

01966

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CORRELATOS PSICOSOCIALES DE PREVALENCIA DEL USO, ABUSO Y DEPENDENCIA
A DROGAS EN ADOLESCENTES.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA SOCIAL.

PRESENTA:

LIC. ALBERTO JAVIER CÓRDOVA ALCARÁZ.

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL INVIERNO DEL 2000

284629



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PROYECTO

RESUMEN.

INTRODUCCION

I.- ADOLESCENCIA

1.1 Desarrollo

1.2 Influencia del Entorno Social y la Cultura.

II.- FACTORES PSICOSOCIALES: Familia, Estrés, Afrontamiento.

2.1 Familia: Modelo de Olson.

2.2 Estrés y Afrontamiento: Modelo de Lazarus y Folkman.

2.3 Depresión.

III.- PREVALENCIA DEL USO, ABUSO Y DEPENDENCIA A DROGAS:

3.1 Registro a Nivel Nacional.

3.2 Prevalencia de uso, abuso y Dependencia a Drogas.

3.3 Tipos de Farmacodependencia y factor de riesgo o de protección.

IV.- METODO

4.1 Objetivos Generales.

4.2 Objetivos Específicos.

4.3 Hipótesis

4.4 Variables

Definición Conceptual y Operacional.

4.5 Método.

4.5.1 Sujetos.

4.5.2 Instrumentos.

4.5.3. Procedimiento.

4.6 Análisis Estadístico.

V.- RESULTADOS.

VI.- DISCUSIÓN.

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS.

Para mi esposa e hijos que siempre me han apoyado.

Gracias Tere, Pollo, Vic, Chatarrita

A mis padres con todo mi
agradecimiento

A mis hermanos Soledad, Tito,
Chucho, Enrique hay que seguir adelante

A "Lucas" por mantenerse firme contra la represión.

Un conejo estaba sentado delante de una cueva escribiendo, cuando aparece un elefante.

- Hola, conejo, que haces?

- Estoy escribiendo una tesis doctoral sobre como los conejos comen elefantes.

- Ja, ja, pero que dices?

- No te lo crees? Anda conmigo dentro de la cueva....

- Total, que los dos entran y al cabo de un rato el conejo sale con un colmillo del elefante y se pone a escribir. Al cabo de un rato llega un lobo.

- Hola, conejo, que haces?

- Estoy escribiendo una tesis doctoral sobre como los conejos comen elefantes y lobos.

- Ja, ja, que bueno, que chiste más divertido!

- Que no te lo crees? Anda, ven adentro de la cueva, que te voy a enseñar algo!

- Al cabo de un rato el conejo sale con la calavera del lobo y de nuevo se pone a escribir. Después llega un oso y corre con la misma suerte pero esta vez el conejo sale de la cueva acompañado de cinco leones y por fin termina su tesis.

Moraleja: Lo importante no es el contenido de tu tesis, sino tus asesores.

Con un gran respeto y agradecimiento al comité:

Mtro. Sotero Moreno C.

Mtro. Samuel Jurado C.

Dr. Hector Ayala V.

Dra. Patricia Andrade P.

Mtra. Guillermina Natera

A Jorge Arrellanez pues el sabe que sin su fundamental ayuda y anuencia en todos los aspectos este trabajo no se hubiera podido realizar.

A Isaias e Hilda (así debe ser siempre) a los cuales espero ver pronto pasar por este tramite, ¡no le saquen!

Para Alma, Veronica, Solecito, Socorrito, Paty y Abelardo por compartir una infinidad de situaciones tanto dentro como fuera de la oficina .

A Jorge Villatoro y Francisco Juárez por su colaboración esencial en el análisis de los datos.

Para Angelica Martínez , Arturo Bautista y la "peque" por haberme brindado antes que nada su amistad.

Agradezco las facilidades otorgadas por las autoridades de Centros de Integración Juvenil A. C. y en especial a la Subdirección de Investigación, a su titular Lic. David Bruno Díaz Negrete por permitirme utilizar libremente la información del proyecto .

RESUMEN.

En el presente trabajo se investigó a sujetos adolescentes que utilizan drogas ilegales y se compararon con un grupo de adolescentes que no usan drogas, (casos y controles respectivamente) se les aplicaron una serie de instrumentos para obtener información acerca de su grado de estrés, afrontamiento, depresión percepción de riesgo, la cohesión y la adaptabilidad familiar, presumiendo que ambos grupos presentan características diferentes.

El grupo formado por los casos se conformo por sujetos que acudieron a Centros de Integración Juvenil, institución que se dedica a la prevención, tratamiento rehabilitación e investigación del uso de drogas en adolescentes y el grupo control integrado por sujetos con el mismo sexo y la misma edad, pero con un rango más- menos un año de edad de diferencia que el sujeto caso, pero que no consumía drogas.

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en algunas de las variables analizadas, además de un modelo estructural que indica que la relación de estas variables como una posible influencia en que el sujeto pueda o no utilizar drogas.

