalencia de ideación suicida de moderada a intensa en un 4% de los varones y en 9% de las mujeres y cerca de 2% de los hombres habían intentado suicidarse; ambos fenómenos estaban asociados con depresión mayor y estresores indeseables. Otros estudios han reportado que la prevalencia de intentos suicidas entre los estudiantes de bachillerato, en los Estados Unidos, oscilan entre 3% y 13% (Rotheras-Borus, 1993) y la ideación suicida es de 32% en las mujeres y de 16% en los hombres que cursan del noveno al décimo primer grado en una zona urbana de los Estados Unidos.

En México, en 1990, los menores de 15 años cometieron 6% de los intentos de suicidio y 3% de los suicidios consumados. El 40% y el 30% respectivamente, corresponden a los jóvenes de 15 a 24 años. La mayor parte de los suicidios ocurrió entre los jóvenes. En 1990, el 56.2% de las personas que se suicidaron tenían entre 15 y 34 años. Esto se debe en parte a que es mayor la proporción de jóvenes en el país. Sin embargo, si se calcula la tasa sobre la población viva de cada grupo de edad, éste constituye un problema muy serio entre la población joven, ya que mueren más por esta causa que por motivos de salud propios de las personas de más edad (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez, 1994).

El mayor riesgo de suicidarse los tiene la población de la tercera edad, con una tasa de 17.31 por 100,000 habitantes en la población mayor de 85 años. Estas tasas son inferiores a 3.5 en la población menor de 35 años (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez, 1994).

Kandel, Raveis y Davies (1991), encontraron que los adolescentes con ideación suicida estaban más desadaptados, por ejemplo: estaban más distanciados de sus padres, tenían menos intereses y su ejecución escolar era más mala, estaban más involucrados en conductas antisociales, eran menos religiosos y tendían más a correr riesgos.

La relación entre el abuso de sustancias y el suicidio se estrecha con la edad. Roy, Labarski, DeJong, Moore y Linnoia (1990) compararon a los alcohólicos que habían intentado suicidarse con aquellos que nunca lo habían hecho y encontraron que los primeros presentaban un alcoholismo más severo, habían experimentado un mayor índice de problemas, tenían historias más relacionadas con este problema y habían recibido más diagnósticos psiquiátricos.

En México, el porcentaje de alcohólicos, entre las personas que se han suicidado, se estima en 24% (Terroba y Baltijeral, 1983), los cuál es cuatro veces mayor que el encontrado en la población general (6%) (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lázcano, Villatoro, Mariño y López, 1989).

La conducta suicida ha aumentado mucho en las dos últimas décadas, con tasas que varían de 1.13 en 1970, a 2.37 en 1990. Este aumento se ha dado más en la población mayor de 75 años y entre las mujeres de 15 a 19 años (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez, 1994).

Es más frecuente la ideación suicida que el intento de terminar con la vida, sin embargo ha sido difícil diferenciar entre ambas cosas. Kosky, Silburn y Zubrick (1990), compararon a los niños que tenían ideación suicida con los que habían intentado suicidarse, sin haber encontrado diferencia entre ambos desde la perspectiva de la sintomatología clínica; sin embargo encontraron algunos factores, como los problemas familiares, el abuso de sustancias (3% y 22%, respectivamente) y en el caso de los varones, las pérdidas interpersonales, aumentaban el riesgo de que intentaran suicidarse.

En un estudio realizado por Rotheram-Borus (1993) encontró que del 94% de los menores que habían atravesado por tres o más periodos de ideación suicida, habían intentado suicidarse, y el 23% del total de los suicidas había consumido alcohol o drogas antes del acto.

Hawley, James, Burkett, Baldwin, De Rulter y Priest (1991), sugieren que tanto los parasuicidas como los que han logrado suicidarse, han sido extensamente estudiados, no así los que tienen ideación suicida. Estos autores estudiaron a 53 personas que se presentaron en una sala de urgencias por su ideación suicida, pero no se habían autoinfligido ningún daño. Encontraron una elevada tasa de trastornos de personalidad y abuso de alcohol y solamente 13% con depresión, por lo que concluyeron que la ideación suicida se asociaba más con la desadaptación social crónica que con la depresión.

No obstante Martunen, Aro, Henriksson y Lonnqvist (1991), en un estudio nacional sobre los adolescentes que se habían suicidado en Finlandia, encontraron, por medio de la autopsia psicológica, que 94%

padecía de algún tipo de trastorno mental, siendo los más frecuentes, la depresión (51%) y el abuso y la dependencia del alcohol (21%).

En la Encuesta Nacional Sobre Uso de Drogas en la Comunidad Escolar se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas ya que los usuarios de drogas tanto médicas (63.3%), como no médicas (57.5%), presentaron un mayor porcentaje de ideación suicida que aquéllos que reportaron no haber consumido drogas (44.3%), (Medina-Mora y Cols. 1994).

	Experimental %	Usuario %	Monousuario %	Poliusuario %
Ideación Suicida.	58.6	64.4	58.3	64.9

La ideación suicida alcanzó porcentajes más altos en aquéllos que tenían un nivel de consumo más elevado, como muestra el cuadro anterior (Medina-Mora y Cols. 1994).

Los estados de ánimo negativos y la conducta ausente, análogas a depresión son más frecuentes entre usuarios de drogas (Lernery Vicary, 1984; Revinus, 1988), principalmente entre estudiantes con abuso de tranquilizantes (Pedersen y Lavik, 1991).

Entre los estudiantes mexicanos los sentimientos de depresión diferenciaron significativamente a los usuarios de los no usuarios de drogas y tuvieron valor predictivo sobre el grado de uso, sin embargo no diferenciaron a los usuarios de inhalantes en comparación con los usuarios de otras drogas (Medina-Mora, 1994).

La asociación entre estados de ánimo depresivos y el abuso de alcohol es muy estrecha. Los alcohólicos suelen tener tasas de depresión y de suicidio superiores (Codoret y Winokur, 1974). Sin embargo, esta asociación está fuertemente influida por el género, el hombre presenta mayor riesgo de alcoholismo, en tanto que en la mujer la depresión es mucho más frecuente (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón, Mariño y Villatoro, 1991; Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, 1992).

Respecto a los síntomas de depresión, Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (1992), encontraron variaciones sobre el género de 2 mujeres estudiantes por cada hombre. Al analizar la asociación con nivel socioeconómico, encontraron que la proporción mayor de estudiantes que presentaban índices de depresión, pertenecían al nivel bajo (Mariño, Chaparro y Medina-Mora, 1992). La relación entre abuso de sustancias, los síntomas de depresión y su variación por género, está aún por determinarse.

Estos antecedentes nos indican la importancia de la ideación suicida y la depresión en la población joven misma con la que en un futuro tendrán que enfrentarse la población de docentes en formación, los cuales también forman parte en su mayoría de la juventud de nuestro país, sin embargo aún no se ha investigado hasta que punto la depresión y la ideación suicida representan para estos un factor de riesgo para el consumo de drogas en esta población, en el presente trabajo se investigará la relación de estos dos factores con el uso de drogas.

CAPITULO II: METODO.

1. METODOLOGIA.

Todos los datos para realizar la presente tesis fueron extraídos del proyecto "Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas Entre la Comunidad Escolar" realizada en 1991.

La encuesta nació con la necesidad de establecer la prevalencia del consumo de drogas entre estudiantes normalistas: Uso, drogas más usadas; problemas asociados al consumo y subgrupos de la población más afectados.

2. OBJETIVO.

El propósito de esta investigación es determinar, la prevalencia general de consumo de drogas y el nivel de riesgo y protección que puede tener sobre el consumo de drogas la influencia de factores contextuales como la tolerancia social ante el consumo de drogas, asociación con pares usuarios y percepción de disponibilidad así como factores intraindividuales como la percepción de riesgo, ideación suicida y depresión, dentro de la población de estudiantes normalistas,

3. JUSTIFICACION:

El interés de este estudio surge por diferentes razones:

a) En investigaciones anteriores se ha encontrado que existe relación entre la percepción de riesgo en las diferentes drogas y el consumo de estas (Medina-Mora y Cols., 1994), sin embargo sería importante saber hasta que punto este factor varía según el tipo de consumidor y cuál es el tipo de drogas que cada grupo (monousuarios y poliusuarios), considera de mayor riesgo dentro de la población de estudiantes normalistas, misma que se encuentra inmersa dentro un proceso de formación que les permite tener conocimiento respecto a este tema.

b) Debido a que la percepción de disponibilidad ha considerado un elemento que predice el uso de las diversas drogas (Medina-Mora y Cols., 1994), resulta interesante saber cómo es que perciben la disponibilidad de cada una de las drogas los diferentes tipos de consumidores y cuáles son los tipos de drogas que cada uno de estos grupos percibe con mayor disponibilidad.

c) Las expectativas del sistema educativo respecto al profesorado se basan en tener en el maestro al defensor más apasionado de los principios morales (Bravo Ahuja 1975), por lo tanto es importante tener conocimiento de cuál es la tolerancia social que existe en esta población así como en cada uno de los tipos de consumidor y cuál es la tolerancia social en los diferentes tipos de drogas.

d) Debido a que las leyes y normas de un grupo social afectan el consumo en función de la oferta y la demanda (Hawking y Cols 1992), y a que pertenecemos a una sociedad cosmopolita en la que estas normas pueden variar en función de las circunstancias que aquejan a cada grupo social, inmerso en la República Mexicana, ya que se ha observado en investigaciones anteriores variaciones en el consumo de drogas a nivel regional (Tapia Convey y Cols. 1994), resulta importante saber cuál es el tipo de lugar donde han vivido la mayor parte de su vida los diferentes tipos de consumidores de la población de estudiantes normalistas.

e) En las diversas investigaciones realizadas con la población estudiantil (Castro y cols., 1986; de la Serna y cols., 1991; Medina-Mora y Cols., 1992) se ha observado que el consumo de drogas afecta principalmente a la población masculina, sin embargo, Berenzon (1994) encontró que una vez que las mujeres son consumidoras presentan las

mismas características observadas en los hombres, esto es, tienen patrones semejantes de consumo a los hombres.

Considerando que gran parte de la población de estudiante normalistas pertenecen al sexo femenino resulta importante saber cuáles son las diferencias existentes entre ambos sexos, dentro de cada tipo de consumidor.

f) Medina-Mora (1989), Castro (1990), De la Serna (1991) y Berenzon (1994), encontraron que existe relación entre edad y el número de drogas consumidas ya que los jóvenes menores de 15 años son monousuarios y los mayores son poliusuarios, considerando que esto se debe a la necesidad de alcanzar el mismo efecto que ya no genera la droga habitual.

Tomando en cuenta que más de las tres cuartas partes de estudiantes normalistas son mayores de 17 años, resulta interesante saber cómo es que se encuentra asociado el tipo de consumidores perteneciente a este grupo a los factores de riesgo y protección que nos ocupan en esta investigación.

g) Dentro de la población de estudiantes de educación media y media superior se ha encontrado que el no estudiar y trabajar medio tiempo es un factor que predomina dentro de los usuarios de drogas (Lopez lugo 1994), considero que estos factores deben ser analizados dentro de la población de estudiantes normalistas para saber hasta que punto estos han fungido como un elemento de riesgo o de protección en este grupo.

h) El encontrarse asociado con pares consumidores de drogas ha sido considerado un factor significativamente relacionado con el uso de estas (Neucomb y Benter, 1986) resulta interesante saber hasta que punto los estudiantes normalista se han visto afectados por este factor y si este ha propiciado o no el consumo de sustancias toxicas.

i) En la población de estudiantes de educación media y media superior (Medina-Mora, M. E., López, L., Villatoro, J., Juárez, F., Berenzon, S. y Rojas, E. 1994), se encontró que el pensar en quitarse la vida es un factor de riesgo importante para consumir drogas y que particularmente se presenta en una proporción ligeramente mayor de mujeres, tomando en cuenta que en la población de estudiantes normalistas predomina el genero femenino resulta importante conocer en que proporción se da esta sintomatología de ideación suicida y si puede ser un factor de riesgo importante para el consumo de drogas.

j) Se ha encontrado que los estados de ánimo depresivos se presentan con mayor frecuencia entre usuarios de drogas (Lerner y Vicary, 1984; Revinus, 1988) resulta importante conocer el nivel de riesgo o protección con el que cuenta la población de docente en formación y en que grado la depresión influye a estos a consumir drogas.

4. HIPOTESIS DE TRABAJO:

1 : El pertenecer al género masculino será un factor de riesgo mayor para estar involucrado en el consumo de drogas que pertenecer al género femenino.

2 : A mayor edad mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de drogas.

3 : A menor tiempo dedicado al estudio mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de drogas.

4 : El trabajar medio tiempo durante el año anterior a la encuesta será un factor de riesgo para estar involucrado en el consumo de drogas.

5 : A mayor tolerancia social ante el consumo de drogas mayor riesgo de estar involucrado en el uso de estas.

6 : Al asociarse con pares usuarios mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de drogas.

7 : A mayor percepción de disponibilidad de drogas mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de estas.

8 : A menor percepción de riesgo ante el consumo de drogas mayor riesgo de estar involucrado en el uso de estas.

9 : A mayor ideación suicida mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de drogas.

10: El tener depresión será un factor de riesgo para estar involucrado en el consumo de drogas.

5. DEFINICION DE VARIABLES:

CONSUMO DE DROGAS: "Acto de ingerir, fumar, masticar o inhalar cualquier farmaco con fines somniferos, de estimulaciones o alucinación, que eventualmente pueden generar adicción o dependencia" (Nohmand. 1990. p. 58).

Una vez definido el termino fundamental del tema que nos ocupa, es importante mencionar que se procederá a realizar comparaciones del consumo de drogas con otras variables más adelante. Para esto se ha considerado la necesidad de clasificar a los consumidores de las diversas sustancias, no obstante en la literatura se observa que dicha comparación no ha sido estandarizada como también ocurre en los consumidores de alcohol.

Para estas fechas en nuestro país ya existen diferentes estudios (Castro, 1987a; Secretaría de Salud, 1990; Medina-Mora, tapia, López y Juárez, 1990; Ortiz Rodríguez, Romero, Pérez-Galan, Gonzalez y Unkel 1992), en los que se emplean diferentes clasificaciones entre las que figuran:

- a) No usuarios vs experimental vs usuarios,
- b) No usuarios vs experimental vs leve vs moderado vs alto,
- c) Indice de consumo de drogas,
- d) No usuarios vs usuarios,
- e) No usuarios vs monousuarios vs poliusuarios.

Cada una de estas clasificaciones se basan en dos dimensiones importantes del uso de drogas a) la cantidad de consumo en días, y b) la frecuencia del número de veces que el sujeto a consumido la droga. Las preguntas que evalúan estas dimensiones se dirigen a conocer si el sujeto tuvo o no consumo alguna vez, en el último año, en el último mes y cuando corresponda el número de días que se consumió la droga en el último mes. En algunas investigaciones (Secretaría de Salud, 1990) también se pregunta el número de veces que se ha consumido droga.

En las 2 primeras clasificaciones (Ortiz y Cols., 1992; Secretaría de salud 1990) el usuario experimental se define como aquél que ha consumido droga menos de 6 ocasiones en su vida. Específicamente Ortiz y Cols. (1992), definen al usuario leve como al que quien "ha consumido la droga entre 6 o 10 días en el último mes" y el alto quien "ha consumido la droga más de 10 días en el último mes".

Estos indicadores se pueden desarrollar droga por droga o para todas en conjunto. Es decir, un sujeto puede haber consumido 3 drogas en diferentes ocasiones de su vida, y tendrá una clasificación para cada droga según su consumo en el primer de los casos, o bien se clasificará conforme a la droga de mayor consumo.

En el presente estudio se utilizarán 3 clasificaciones propuestas por Medina-Mora, M. E. (1993) con el fin de detectar el nivel de riesgo y protección ante el consumo de drogas en cada grupo.

a) No Usuarios vs usuarios experimentales (consumo menor a 5 ocasiones).

b) No Usuarios vs Usuarios (consumo más de 5 ocasiones).

c) Monousuarios (consumo de una sola droga) vs Poliusuarios (más de una droga)

Cabe aclarar que todas estas clasificaciones excluyen el tabaco y el alcohol y que las drogas son consideradas como todas aquellas sustancias que modifican la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

Para esta investigación se considerará la siguiente clasificación:

a) Drogas Médicas: También conocidas como drogas "blandas" cuyo uso específico es restablecer al individuo de algún padecimiento y son legalmente consumidas sólo bajo prescripción médica; el consumo sin prescripción médica, sólo se considera cuando se trata estos tipos de droga y se refiere al uso de estas sin receta médica o en mayor cantidad o tiempo a lo recetado por el médico o por motivos diferentes a los prescritos.

Para saber si el estudiante ha consumido drogas médicas, se le pide que marque las drogas: Anfetaminas, tranquilizantes, opio, sedantes y otros opiáceos, bajo este tipo de condiciones.

También se pide al estudiante que mencione el nombre comercial o la sal de la sustancia médica consumida.

b) Drogas no médicas: También conocidas como drogas "duras" se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el sistema nervioso central.

Este grupo incluye las siguientes drogas: marihuana, cocaína, cocaína crack, inhalables, heroína y alucinógenos.