La relación de estas variables en el modelo no fue lineal, sino que el estrés, la cohesión y la adaptabilidad se interrelacionan, para después desencadenar un episodio depresivo y de ahí es más factible un posible uso de drogas.

INTRODUCCION.

Actualmente, gran parte de la literatura mundial ha equiparado el estudio de condiciones y características presentes en usuarios de drogas ilegales con la investigación de algunos factores de riesgo. Al respecto, es preciso diferenciar entre *correlatos de prevalencia* y *factores de riesgo*, estos últimos se encuentran más relacionados con correlatos de incidencia pero no reducidos a ellos (Bry, 1983; Anthony, 1990; Farrell, Albert D., Danish S.J., Howard C.W.(1992). El estudio de *factores de riesgo* propiamente dicho requiere de investigaciones longitudinales sumamente complejas y costosas; mientras que el estudio de *correlatos de prevalencia*, al emplear abordajes retrospectivos, resulta más accesible y de menor costo. Por otro lado, la distinción entre *correlatos de prevalencia* y *factores de riesgo* permite la identificación de diferencias entre grupos de consumidores de drogas, lo cual ofrece información muy valiosa para el diseño de nuevos programas preventivos o de tratamiento.

La propuesta de la investigación de *“Correlatos Psicosociales de Prevalencia de Uso, Abuso y Dependencia a Drogas en Adolescentes”*, consistirá en el estudio de la asociación entre ciertos factores psicosociales (familia, estrés, estrategias de afrontamiento, depresión y, percepción de riesgo y accesibilidad a las drogas) y el consumo de drogas en diversos estadios de evolución del problema (usuarios, abusadores y dependientes) en población joven **-entre 10 y 18 años-** del área metropolitana de la ciudad de México, a fin de generar información de calidad que permita establecer características diferenciales entre grupos de la población consumidora y no consumidora, así como al interior de los grupos de consumidores.

La familia como grupo primario, tiene un papel determinante en el desarrollo psicosocial del individuo, ya sea como un amortiguador de los problemas a que se enfrenta durante su desarrollo, o bien, contribuyendo a la insatisfacción y tensiones experimentadas, lo que puede promover situaciones como el uso de drogas en uno o más de sus miembros, ya que en base a la observación de las características de las familias en distintos países, algunas hipótesis la proponen como importante factor explicativo. Que la estructura y adaptabilidad proporcionan protección preventiva a sus miembros (Russell, 1979; Olson et al, 1983, 1986, 1991; Needle R., Lavee Y., Su S., Brown P., Doherty W.(1988). La visconversa es consistente con dichas hipótesis, estudios provenientes de la clínica de México han señalado diversas características de familias de farmacodependientes, entre las que destacan anomalías en la composición, cohesión y comunicación familiar, así como rigidez

disfuncional frente a requerimientos de cambio adaptativo (Berriel R, y Luna J. A., 1982; Cardaña D, y Vernet J.J, 1982; Encinas y Velez (1982). Otro estudio encontró asociación entre el consumo de drogas y el tipo de familia definida por su "grado de integración" (Castro-Sariñana M. E, y Chávez A. M. 1986). Sin embargo, es muy limitada la información disponible acerca de las características socioeconómicas de las muestras, así como de los criterios con los que se definieron operativamente las categorías de análisis para estas investigaciones.

Así, es necesaria la exploración de la dinámica familiar en función del soporte que brinda a sus integrantes (cohesión), y de la manera en que son resueltas o no las tensiones existentes al interior del sistema (adaptación). Del mismo modo al observar la prevalencia existente en el inicio del consumo de drogas durante la adolescencia, es importante conocer las formas que adopta el adolescente para manejar las situaciones estresantes (estrés de vida) que se presentan durante esta etapa. Sus estrategias de afrontamiento y el éxito o fracaso de dichas estrategias. Como factores asociados al consumo de drogas se considera relevante la exploración de la percepción de riesgo y Accesibilidad a las drogas.

Conviene resaltar que no hay estudios mexicanos que hayan explorado estas variables con estrategias adecuadas para el control de posibles factores confundentes, así como tampoco se cuenta con algún estudio que haya analizado el peso de las variables cuando todas ellas son consideradas al mismo tiempo.

Cabe mencionar que la prevalencia en el uso de drogas en México en los últimos años está mostrando cambios alarmantes, que requieren una atención inmediata, ya que, por ejemplo el uso de la cocaína ha tenido un incremento desmesurado, lo que genera que se tenga que implementar nuevos programas de prevención y tratamiento.

I.- ADOLESCENCIA

1.1 Desarrollo

La palabra adolescencia tiene sus raíces etimológicas en: *adoléscere, que tiene esencialmente dos significados:*

- 1) Caer enfermo y
- 2) Desarrollarse (Moliner, 1984).

La definición más sencilla y común es: “La edad comprendida entre el término de la niñez y el comienzo de la edad adulta”. (Casares, 1984). Este periodo del desarrollo ha sido estudiado por muchos autores y en diversos aspectos, entre los que se mencionan los siguientes: cambio, transición, crecimiento, madurez, características sexuales, psicológicas, anatómicas, fisiológicas, personalidad, crisis, etc.

La adolescencia es la etapa que se encuentra entre la niñez y la edad adulta, pero los límites de estas etapas no están claramente definidas. En concreto, el límite entre la niñez y la adolescencia es la pubertad, periodo en el cual ocurren cambios definitivos, entre los cuales están los biológicos, como la transformación de los órganos sexuales, los cuales están comprometidos en la función reproductora (Tordjman, 1986). Algunos autores llaman *pubescencia* al periodo anterior a la pubertad; ya que en él se preparan y gestan los cambios que desembocarán más tarde en la adolescencia. Una característica importante que la diferencia de la adultez es la dependencia económica, que aunque no tan tajante si es en gran porcentaje la que delimita.

No existe sin embargo un indicador claro que delimite el final de la adolescencia; la madurez sexual o la terminación del crecimiento somático no necesariamente coinciden con este evento, esto sucede cuando se conjuntan una serie de indicadores de tipo socioeconómico que se relacionan, entre otras cosas, a la autonomía y autosuficiencia económica. (López, 1990).

En el adolescente aparecen ciertos cambios dirigidos a la búsqueda de una identidad personal, matizados por el contexto sociocultural en que se desarrolla; dentro de este contexto se puede mencionar entre otros a la familia, los amigos, la escuela, el empleo, el desarrollo espiritual, las organizaciones comunitarias, las

políticas, la legislación, la urbanización, los medios masivos de comunicación, los servicios de salud, de recreación y el ambiente socioeconómico (Monroy, 1994).

Estos cambios se dan principalmente en dos áreas, aparte de la maduración física:

- a) Maduración cognoscitiva (aumento de la capacidad de pensar de manera lógica, conceptual y a futuro).
- b) Desarrollo psicosocial (comprensión de uno mismo con relación con los demás).

En la adolescencia temprana se presenta un cierto grado de rebelión contra los adultos y sus valores, narcisismo intenso, dependencia hacia la subcultura formada por el grupo de edad, intensificación de urgencias y sentimientos sexuales, incremento de la agresividad, así como de las capacidades intelectuales y emocionales, así como de actitudes y conductas que son intentos para experimentar nuevas cosas. Posteriormente en la adolescencia tardía, se alcanzan otros logros como la separación de los padres, individuación, consolidación de la identidad sexual, capacidad para el trabajo, y las relaciones de pareja más estables, desarrollo de un sistema personal de valores y una vuelta a los padres en una relación basada en mayor igualdad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

Por otro lado estos cambios no son aislados sino al mismo tiempo en diferentes estadios como los hormonales, físicos, sociales, psicológicos, etc. que están presentes en todo ser humano y en la adolescencia se acentúan aun más.

1.2 Influencia del Entorno Social y La Cultura.

Los cambios psicosociales hacen que el mundo del adolescente actual sea diferente con respecto a generaciones anteriores, por ejemplo hay una uniformación e internacionalización de sus características: una indiferenciación de edad, se atribuyen roles equivalentes, un igualitarismo de sexos; una diferenciación de los adultos que se manifiesta por la transgresión, lo que hace que los adolescentes, rehusando el estatus quo y el rol que se les impone, se conviertan en personajes que se confunden en un grupo en cuyo seno busca su identidad. Al rechazar lo anterior se crean nuevos estatus y roles que se contraponen a los del adulto, tratan de rebelarse contra una sociedad hipócrita, viviendo en una necesidad de destrucción por no decir de autodestrucción, encontrando la solución en el aislamiento o en la adhesión a grupos en cuyo seno esperan encontrar una "purificación" y con los que se identifican a costa de una pérdida de autonomía y de individuación.

P. Arnold y cols. (citado por Ajuriaguerra. 1984), agrupan en cinco grandes sistemas de acción, las formas de reaccionar del adolescente a las condiciones de la socialización:

- El hiperconformismo disfuncional.- en el cual el adolescente se fabrica una identidad con la ayuda de los objetos (objeto violencia, objeto juventud, etc.). En este sistema, la voluntad y la necesidad de integración del joven se manifiesta por un intento de apropiación del mundo y de la sociedad a través de los objetos.
- La integración activa.- Es muy parecida a la anterior en cuanto a la búsqueda de integración, pero aquí se analiza la ambigüedad de la sociedad.
- La reivindicación.- Aquí se interpreta a la sociedad en términos de crisis, en relación con el cambio social: lleva retraso y está atrasada
- La contestación.- se menciona que es imposible encontrar la identidad en una sociedad capitalista, porque el sujeto es forzado a jugar el rol de opresor o esclavo. Por lo tanto hay que destruir dicho sistema para implementar otro fundamentalmente nuevo.
- La separación.- La única salida es la de situarse fuera del sistema, un tipo de vida diferente una antisociedad.

No existe un sistema puro sino la combinación de éstos ante las diferentes circunstancias a las que se enfrenta el adolescente.