Para conocer el tipo de droga que los estudiantes han consumido se les pide que indiquen el nombre que le dan a la sustancia con efectos psicotrópicos que corresponda al tipo de droga que se investiga, este

nombre puede ser popular como *nota* o *chamo*, así como comercial por ejemplo, Resistol 500.

Las variables que serán consideradas para comparar el nivel de riesgo y protección asociado al consumo de drogas son las siguientes:

Variables Sociodemográficas:

Genero: Se pide al estudiante que indique el género al que este pertenece, ya sea femenino o masculino para saber de que manera influye el ser hombre o mujer en el consumo de drogas.

Edad: Se toma en cuenta la edad con que cuenta el estudiante el día de la aplicación del cuestionario, ya que se busca conocer de que manera influye la edad en el consumo de drogas.

Tiempo Dedicado Al Estudio Durante El Año Anterior: Se le pregunta al estudiante si durante el año anterior a la encuesta fué estudiante de tiempo completo, medio tiempo o no lo fué, para conocer el nivel de riesgo que esto implica en el uso de drogas.

Tiempo Dedicado Al Trabajo Durante El Año Anterior: Se le pregunta al estudiante si durante al año anterior a la encuesta, no trabajó, trabajó medio tiempo o tiempo completo para saber el nivel de riesgo que representa el tiempo dedicado al trabajo para consumir drogas.

Lugar En Que Ha Vivido La Mayor Parte De Su Vida: Es el concepto que tiene el estudiante respecto a que tan grande considera que sea el lugar donde ha vivido la mayor parte de su vida. Para tener conocimiento en donde ha vivido la mayor parte de su vida se le pide a éste que mencione que tan grande es o era el lugar, proporcionandole diversas opciones mediante las cuáles él podrá escoger aquélla que se apeque más a él. Todo esto tiene como fin principal saber el nivel de riesgo que implica vivir en una zona urbana o rural sobre el consumo de drogas.

Variables Contextuales Y Socioculturales:

Tolerancia Social Ante El Uso De Drogas: Esta variable será medida a través de una serie de preguntas que cuestionan al estudiante respecto a cómo considera que sería visto por sus amigos si él consumiera cigarros, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas o alcohol en diferentes cantidades y con diversa frecuencia, a lo que él responderá a las siguientes opciones : Lo verían bien, ni bien ni mal y lo verían muy mal.

Asociación Con Pares Usuarios: Se refiere a la proporción de amigos consumidores de las diferentes drogas (ninguno, algunos o la mayoría), con los que se encuentra relacionado el sujeto.

Percepción de Disponibilidad: Se refiere a la facilidad que el estudiante, considera tener para conseguir marihuana, cocaína o heroína y para saber el grado de percepción de disponibilidad con que cuenta el estudiante, se le pregunta que tan fácil o difícil sería para él conseguir las diferentes drogas en caso de que así lo deseara presentándole opciones como: Sería imposible, fácil y muy fácil.

Variables Individuales O Intrapersonales:

Percepción de Riesgo: Es el grado de riesgo para la salud que representa para un sujeto el consumo de cada una de la drogas.

Para conocer cual es la percepción de riesgo, dentro del cuestionario hay una sección que será descrita con mayor detalle en la descripción del instrumento en donde se le pregunta al estudiante qué tan peligroso para la salud considera que sería para la gente usar cigarros, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas o alcohol en diferentes cantidades y frecuencia.

Depresión: Se le pide al sujeto que responda de manera afirmativa o negativa a 19 reactivos que presentan síntomas depresivos durante 5 a 7 días en el mes anterior a la encuesta.

Ideación Suicida: Se le pide al estudiante que responda a cuatro reactivos en los que se reporta haber pensado en quitarse la vida de 5 a 7 días en el mes anterior a la encuesta, con opciones de respuesta afirmativa o negativa.

4.5 DISEÑO DE INVESTIGACION:

La muestra fue seleccionada partiendo de las siguientes variables:

A través de una estudio bietápico: La primera unidad de selección fueron las escuelas y en la segunda los grupos escolares dentro de las escuelas seleccionadas.

La muestra de alumnos fue autoponderada a efecto de facilitar la estrategia de estimación así como el procesamiento de datos.

Inicialmente se estimó un tamaño de muestra de 165 grupos escolares de educación normalista distribuidos en todo el país; la precisión para estimar porcentajes en estudiantes normalistas contempló errores considerables para prevalencias de variables poco frecuentes como son consumo de drogas, debido a que la amplitud de los intervalos de confianza es pequeña.

Debido a que en algunos estados el número de alumnos por grupo fue menor al estimado (24), la muestra para esta investigación fue de 2207 estudiantes normalistas que fueron encuestados en los 32 estados de la República Mexicana y que representan a los estudiantes normalistas matriculados que asisten a clases.

PARAMETROS MUESTRALES:

Prevalencia Estimada. 1.0 %
(ver procedimiento)

TAMAÑO DE MUESTRA ESTIMADA:

Grupos. 165

Muestra Seleccionada. 2207

7. POBLACION:

SUJETOS:

La población de esta investigación es de 2207 estudiantes de educación normal, que estudian en escuelas con reconocimiento oficial del país; en base a estos parámetros se obtuvieron muestras en los 32 Estados de la República Mexicana.

El 28% pertenecen al sexo masculino y el 72% al sexo femenino.

Respecto a la edad de los estudiantes, el 14.54% informó contar con menos de 17 años, el 34.66% entre 18 y 19 años, un 25.92% entre 20 y 21 años y el 20.84% 22 años o más.

El porcentaje faltante pertenece a aquéllos que no respondieron a estos datos.

MUESTREO:

La muestra fue seleccionada conforme a los registros de la Secretaría De Educación Pública, sobre estudiantes normalistas que acuden a la escuela con reconocimiento oficial del país.

Se utilizó un marco de muestreo (M.M.) de los registros oficiales de la Secretaría De Educación Pública, correspondientes al ciclo escolar 1991 - 1992.

El Marco de Muestreo fue objeto de validación intensiva, con la finalidad de que la información utilizada fuera de la mejor calidad posible, minimizando así cualquier probable inconsistencia de registro y cobertura de las unidades muestrales.

TIPO DE ESTUDIO:

Este estudio es de tipo exploratorio de campo, a través del cual se busca encontrar relación entre diferentes variables.

ESCENARIO:

El aula correspondiente a cada escuela seleccionada.

B. INSTRUMENTO:

a) Alcances y Limitaciones de las Encuestas:

Para lograr obtener una visión lo suficientemente aproximada de un problema a través de las encuestas es necesario que estas cuenten con ciertos controles de calidad adecuados, mismos que se deben de considerar tanto en los datos obtenidos como en la interpretación, estos, se basan en el conocimiento de los siguientes aspectos: el marco conceptual que subyace al estudio, la población que se estudia, la validez de los instrumentos utilizados, la consistencia de la respuesta, etc.

Siempre que se estudia el uso de drogas en la población estudiantil, es importante tener en mente los siguientes aspectos: 1) grado de representatividad de población joven en la población estudiantil, 2) diferenciación entre la población que asiste a la escuela con la que no lo hace, 3) Expectativas respecto al los datos de uso de drogas, 4) tipo de información que proporciona y 5) La manera en la que se compara la información obtenida con la de otros estudios (Medina-Mora y col, 1992).

Un dato que debemos tomar en cuenta al trabajar con la población estudiantil, es que el uso de drogas dentro esta, es menor que en la población de aquellos que no estudian (Smarts y liban, C 1980, Smart, Medina-Mora, Terroba y Varma, 1981); ya que el no asistir regularmente a la escuela es un factor de riesgo importante para el uso de drogas (Medina-Mora, Ortiz, Caudillo y López, 1982); entre los estudiantes de enseñanza media y media superior, aquéllos que abandonan temporalmente sus estudios, los que no son estudiantes de tiempo completo y aquéllos que tienden a faltar a la escuela, presentan mayores índices de consumo, (Castro y Valencia 1980).

Debido a estos factores se debe tener en cuenta que los estudiantes constituyen un grupo protegido de la población entre los que se puede esperar menores cifras de consumo, principalmente se considera que los cuestionarios son contestados por aquéllos estudiantes que se encuentran presentes el día de la aplicación. Sin embargo, puesto que en muchos casos, el consumo se inicia mientras los jóvenes están estudiando (Secretaría de Salud, 1990), que los planteles escolares se diferencian en términos del grado de involucración de sus estudiantes con el uso de drogas (Castro, Rojas y De La Serna, 1987); y que este consumo es un factor de riesgo para la deserción escolar (Smart, Medina-Mora, Terroba y Varma, 1981; Medina-Mora, Ortiz, Caudillo y López, 1982); es importante conocer lo que sucede en la escuela, a fin de orientar los programas de prevención.

Así, los estudios en población estudiantil permiten responder a preguntas básicas sobre:

- a) La extensión, magnitud y tendencias del problema, de las drogas que se están utilizando, los grupos de la población más afectados, las consecuencias de uso, etc.
- b) La asociación entre uso de drogas y factores sociales como: la percepción de riesgo, tolerancia social, percepción de consumo de drogas entre amigos, que implica usar diferentes tipos de drogas, de las consecuencias del consumo en la población escolar, en la comunidad. De importante interés en este estudio.
- c) La asociación que tiene este problema con factores internos del individuo como; percepción de riesgo a la salud, la autoestima, los problemas emocionales, etc.

Además tiene la ventaja de que abordan un universo conocido, estudiantes matriculados que puede abordarse en su medio escolar, resulta relativamente sencillo seleccionar muestras no sesgadas, y su aplicación es rápida y económica en comparación con otras aproximaciones.

La validez de la información obtenida es alta debido a que:

- a) Los estudiantes están familiarizados con responder cuestionarios.
- b) Su aplicación es anónima, ya que no anotan ni su nombre ni el de la escuela, y si además se les transmite el mensaje de que nunca podrán ser identificados, la veracidad interna de las respuestas es muy satisfactoria. Al hacer la comparación de autoreporte anónimo en el contexto de un grupo escolar, con la entrevista directa en estudios de hogares, se encuentra que los estudios de escuelas dan mejor información en término de número de jóvenes que reportan usar o haber usado diferentes tipos de drogas (Medina-Mora, Castro Y Terroba, 1979).

MATERIAL:**b) Antecedentes del Instrumento:**

El instrumento que se utilizó en el proyecto "Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en estudiantes Normalistas", tiene como punto de partida de partida el cuestionario realizado por la O.M.S., con el objetivo de elaborar un instrumento de autoreporte, que pueda ser llenado por el mismo estudiante, que permita desarrollar una metodología operacional para ser usado en diferentes países, que através de él se pueda evaluar el uso de drogas entre la gente joven con indicadores comparativos, es decir que cuente con una serie de reactivos básicos estandarizados, y que por último permita conocer la Epidemiología de la Farmacodependencia (castro y cols, 1987).

Se penso en este cuestionario (auto-reporte) para los estudiantes , debido que el abarcar a la población estudiantil presenta ventajas prácticas para la información y para los diseños de muestra, ya que se trata de una población cautiva y se puede aplicar el cuestionario de forma grupal.

Para la primera versión de este cuestionario colaboraron los siguientes países : Canadá, India, Malasia, México, Nigeria y Estados Unidos.

Cada país recolectó una muestra de 300 estudiantes de ambos sexos y de diferentes ambientes; la aplicación fue totalmente anónima , con excepción de la prueba Test-Retest, donde se siguieron diferentes métodos para localizar al estudiantes; por ejemplo, en México se escribió el número de lista del estudiante donde se anotaba el folio del cuestionario, de tal manera que el estudiante no viera amenazada su confidencialidad. (Castro, 1987).

A partir de ese primer cuestionario se han ido incluyendo distintas secciones de acuerdo a las necesidades de cada investigación, hasta llegar al instrumento que se utilizó en el proyecto, hasta llegar al instrumento que se utilizó el proyecto cuyos datos se utilizan en esta tesis serán descritos posteriormente en características del instrumento.

PAÍS	TAMARO DE LA MUESTRA	DISEÑO DE MUESTRA Y COBERTURA	SECCIONES DEL INSTRUMENTO	NUMERO DE PUBLICACIONES
1976	9,900	Cobertura Nacional,	SECCION DE DROGAS	6

ANO	TAMANO DE LA MUESTRA	DISEÑO DE MUESTRA Y COBERTURA	SECCIONES DEL INSTRUMENTO	NUMERO DE PUBLICACIONES
1977	447	Estudio piloto, muestreo aleatorio, nivel rural, urbano y niveles socio-económicos medio-alto y bajo.	SECCION DE DROGAS (Organización Mundial de la Salud)	2
1978	3,408	Cobertura D.F. y zona metropolitana. Estratificado por conglomerados y aleatorio simple.	SECCION DE DROGAS Problemas asociados Disponibilidad	4
1978	805	Cobertura Zona sub-urbana del sur del D.F., Bietapico, estratificado por conglomerados y Aleatorio Simple.	SECCION DE DROGAS Problemas asociados Disponibilidad	3
1979	483	Cobertura Enseñanza media y media superior de Morelos.	SECCION DE DROGAS Problemas asociados Disponibilidad	1
1980	4,058	Cobertura D.F. y Zona Metropolitana, bietapico, Estratificado por conglomerados y aleatorio simple.	SECCION DROGAS Percepción del medio ambiente social. Escala de calidad de vida, Escala de manejo de la realidad	4
1980	1,793	Cobertura: alumnos UNAM bietapico, por conglomerados de 100 alumnos, aleatorio simple.	SECCION DROGAS Escala de percepción del Medio Ambiente Social. Escala de calidad de vida. Escala de manejo de la realidad.	1
1981	223	Cobertura: Submuestra de la muestra de 1980 para el D.F. y Zona Metropolitana. de 1980.	SECCION DE DROGAS Escala de percepción del Medio Ambiente Social. Escala de calidad de vida. Escala de manejo de la realidad.	1
1982	821	Sub-muestra de la muestra del D.F. y Zona Metropolitana de 1980.	SECCION DROGAS Problemas Asociados Disponibilidad Escala de Riesgo	1

AÑO	TAMANO DE LA MUESTRA	DISEÑO DE MUESTRA Y COBERTURA	SECCIONES DEL INSTRUMENTO	NUMERO DE PUBLICACIONES
1985	778	Coberturas: Muestra de los Colegios de Bachilleres de D.F. Bistápico Aleatorio simple.	SECCION DROGAS Problemas asociados Disponibilidad Técnica Nominativa, Escala de Delincuencia	1
1986	9,967	Cobertura Nacional, Bistapico Regionalizado Estratificado por conglomerados y Aleatorio simple.	SECCION DROGAS Problemas asociados Disponibilidad Técnica Nominativa, Escala de Delincuencia	4
1989	3,600	Coberturas: Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior de D.F. y Zona Conurbada.	SECCION DE DROGAS Problemas asociados, Disponibilidad, Escala de delincuencia, Percepción de riesgo, Actitud frente al fenómeno de las drogas Escala de depresión.	1

Estudios Sobre Validez y Confiabilidad del Instrumento.

Este instrumento a sido probado en su validez y confiabilidad en el estudio piloto llevado a cabo en 1977, a nivel rural y urbano con población de niveles socio-económicos medio, alto y bajo por la Organización Mundial de la Salud, su desempeño en las diferentes poblaciones como el Distrito Federal en sus diversas zonas, así como a nivel nacional y con diferentes poblaciones escolares desde 1977 hasta estudios previos (Medina Mora y Cols, 1981; Castro y Cols, 1987), permiten conocer a qué pruebas de confiabilidad y validez ha sido expuesto:

1) Estimación De La Baja-respuesta: Comúnmente al realizar una investigación a base de encuestas, sobre todo si se trata de drogas, se corre el riesgo de que los estudiantes que las consumen, no lo reporten (Castro, 1987).

No obstante, existen algunos diseños metodológicos que permiten analizar la tasa de la baja-respuesta, como en el estudio de seguimiento realizado en México en 1981, (Castro, 1987), en que se aplicó dos veces el mismo cuestionario con la misma población, logrando así estimar la proporción de estudiantes que fueron "inconsistentes" en sus respuestas; el porcentaje alcanzado fue de 3.9% en el uso de cualquier tipo de droga, al compararlo con los intervalos de confianza se comprobó que el cuestionario auto-

aplicable presenta cifras prevalencia subestimadas, pero esta subestimación no es muy significativa.

3

2) Consistencia De Las Respuestas: Esta fue comprobada mediante dos procedimientos.

a) Por medio de dos aplicaciones a la misma muestra (test-retest). En la cual se encontró que en las preguntas aplicadas a una población de 335 estudiantes, las respuestas referentes al consumo "alguna vez en la vida" variaron entre la primera y la segunda aplicación 1% en la mayoría de las drogas, sin incluir los tranquilizantes en los cuales se observó un aumento del 3% (Medina Mora y Cols, 1981).

Considerando que las respuestas pueden ser consistentes, debido a que las diferencias no son significativas y entran dentro de los límites de confianza de las muestras.

b) A través de la consistencia interna. Este tipo de cuestionario permite obtener información sobre el uso de drogas en sus diferentes secciones, permitiendo conocer el grado de incongruencia en la respuestas y eliminar esos cuestionarios.

El índice de incongruencia encontrado nunca ha sido mayor al 10%, incluyendo en este porcentaje a todos aquellos cuestionarios no aplicados por diversas causas ajenas. Esto nos habla de una buena consistencia interna.

3) Preguntas En Blanco: No debemos olvidar un aspecto muy importante como es que resulta muy común no responder a algunas preguntas en un cuestionario auto-aplicado.

Al comparar la primera y la segunda aplicación del estudio piloto, se encontró que la mayoría de las preguntas no contestadas eran aquellas referentes al uso de drogas (de 16.3% a 21.4%), así como las preguntas de los datos sociodemográficos (de 7% a 8.9%). A raíz de este alto porcentaje de preguntas en blanco, se optó por cambiar el formato y procedimiento de aplicación del cuestionario. Esto permitió que en la investigación nacional de 1986, la tasa de respuestas en blanco disminuyera considerablemente, por ejemplo en las preguntas relacionadas con el consumo de drogas, el porcentaje de preguntas en blanco fluctuó entre 1.1% a 6.9% (Castro 1987).

Castro (1987), menciona que el hecho de que las respuestas en blanco, sea un fenómeno que aparece en todo el cuestionario, puede hablar de un "estilo" o "manera de comportarse de los estudiantes mexicanos frente a la petición de llenar un cuestionario".

4) Grado De Confianza Del Estudiante Para Reportar Su Consumo De Drogas: La O.M.S. en participación con siete países entre ellos

México, en el estudio realizado en 1977, agregaron dos preguntas al cuestionario para medir el grado de confianza que tiene el estudiante para reportar su consumo de drogas (particularmente de marihuana y heroína). Observándose tanto en este estudio como en la muestra de 1986, que existe un porcentaje más elevado de sujetos que sí sentían confianza de reportar su consumo.

5) Respuestas Al Cuestionario Comparando Consumidores De Alto Grado Y Consumidores Leves: En el estudio piloto se tomó una muestra de 47 estudiantes con un alto grado de consumo, los cuales contaban con las características siguientes: todos tenían entre 14 y 18 años, eran de ambos sexos, de nivel socioeconómico bajo y con 3 a 5 años de estudio.

Por otro lado, el instrumento fue aplicado a otro grupo de estudiantes con un bajo consumo de drogas y con característica sociodemográficas similares al primer grupo, encontrando los resultados esperados, ya que el grupo de consumidores declaró un mayor uso de drogas que el grupo de consumidores moderados (Medina Mora, 1981).

6) Influencia y Deseabilidad Social en el auto-reporte de consumo: La deseabilidad social es definida como la necesidad que tiene un individuo de ser aceptado socialmente, esto es de dar una imagen "adecuada" basada en lo que la mayoría de la gente espera, este fenómeno siempre estará presente en las entrevistas, escalas y cuestionarios; el individuo responderá de acuerdo a lo que se imagina que es adecuado y no necesariamente congruente con su propia realidad (Castro, 1987).

Por esta causa fue incluida una escala que midiera la deseabilidad social, en la muestra nacional de 1976, misma en la que se realizó una comparación entre consumidores y no consumidores y la influencia que ejercía en ellos la deseabilidad social. En los análisis estadísticos no se encontraron diferencias significativas entre estos grupos, pero las medias de los consumidores tendieron a ser más bajas.

En general el instrumento cuenta con un grado de confiabilidad aceptable respecto a la comprensión del lenguaje utilizado y estructura funcional del mismo, así como validez del auto-reporte. Aunque es cierto que existen limitaciones como el índice de baja respuesta, las preguntas en blanco o la información que se obtiene a diferencia de lo que podría dar una entrevista.

Sin embargo el auto reporte permite obtener un diagnóstico epidemiológico rápido y preciso de la población, permite estandarizar y sistematizar los datos, además se pueden obtener datos importantes con recursos económicos no tan elevados, por último de la posibilidad de realizar mediciones periódicas a través de las cuales se pueden realizar medidas preventivas que realmente sean eficientes así como ir observando que camino sigue el consumo de drogas.

c) Características del Instrumento:

El instrumento utilizado es un cuestionario auto-aplicado de opción múltiple, con preguntas cerradas precodificadas y anónimas.

Fue estandarizado, con una duración promedio de 40 minutos de aplicación.

Para este estudio se agregaron preguntas para cubrir con el objetivo adicional de estudiar factores de riesgo y protección que orientarán los programas de prevención.

Este instrumento estudia diversos aspectos de la personalidad del sujeto.

Sin embargo para esta investigación solo se tomarán aquellos datos que permitan conocer la percepción de riesgo, disponibilidad percibida, tolerancia social, percepción de consumo de drogas entre amigos, lugar donde han vivido la mayor parte de su vida, sexo, genero, tiempo dedicado al estudio y tiempo dedicado al trabajo, asociado al consumo de drogas, dentro de la población de estudiantes normalistas de todo el país.

Los datos serán tomados de los siguientes apartados del cuestionario:

1) Datos Sociodemográficos:

Contiene 5 preguntas sobre género, edad, año que cursa actualmente, si fue estudiante de tiempo completo o no y si trabajó durante el año anterior a la encuesta.

2) Sección De Consumo De Drogas:

Considera las 12 drogas siguientes: Tabaco, marihuana, cocaína, cocaína "crack", alucinógenos, inhalables, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína y otros opiáceos.

En cada droga se pregunta el uso, alguna vez en la vida y en los últimos 30 días, número de veces que ha consumido la droga y hace cuanto tiempo que la uso por primera vez (incidencia).

En todas las drogas (menos en tabaco, marihuana y cocaína "crack") se le pide al estudiante que de el nombre específico de la droga que

consumió, esto es dar el nombre comercial de la droga como Valium, Diacepan si se trata de un tranquilizante.

También se incluyen preguntas referentes a la edad en que se consumió la droga por primera vez, veces en las que se usó la droga, cuando fue la primera que se usó, en que lugar se obtuvo y quien fue la primera persona que se la vendió u ofreció.

Incluye dos preguntas sobre el uso de otras drogas que no hayan sido mencionadas y 2 preguntas para investigar la veracidad del auto-reporte.

3) Sección Que Investiga El Grado De Disponibilidad Percibida a La Drogas Por Estudiantes:

Contiene 3 reactivos que investigan acerca de la percepción que tengan acerca de la percepción que tiene el estudiante sobre la disponibilidad de marihuana, cocaína y/o heroína, con las opciones de sería imposible para mí conseguirla, sería muy difícil conseguirla, sería difícil conseguirla, sería fácil conseguirla y no se que es (marihuana cocaína y heroína)

4) Sección Que Investiga La Percepción De Riesgo a La Salud Ante El Consumo De Drogas:

Está constituida por 14 reactivos que tienen como objetivo saber que tan peligrosos considera el estudiante que sea para la salud el que la gente consuma cigarros, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas y bebidas alcohólicas en diferentes cantidades y frecuencia, con las opciones de: No es muy peligroso, es peligroso y es muy peligroso.

5) Sección Que Investiga Tolerancia Social Ante El Consumo De Drogas:

Este apartado cuenta con una escala constituida por 16 reactivos que preguntan al estudiante cómo es que verían sus amigos si él consumiera cigarros, marihuana, cocaína, cocaína "crack", heroína, anfetaminas y bebidas alcohólicas, en diferentes cantidades y frecuencia con las opciones de: Lo verían bien, ni bien ni mal y lo verían muy mal.

6) Sección Que Investiga La Asociación Con Pares Usuarios:

Esta constituida por 10 reactivos que preguntan al estudiante cuantos de sus amigos consumen marihuana, cocaína, cocaína "crack", heroína

anfetaminas, tranquilizantes, bebidas alcohólicas y cigarros de tabaco, con las opciones de ninguna, algunos y la mayoría.

7) Sección De Síntomas De Depresión:

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

En la Ciudad de México, se aplicó el CESD-A, versión adaptada por Roberts (1987) para adolescentes a una muestra de 873 estudiantes de enseñanza media y media superior (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Fortaleza 1993). Los resultados de esta aplicación indican que esta escala presenta un alto nivel de confiabilidad (Alfa .88) y una estructura factorial bien definida que indica la existencia de 3 subescalas: "Afecto Negativo", "Síntomas Somaticos" y "Afecto Positivo". En este estudio, se establece un punto de corte para la escala basado en la media (17.8) y en la desviación estandar (9.1) obtenidos.

8) Sección De Ideación Suicida:

Se evalúa por medio de una escala de cuatro reactivos: "no podía seguir adelante", "tenía pensamientos de muerte", "sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto" y "pensé en matarme". Estos reactivos forman parte de la versión de la Cédula del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD (Randloff, 1977), en su versión para adolescentes, adaptada por Roberts (1980) y probada en estudiantes mexicanos (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Fortaleza 1993).

9) Sección De Información General Del Estudiante:

Contiene 8 preguntas referentes al entorno en el que se ha desarrollado el estudiante, tales como:

a) escolaridad del jefe de familia con las opciones de respuesta: No sabe leer ni escribir; sabe leer y escribir pero nunca ha ido a la

escuela; primaria incompleta, primaria completa; secundaria incompleta, secundaria completa; preparatoria, licenciatura en educación primaria (normalista o maestro), carrera universitaria y otros (especificar).

b) Lugar de nacimiento del estudiante.

c) Lugar de nacimiento de ambos padres.

d) Lugar donde ha vivido la mayor parte de su vida, con las opciones: Una gran urbe, Una ciudad mediana, una ciudad pequeña, un poblado y una ranchería.

e) Si tiene algún pariente que haya emigrado hacia los Estados Unidos.

f) Número de personas con las que vive.

g) Condiciones de la vivienda en la que habita como son: de qué material está hecha la mayor parte de los pisos; si dispone de agua en la casa o vivienda; si esta cuenta con drenaje y número de cuartos que hay en su casa sin contar la cocina, el baño ni los pasillos.

9. PROCEDIMIENTO:

Con el fin de lograr una muestra autoponderada se siguieron los siguientes pasos:

I) Determinar intervalos de selección uniforme en el dominio de interés (escuelas normalistas tanto públicas como privadas).

II) Agrupar las escuelas por estrato en cada entidad que divide la República Mexicana.

III) Realizar el acumulado de grupos para las escuelas que integran este dominio de estudio (estudiantes normalistas), dentro de cada entidad, para obtener así la suma global de grupos.

IV) Llevar a cabo una selección de escuelas de acuerdo con el intervalo de selección calculado.

V) Buscar el arranque aleatorio en una tabla de números y el intervalo de selección calculado.

VI) La muestra de escuelas para encuestar fue de aquéllas que en el listado "ordenado" en su acumulado de grupos de acuerdo con el Marco de Muestreo (M.M.) estaba contenido en el arranque aleatorio o en este y la adición subsecuente del intervalo de selección.

Para seleccionar los grupos se tomó un número menor o igual número de grupos según el M.M. para la escuela de interés; esta cifra pasó a formar el intervalo de selección para obtener una muestra sistemática y cubrir posibles crecimientos o inconsistencias en los datos del M.M.

En cada escuela con cada muestra se utilizó un formato denominado "Hoja de Selección" para anotar los grupos existentes al momento de la visita.

Al seguir este proceso de selección sistemática correspondiente del grupo, se asegura la selección no sesgada.

La hoja de selección fue firmada y sellada por la escuela seleccionada a fin de asegurar que la selección de grupos y aplicación de cuestionarios se llevara a cabo de la manera más adecuada.

Para la aplicación de la encuesta se utilizó una técnica de auto-reporte mediante un cuestionario autoaplicado en forma colectiva dentro del aula de la escuela correspondiente, ya que este instrumento pierde validez si es aplicado de manera individual.

El tiempo promedio de la aplicación fue de 40 minutos.

Se les explicó a los estudiantes que se estaba realizando una encuesta sobre el consumo de drogas y que su participación era importante, así mismo se les dijo que era totalmente anónimo y no habría forma de identificarlos.

Se procuró sumo cuidado al recoger los cuestionarios, de tal forma que se logró saber el número de cuestionarios aplicados, el nombre de la escuela y grupo al que pertenecen.

10. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS:

Para determinar los niveles de significancia en la asociación de las variables.

Primero se llevó a cabo un análisis descriptivo considerando lo siguiente:

1.- Prevalencia general de consumo de drogas dentro de la población de estudiantes normalistas.

2.-El nivel de hábitos de consumo y variaciones por grupo sociodemográfico, a través de las frecuencias y porcentajes de las distintas variables para observar su comportamiento.

3. Observar las variaciones de tolerancia social, asociación con pares usuarios, percepción de disponibilidad, percepción de riesgo, depresión e ideación suicida.

En la prueba de las hipótesis planteadas se harán los siguientes procedimientos estadísticos.

I.- La prueba de Chi Cuadrada fue utilizada para:

Conocer la distribución de no usuarios, usuarios experimentales, usuarios de más de 5 ocasiones, poliusuarios y monousuarios, de acuerdo a las siguientes clasificaciones:

- a) Género.
- b) Tiempo dedicado al estudio.
- c) Tiempo dedicado al trabajo.
- d) Tolerancia social.
- e) Asociación con pares usuarios.
- f) Percepción de disponibilidad.
- g) Depresión.
- h) Ideación suicida.

II.- La prueba T de Student será utilizada para:

Conocer el porcentaje de no usuarios, usuarios experimentales, usuarios de más de 5 ocasiones de acuerdo a las siguientes clasificaciones:

- a) Edad.
- b) Percepción de riesgo.

Cabe aclarar que los porcentajes presentados en los cuadros descriptivos se obtuvieron por renglón.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

III.- Un Análisis multivariado de regresión logística para:

Saber que variables producen un mayor riesgo o protegen el tipo de hábito de consumo de drogas, de acuerdo a las siguientes clasificaciones:

No Usuarios vs Usuarios Experimentales.

No Usuarios vs Usuarios

Monousuarios vs Poliusuarios.

Este tipo de análisis permite determinar la influencia de cada variable sobre el tipo de variable dependiente con dos niveles, una vez que las otras variables han sido controladas.

Además de las características anteriores, este análisis permite conocer el tipo de riesgo particular de cada predictor (Variables Sociodemográficas, tolerancia social, percepción de riesgo, ideación

III. RESULTADOS:

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

La muestra total de estudiantes normalistas encuestados esta constituida de un total de 2027 alumnos.

La proporción de estudiantes por género es muy contrastante ya que el 24.4% son hombres (536) y el 73.6% son mujeres (1491), debido a que generalmente son mujeres las que estudian esta carrera; el mayor número de normalistas tienen entre 18 y 19 años (34.62%). Alrededor de una cuarta parte están entre 20 y 21 años y la cifra inferior es de aquéllos que tienen menos de 17 años. Durante el año anterior a la encuesta un 7.29% no fue estudiante de tiempo completo y alrededor de 30% trabajó en este periodo medio tiempo o tiempo completo.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS (N= 2027)

GENERO	%
MASCULINO	26.4
FEMENINO	73.6
EDAD	%
17 AÑOS O MENOS	14.54
18 Y 19	34.62
20 Y 21	25.92
22 O MAS	20.84
DURANTE EL AÑO ANTERIOR	%
NO FUE ESTUDIANTE	7.29
ESTUDIANTE MEDIO TIEMPO	31.99
ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO	60.26
DURANTE EL AÑO ANTERIOR	%
NO TRABAJO	68.87
TRABAJO MEDIO TIEMPO	15.27
TRABAJO TIEMPO COMPLETO	14.77

La diferencia entre sexos se refleja también en el número de hombres y mujeres en cada rubro de edad, ya que es más alta la proporción de mujeres que la de hombres.

 CARACTERISTICAS POR SEXO Y EDAD

	HOMBRE %	MUJER %	TOTAL %
17 AÑOS O MENOS	4.21	10.24	14.54
18 Y 19	7.57	27.05	34.62
20 21	6.39	19.35	25.92
22 O MAS	7.39	13.37	20.84

Más del 70% de la muestra reportó que la mayor parte de su vida ha vivido en una zona urbana y la parte restante en una zona rural.

 LUGAR DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA

	%
RURAL	29.0
URBANA	71.0

2. PREVALENCIA GENERAL DE USO DE DROGAS:

Se encontró que el 7.9% del total de la muestra ha consumido alguna vez en su vida una droga, sin incluir alcohol y tabaco; el 4.3% lo hizo el año anterior a la encuesta y el 2% en el mes anterior.

Del total de la muestra el 7.9% fueron usuarios experimentales y el 2.5% han consumido droga más de 5 ocasiones.

Dentro del grupo de aquéllos que han consumido drogas el 76.7% ha usado una sola droga y el 23.3% lo ha hecho con más de una.

Las drogas médicas son generalmente consumidas con mayor frecuencia por las mujeres (Castro y Cole, 1986a), por lo tanto es evidente que en nuestra población, principalmente formada por mujeres las drogas de mayor preferencia sean las médicas, en este caso las drogas más usadas fueron las anfetaminas (3.85% alguna vez, 1.68% el último año y 0.72% los últimos 30 días), seguidos por la marihuana, tranquilizantes e inhalables.