El entorno social y la cultura pueden ser determinantes para que el adolescente presente cierto tipo de conductas adecuadas o inadecuadas para su vida en sociedad, por ejemplo el comportamiento que presenta la sociedad ante el sujeto que utiliza drogas ilegales que esta enmarcado como mal viviente, delincuente y criminal, en cambio el uso de drogas lícitas como el alcohol o el tabaco, no generan las clasificaciones antes mencionadas.

II.- FACTORES PSICOSOCIALES: Familia, Estrés, Afrontamiento.

2.1 Familia: Modelo de Olson.

El concepto denominado Familia implica varias dimensiones entre las que se pueden mencionar: organización política, económica, afectiva, reproducción y el ciclo vital de la familia (Galindo, 1982).

Con base en la observación de las características de las familias en distintos países, algunas hipótesis proponen como importante factor explicativo que la estructura y adaptabilidad de la familia proporcionan protección preventiva a sus miembros (Russell, 1979; Olson et al, 1983, 1986, 1991; Needle et al, 1988). La visconversa es consistente con dichas hipótesis: estudios provenientes de la clínica de México han señalado diversas características de familias de farmacodependientes, entre las que destacan: anomalías en la composición, cohesión y comunicación familiar, así como rigidez disfuncional frente a requerimientos de cambio adaptativo (Berriel, 1982; Cardeña, 1982; Encinas, 1982). Otro estudio encontró asociación entre el consumo de drogas y el tipo de familia, definida por su "grado de integración" (Castro y Chávez, 1986). Sin embargo, es muy limitada la información disponible acerca de las características socioeconómicas de las muestras, así como de los criterios con los que se definieron operativamente las categorías de análisis para estas investigaciones.

La familia aparece en todas partes estructurada ante todo en relación con la clase y el estrato social al que se pertenece, de modo que correctamente se puede hablar de tipos de familias característicos de determinada clase o estrato, pero nunca de la sociedad entera, ni de un tipo único de familia. Además existe un grupo de factores que influyen en su estructura: demográficos, económicos, psicológicos, político-jurídicos, culturales, ecológicos, tecnológicos, entendiendo que la mayor parte de ellos son interdependientes.

Entonces podríamos definir a la familia como un "Sistema dentro del cual se desarrollan los individuos participantes, del cual forma parte e interactúa en un contexto más amplio (que incluye otros sistemas), que se conoce como organización social. La familia como el individuo, atraviesa por varias etapas a lo largo de su vida; una de estas etapas es la adolescencia. En esta etapa tanto la familia como el individuo sufren cambios.

Según Hill y Rodgers (1964, citado por Olson, 1989), las familias se pueden entender y estudiar de acuerdo con un ciclo vital, el cual se puede dividir en varias

etapas. Esta categorización, depende primordialmente de dos factores: La edad de los hijos y los cambios que la familia experimenta cuando los hijos maduran. Olson (1989) comenta que durante la etapa de la “familia con adolescentes”, los recursos y deficiencias de una familia se hacen más aparentes o manifiestas, debido a que los retos que se enfrentan en esta etapa son más grandes. Es decir, el adolescente se “enfrenta” a los padres (y esto es natural ya que en el adolescente se están gestando cambios muy dramáticos e importantes) lo que le impone a su familia una tendencia al cambio.

El ciclo vital propuesto por Olson McCubbin, Barnes, Muxen, Larsen y Wilson (1989), se compone de siete estadios. Existen tres criterios que ayudan a establecer la secuencia de estos estadios, los criterios son:

1.- **La edad de hijo mayor.** Debido a que las familias pueden tener más de un hijo y en ocasiones el primer hijo puede ser el catalizador que introduce demandas para que se den cambios familiares, a partir del nacimiento de este las necesidades de desarrollo están fuertemente determinadas por la edad del mismo.

2.- **La transición.** A las familias se les atribuye cierta cantidad de cambio, necesaria para cuando los hijos logren alcanzar los diferentes estadios de su vida: ingresar a la escuela, la pubertad, dejar el hogar, trabajar, casarse, etc.

3.- **Cambio en la orientación.** La diversidad de los objetivos en las familias hace que el adolescente reciba diferentes pautas de conducta.

De acuerdo a estos tres criterios los estadios son:

- I *Parejas jóvenes sin hijo.*
- II *Familias en maternidad y/o con niños en edad preescolar*
- III *Familias en edad escolar*
- IV *Familias con adolescentes en el hogar*
- V *Familias que “lanzan” a sus adolescentes*
- VI *Familias de nido vacío*
- VII *Familias en el retiro*

Las familias con hijos adolescentes muestran cambios y tensión únicos de este estadio del ciclo vital de la familia. Según Olson y cols. (1989) “Es un tiempo en el que los adolescentes experimentan un periodo de maduración rápido y su foco de identificación cambia, para ubicarse lejos de la unidad familiar y hacia su grupo

de coterráneos. Durante este periodo los reportes de los padres respecto a las dimensiones propuestas por él para medir el funcionamiento familiar (cohesión, adaptabilidad y comunicación), alcanzan los niveles más bajos. El nivel de tensión intra-familiar puede elevarse debido a la discrepancia entre los padres y adolescentes referente a las perspectivas acerca de las cuestiones y dinámica familiar. Los padres y los adolescentes viven en mundos muy diferentes”.