PREVALENCIA DE USO DE DROGAS

	USO ALGUNA VEZ %	USO ULTIMOS 12 MESES %	USO ULTIMOS 30 DIAS. %
MARIJUANA	2.31	0.45	0.23
COCAINA	0.41	0.14	0.09
CRACK	0.05	- - -	- - -
ANFETAMINAS	3.85	1.68	0.72
SEDANTES	1.27	0.82	0.50
ALUCINOGENOS	0.50	0.18	0.05
INHALABLES	1.54	0.59	0.32
TRANQUILIZANTES	2.76	1.22	0.54
HEROINA	- - -	- - -	- - -

2.1. PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR GENERO.

En el siguiente cuadro se confirma lo dicho anteriormente ya que como vemos los varones consumieron en mayor proporción que las mujeres, especialmente la marihuana que presenta un alto porcentaje de consumo en alguna vez en la vida, sufriendo un decremento interesante a partir de los 12 últimos meses anteriores a la encuesta, sin dejar de ser superior a las mujeres al igual que en los porcentajes de consumo de inhalables.

En el caso de las anfetaminas apesar de que ambos sexos tuvieron porcentajes muy similares, podemos observar que los hombres en alguna vez en la vida presentaron un mayor porcentaje, no obstante el sexo femenino alcanzó porcentajes mayores en los 12 últimos meses y los 30 últimos días antes de la aplicación, esto se traduce a que es probable que en las mujeres sea más frecuente el habito de consumo de esta droga. Con respecto al uso de los sedantes y de los tranquilizantes, las cifras entre las mujeres son mayores que las de los hombres, principalmente en el uso de estos últimos esto denota que el sexo femenino se ve más inclinado al consumo de drogas medicas.

	HOMBRES (n= 606)		USO ULTIMOS 30 DIAS %
	USO ALGUNA VEZ %	USO ULTIMOS 12 MESES %	
MARIHUANA	7.26	1.49	0.83
COCAINA	1.16	0.50	0.33
CRACK	---	---	---
ANFETAMINAS	3.96	1.49	0.66
SEDANTES	0.99	0.50	---
ALUCINOGENOS	1.32	0.33	0.17
INHALABLES	3.63	0.99	0.66
TRANQUILIZANTES	1.98	0.50	---
HEROINA	---	---	---

	MUJERES (n=1591)		
MARIHUANA	0.44	0.06	---
COCAINA	0.13	---	---
CRACK	0.06	---	---
ANFETAMINAS	3.83	1.76	0.75
SEDANTES	1.38	0.94	0.69
ALUCINOGENOS	0.19	0.13	---
INHALABLES	0.69	0.44	0.19
TRANQUILIZANTES	3.08	1.51	0.75
HEROINA	---	---	---

2.2 PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR EDAD

Se encontró que el número de estudiantes que consumieron marihuana, cocaína, alucinógenos e inhalables alguna vez en la vida es mayor entre los más grandes, es decir entre los que tienen 22 años o más. Las drogas más usadas las prefirieron los que tienen entre 18 y 21 años. Sin embargo en el caso de los 12 meses y 30 días anteriores a la encuesta los inhalables fueron únicamente consumidos por los menores de 22 años

PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR EDAD EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

	17 AÑOS O MENOS (n=321)	18 Y 19 AÑOS (n=764)	20 Y 21 AÑOS (n=572)	22 AÑOS O MÁS (n=460)
MARIJUANA	---	---	---	0.65
COCAÍNA	---	---	0.17	0.22
ANFETAMINAS	0.31	0.92	0.70	0.22
SEDANTES	0.31	0.65	0.87	0.65
ALUCINÓGENOS	---	---	---	0.22
INHALABLES	0.62	0.13	0.70	---
TRANQUILIZANTES	0.31	0.13	1.22	0.43
HEROÍNA	---	---	---	---

PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR EDAD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	17 AÑOS O MENOS (n=321)	18 Y 19 AÑOS (n=764)	20 Y 21 AÑOS (n=572)	22 AÑOS O MÁS (n=460)
MARIJUANA	---	---	0.52	0.87
COCAÍNA	---	---	0.17	0.43
ANFETAMINAS	1.87	1.83	1.57	0.87
SEDANTES	0.93	0.65	1.40	0.43
ALUCINÓGENOS	---	---	0.17	0.22
INHALABLES	0.93	0.65	0.87	---
TRANQUILIZANTES	0.93	0.65	2.45	0.87
HEROÍNA	---	---	---	---

PREVALENCIA DE USO DE DROGAS POR EDAD
USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA

	17 AÑOS O MENOS (n=321)	18 Y 19 AÑOS (n=764)	20 Y 21 AÑOS (n=572)	22 AÑOS O MAS (n=460)
MARIJUANA	0.93	0.65	2.97	5.00
COCAINA	0.31	0.13	0.35	1.09
CRACK	---	---	---	0.22
ANFETAMINAS	3.12	4.32	3.85	3.04
SEDANTES	0.93	1.18	1.92	0.87
ALUCINOGENOS	0.31	0.13	0.35	1.09
INHALABLES	1.25	1.57	1.75	1.74
TRANQUILIZANTES	1.25	1.57	5.42	2.83
HEROINA	---	---	---	---

2.3. NUMERO DE USUARIOS DE MAS DE UNA DROGA

El 7.52 del total de la muestra reportó haber utilizado solo una droga mientras que el 2.22 consumió más de una, la distribución por sexo y edad fue la siguiente.

	USO DE UNA DROGA %	USO DE MAS DE UNA DROGA %
HOMBRES		
17 AÑOS O MENOS	5.38	2.15
18 Y 19 AÑOS	6.59	1.80
20 Y 21 AÑOS	12.06	5.67
22 AÑOS O MAS	13.50	7.36
SUBTOTAL	9.57	4.46
MUJERES		
17 AÑOS O MENOS	4.42	1.77
18 Y 19 AÑOS	7.37	0.84
20 Y 21 AÑOS	7.73	2.34
22 AÑOS O MAS	5.76	0.68
SUBTOTAL	6.73	1.38
T O T A L	7.52	2.22

Nuevamente observamos que los hombres tiene un consumo más elevado que las mujeres, un dato interesante respecto al poliuso es que conforme aumenta la edad se eleva más el porcentaje de usuarios en el sexo masculino y en el caso de las mujeres sucede lo contrario, sin embargo podemos observar que entre los 20 y 21 años ocurre un incremento importante en ambos sexos.

En lo que se refiere a aquellos que solo han consumido una sola droga nos encontramos con que tanto en hombres como en mujeres se incrementa el porcentaje de usuarios conforme aumenta la edad hasta llegar a la edad entre 20 y 21 en donde nuevamente disminuye el porcentaje de usuarias femeninas y se incrementa el de hombres, apesar de existir algunas variaciones en los porcentajes, en lo que se refiere al genero y la edad en los monousuarios y en los poliusuarios podemos observar que conforme aumenta la edad aumenta la posibilidad de consumo de sustancias.

5.3. RELACION ENTRE USO DE DROGAS Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

3.1 GENERO:

Dentro de la muestra de estudiantes normalistas se encontró que el ser hombre, es un factor de riesgo para el consumo experimental, ya que al comparar los porcentajes de usuarios experimentales con no usuarios tomando encuesta el género, los hombres tuvieron una diferencia significativa de consumidores experimentales en comparación con las mujeres.

No obstante en el grupo de los usuarios (más de 5 ocasiones) no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

	FEMENINO %	MASCULINO %	Chi Cuadrada	Sig.
NO USUARIOS	73.8	26.2		
USUARIOS EXPERIMENTALES	58.8	41.2	N.U. VS EXP. 17.61546	.00003
USUARIOS	64.7	35.3	N.U vs U. 2.10715	.14661
MONOUSUARIOS	64.8	35.2		
POLIUSUARIOS	14.3	85.7	6.25049	.01221
N.U. (no usuarios)	EXP. (experimentales)	U. (usuarios)		

En el grupo de consumidores detectados en la encuesta se encontró que predominan los monousuarios (mono. 77.1% vs poli. 22.9%). Estas diferencias no sólo se dan de una manera significativa en el tipo de consumidores, sino también en el género en donde se encuentra un porcentaje más alto de monousuarios mujeres en comparación con los poliusuarios en donde son los hombres el porcentaje mayor.

Podemos concluir que el ser mujer puede ser un factor protector para experimentar con drogas, sin embargo una vez experimentando con estas ambos sexos tienen probabilidades similares de consumir más de 5 ocasiones.

También el ser mujer puede ser un factor protector para consumir más de una droga dentro de la población de estudiantes normalistas.

3.2. EDAD

Al comparar a los que nunca han consumido drogas con los que han experimentado con estas en las diferentes edades presentadas en la siguiente tabla no se encontraron diferencias significativas, sin embargo al comparar a los primeros con los usuarios activos se encontró un incremento significativo entre los 20 y 21 años.

	17 AÑOS O MENOS	18 Y 19 AÑOS	20 Y 21 AÑOS	22 AÑOS O MAS	Sig.
NO USUARIOS	16.4	36.4	26.2	21.1	
USUARIOS EXP.	10.9	32.7	31.5	24.8	N.U. vs EXP. .10796
USUARIOS	8.3	22.9	37.5	31.3	N.U. vs US. .03209
MONOUSUARIOS	9.4	34.4	31.3	25.0	
POLIUSUARIOS	13.0	17.4	39.1	30.4	.09557

N.U (NO USUARIOS) EXP. (USUARIOS EXPERIMENTALES)
US. (USUARIOS)

En el grupo de consumidores apesar de que el porcentaje aquéllos que consumen más de una droga se incrementa entre los 20 y 21 años cuando, es comparado con los que solo han usado una sola droga no presentaron diferencias significativas entre si.

Por lo tanto podemos concluir que el ser mayor de 19 años es un factor de riesgo para consumir droga más de 5 ocasiones.

3.3. TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO.

El tiempo dedicado al estudio puede ser un factor de riesgo o protección para involucrarse en el consumo de drogas (Castro y Valencia, 1980), dentro de nuestra muestra encuestada se encontró que al comparar a los que no han experimentado con drogas y los usuarios experimentales, los primeros en una proporción significativa estudiaron por tiempo completo el año anterior a la aplicación de la encuesta.

Sin embargo al comparar a aquéllos que consumieron más de 5 ocasiones con los no usuarios, los primeros en una proporción significativa no estudiaron de tiempo completo.

TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO DURANTE EL AÑO ANTERIOR.				
	TIEMPO COMPLETO %	NO TIEMPO COMPLETO %	Chi CUADRADA	SIG.
NO USUARIOS	61.8	38.2		
USUARIOS EXPERIMENTALES	51.2	48.8	N.U. vs EXP. 7.484669	.00622
USUARIOS	41.2	58.8	N.U. vs U.	.00277
MONOUSUARIOS	45.5	54.5		
POLIUSUARIOS	59.2	40.8	2.85071	.09133
N.U. (no usuarios)	EXP. (experimentales)	U. (usuarios)		

Al comparar el grupo de consumidores de la muestra de estudiantes normalistas a aquéllos que han consumido una sola droga con los que lo hicieron con más de una, se encontraron diferencias entre ambos grupos pero no lo suficientemente significativas como para suponer que el tiempo dedicado al estudio es un factor de riesgo o protección para consumir más de una droga.

Podemos concluir que el no estudiar tiempo completo es un factor de riesgo para experimentar con drogas así como para convertirse en usuario de estas, sin embargo no podemos decir que el tiempo dedicado al estudio influya en el número de drogas consumidas

3.4. TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO

En investigaciones anteriores se ha encontrado que el trabajar esta más relacionado con el consumo de drogas entre los jóvenes que al no trabajar, explicandolo como que aquellos que tienen una posición económicamente remunerada tienen mayor posibilidad de relacionarse con amistades con características diferentes a las de sus compañeros de la escuela los cuáles posiblemente los induzcan al consumo (Castro 1987b).

En el caso de los estudiantes normalistas, el porcentaje de usuarios experimentales fue mayor entre los que trabajaron medio tiempo que entre aquellos que solo se dedicaron a estudiar.

TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO DURANTE EL AÑO ANTERIOR.				
	NO TRABAJO	MEDIO TIEMPO	Chi CUADRADA	SIG.
	%	%		

NO				
USUARIOS	70.6	29.4		
USUARIOS			N.U. vs EXP.	
EXPERIMENTALES	60.6	39.4	7.42518	.00643
USUARIOS	62.7	37.3	N.U vs U.	.22562
			1.46828	

MONOUSUARIOS	63.6	36.4		
POLIUSUARIOS	53.1	46.9	1.77958	.18220

N.U. (no usuarios)	EXP. (experimentales)	U. (usuarios)		

Los usuarios de drogas (más de 5 ocasiones en la vida) no reportaron diferencias significativas con los no usuarios, en cuanto al tiempo dedicado al trabajo durante el año anterior a la encuesta.

Los consumidores monousuarios y poliusuarios no se encontraron diferencias significativas que permitieran suponer que el tiempo dedicado al trabajo influya en el número de drogas consumidas.

Podemos decir que dentro de esta población el trabajar medio tiempo puede ser un factor de riesgo para experimentar con drogas, más no para consumirlas más de 5 ocasiones ni influye en el número de drogas consumidas.

3.5. LUGAR DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA.

El vivir en un lugar rural o urbano la mayor parte de su vida no resultó ser un factor de riesgo importante en la población de estudiantes normalistas para experimentar con drogas, así como para usarlas más de 5 ocasiones, ni influyó de una manera significativa en el número de drogas consumidas.

	RURAL %	URBANO %	Chi CUADRADA	SIG.
NO USUARIOS	28.9	71.1		
USUARIOS EXPERIMENTALES	24.1	75.9	N.U. vs EXP. 1.75640	.18507
USUARIOS	33.3	66.7	N.U. vs U.= .47301	.49160
MONOUSUARIOS	80.0	76.1	.35195	.55301
POLIUSUARIOS	20.0	23.9		
N.U. (no usuarios)		EXP. (experimentales)	U. (usuarios)	

4. RELACION ENTRE USO DE DROGAS Y VARIABLES CONTEXTUALES Y SOCIOCULTURALES.

4.1. TOLERANCIA SOCIAL.

La tolerancia social dentro de esta población resulto ser una factor significativamente riesgoso para experimentar con drogas, ya que al contrastar los porcentajes de los que no han usado drogas con los usuarios experimentales se encontró que el 82.9 por ciento de los no usuarios contestaron que sería mal visto por sus amigos que ellos consumieran droga en contraste con un 69.2 por ciento de los usuarios experimentales, de los cuales el porcentaje restante opinaron que no serían mal vistos por esa causa.

Los que han consumido droga más de cinco ocasiones, también reportaron una menor tolerancia social ante el consumo, en comparación con las no usuarios, de una manera significativa.

	SI SERIA MAL VISTO %	NO SERIA MAL VISTO %	Chi CUADRADA	SIG.
NO USUARIOS	82.9	17.1		
USUARIOS EXPERIMENTALES	69.2	30.8	N.U. vs EXP. 17.93924	.00002
USUARIOS	60.8	39.2	N.U. vs U.= 16.56793	.00005
MONOUSUARIOS	71.9	28.1		
POLIUSUARIOS	51.0	49.0	7.29599	.00691
N.U. (no usuarios)		EXP. (experimentales)	U. (usuarios)	

Al comparar el nivel de tolerancia social entre consumidores se encontraron diferencias significativas entre aquéllos que solo habían consumido una droga y los que consumieron más de una, ya que los primeros tuvieron una menor tolerancia social que los poliusuarios, considerando que serían mal vistos por su consumo (monousuarios 71.9 vs poliusuarios 51.0) respectivamente.

Podemos concluir que dentro de esta población el pensar que sería bien visto por los amigos el consumir drogas puede ser un factor de riesgo importante para experimentar con drogas y que en tanto mayor sea la tolerancia social ante el consumo de drogas mayor es la probabilidad de involucrarse más en el consumo de drogas y diversificar el número de drogas consumidas. Generalmente los jóvenes que consumen drogas tienen grupos de amigos que también lo hacen, de ahí que la tolerancia sea mayor.

4.2. ASOCIACION CON PARES USUARIOS.

Como se mencionó anteriormente los usuarios de drogas tiene amigos que también lo hacen dentro de esta población ocurrió lo siguiente.

Al contrastar al grupo de no usuarios con aquellos que habían experimentado con drogas, respecto a cuáles reportaban tener amigos consumidores, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ya que más de la mitad de los usuarios experimentales informaron tener amistad con personas que usaban drogas en comparación con un 23 por ciento de los no usuarios.

En el caso de aquellos que habían consumido drogas más de cinco ocasiones reportaron un mayor porcentaje aún de asociación con pares en comparación con los no usuarios.

	NO TENIAN AMIGOS USUARIOS %	SI TENIAN AMIGOS USUARIOS %	Chi CUADRADA	SIG.
NO USUARIOS	77.0	23.0		
USUARIOS EXPERIMENTALES	44.7	55.3	N.U. vs EXP. 80.91717	.00000
USUARIOS	22.0	78.0	N.U. vs U. = 79.96554	.00000
MONOUSUARIOS	41.9	58.1		
POLIUSUARIOS	27.7	72.3	3.10079	.07825
N.U. (no usuarios)	EXP. (experimentales)	U. (usuarios)		

Dentro del grupo de consumidoras de drogas de esta muestra el 58.1 por ciento de monousuarios y el 72.3 por ciento de poliusuarios reportaron tener amigos consumidores, apesar de que los poliusuarios reportaron un porcentaje más alto de asociación con pares que los poliusuarios, estas diferencias no fueron lo suficientemente significativas.

Podemos concluir que el tener amistad con personas consumidoras de drogas es un factor de riesgo importante tanto para experimentar con drogas como para ser usuario regular de estas.

4.3. PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD.

Al analizar respecto a cuanta influencia tiene sobre el consumo de drogas la percepción de disponibilidad de estas dentro de la población de estudiantes normalistas, se encontró que el poder conseguir con facilidad la droga es un factor de riesgo importante para el consumo experimental ya que un menor porcentaje de no usuarios (40.1%), consideraron disponible la droga en comparación con aquellos que habían experimentado con drogas (60.2%).

También resultó un factor de riesgo importante para ser usuario regular, ya que estos reportaron un mayor porcentaje de disponibilidad en comparación con los no usuarios.

	NO DISPONIBLE %	DISPONIBLE %	CHI CUADRADA	SIG.
NO USUARIOS	59.9	40.1		
USUARIOS EXPERIMENTALES	39.8	60.2	N.U. vs EXP. 26.22895	.00000
USUARIOS	35.3	64.7	N.U. vs U.= 12.47312	.00041
NONUSUARIOS	43.4	56.4	11.84557	.00050
POLIUSUARIOS	16.3	83.7		
N.U. (no usuarios)	EXP. (experimentales)	U. (usuarios)		

Del grupo de consumidores de una sola droga, más de la mitad informaron poder conseguirla si así lo desean (56.4%), sin embargo en el caso de los que habían consumido más de una el porcentaje se elevó considerablemente a un (83.7%).

De acuerdo al alto nivel de significancia alcanzado en los tres grupos podemos concluir que el tener la posibilidad de conseguir drogas es un factor de riesgo importante tanto para experimentar con drogas como para ser consumidor de estas y que también influye en el consumo más de una droga.

5. USO DE DROGAS ASOCIADO A VARIABLES INDIVIDUALES O INTRAPERSONALES.

5.1. PERCEPCION DE RIESGO.

Al analizar respecto al como es que influye el nivel de percepción de riesgo ante el consumo de drogas en los diversos grados de consumo, se encontró que las medias tanto de los no usuarios como de las diferentes clasificaciones de consumidores indican que perciben como muy peligroso el usar drogas, sin embargo al comparar a los que nunca han consumido drogas con los usuarios experimentales se encontró una diferencia significativa que reporta que los que han experimentado con drogas tiene una menor percepción de riesgo, lo mismo ocurrió al comparar a los primeros con el grupo de usuarios activos.

No obstante no se encontró una diferencia significativa en la percepción de riesgo entre los que han experimentado con drogas y los que lo han hecho más de 5 ocasiones.

	MEDIA	S.D.	T.	SIG.	SE Of Diff.
NO USUARIOS	23.2516	3.610	N.U. vs EXP. 3.06	.003	.296
USUARIOS EXPERIMENTALES	22.3642	3.700	N.U. vs US. 2.99	.002	.537
USUARIOS	21.6087	3.080	EXP. vs US. 1.27	.207	.597
MONOUSUARIOS	22.4259	3.491			
POLIUSUARIOS	21.2250	3.965	1.90	.059	.633

En el caso de los que solo consumieron una droga y que usaron más de una, al ser comparadas entre sí, se encontraron diferencias significativas que muestran una mayor percepción de riesgo en los monousuarios que en los poliusuarios.

Por lo tanto podemos concluir que si hay una menor percepción de riesgo ante el consumo de drogas existe una mayor posibilidad tanto de experimentar con estas como de ser usuario activo y de probar más de una droga.

5.2. DEPRESION.

Se realizó un análisis para determinar de que manera esta variable esta relacionada con el uso experimental de drogas, encontrandose que existe un mayor nivel de depresión entre los usuarios experimentales que entre los no usuarios, (66.7 % los usuarios experimentales vs. 49.9 % los no usuarios). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, por lo que podemos decir que el tener depresión puede ser un factor de riesgo para o experimentar con drogas.

Aquellos que consumieron más de 5 ocasiones, presentaron porcentajes de depresión significativamente más altos que los no usuarios.

	BIN DEPRESION %	CON DEPRESION %	Chi CUADRADA	SIG.
NO USUARIOS	50.1	49.9		
USUARIOS EXPERIMENTALES	30.1	69.9	N.U. vs EXP. 22.55387	.00000
USUARIOS	33.3	66.7	N.U. vs U.= 4.92400	.02649
MONOUSUARIOS	33.8	66.2	2.09815	.14778
POLIUSUARIOS	22.0	78.0		
N.U. (no usuarios)	EXP. (experimentales)	U. (usuarios)		

Comparando el porcentaje de monousuarios con el de poliusuarios que si tuvieron depresión no se encontraron diferencias significativas entre ambos.

Después de analizar los resultados anteriormente señalados, podemos concluir que existe una importante relación entre el uso de drogas y el manifestar síntomas depresivos, resaltando de manera importante entre los usuarios experimentales y los estudiantes que han consumido droga más de 5 ocasiones.

5.3. IDEACION SUICIDA.

Al analizar como influye el tener síntomas de ideación suicida en el consumo de drogas, se encontró al comparar a los usuarios experimentales con los no usuarios, que conforme aumentaba el número de síntomas de ideación suicida los usuarios experimentales superaban en porcentaje a los no usuarios encontrándose diferencias altamente significativas

SINTOMAS DE IDEACION SUICIDA

	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %
NO USUARIOS	61.1	21.4	8.1	5.2	4.3
USUARIOS EXPERIMENTALES	43.9	24.0	13.5	6.4	12.3
USUARIOS	35.3	33.3	7.8	7.8	15.7
MONOUSUARIOS	45.2	27.7	13.9	4.2	9.0
POLIUSUARIOS	30.6	22.4	8.2	14.3	24.5

N.U vs EXP: Chi Cuadrada= 34.59639 Sig. .00000

N.U vs U: Chi Cuadrada= 23.54958 Sig. .00010

MONO. vs POLI: Chi Cuadrada= 11.84557 Sig. .00256

N.U (no usuarios) EXP. (experimentales) U. (usuarios)
MONO (monousuarios) POLI (poliusuarios)

El nivel de significancia en los porcentajes presentados en la tabla anterior indican claramente que el aumento de síntomas de ideación suicida es un factor de riesgo para consumir droga más de 5 ocasiones.

En el grupo de consumidores se encontró que a mayor número de síntomas de ideación suicida existe un mayor riesgo de consumir más de una droga, ya que a medida que se presentaron más de dos síntomas, se incrementó el porcentaje en los poliusuarios de una manera significativa.

El nivel de significancia en las tres clasificaciones permiten decir que la ideación suicida es un factor de riesgo muy importante para experimentar con drogas, para consumir droga más de 5 ocasiones y para consumir más de una droga.

TABLA DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

	No Usuarios vs Usuarios Exp.	No Usuarios vs Usuarios	Monousuarios vs Poliusuarios
GENERO	*		*
EDAD		*	
TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO	*	*	
TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO	*		
LUGAR DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA			

VARIABLES CONTEXTUALES Y SOCIOCULTURALES

TOLERANCIA SOCIAL	*	*	*
ASOCIACION CON PARES USUARIOS	*	*	
PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD	*	*	

VARIABLES INDIVIDUALES O INTRAINDIVIDUALES.

PERCEPCION DE RIESGO	*	*	*
DEPRESION	*	*	
IDEACION SUICIDA	*	*	*

* SIGNIFICATIVO

TOLERANCIA SOCIAL:

No tolerancia (0)	Si tolerancia (1)
-------------------	-------------------

ASOCIACION CON PARES USUARIOS:

No amigos (0)	Amigos (1)
---------------	------------

PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD:

No disponible (0)	Si disponible (1)
-------------------	-------------------

PERCEPCION DE RIESGO:

No es peligroso (9)	Es peligroso (de 10 a 18)
---------------------	---------------------------

Es muy peligroso (de 19 a 27)	
-------------------------------	--

DEPRESION:

Sin depresión (0)	Con depresión (1)
-------------------	-------------------

IDEACION SUICIDA:

cero a 2 síntomas (0)	3 a 4 síntomas (1)
-----------------------	--------------------

6.1 NO USUARIOS VS. USUARIOS EXPERIMENTALES

En el primer análisis se consideraron a los factores de riesgo para experimentar con drogas, encontrándose que quienes tienen amigos consumidores tiene un 206% más de riesgo de experimentar con drogas que aquellos que no tiene amigos consumidores, el ser hombre representa un 103% más de riesgo para experimentar con drogas que el ser mujer, el tener una alta tolerancia social presenta un 62% más de riesgo, también se encontró que los estudiantes que presentan síntomas de ideación suicida tiene un 28% mayor de riesgo a ser experimentadores que los que no presentan estos síntomas, y los que tienen depresión un riesgo de 69% para experimentar con las mismas .

VARIABLE	E.E.B.	WALD.	SIG.	R.	EXP. (B)
GENERO.	.2220	10.2045	.0014	.1006	2.0320
EDAD.	.0329	1.2918	.2557	.0000	1.0381
ESTUDIO.	.2138	.8892	.3457	.0000	1.2234
TRABAJO.	.2416	.7018	.4022	.0000	1.2234
PERCEPCION DE RIESGO.	.0292	3.0319	.0816	-.0357	.9505
TOLERANCIA SOCIAL.	.2355	4.2384	.0395	.0526	1.6239
AMIGOS.	.2124	28.0584	.0000	.1793	3.0645
DISPONIBILIDAD.	.2201	2.3791	.1230	.0216	1.4042
DEPRESION.	.2359	4.9508	.0261	.0603	1.6901
IDEACION SUICIDA.	.0853	8.4111	.0037	.0890	1.2806
CONSTANTE.	.9480	16.2174			

WALD: Estadístico de prueba.

E.E.B: Error estándar de B.

R: Correlación con la variable criterio.

6.2 NO USUARIOS VS USUARIOS.

Se encontró que para ser usuario activo de drogas dentro de esta población, el tener más de 19 años, particularmente entre 20 y 21 años representa un 12% más de riesgo que ser menor de 20 años, el tener amigos consumidores aumenta el riesgo un 784%, un 134% no estudiar de tiempo completo, un 11% tener una baja percepción de riesgo respecto al uso de drogas y un 31% tener ideación suicida en comparación con sus opuestos.

VARIABLE	E.E.B	WALD.	SIG.	R.	EXP. (B)
GENERO.	.4149	.0452	.8317	.0000	1.0922
EDAD.	.0591	3.9073	.0481	.0742	1.1240
ESTUDIO.	.3617	5.5470	.0185	.1012	2.3441
TRABAJO.	.4497	1.0215	.3122	.0000	.6347
PERCEPCION DE RIESGO.	.0491	5.0542	.0246	-.0939	.8955
TOLERANCIA SOCIAL.	.3823	2.7200	.0991	.0456	1.8785
AMIGOS.	.4027	29.3176	.0000	.2808	8.8485
DISPONIBILIDAD.	.3856	.6405	.4235	.0000	1.3526
DEPRESION.	.3989	.3323	.4574	.0000	1.3451
IDEACION SUICIDA.	.1407	3.8664	.0493	.0734	1.3187
CONSTANTE.	1.6446	.9731			

WALD: Estadístico de prueba.

E.E.Bs Error estándar de B.

R: Correlación con la variable criterio.

6.3 MONOUSUARIOS VS POLIUSUARIOS.

El estudiar de tiempo completo es un 182% más de protección para no consumir más de una droga que el no estudiar de tiempo completo, sin embargo el tener ideación suicida representó un 57% más de riesgo para consumir más de una droga que no tenerla.

VARIABLE	E.E.B.	WALD.	SIG.	R.	EXP.(B)
GENERO.	.5054	2.6980	.1005	.0681	2.2937
EDAD.	.0744	.3423	.5585	.0000	1.0445
ESTUDIO.	.5168	4.0501	.0442	-.1167	.3535
TRABAJO.	.5286	1.2092	.2715	.0000	1.7882
PERCEPCION DE RIESGO.	.0684	.0249	.8745	.0000	.9892
TOLERANCIA SOCIAL.	.5100	1.7037	.9018	.0000	1.9459
AMIGOS.	.5256	.1060	.7448	.0000	1.1866
DISPONIBILIDAD.	.6251	3.1783	.0746	.0885	3.0476
DEPREBION.	.5783	.0835	.7726	.0000	1.1819
IDEACION SUICIDA.	.1875	5.8097	.0159	.1591	1.5715
CONSTANTE.	2.2583	3.4918			

WALD: Estadístico de prueba.

E.E.B : Error estándar de B.

R: Correlación con la variable criterio.

6. DISCUSION Y CONCLUSIONES:

El consumo de drogas ha representado un problema desde hace mucho tiempo el cual se ha considerado capaz de actuar de una manera indiscriminada afectando tanto a ricos como a pobres (Bonifaz de Hernández, R. y Barona Lobato, J. 1976.), dando la impresión de ser un fenómeno inevitable ante lo que se pierde todo control; sin embargo, Hawkins, Catalano y Miller (1992) nos plantean que existe un gran número de variables que actúan aumentando el riesgo o en su caso, protegiendo al adolescente del uso y el abuso de drogas, tomando en cuenta que estos autores definen como precursores a aquellas variables que ocurren antes de que aparezca el consumo y se encuentran estadísticamente asociadas con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia.

A lo largo de este capítulo, realizaremos un análisis referente al nivel de riesgo o protección que presentaron en nuestra muestra de estudiantes normalistas, algunas variables sociodemográficas, contextuales, socioculturales e intraindividuales.

A continuación se mencionará la prevalencia de consumo de drogas en los estudiantes normalistas ubicándola dentro de la población estudiantil media y media superior de nuestro país.

PREVALENCIAS ENTRE ESTUDIANTES NORMALISTAS Y ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA Y MEDIA SUPERIOR:

La comparación de prevalencias de consumo de drogas entre la muestra de docentes en formación y los estudiantes de educación media y media superior (Medina-Mora, M.E., y Cols 1993) nos da un parámetro más real respecto a cómo es que se encuentra el nivel de consumo en nuestra población de interés, tomando en cuenta que ambas investigaciones epidemiológicas son de tipo transversal con muestras representativas, que fueron realizadas mediante la misma metodología, de una manera paralela y considerando que los estudiantes normalistas se encuentran en su mayoría atravesando por la juventud al igual que los estudiantes de educación media y media superior.

Por ello, resulta importante ponderar las diferencias que presentan estas poblaciones para tener una visión global del consumo de drogas en la población estudiantil.

COMPARACION DE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS.

La prevalencia alguna vez en la vida de consumo de drogas fue mayor en la muestra de estudiantes normalistas (9.7%) que en la muestra de estudiantes de educación media y media superior (8.2%); el consumo el año anterior a la encuesta (normalistas 4.3% vs ed. media y media superior 4.4%) así como el del mes anterior fue muy similar (2% en ambas muestras).

En ambas muestras se reportó el consumo de crack, este dato es un reflejo de que los estudiantes normalistas también son sensibles a la experimentación con nuevas drogas, a pesar de reportar una menor prevalencia de consumo (.05%) alguna vez en la vida que en los estudiantes de educación media y media superior (.25%).

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS VARIACIONES DE PREVALENCIAS.

El que exista una mayor prevalencia de estudiantes normalistas que han usado drogas alguna vez en la vida se debe a que conforme aumenta la edad es mayor la posibilidad de haber probado alguna vez una droga y en este caso más de las tres cuartas partes de esta muestra son mayores de 17 años, en contraste con los estudiantes de educación media y media superior.

Si consideramos lo mencionado anteriormente esperaríamos que la prevalencia de consumo de la muestra de estudiantes normalistas fuera mucho más alta, sin embargo existen factores que funcionan como protectores y que limitan el consumo experimental como son el pertenecer al sexo femenino, cuestión que predomina en esta muestra.

Como pudimos analizar en estas primeras observaciones generales las variables sociodemográficas de edad y sexo se manifiestan como factores de riesgo o protección para el consumo de drogas a través de estas variaciones en las prevalencias encontradas; sin embargo, para confirmar las hipótesis planteadas en este trabajo en el transcurso de estas conclusiones analizaremos más detalladamente la influencia de estas variables en las diferentes modalidades de consumo .

DROGAS DE MAYOR PREFERENCIA.

En las drogas de mayor preferencia, los normalistas se inclinaron en primer lugar por las anfetaminas, seguidas por la marihuana y los tranquilizantes, en contraste con los estudiantes de

educación media y media superior en donde la mayor preferencia se dio en primer lugar por los inhalables seguidos por los tranquilizantes y las anfetaminas.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ELECCION.

El que en la muestra de estudiantes normalistas predomine la elección de anfetaminas sobre el otro grupo se debe a que en ella existe un mayor porcentaje de mujeres y estas se inclinan más por las drogas medicas (Castro, M.E. y Cols 1986).

El que los inhalables sean la droga de mayor preferencia en la muestra de estudiantes de educación media y media superior se debe a que predominan los jóvenes menores de 17 años, droga elegida en su mayoría por jóvenes de esta edad y de sexo masculino, características que se dan en una proporción mayor en la población de educación media y media superior.

Sin embargo, no resulta sencillo diferenciar todos los predictores del uso de una sustancia en particular, ya que en algunos casos, es la disponibilidad de recursos económicos que se tengan lo que determina la elección, como podría ser en el caso de la cocaína; por lo tanto, es válido considerar lo observado por otros autores (Robins y Ruter, 1990) quienes consideran el abuso de drogas como un síndrome.