La comunicación es otro elemento importante en este estadio, ya que se reporta una muy pobre comunicación y falta de entendimiento, aunque existe una mejor comunicación de la madre con el adolescente que con el padre, Olson y cols (1989) lo describen así: “el adolescente esta luchando por independizarse de su núcleo familiar y por lo tanto minimiza ciertos aspectos de la vida familiar como por ejemplo la comunicación”.

De acuerdo con lo anterior, las emociones (el sentirse cercano o lejano del grupo de amigos y familiar), las cogniciones (ideas acerca de la dinámica familiar) y las conductas (comunicarse o no con su familia) de un individuo, influyen y son influenciadas por los miembros de su grupo familiar. De esta manera la combinación de los factores antes mencionados al mezclarse las exigencias individuales con las familiares, resulte una forma muy particular de vivenciar, experimentar y percibir toda su experiencia cotidiana.

El modelo Circumplejo de los sistemas marital-familiar fue propuesto por Olson, Russell y Sprenkle (1979), el cual nace como alternativa ante la problemática familiar, debido a una revisión conceptual de alrededor de 50 términos hecha en los años setenta, y por medio del análisis factorial al agrupar esta cantidad de términos resultaron tres dimensiones:

- a) Cohesión Familiar
- b) Adaptabilidad Familiar
- c) Comunicación Familiar.

Dicho agrupamiento se desprende de la teoría sistémica y fundamentalmente de la práctica terapéutica y la elaboración conceptual de campos como la terapia familiar, la sociología de la familia y la investigación de los grupos pequeños. Sin embargo, aunque el modelo plantea tres dimensiones sólo son evaluadas gráficamente cohesión y adaptabilidad, ya que comunicación es considerada como una dimensión facilitadora, porque permite o impide el movimiento de las otras dos. Prácticamente, cohesión y adaptabilidad dan lugar al modelo circumplejo.

COHESIÓN FAMILIAR.

La definición de cohesión familiar utilizada en este modelo se encuentra integrada por dos componentes, la vinculación emocional que los miembros tienen unos con otros y el grado de autonomía individual de las experiencias de una persona en el sistema familiar.

La relevancia de esta dimensión en nuestra cultura es probada por el gran número de términos que desde diversas disciplinas se refieren a la cohesión o a algún concepto relativo; por lo que psiquiatras, terapeutas familiares, sociólogos de la familia, teóricos de los pequeños grupos, terapeutas de grupos psicológicos, sociales y antropólogos han utilizado a este término en sus investigaciones.

Algunas variables específicas usadas para evaluar el grado de cohesión familiar son los vínculos emocionales, la independencia, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones e intereses y recreación. Estas variables son agrupadas en el modelo bajo cuatro niveles de cohesión familiar; **Desagregado, Separado, Conectado y Amalgamado (o Muy conectado).**

Se ha establecido que cuando los niveles de cohesión están equilibrados habrá un balance más "funcional" de los resultados identificados y la familia podrá enfrentarse más satisfactoriamente con situaciones de estrés y cambios propios del desarrollo. En el extremo de alta cohesión familiar se encuentra una sobreidentificación con la familia, lo que da por resultado extrema vinculación y una autonomía individual limitada. El extremo bajo está caracterizado por baja vinculación y alta autonomía con respecto a la familia.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

Esta dimensión se desprende de la teoría general de los sistemas (Berthalanfy, Buckley citados por Olson 1983) y se define como "la habilidad de un sistema marital-familiar para poder cambiar su estructura, roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo". Las variables específicas que son de interés en términos de esta dimensión son, la estructura de poder familiar (afirmación y control), los estilos de negociación, los roles y reglas de relación y la retroalimentación (positiva y negativa), éstos, a su vez se integran en niveles **Caótico, Estructurado, Flexible y Rígido.**

Al igual que en la dimensión de cohesión, los sistemas familiares más viables son aquellos que se ubican en los dos niveles centrales de la dimensión. Contrariamente, sistemas familiares más “disfuncionales” se desplazarán hacia los extremos de estas variables. Por lo tanto, un “*ideal*” de sistema adaptativo familiar puede ser conceptualizado como característica de una óptima apropiación sociocultural balanceada entre estabilidad-promoción, proceso de “autocorrección” o *morfóstasis* y promoción del cambio, proceso de “autodirección” o *morfogénesis*.

Los 16 tipos resultantes entre cohesión y adaptabilidad son también clasificados dentro de tres rubros generales:

1. Balanceados. Son los cuatro niveles centrales (flexiblemente separados, flexiblemente conectados, estructuralmente conectados y estructuralmente separados).
2. Rango medio. Son los que están en el extremo de una dimensión, pero balanceadas en el otro.
3. Extremas. Son las que se encuentran en los extremos de ambas dimensiones.

Aunque es empírica y conceptualmente posible que los 16 tipos describan de manera realista algunas familias, esto supone que los cuatro tipos extremos y los cuatro centrales son los más comunes; se supone que los otros ocho tipos son dinámicos y poco frecuentes, porque si una familia está en el extremo de una dimensión, tendrá también que estar en el extremo de la otra.

El modelo es dinámico en tanto que asume que los cambios pueden ocurrir en los tipos de familia todo el tiempo. Las familias son libres de moverse en cualquier dimensión que la situación, estado del ciclo de vida familiar, o socialización de los miembros de una familia lo puedan requerir.

COMUNICACIÓN FAMILIAR.

Por otra parte la comunicación familiar, es considerada una dimensión facilitadora, ya que es la que permite a la familia el desempeño adecuado en las otras dos dimensiones.

Por lo general estas áreas se ven afectadas en las familias que contienen a un adolescente usuario de drogas, su cohesión y adaptabilidad es mínima y por lo general su nivel de comunicación es muy bajo. En el estudio realizado por De la Garza et. al.(1980), detectaron que aunque los factores psicosociales son importantes en la determinación de la farmacodependencia, pero de igual importancia resultan los factores familiares, que se refieren a la cohesión, adaptabilidad y comunicación que existe en ellas.

Cabildo, Bravo, y Castillo (1980) y Medina-Mora, Ortiz, Caudillo y Castro (1984) encontraron que los farmacodependientes tienen familias con una gran distorsión en las tres áreas antes mencionadas además de circunstancias socioculturales facilitadoras.

Castro y Maya (1982) en su trabajo denominado Respuestas de la población estudiantil a tres escalas psicosociales. Reportan que el análisis porcentual comprueba la hipótesis de que un número significativamente mayor de usuarios de droga, en comparación con los no usuarios, percibe distal su medio ambiente familiar, escolar y con el grupo de pares. Su calidad de vida la percibe como insatisfactoria y reporta tener dificultades para manejar la realidad.

2.2 Estrés y Afrontamiento.

Otro de los factores psicosociales que se ha relacionado mucho con el uso y abuso de drogas en los adolescentes, es el nivel de *estrés* de vida y los estilos de *afrontarlo*. Se han realizado investigaciones en diversos países desde hace ya varios años sobre la correlación entre el alto nivel de *estrés* (Bry, 1983; Rhoads, 1983; McAuliffe et al, 1987; Newcomb et al 1987; Reich y Gutiérrez, 1987; Ashby et al, 1992) y el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva (Bry, 1983; Needle et al, 1988; Farrell et al, 1992), concluyeron de acuerdo a lo observado, que un restringido repertorio de estrategias de resolución o *afrontamiento*, facilitaría el consumo, mientras que un repertorio más amplio se ha vinculado con mejores niveles de salud mental (Glyshaw et al, 1989; Reese, 1991; Cauce A. M., Hannan K, Sargeant M, 1992).

No se puede decir con certeza la razón por la que el estrés ha suscitado un interés tan amplio en la opinión pública en las últimas décadas, hasta cierto punto es lógico atribuirlo a la rapidez con la que cambia la sociedad. El concepto de estrés, tan manejado cotidianamente, ha perdido un rigor conceptual, ocasionando a los estudiosos en este campo cierta confusión, ello dificulta el abordaje de su análisis y de una adecuada definición. Cofer y Appley (1964) señalaron que “el término estrés << ...se había casi apropiado de un campo previamente compartido por varios conceptos ...>>, incluidos la ansiedad, los conflictos, la frustración y los trastornos emocionales, entre otros”.

Como muchas otras palabras, el término estrés (*stress*) es anterior a su uso sistemático o científico. Fue utilizado ya en el siglo XIV para expresar fuerza, tensión, adversidad o aflicción (df. Lumsden, 1981). A finales del siglo XVIII Hocke (citado en Hinkle, 1973, 1977) utilizó la palabra en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XIX. Hinkle (1977) fue uno de los primeros estudiosos en diferenciar algunos términos relacionados con el estrés; definió la palabra *load* como una fuerza externa; *stress* como la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (*load*) que tiende a distorsionarlo; y *strain* como la deformación o distorsión sufrida por el objeto.

No fue sino hasta los años 30's cuando se utilizó el término de estrés en un sentido técnico muy especial, Selye fue uno de los precursores de estudios sistematizados de este término. Otros autores como Nerenz, Epstein, Janis, Meichenbaum, Camerón, Valdés, Petrescu, Timio, Lazarus, Folkman, Graham Grinker, Mechanic, French y Mason por mencionar algunos de los más representativos, han aportado un gran cúmulo de información sobre este concepto. Cabe mencionar, que el abordaje teórico que se ha desarrollado se ha hecho desde dos aspectos generales: el primero, relacionado con lo químico-fisiológico; y el segundo, relacionado con los aspectos y manifestaciones psicológicas.