TIPOS DE CONSUMO.

Como sabemos, a lo largo de nuestra investigación se realizaron comparaciones entre clasificaciones de tipos de consumo para así detectar el nivel de riesgo que representan algunas variables sociodemográficas, contextuales, socioculturales e intraindividuales, encontrándose que no todas las variables actúan como factores de riesgo o protección para el mismo tipo de consumo; esto nos hace considerar importante exponer cuáles son aquellos factores de riesgo o protección para cada uno.

USUARIOS EXPERIMENTALES:

Los factores sociodemográficos de riesgo para experimentar con drogas fueron el pertenecer al sexo masculino, no estudiar de tiempo completo y el trabajar medio tiempo.

Las variables contextuales y socioculturales que fungieron como factores de riesgo fueron el pensar que no sería mal visto por los amigos que ellos consumieran droga, el tener amistad con usuarios y tener percepción de disponibilidad de drogas.

En el caso de los factores intraindividuales de riesgo, se encontraron el tener una menor percepción de riesgo, la depresión y la ideación suicida.

USUARIOS DE MAS DE 5 OCASIONES O USUARIOS ACTIVOS:

Los factores sociodemográficos de riesgo para ser usuarios activos, fueron ser mayor de 19 años y no estudiar de tiempo completo.

Los factores de riesgo sociodemográficos y socioculturales para consumir droga más de 5 ocasiones, fueron el tener una alta tolerancia social ante el consumo de drogas, tener amistad con consumidores de drogas y una alta percepción de disponibilidad de sustancias tóxicas.

Los factores intraindividuales de riesgo fueron una baja percepción de riesgo, tener depresión e ideación suicida.

POLIUSO:

Dentro de los factores de riesgo sociodemográficos para consumir más de una drogas solo se encontró el pertenecer al sexo masculino.

Las variables contextuales y socioculturales que fungieron como factores de riesgo para el poliuso fueron el tener una alta tolerancia social ante el consumo de drogas y alta percepción de disponibilidad de sustancias tóxicas.

El factor intraindividual de riesgo fue tener ideación suicida y baja percepción de riesgo.

A). VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

A continuación analizaremos de una manera más detallada el papel que desempeñan las variables sociodemográficas como factores de riesgo o protección ante el consumo de drogas:

EDAD:

El tener más de 19 años es un factor de riesgo para ser usuario activo y presentó un .12 más de riesgo particular para consumir droga más de 5 ocasiones que el tener menos de 19 años, por lo que podemos decir que conforme aumenta la edad existe mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de drogas.

SEXO:

Los resultados obtenidos en esta tesis nos permiten confirmar (Medina-Mora, M. E. 1990) que también en esta población, el ser hombre es un factor de riesgo para experimentar con drogas, dentro de la cual el pertenecer al sexo masculino presentó un nivel de riesgo particular de un 1.03 más para ser usuario experimental que ser mujer; no obstante, una vez que se ha experimentado con drogas, el sexo no influye en el número de veces que se consuma.

Cabe agregar que el pertenecer al sexo masculino también funge como factor de riesgo para consumir más de una droga, comprobando así que el pertenecer al sexo masculino puede ser un factor de riesgo para estar involucrado en el consumo de drogas dentro de esta población.

TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO:

Esta variable ya con anterioridad ha sido considerada como un factor de riesgo para el consumo de drogas (Castro y Valencia, 1980) y en el caso de esta muestra, nos encontramos con que el no estudiar de tiempo completo es un factor de riesgo para experimentar con drogas y para ser usuario activo, el no estudiar de tiempo completo representa un 1.34 más de riesgo que estudiar de tiempo completo.

Por otro lado, el estudiar de tiempo completo fungió como un factor protector ante el consumo más de una droga en un 1.82 más que el no estudiar de tiempo completo.

Dada la importancia del dato anterior recordemos que los factores protectores median o moderan los efectos de la exposición al riesgo, esto es, aumentan su resistencia, por lo que será menos probable que se abuse de drogas aún cuando se esté expuesto a ellas (Hawkins, Catalano y Miller 1992).

Estos datos nos dan los suficientes elementos para aceptar nuestra hipótesis la cual plantea que a menor tiempo dedicado al estudio, existe mayor riesgo de estar involucrado en el consumo de drogas.

TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO:

El trabajar ha sido considerado un factor de riesgo para el consumo de drogas debido a que al tener una posición económicamente remunerada, existen más posibilidades de relacionarse con personas de otras características (Castro 1987b).

En el caso de los estudiantes normalistas al comparar a aquéllos que nunca habían usado drogas con lo usuarios experimentales, se encontró como factor de riesgo para experimentar con drogas el trabajar de medio tiempo, factor que de alguna manera involucra al sujeto en el consumo y que permite considerar que el trabajar durante el año anterior a la encuesta podría ser un factor de riesgo para estar involucrado en el consumo.

No obstante, debemos tomar en consideración que no influyó en ser usuario activo ni poliusuario y que en la regresión logística no determina una influencia significativa sobre el consumo experimental de una manera particular; por lo tanto, respecto a este factor, resulta aventurado hacer afirmaciones contundentes.

LUGAR DONDE SE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA:

Al considerar que nuestro país es una sociedad cosmopolita dentro de la cual las normas de comportamiento pueden variar al tratarse de un lugar urbano o rural, se exploró la influencia de el lugar donde se ha vivido la mayor parte de su vida como factor de riesgo o protección ante el consumo de drogas, encontrándose que el vivir en un lugar urbano o rural no resultó ser un factor que influyera en ningún tipo de consumo; ello nos habla de que esta muestra no presentó características homogéneas en este sentido.

B). VARIABLES CONTEXTUALES Y SOCIOCULTURALES

Los datos anteriores nos han proporcionado información muy valiosa al respecto; no obstante, pese a la importancia que tiene el aspecto sociodemográfico, no podemos reducir la causalidad del consumo únicamente a esta área ya que también nos vemos influidos por variables contextuales y socioculturales mismas que serán analizadas a continuación:

TOLERANCIA SOCIAL:

No podemos negar la importancia que tiene para el individuo ser aceptado dentro de un grupo social que por ende tiene una serie de reglas establecidas que juegan un papel sobresaliente para los estudiantes normalistas, ya que el considerar que sería bien visto por los amigos el consumir drogas fue una variable que presentó un nivel de riesgo particular de un .63 más para experimentar con drogas que el tener una baja tolerancia social.

Al comparar a los no usuarios con los usuarios activos, los segundos reportaron una tolerancia social significativamente más alta en comparación con los que habían consumido droga más de cinco ocasiones; asimismo, en la comparación de poliusuarios con monousuarios los primeros también presentaron una tolerancia más alta, por lo que el tener una alta tolerancia social ante el consumo de drogas resultó ser un factor de riesgo para ser usuario activo y poliusuarios.

Estos datos nos permiten decir que ante una alta tolerancia social respecto al consumo de drogas existe un mayor riesgo de estar involucrado en el uso de éstas y que apesar de que se ha encontrado en otra investigación que la población estudiantil mexicana ha reportado un bajo nivel de tolerancia social (De la Serda y Cois 1991), el grupo de consumidores de esta muestra nos están dando los suficientes elementos como para considerar que este punto de vista no es general y que debe ser un factor importante para tomarse en cuenta en una labor preventiva.

ASOCIACION CON PARES USUARIOS:

El tener amigos que consumen droga fué uno de los factores de riesgo más importantes encontrados en esta tesis, ya que es el que presenta las tasa de riesgo particular más altas de todos los predictores utilizados en este trabajo, tales como:

Un 2.06 más de riesgo para experimentar con drogas que el

no tener amigos consumidores, así como un 7.84 más de riesgo para usar droga más de 5 ocasiones, además de presentarse también como factor de riesgo para consumir más de una droga.

Estos datos nos permiten afirmar que el asociarse con pares usuarios es un factor de riesgo importante para estar involucrado en el consumo de drogas.

PERCEPCION DE DISPONIBILIDAD:

Esta variable ha sido objeto de mucha polémica a nivel mundial ya que se ha cuestionado a si debe ser ó no legalizada la venta de drogas; por un lado se habla de que al no ser legalizadas se robustece aun más el narcotráfico, por otro lado en el Código Penal cada vez aumentan más las sanciones en los que se refiere al tráfico de estas para así evitar que se cometan delitos contra la salud.

Los datos encontrados en esta investigación en la que se compararon a aquéllos que nunca habían consumido drogas con los que habían experimentado con estas y los consumidores activos, así como a los que usaron una droga con los que usaron más de una, nos dieron como resultado que el tener una alta percepción de disponibilidad es un factor de riesgo para ser usuario experimental, ser usuario activo y para consumir más de una droga.

COMENTARIOS:

Al hablar de tolerancia social, asociación con pares usuarios y percepción de disponibilidad, con conocimiento del peso que tiene cada uno de estos factores sobre el consumo de drogas, nos encontramos con que los docentes en formación además de verse influenciados por sus características sociodemográficas particulares, se encuentran sujetos a un grupo social con leyes y normas en constante metamorfosis en función del bienestar común en torno al cuál circundan una serie de riesgos a que éste desaparezca, entre los que se encuentra el consumo de drogas, problema que se presenta dentro de nuestra juventud

Los datos obtenidos en esta tesis nos reflejan que al tener amistad con consumidores de drogas es muy probable que se piense que no sería mal visto por los amigos si se consume drogas y por ende al estar asociado con pares usuarios es más alta la percepción de disponibilidad, creándose así todo un entorno que favorece el uso de sustancias y la pertenencia a un grupo, mismo que corre el riesgo de convertirse en una amplia red que no fomente ni el bienestar social ni individual.

Como podemos observar los valores sociales del grupo en el que se encuentre inmerso el sujeto pueden tener una influencia importante sobre si este consume ó no drogas.

Esto nos da la posibilidad de agregar que una manera de crear un factor que funja como protección para una influencia social negativa sería el proporcionar a los futuros docentes la alternativa de participar en grupos en los cuales se fortalezcan los valores avocados al bienestar social y donde se refuerze el liderazgo; sin embargo, para que estos sean líderes fuertes, debemos considerar los aspectos intraindividuales importantes, mismos que serán analizados a continuación.

C). VARIABLES INDIVIDUALES O INTRAINDIVIDUALES

Nuevamente nos encontramos con que no podemos reducir la causalidad del consumo de drogas sólo a la esfera sociodemográfica, contextual y sociocultural, dejando a un lado el aspecto intraindividual mismo que también juega un papel importante y dentro del cual se han contemplado los siguientes factores en este trabajo:

PERCEPCION DE RIESGO:

El pensar que no es peligroso usar drogas, resultó ser un factor de riesgo para experimentar con drogas, ser usuario activo y para consumir más de una droga.

Lo que nos habla de que dentro de esta población existe una falta de conocimiento respecto a las consecuencias reales del consumo de estas y nos permite aceptar que el tener una baja percepción de riesgo ante el consumo de drogas es un factor de riesgo para estar involucrado en su uso.

DEPRESION:

Se encontró que el tener depresión representó un .69 más de riesgo particular para experimentar con drogas que el no tener depresión, además de ser también un factor de riesgo para ser usuario activo y para ser poliusuario.

Lo mencionado anteriormente denota el riesgo que representa el tener depresión para estar involucrado en consumo de drogas, ya que como podemos observar, al encontrarse en estos estados de ánimo, una manera de afrontarlos puede ser el consumo de sustancias.

IDEACION SUICIDA:

La ideación suicida se mostró significativamente presente como un factor de riesgo particular de .28 más para experimentar con drogas, de .31 más para usar más de 5 ocasiones y un .57 más para consumir más de una droga que el no tener ideación suicida.

Como podemos ver, el pensar en quitarse la vida es un factor que se dirige a una conducta autodestructiva como puede ser el consumo de drogas, por lo que podemos afirmar que la ideación suicida representa un alto nivel de riesgo para involucrar al sujeto en el uso de drogas.

Tomando en cuenta que la presentación de ideación suicida se dio de una manera más alta en aquellos que estuvieron involucrados en el consumo que en los que no consumieron droga, sería importante considerar la necesidad de establecer medios para detectar cómo es que se encuentra la estabilidad emocional de los educandos, para así canalizar a una intervención especializada a los estudiantes que lo requieran.

COMENTARIOS:

Para que los embates de los factores de riesgo detectados en este trabajo adquieran un sentido práctico es necesario que sean atacados y se refuerzen los que fungen como protectores, ya que está claro que debemos proporcionar los elementos necesarios a nuestros futuros maestros, planteando nuevos objetivos que rescaten a la juventud de una pérdida de sentido encaminado al bienestar tanto social como individual.

Los datos mencionados anteriormente, hacen patente la necesidad de contemplar la necesidad de que los estudiantes normalistas cuenten con una percepción de riesgo real ante el consumo de drogas, ya que como hemos visto el tener una baja percepción respecto al daño que puede causar el uso de sustancias tóxicas fue un factor de riesgo importante para ser usuarios activo de estas dentro de esta misma población y no debemos olvidar que el maestro funge como uno de los principales orientadores para las futuras generaciones y por lo tanto

resulta fundamental que estos cuenten con la información más apegada a la realidad posible y es lamentable que esta población no tenga incluido en su diseño curricular información respecto a ese tema; no obstante, el detectar este factor de riesgo, nos permite la posibilidad de sugerir que se implemente una materia que se avoque al consumo de drogas dentro de la cual se concientice e involucre a los futuros docentes en la problemática referente al consumo de drogas en la juventud.

Sin embargo, para que esta información se utilice adecuadamente es necesario que se cuente con la estabilidad emocional adecuada, ya que como pudimos observar el tener estados de ánimo depresivos es un factor de riesgo importante para involucrarse en el consumo de drogas, al igual que la ideación suicida; es por ello que no debemos olvidarnos de fomentar la comunicación personalizada en

las aulas para que exista una mayor posibilidad de detectar a aquéllos que requieran intervenciones especiales.

Considerando que las aulas son el campo de batalla desde el cual la educación trabajará con estos futuros profesores y que el tiempo dedicado al estudio fue un factor protector para involucrarse en el consumo de drogas, tenemos en nuestras manos un elemento mediante cual podemos crear un sin número de alternativas a nivel tanto contextual, sociocultural como intraindividual ya que a través de este podemos lograr que se fomente un ambiente educativo que proporcione a la juventud alternativas que lo comprometan con su contexto social y le permitan valorar la importancia de su participación en el entorno que lo rodea.

Debemos alimentar los ideales y reforzar la creatividad mediante actividades recreativas a través de las cuales los maestros en formación aprenderán a utilizar su tiempo libre construyendo una vida sana, ya que esta será posteriormente proyectada en sus futuros educandos y nos dará como resultado una labor preventiva a largo plazo.

Si se tomaran en cuenta las medidas sugeridas anteriormente sería interesante hacer una comparación de las prevalencias de estudiantes normalistas presentadas en este trabajo y las prevalencias después implementar medidas preventivas.

No obstante es necesario rescatar el papel de otros factores que no fueron analizados dentro de esta investigación y que pueden fungir como factores de riesgo ó protección ante el consumo de drogas; un ejemplo de esto sería el determinar cuál es el papel que desempeña la dinámica familiar, las conductas de afrontamiento ó como influye la autoestima en el consumo, etc, lo que se podría deducir a través de nuevas investigaciones.

BIBLIOGRAFIA:

- Aguirre Beltrán Gonzalo.(1980). Medicina y Magia. "El proceso de aculturación en la estructura colonial". Instituto Nacional Indigenista. México D. F.
- Alvear Acevedo, C.(1969) La Educación y la Ley. "La Legislación en Materia Educativa en México Independiente". 2a. ed. México, Jus. (México Heroico) pag. 152.
- Bachman, J. G. et.(1988) "Al Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived, disapproval, and general lifestyle factors", en J Health Soc. Behav. 29: 92-112.
- Berenzon Gorn, S.(1994) Consumo De Inhalables Y Conductas Antisociales En Estudiantes De Nivel Medio Y Medio Superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México. D. F.
- Bertrand de la Grande.(B de abril dr 1990). "Cocaine el politique dans un village mexicain". Le monde .
- Borges G, Rosovsky, H., Caballero, M. A., Gómez, C.(1994). "La evolución reciente del suicidio en México 1970-1991". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría México D.F.
- Browman, R. (1977). "Factores conductuales en la inhalación de disolventes de abuso". En contreras , C. (Ed.). Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales, (pag. 139-151). Edit. Trillas, México.
- Bonifaz de Hernández Rosa y Barona Lobato Juan.(Abril 15 1976). México y La Farmacodependencia. CEMEF INFORMA. Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia. Año IV, Volumen IV No. 4
- Caetano, R. y Medina-Mora, M. E.(1986). "Factor Structure of the CES_D Scale Among Mexicans Americans and the U.S. Population". Alcohol Research Group.
- Caetano, R. y Medina-Mora, M. E.(1987). "Immigration, Acculturation and alcohol Use: A Comparison between people mexican descendent in Mexico and U.S." Paper prepared under Contract for the National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism. Alcohol Research Group C-46, pag.. 1-92, 1987.
- Cardenas de Ojeda Olga.(1974). Toxicomania y Narcotráfico Aspectos Legales. Ed. Fondo Cultura Económica. México.
- Castro, M. E. y Valencia, M. (1978). "Consumo de drogas en México. Patrones de uso en la población escolar". Salud Pública de México, XXI (5): 559-567, 585-590.