Para Selye (citado por Morera 1993) el estrés “es la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier demanda”, denomina como estresor a un agente que produce estrés en cualquier momento. El término tiene su referente en la física y se ha popularizado enormemente.

Lazarus (1984) constituye uno de los pocos autores que han escrito sobre el *estrés* desde una perspectiva biológico-cognitiva; es decir, no deja de lado lo biológico pero incorpora elementos acerca de cómo se presenta el estrés en la cognición del

individuo. De ahí toda su postura sobre la evaluación cognitiva, proceso que determina las consecuencias de un acontecimiento dado que provocará una negación en el individuo. Es el nivel de estrés asignado o atribuido a los estresores psicosociales cotidianos, que el individuo realiza de una situación para convertirla en estresante o no. El mismo autor define al estrés psicológico como “el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus, 1986).

La teoría de Lazarus sostiene que el estrés psicológico está determinado por la evaluación cognitiva que el individuo hace de una interacción específica con el entorno. Esta evaluación a su vez, está determinada por los factores que hacen referencia al individuo, como sus compromisos, sus vulnerabilidades, sus creencias y recursos y por los factores propios de la situación entre los que encontramos la naturaleza de la amenaza.

Lazarus señala dos tipos de evaluación cognitiva del estrés:

1. Evaluación Primaria.

- a) **Irrelevante.** “Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias o, dicho con otras palabras, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso, no se pierde ni se gana nada en la transformación.”
- b) **Benigna-positiva.** “Tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, si preservan o logran el bienestar o si parece ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras, tales como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad. Sin embargo, las evaluaciones totalmente benigno-positivas, sin cierto grado de aprensión, son raras.”
- c) **Estresante.** “Se incluyen aquellas situaciones que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido alguna lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social o bien haber perdido algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes”.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. La importancia adaptativa de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo en la medida en que se pueden predecir.

El desafío al igual que la amenaza implica la movilización de estrategias de afrontamiento. Se diferencian en que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer la confrontación (emociones placenteras), mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo (emociones negativas). La amenaza y el desafío no son excluyentes entre sí.

2. Evaluación Secundaria.

Cuando estamos en peligro ya sea bajo amenaza o desafío es preciso actuar sobre la situación, en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse (evaluación secundaria). “Este tipo de evaluación es característico de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego”.

a) **Reevaluación.** “Cambio introducido en la evaluación inicial sobre la base de la nueva información recibida del entorno y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones de ésta. Constituyen una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla. Esencialmente, ambos procesos no difieren entre sí”.

b) **Reevaluación Defensiva.** “Cualquier esfuerzo hecho para reinterpretar una situación del pasado de forma más positiva o bien para afrontar los daños y amenazas del presente mirándolos de una forma menos negativa. Es autoinducida, proviene de la necesidad interna del individuo más que de las presiones del entorno”.

Para Lazarus existen una serie de *agentes estresores*¹ (psicosociales y físicos) productores de estrés, dando como consecuencia un Síndrome de Adaptación General. Cuando la acción es prolongada se compone de tres fases:

a) Reacción de alarma, b) Estado de resistencia y c) Estado de agotamiento.

¹ Agentes estresores psicosociales cotidianos.- Situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío, ya sea en un contexto familiar o social.

El estrés es habitualmente hasta cierto punto, compatible o sano, por el contrario, el distrés es incompatible o patógeno. Lo que determina el carácter de nuestras respuestas a los estresores son los distintos factores endógenos y exógenos.

A partir de los 60's se ha ido aceptando progresivamente la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, la forma de enfrentarlo (*su afrontamiento*) establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final. El interés por el estrés en sí mismo se desplaza en ciertas medidas hacia el afrontamiento.

El término Afrontamiento se entiende como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento se percibe como un proceso, se diferencia de la conducta adaptativa automatizada en que el afrontamiento se limita a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido queda solventado al definirlo como los esfuerzos para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga.

El afrontamiento como proceso, se divide en 3 aspectos:

- 1) El que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones.
- 2) Lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico, para entender el afrontamiento y evaluarlo, es necesario conocer lo que el individuo afronta.
- 3) Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. El proceso de

afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas, que difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican.

Lazarus define 3 etapas en el afrontamiento:

- 1) **Etapas Anticipatoria o de Aviso.** El acontecimiento no ha ocurrido todavía y los aspectos principales a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurrirá. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto puede hacerlo y de qué forma (evaluación secundaria), estas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento.
- 2) **Etapas de Impacto o de Concentración.** En este período muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado. En algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda un tiempo considerable en darse cuenta de lo que ocurre y en valorar su importancia.

Encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia. A estas cogniciones se les conoce como reevaluaciones; otros han utilizado el término redefinición de la situación. Para Lazarus la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento.

- 3) **Etapas de Postimpacto o Postconfrontación.** Los procesos cognitivos que se presentan en el periodo de impacto continúan en este nuevo período, en el que además emergen todo un conjunto de nuevas consideraciones. Aunque el acontecimiento estresante haya terminado, su final suscita todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. Incluso el período de impacto o confrontacional contiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado, al presente, sino también al futuro.