Castro, M. E., Valencia, M. y Smart, R. (1979). "Drug and alcohol use problems and availability among students in Mexico and Canada". Bulletin on Narcotics, 1 (22): 41-48

Castro, M. E. y Valencia, M. (1979 b). "Estudio sobre el uso de drogas y problemas asociados en una muestra de estudiantes del estado de Morelos". Salud Mental, 2 (3): 2-8.

Castro, M.E. y Valencia, M. (1980). "Drug consumption among the student population of Mexico City and its metropolitan area; Subgroups affected and the distribution of users". Bulletin on Narcotics, 32: 29-37.

Castro, M. E. y Maya M. A. (1981). Estudio sobre el uso de drogas entre estudiantes universitarios. Publicación Interna, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Castro, M.E. Terroba, G. G. y Medina-Mora, M. E. (1982). "La distribución de usuarios de drogas en diferentes tipos de población mexicana". Salud Mental, 5 (2): 74-81

Castro, M. E., Maya, M. A. y Aguilar, M. A. (1982). "Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años". Salud Pública de México, XXIV(5): 565-574.

Castro, M. E., Ortiz, A., Causillo, C. y Chávez, A. M. (1985). "Alteraciones cognitivas y problemática psicosocial asociada con el consumo de drogas". Salud Mental, 8 (4), 74-79.

Castro, M. E., Rojas, E. y De la Serna, J. (1986). "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años". Salud Mental, 9 (4): 80-86.

Castro, M. E., Rojas, E. y De la Serna, J. (1987). "Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados en la población que asiste a los colegios de bachilleres". Salud Mental, 11 (1): 35-47

Castro M.E. (1987a). Manual para la utilización del cuestionario sobre el uso de drogas y problemas asociados, dirigidos a muestras de estudiantes de enseñanza media y media superior. Publicación Interna, Instituto Mexicano de Psiquiatría

Castro, M. E. (1987 b). "El uso de drogas entre los estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el periodo de 1975 a 1986". Salud Mental, 10 (4): 30-38.

Castro, M. E., García, G., Rojas, E. y De la Serna, J. (1988). "Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos". Salud Pública de México, 30 2: 216-226.

Castro, M. E., Pérez, M. A., E. y De La Serna, J. (1988). Cobertura Colegio de Ciencias y Humanidades del Distrito Federal. Publicación Interna, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Castro M.E. (1987). Manual para la utilización del cuestionario sobre el uso del drogas y problemas asociados, dirigido a muestras de estudiantes de enseñanza media y media superior. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Castro, M.E., (1990). "Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar". Salud Pública de México, 32, 298-308.

Chávez de Sánchez, Solís de Fuentes, Pacheco Santos y Salinas de Valle. (Junio 1986). Drogas y Pobreza. Ed. Trillas cuarta reimpression, México, D.F.

Centros de Integración Juvenil (CIJ). (1981). Investigación nacional en escuelas. Departamento de Investigación. Documento no publicado.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (1990). Riesgos Macrosociales De Farmacodependencia A Nivel Municipal y Red Estratégica De Atención En México.

Plan Rector Institucional A Mediano Plazo 1989-1994. Perfil Gestión Institucional Serie Técnica - Vol. 6, México.

Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) 1973 México D. F.

Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF 1976). Como Identificar Las Drogas y Sus Usuarios. México, Secretaria De Educación Pública.

Codigo Penal. Para El Distrito Federal En Materia de Fuero Común, y Para Toda La República En Materia De Fuero Federal. Ed. Sista S. A. de C. V. México D. F. 1994.

Consejo Nacional Consultivo de Educación Normal. Diagnóstico Y Prospectiva De La Educación Normal. México. D. F., mayo de 1979.

Cox, T., Jacobs, M., Leblac, E., and Marshman, J. (1983). Drug and Drugs Abuse, A Reference Text. Toronto: Adicción Research Foudation.

Darryl S. Inaba y William E. Cohen. (1992). Drogas, Depresores y Alucinogenos, Efectos Físicos y Mentales Del Abuso De Drogas. Grupo Editor Latinoamericano, Colección Controversia. Buenos Aires Argentina.

De la fuente. (1992). Cuidados Para La Salud." 1, Programa De Cuidados Para La Salud 1982, Cap. XV. El Maestro y su Salud, Tema 1: Imagen del Maestro". Aportación: Instituto Mexicano De Psiquiatría. Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría De Educación Media y Unidad de Higiene Escolar.

De la Serna, J. Castro M. E. y Rojas E. (1989). "Opinión de padres y maestros sobre el consumo de drogas en la población joven". Publicación Interna. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

De la Serna, J., Rojas, E., Estrada, M. y Medina Mora, M. (1991). "Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. (pp.183-187).

De la Serna, J., Rojas, E., Estrada, M. A. y Medina-Mora, M. E. (1991). "Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989". Reseña De La VI Reunión De Investigación Del Instituto Mexicano De Psiquiatría. Anales 2, 181-186.

Dinvidie D. H., Reich, T., Cloninger, C. R. (1990). "Solvent use and psychiatric comorbidity". Britihs Journal of Addiction, 85: 1647-1856.

EDEFAR. (1987). "La Farmacodependencia y El Narcotráfico". Legislación Art.

Educación Normal. (Mayo de 1979) Resoluciones de Cuernavaca. Plan de estudios. Programas generales de estudio. Secretaría de Educación Pública. México, D. F.

Elias Neuman. (1984). Drogas y Criminología. Ed. Siglo Veintiuno. México.

Escobar Hernández, S. y Bautista Bautista F. (1982). Desarrollo Curricular De La Educación Para La Salud. "Cap. VI." Secretaría De Educación Pública, Unidad De Higiene Escolar, Educación Para La Salud. México. D. F.

Estrada García, M.A. (1987-1988). "Modelo De Prevención De Farmacodependencia, Un Enfoque Educativo". Síntesis De Investigación En Higiene Escolar. N.º. 87-88. Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría De Educación Pública, Unidad de Higiene Escolar. México D. F.

Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Addy, C. L., Mcekwon, R. E., Waller, J. L. (1991). "Suicidal behaviors in young adolescents". Am. J. Epidemiol., 133, 1005-1014.

Gómez, H. C., (1989). Impacto de la farmacodependencia en los aspectos laborales, jurídicos y criminológicos del individuo. Tesis de Licenciatura. UNAH. México. D. F.

- González-Carreño, A. y Gonzalez-Isea, E. (1981). Drogas que producen dependencia. Monte Avila Editores C.A. Caracas Venezuela.
- Gutierrez, R. M. (1902). La Nueva Faz de la Evolución del Método. Ed. F. P. Hoek y Cia. México Apéndice, pag. 13.
- Hawkins D., Catalano R. Miller J., (1992) "Risk And Protective Factors For Alcohol And Other Drug Problems In Adolescence And Early Adulthood: Implicación For Substance Abuse Prevención". Psychological bulletin (ingres).
- Hawley C. J., James, D. V., Burkeett, P. L., Baldwin, D. S., De Ruiter, M. J., Priest, R. G. (1991) "Suicidal ideation as a presenting complain associated diagnoses and characteristics in casualty population ". Br. J. Psychiatry, 159:232-238.
- Johnson, G. M., Schoutz, F. C. y Locke, T. O. (1984). "Relationships between adolescet drug use and parental drug behaviors". Adolescence. 19: 295-299.
- Kandel, D. B., Kessler, R. y Margulies, R. S. (1978). "Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis". Journal of Youth and Adolescence, 7: 13-40.
- Kandel, D. B. (1982). "Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use". Journal American Academic Clinical Psychiatry. 21: 328-247.
- Kandel, D., Ravais, V., Davies, M. (1990). "Suicidal ideation in adolescence: depresión, substance use, and other risk factors". J. Youth Adolesc, 20:289-309,1990.
- Kenedy, N., J. "Efectos clinicos de las drogas psicoactivas ¿dañinas o terapéuticas?". En Tapia-Convey 1994. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México D.F.
- Kosky, R., Silburn, S., Zubrick, S. R. (1990). "Are children in adolescence who have suicidal thoughts differents from those who attempt suicide?". Journal Nerv. Ment. Dis, 178:38-43.
- Labrose Alain. (1993). La droga, el dinero y las armas. Ed. Siglo Veintiuno S.A. de C.V. México.
- Lerner, J. V. y Vicary, J. R. (1984). "Difficult temperament and drug use: Analyses from The New York Longitudinal Study". Journal of Drug Education, 14:8.
- Leyes y Códigos, Ley General De Salud. (1994) Decimo primera edición actualizada. Ed. purrúa, S.A. México.

López Lugo, K., (1994). Relación Entre La Autopercepción Del Rendimiento Académico y El Consumo De Drogas En Estudiantes De Educación Media Y Media Superior. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México D. F.

Madhian, A. E., Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1988). "adolescent drug use and intention to use drugs. Concurrent and longitudinal analyses of four ethnic groups". Addictive Behaviors, 13: 191-195

Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E. Chaparro, J. J., Gonzalez-Forteza, C.: Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en Adolescentes Mexicanos. En Prensa, 1993.

Martunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Lonqvist, J. K. (1991). "Mental disorder in adolescent suicide". Arch Gen Psychiatry, 48: 843-839.

Medina-Mora, M. E., Castro, M. E. y Terroba, G. G. (1979). Drug Use Among Youth Population México. "Paper presented and the WHO meeting of collaborative investigator in the Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence". University Sains Penan, Malasya.

Medina-Mora, M. E., Castro, S., Campillo, C., Gómez F. (1981). "Validez y Confiabilidad de un cuestionario utilizado para estudiar el uso de drogas entre estudiantes de enseñanza media". Boletín de Estuperficientes, XXXIII (4): 65-75.

Medina-Mora, M. E., Gomez-Mont, F. y Campillo-Serrano, C. (1981). "Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among mexican students". Bulletin on Narcotics, 33 (4): 67-76.

Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Caudillo, C. y López, S. (1982). "Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos". Salud Mental, 5 (1): 77-86.

Medina-Mora, M. E. (1984). "Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana". Salud Mental, 10 (4): 11-19.

Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. (Primavera 1984). "Uso de inhalantes en México". Salud Mental V. 7 N. 1.

Medina-Mora, M. E. (1984). "Factores Sociales Relacionados con el Consumo de Alcohol en México y en Estados Unidos". Memorias de la II Reunión Sobre Enseñanza e Investigación Organizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 181-193, México.

Medina-Mora, M. E., Tapia, C., Sepúlveda, J., Otero, M., Rascón, M., Solache, G., Lazcano, F., Villatoro, J., Mariño, M., López, E., De la Serna, J. y Rojas, E. (1989). "Extensión del Consumo de Drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales de Adicciones. Resultados Nacionales". Salud Mental 12 (2): 7-12.

Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepulveda., Otero, B. R. Rascon, M. L., Solache, G., Lazcano, F., Villatoro, Mariño., M. C. López. E. (1989). "Patrones de consumo de alcohol y síntomas de dependencia en una región del centro de la República Mexicana". Rev. Latinoamericana Sobre Alcohol y Drogas, 1 (1): 47-56.

Medina-Mora M. E. (1990). et al. "Factores Asociados con el Inicio en el Consumo de Drogas. Resultados de una muestra nacional". En La Psicología Social en México. III: 214-218.

Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepulveda, J., Rascón, M. L., Mariño, M. C. y Villatoro, J. (1991). "Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2: 133-137.

Medina-Mora, M. E., (1991) Encuesta Nacional Sobre Uso De Drogas En La Comunidad Escolar. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Secretaría de Educación Pública.

Medina-Mora, M. E., Rascon, M. L., Tapia, C. R., Mariño, M. C., Juárez, G., Villatoro, Carveo, J. y Gómez, M. (1992). "Transtornos emocionales en la población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. Reseña de la VII Reunión de Investigación". Anales 3. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 48-55.

Medina-Mora, M. E., Rojas, G., Juárez, G. Berenzon, G., Carreño, G., Galván, Villatoro, López, R., Olmedo, Ortiz y Nequis. (1993). "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana". Salud Mental V. 16 No. 3.

Medina-Mora, M. E., Villatoro, V., López, L., Carreño, G., Acevedo, C. y Rojas, G. (1993). "Percepción de riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D.F." Investigación psicológica vol. 3 Num. 79-94.

Medina-Mora, M. E., Berenzon, G., Carreño, G., Juárez, G., Rojas, G., López, R., Cardiel, R., Nequis, G., Breña S. (1994). Reporte del Distrito Federal de la encuesta nacional sobre uso de drogas entre la comunidad escolar. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Educación Extraescolar.

Medina-Mora, M. E., López, L., Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon, G. y Rojas, E. (1994). "La relación entre la ideación suicida y abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil". Anales de Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Mirolli, B. A. (1980). Las drogas. Ed. el Ateneo. Buenos Aires, Argentina.

Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1986). "Substance use and ethnicity: Differential impact of peer and adult models". Journal of Psychology 120: 83-95.

Noham, A. (1990). Consumo de drogas y conductas antisociales en un grupo de adolescentes indigentes de la ciudad de México. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM, México.

Organización Mundial De La Salud (1981). "Evaluación De Los Problemas Sociales Y De Salud Pública Relacionados Con El Uso De Sustancias Psicotrópicas". Serie de Informes Técnicos N.656. Ginebra, Suiza.

Ortiz, A., Rodríguez, E.M., Romero, M., Pérez-Galán., González, L. y Unikel, C (1992). Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: Informe Individual de Consumo de Drogas. Tendencia en el Área Metropolitana, No. 11. Noviembre, 1991. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Otero B. R., Medina-Mora, M.E., Tapia. R., Rascon, M. L., Mariño, M. C. y Solache, G. (1990). "Disponibilidad percibida en drogas medicas y no medicas en la República Mexicana". La Psicología Social en México, 3: 231-235.

Pastrascou, J. (1923). Diccionario Pedagógico Ilustrado. Librería de A. García Santos, pag. 285. Buenos Aires Argentina.

Pedersen, W, y Lacvik, N.J. (1991). "Adolescents and benzodiazepines: Prescribed use, self-mediation and intoxication". Acta Psychiatrica Scandinavia, 84: 94-98

Pichardo Paredes Juan Josafat. (1987). Los grandes Momentos Del Normalismo En México Antología Temática 3. La crisis Del Normalismo En La Época Y El Gobierno De Carranza. Fundación De La Escuela Nacional De Maestros. Subsecretaría De Educación Superior Investigación Científica, Dirección General De Capacitación Y Mejoramiento Profesional Del Magisterio. Colección Evolución Histórica De La Educación En México., Biblioteca de mejoramiento profesional del magisterio tercera época. México.

Postic Manuel. (1978). Observación y Formación de profesores. Ed. Morata S.A. Madrid.

Pryor, G. (1993). "Animal Research on Solvent Abuse". Public Health Service Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. E.U.

Pullias, E. V. y Young J. Y. (1970). El maestro ideal. Ed. Pax México.

Rachal, R. V., Guess, L. L., Hubbard, R. L., Cavanaugh, E, R, Waddel, R. y Benrud, C. H. (1982). "Facts for planning No. 4: Alcohol misuse by adolescents". Alcohol Health and Research World, 6(3): 61-68.

- Ranero Juárez, S., Espinoza Casillas, M., Espinoza Serrano, E., Lara Velasco, E., Arande Borquez, H., Calderón Velasco, L., Reyes, P. (1984-1985). "Investigación Documental De Los Programas De Enseñanza Básica Normal". Síntesis De Investigación En Higiene Escolar. Vol. 1, N. 2. México D.F.
- Revinous, t. (1988). "Difficulties of diagnosis, diferntial diagnosis and dual diagnosis in the late adolescent and young adult substance abuse. Special issue: Alcoholismo/Chemical dependency and the college student". Journal of College Students Psychotherapy, 2: (3-4), 115-130.
- Roberts, R. E. (Enero, 1980). "Reliability of the CES-D Scale in Diferent Ethnic Contexts". Psychiatry Research 2:125-134.
- Robins, L, y Rutter, M, (1990). "Atraight and Devous Pathways From Childhood to Adulthood". Cambridge Univesity Press, USA.
- Rojas, E., Medina-Mora, M. E., Galván, Juárez, G. Carreño, G., Berenzon, G., Dimedio, R., Ortiz, E., y Nequis, G. (1993). "Prevalencia del consumo de drogas en la población escolar". Anales del instituto Mexicano de Psiquiatría, 4: 192-197.
- Rotheram-Borus, M.(1991). "Suicidal Behavior and risk factor among runaway youths". Am J. Psychiatry, 150: 103-107
- Roy, A., Lambarki, D., DeJong, J., Moore, V., Linnoila, M. (1990). "Characteristics of alcoholics who attempt suicide". Am. J. Psychiatry, 147: 761-765
- Secretaría De Educación Pública. (1975). La Reforma En La Educación Normal. "Palabras del Secretario De Educación Pública y resultados de las deliberaciones acerca de los planes de estudios, programas y ajustes académicos en la educación normal". Dirección General de Información y Difusión. México. D. F.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.(1990). Encuesta Nacional de Adicciones, 1990. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Smart, R. Y Liban,C. (1980). "Cannabis Use and alcohol problems among adults and students". Drug and Alcohol Dependence, (6): 141-147.
- Smart, R., Medina-Mora, M.E., Terroba, G. y Varma, V.K. (1981). "Drug use among non-students in three countries". Dug and Alcohol Dependence, 7: 125-132.
- Soriano, M. A. (1990). Problemas Relacionados El Consumo De Drogas. Resultados De Una Muestra Que Asiste A Instituciones De Atención A La Salud Y Procuración De Justicia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México. D. F.

Tapia Conyer y Cols. (1994), Encuesta Sobre El Consumo De Drogas En La Frontera Norte De México. Secretaría De Salud. México. D. F.

Tenti Emilio. (Junio 1988). El arte del buen maestro. Ed. Pax México D.F.

Terroba, G. G., Saltijeral M. T. (1983). "La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio". Salud Pública de México, 25 (3): 285-293.

Vaughan, M. K. (1979). "Women, Class and Education in Mexico, 1900-1928". En women in Latin America. Latin America Perspective. Pag. 66.

Viesca Treviño en Tapia Conyer, R. (1994). Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas. Ed. El Manual Moderno. S. A. de C. V. México D.F.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

APENDICE I.

CUESTIONARIO

DE

USO DE DROGAS

EN

ESTUDIANTES .

I N T R O D U C C I O N .

Este cuestionario es parte de un amplio estudio que se está realizando en varios países del mundo. Las preguntas son acerca del uso de drogas y aspectos relacionados a éste. También se preguntan otros datos como son: Edad, sexo, etc...

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posibles. Todas las respuestas serán estrictamente confidenciales, y ninguna persona podrá ser identificada. Es por esto que no preguntamos ni tu nombre ni el nombre de tu escuela.

Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperemos que a ti te guste también.

Asegúrate de leer las instrucciones antes de empezar a contestar las preguntas.

Tus respuestas serán comparadas con las de otros jóvenes en otras partes del mundo, por personas que están tratando de aprender más acerca de estos temas.

GRACIAS POR TU COOPERACION

I N S T R U C C I O N E S

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

Para cada pregunta busca la respuesta que para ti sea la mejor: coloca una "X" en el parentesis al lado de la respuesta que hayas escogido.

En la mayoría de las preguntas deberás escoger sólo una opción. Hay otras en las que puedes elegir más de una respuesta, en estos casos se te hace una indicación. No hagas ninguna anotación en los cuadros colocados al margen izquierdo.

No hagas anotaciones
en este cuadro

* *
* *

Por ejemplo:

¿Has tomado agua en los últimos
30 días?

- () 1 No
- () 2 Si, durante 1 a 5 días
- () 3 Si, durante 6 a 19 días
- (X) 4 Si, durante 20 días
o más.

La respuesta escogida fué "4" indicando que la persona que contestó la pregunta tomó agua durante 20 días o más en los últimos 30 días.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o si sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y pregunta a los encuestadores tus dudas.

1. ¿Eres?

- 1 Hombre 2 Mujer

2. ¿Cuántos años tienes?

_____ años

3. ¿Cuál es el año que estás cursando en la escuela?

_____ año

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

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

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

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

**AHORA DEBERAS RESPONDER A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:
 POR FAVOR NO DEJES EN BLANCO NINGUNA**

6.a) ¿Has usado alguna vez en tu vida marihuana (Hashish)?

- 1 No 2 Sí

6.b) ¿Has usado marihuana en los últimos 12 meses?

- 1 No 2 Sí

6.c) ¿Has usado marihuana durante los últimos 30 días?

- 1 No
 2 Sí, durante 1 a 5 días
 3 Sí, durante 6 a 19 días
 4 Sí, durante 20 días o más

6.d) ¿Cuántos años tenías cuando usaste marihuana por primera vez?

6.e) ¿Cuántas veces en tu vida has usado marihuana?

- 1 Nunca he usado marihuana
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces.
- 6 50 veces o más

6.f) ¿Hace cuánto tiempo usaste marihuana por primera vez?

- 1 Nunca he usado marihuana
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

6.g) ¿En qué lugar obtuviste marihuana por primera vez?

- 01 Nunca he usado marihuana
- 02 En tu casa o en la de alguien más
- 03 En la escuela
- 04 En el trabajo
- 05 En tu Club Social
- 06 En fiestas
- 07 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 08 En la calle o en un parque
- 09 En otro lugar, especifica _____

7.a) ¿Has usado alguna vez en tu vida anfetaminas (pildoras para elevarse, pastillas para quitar el sueño para la dieta, redotex, pastas, aceleradores), sin que un médico te lo indicara?

- 1 No
- 2 Si

7.b) ¿Has usado anfetaminas en los últimos 12 meses sin que un médico te lo indicara?

- 1 No
- 2 Si

7.c) ¿Has usado anfetaminas durante los últimos 30 días sin que un médico te lo indicara?

- 1 No
- 2 Si, durante 1 a 5 días
- 3 Si, durante 6 a 19 días
- 4 Si, durante 20 o más

7.d) ¿Cuántos años tenía cuando usaste anfetaminas u otro estimulante por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado anfetaminas
 2 10 años o menos
 3 De 11 a 12 años
 4 De 13 a 14 años
 5 De 15 a 16 años
 6 De 17 a 18 años
 7 19 o más

7.e) ¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado anfetaminas
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 3 a 5 veces
 4 De 6 a 10 veces
 5 De 11 a 49 veces
 6 50 veces o más

7.f) ¿Hace cuánto tiempo usaste anfetaminas por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado anfetaminas
 2 Hace menos de un mes
 3 De 2 a 6 meses
 4 De 7 a 12 meses
 5 Hace más de un año

7.g) Escribe el nombre de la(s) que hayas usado.

8.a) ¿Has usado cocaína o alguna de sus derivados alguna vez en tu vida?

- 1 No 2 Si

8.b) ¿Como las has usado? (Puedes marcar más de una opción)

- 1 Nunca he usado cocaína
 2 Fumada
 3 Inyectada
 4 Inhalada
 5 Tomada o tragada

8.c) ¿Has usado cocaína en los últimos 12 meses?

- 1 No 2 Si

B.d) ¿Has usado cocaína durante los últimos 30 días?

- 1 No
- 2 Sí, durante 1 a 5 días
- 3 Sí, durante 6 a 19 días
- 4 Sí, durante 20 días o más

B.e) ¿Cuántos años tenías cuando usaste cocaína por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína
- 2 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 19 o más

B.f) ¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?

- 1 Nunca he usado cocaína
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

B.f) ¿Hace cuanto tiempo usaste cocaína por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

B.h) Escribe el nombre del(los) tipo(s) de cocaína que hayas usado.

9.a) ¿Has usado alguna vez en tu vida cocaína "crack"?

- 1 Nunca he usado cocaína "crack"
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

10.a) ¿Has usado alguna vez en tu vida alucinógenos como LSD, mezcalina, hongos, PCP, o algunos otros conocidos en tu localidad?

- 1 No 2 Sí

10.b) ¿Has usado alucinógenos en los últimos 12 meses?

- 1 No 2 Sí

10.c) ¿Has usado alucinógenos en los últimos 30 días?

- 1 No
 2 Sí, durante 1 a 5 días
 3 Sí, durante 6 a 19 días
 4 Sí, durante 20 días o más

10.d) ¿Cuántos años tenías cuando usaste alucinógenos por primera vez?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
 2 10 años o menos
 3 De 11 a 12 años
 4 De 13 a 14 años
 5 De 15 a 16 años
 6 De 17 a 18 años
 6 19 años o más

10.e) ¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos ?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 6 a 10 veces
 4 De 11 a 49 veces
 5 50 veces o más

10.f) ¿Hace cuánto tiempo usaste alucinógenos por primera vez?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
 2 Hace menos de un mes
 3 De 2 a 6 meses
 4 De 7 a 12 meses
 5 Hace más de un año.

10.g) ¿En qué lugar obtuviste alucinógenos por primera vez?

- 01 Nunca he usado alucinógenos
- 02 En tu casa o en la de alguien más
- 03 En la escuela
- 04 En el trabajo
- 05 En tu Club Social
- 06 En fiestas
- 07 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 09 En otro lugar, especifica _____

10.h) Escribe el nombre del (los) alucinógenos que hayas usado

11.a) ¿Has aspirado o inhalado alguna vez en tu vida sustancias para elevarte (pegamento, sprays en aerosol, thinner u otros gases)?

- 1 No
- 2 Sí

11.b) ¿Has aspirado o inhalado sustancia para elevarte los últimos 30 días?

- 1 No
- 2 Sí, durante 1 a 5 días
- 3 Sí, durante 6 a 19 días
- 4 Sí, durante 20 días o más

11.d) ¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste por primera vez sustancias para elevarte?

- 1 Nunca he aspirado o inhalado sustancias para elevarme
- 2 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 19 años o más

13.d) ¿Cuántos años tenías cuando usaste por primera tranquilizantes por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado tranquilizantes
- 2 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 19 o más

13.e) ¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado tranquilizantes
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

13.f) ¿Hace cuánto tiempo usaste tranquilizantes por primera vez sin que el médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado tranquilizantes
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

13.g) Escribe el nombre del(los) tranquilizante(s) que hayas usado:

14.a) ¿Has usado alguna vez en tu vida sedantes (barbitúrico, ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo indicara?

- 1 No
- 2 Sí

14.b) ¿Has usado sedantes en los últimos 12 meses sin que un médico te lo indicara?

- 1 No
- 2 Sí

14.c) ¿Has usado sedantes en los últimos 30 días sin que un médico te lo indica?

- 1 No
- 2 Sí, durante 1 a 5 días
- 3 Sí, durante 6 a 19 días
- 4 Sí, durante 20 días o más

14.d) ¿Cuántos años tenías cuando usaste sedantes por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 No he usado sedantes
- 2 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 19 o más.

14.e) ¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado sedantes
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 11 a 49 veces
- 5 50 veces o más

14.f) ¿Hace cuánto tiempo usaste sedantes por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado sedantes
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

14.g) Escribe el nombre del(los) sedante(s) que hayas usado:

15.a) ¿Has fumado opio alguna vez en tu vida?

- 1 No
- 2 Sí

15.b) ¿Cuántas veces en tu vida has fumado opio?

- 1 Nunca he fumado opio
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

16.a) ¿Has usado alguna vez heroína (arpon)?

- 1 No
- 2 Sí

16.b) ¿Cómo la has usado?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 Fumada
- 3 Inyectada
- 4 Inhalada
- 5 tomada o tragada

16.c) ¿Has usado heroína en los últimos 12 meses?

- 1 No
- 2 Sí, durante 1 a 5 días
- 3 Sí, durante 6 a 19 días
- 4 Sí, durante 20 días o más

16.d) ¿Cuántas veces en tu vida has usado heroína?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

16.g) ¿Hace cuánto tiempo usaste heroína por primera vez?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

16.h) ¿En qué lugar obtuviste heroína por primera vez?

- 01 Nunca he usado heroína
- 02 En tu casa o en la de alguien más
- 03 En la escuela
- 04 En el trabajo
- 05 En el club Social
- 06 En fiestas
- 07 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 08 En la calle o en un parque
- 09 En otro lugar, especifica _____

17.a) ¿Has usado alguna vez en tu vida otros opiáceos (metadona, morfina, codeína, demerol, peregónil) sin que un médico te lo indicara?

- 1 No
- 2 Sí

17.b) ¿Cuántas veces en tu vida has usado otros opiáceos sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado otros opiáceos
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

18.a) Si es así ¿cómo se llaman esas drogas?

19 ¿Si hubieras usado alguna droga, crees que lo hubieras dicho en este cuestionario?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro

MARCA CON UNA (X) SOLO UNA DE LAS OPCIONES DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS INDEPENDIEMENTE DE CONSUMAS O NO CONSUMAS DROGA.

- 20 ¿Que tan fácil o difícil sería para ti conseguir **MARIJUANA** si quisieras?
- 1 Probablemente sería IMPOSIBLE para mi conseguir marijuana.
 - 2 Probablemente sería MUY DIFICIL para mi conseguir marijuana.
 - 3 Probablemente sería DIFICIL para mi conseguir marijuana.
 - 4 Probablemente sería FACIL para mi conseguir marijuana
 - 5 Probablemente sería MUY FACIL para mi conseguir marijuana
 - 6 No sé lo que es marijuana
- 21 ¿Que tan fácil o difícil sería para ti conseguir **COCAINA** si quisieras?
- 1 Probablemente sería IMPOSIBLE para mi conseguir cocaína
 - 2 Probablemente sería MUY DIFICIL para mi conseguir cocaína
 - 3 Probablemente sería DIFICIL para mi conseguir cocaína
 - 4 Probablemente sería FACIL para mi conseguir cocaína
 - 5 Probablemente sería MUY FACIL para mi conseguir cocaína
 - 6 No sé lo que es la cocaína
- 22 ¿Que tan fácil o difícil sería para ti conseguir **HEROINA** si quisieras?
- 1 Probablemente sería IMPOSIBLE para mi conseguir heroína
 - 2 Probablemente sería MUY DIFICIL para mi conseguir heroína
 - 3 Probablemente sería DIFICIL para mi conseguir heroína
 - 4 Probablemente sería FACIL para mi conseguir heroína
 - 5 Probablemente sería MUY FACIL para mi conseguir heroína
 - 6 No sé que es la heroína

LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES DESCRIBEN FORMAS EN QUE LA GENTE ACTUA O SE SIENTE. POR FAVOR LEE CADA AFIRMACION Y ENCIERRA EN UN CIRCULO EL NUMERO DE DIAS (DE 0 A 7) QUE TE SENTISTE ASI LA ULTIMA SEMANA

EJEMPLO: Tomé agua

(1)	(2)	(3)	(4)
Número de días:			
0	1-2	3-4	5-7

Esto indica que tomaste agua de 5 a 7 días durante la semana pasada.

23. DURANTE LA SEMANA PASADA:

(1)	(2)	(3)	(4)
Número de días:			

23a)	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
23b)	No tenia hambre, no tenia apetito	0	1-2	3-4	5-7
23c)	Sentia que no podia quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
23d)	Sentia que era tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
23e)	Tenia dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
23f)	Me sentí deprimido (a)	0	1-2	3-4	5-7
23g)	Sentí que todo lo que hacia me costaba mucho esfuerzo.	0	1-2	3-4	5-7
23h)	Veia el futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
23i)	Pensé que mi vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
23j)	Tenia miedo	0	1-2	3-4	5-7
23k)	Dormi sin descansar	0	1-2	3-4	5-7
23l)	Estaba feliz	0	1-2	3-4	5-7
23m)	Platiqué menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
23n)	Me sentía solo (a)	0	1-2	3-4	5-7
23o)	Sentí que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
23p)	Disfruté de la vida	0	1-2	3-4	5-7
23q)	LLoraba a ratos	0	1-2	3-4	5-7
23r)	Me sentia triste	0	1-2	3-4	5-7

Número de días:

23s)	Sentía que no les caía bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
23t)	No podía "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7
23u)	Tenia pensamientos sobre la muerte	0	1-2	3-4	5-7
23v)	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)	0	1-2	3-4	5-7
23w)	Pensé en matarme	0	1-2	3-4	5-7

24. ¿QUE TAN PELIGROSO CONSIDERAS QUE SEA PARA LA SALUD EL QUE LA GENTE HAGA LO SIGUIENTE?:

	NO ES PELIGROSO	ES PELIGROSO	ES MUY PELIGROSO
a) Fumar marihuana 1 o 2 veces	()	()	()
b) Fumar marihuana ocasionalmente	()	()	()
c) Fumar marihuana regularmente	()	()	()
d) Usar cocaína regularmente	()	()	()
e) Probar heroína 1 o 2 veces	()	()	()
f) Usar heroína regularmente	()	()	()
g) Probar anfetaminas 1 o 2 veces	()	()	()
h) Probar anfetaminas regularmente	()	()	()

25. ¿COMO VERIAN TUS AMIGOS SI TU...

	LO VERIAN BIEN	NI BIEN NI MAL	LO VERIAN MUY MAL
a) Pruebas marihuana 1 o 2 veces.	()	()	()
b) fumas marihuana o ocasionalmente	()	()	()

	LO VERIAN BIEN	NI BIEN NI MAL	LO VERIAN MUY MAL
c) Pruebas cocaína 1 o 2 veces	()	()	()
d) Usas cocaína regularmente	()	()	()
e) Pruebas cocaína "crack" 1 o 2 veces.	()	()	()
f) Pruebas heroína 1 o 2 veces	()	()	()
g) Usas heroína regularmente	()	()	()
h) Pruebas anfetaminas 1 o 2 veces	()	()	()
i) Pruebas anfetaminas regularmente	()	()	()

26. CUANTOS DE TUS AMIGOS SABES QUE:

	NINGUNO	ALGUNO	LA MAYORIA
a) Fuman marihuana	()	()	()
b) Usan inhalables	()	()	()
c) Usan cocaína	()	()	()
d) Usan cocaína "crack"	()	()	()
e) Usan anfetaminas	()	()	()
g) Usan tranquilizantes	()	()	()

27. El lugar donde has vivido la mayor parte de tu vida, (era o es:

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