La función central del afrontamiento es la de reducir la tensión y devolver el equilibrio. Existen funciones del afrontamiento que pertenecen a contextos específicos, como salud/enfermedad, exámenes, crisis políticas, saltos en paracaídas, bienestar. Junto a las funciones descritas existe una diferenciación que

se considera de extrema importancia: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

El afrontamiento dirigido a la emoción.

Los procesos cognitivos son los encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Otro grupo de estrategias cognitivas incluye las dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional: ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación cognitiva del problema.

Se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara (en cierta forma se podría pensar como un mecanismo de distorsión de la realidad).

El afrontamiento dirigido al problema.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son muy parecidas a las conductas dirigidas a la resolución de éste. Hay dos grados principales de estrategias dirigidas al problema:

- a) Estrategias de afrontamiento que hacen referencia al entorno (**HETERODIRIGIDAS**). Estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos.
- b) Estrategias de afrontamiento que se refieren al sujeto (**AUTODIRIGIDAS**). Estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos. Estas son reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema.

Decir que una persona tiene muchos recursos para el afrontamiento significa que dispone de un gran número de ellos. Además, supone la habilidad de ésta para aplicarlos en distintas situaciones. Las principales categorías que se contemplan en los recursos para el afrontamiento son:

Individuales:

1. Salud y Energía (recursos físicos). Se encuentra entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento de todas las situaciones estresantes. Una persona frágil tiene menos vitalidad para afrontar un proceso que otra más saludable.
2. Creencias Positivas (recursos psicológicos). Se incluyen en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. Empero, no todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo.
3. Técnicas Sociales (aptitudes) y de Resolución del Problema. Las técnicas para la resolución de problemas incluyen la habilidad para conseguir información, análisis de situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones para obtener resultados deseados y la elección de planes apropiados.

Sociales:

1. Recursos Sociales. El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recibido mucha atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés, tanto en la medición conductual como en la epidemiología social.
2. Recursos Materiales. Se refiere al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Este recurso se toma poco en cuenta en el afrontamiento de situaciones ya que ha implicado serias discusiones teóricas al respecto.

Finalmente, cabe señalar que debido a la gran diversidad de planteamientos teóricos de los conceptos de estrés y afrontamiento que existen actualmente, se han planteado en el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M. III-R)** una serie de puntos para tratar de homogeneizar estos conceptos, y en especial al de estrés al abordarlo en el **Eje IV** desde una perspectiva de Evaluación e Intensidad.

Este eje proporciona una escala (escala de *intensidad del estrés psicosocial*) para codificar la intensidad global de un estímulo o conjunto de estímulos que provoquen estrés psicosocial. Ubicando además cronológicamente la presencia de estos eventos estresantes en un lapso de un año y que, además, puedan haber contribuido a:

- 1) El desarrollo de un nuevo trastorno mental;
- 2) La recurrencia de un trastorno mental ya existente;
- 3) La exacerbación de un trastorno mental ya existente (por ejemplo, divorcio durante un episodio depresivo mayor, o en el curso de una esquizofrenia crónica).

La evaluación de la intensidad del estrés “debería basarse en la evaluación que el clínico hace del estrés psicosocial en una persona “promedio” en circunstancias similares y con semejantes valores socioculturales. Esta valoración implica considerar el grado en que el agente provocador de estrés ha modificado la vida de la persona, el grado de aceptación del acontecimiento, el control que la persona tiene sobre él y el número de situaciones de estrés a que se ve sometido.”

Además de conocer la intensidad percibida del estrés hay que considerar las siguientes áreas cuando se quieren estudiar el significado etiológico de los diferentes *tipos de estrés psicosociales*: 1. *Conyugal (tanto matrimonial como extramatrimonial)*, 2. *Paternidad*, 3. *Otras relaciones interpersonales*, 4. *Laboral*, 5. *Situaciones ambientales*, 6. *Económico*, 7. *Legal*, 8. *Desarrollo*, 9. *Lesión o enfermedad somática*, 10. *Otros estrés psicosociales* y 11. *Factores familiares (niños y adolescentes)*.

Es importante añadir, que aunque hay situaciones provocadas de estrés que con frecuencia juegan un papel precipitante en el trastorno, el estrés también puede ser una consecuencia de la psicopatología preexistente.

Sin lugar a dudas hay mucho que investigar con respecto al amplio mundo de ‘estrés psicológico’ o de sus ‘manifestaciones psicológicas’ (ansiedad, angustia, depresión, desvalorización del yo, insatisfacción) pues como consecuencia de ello el sujeto presenta una disminución en la atención, memoria y habilidad psicomotora por mencionar sólo algunas. Esto ha provocado que cuando se aplican instrumentos para “medir” el estrés, lo que se evalúa son las “supuestas manifestaciones”, pero probar esta relación-correlación resulta sumamente difícil y en ocasiones riesgosa.

Se han realizado un sinnúmero de investigaciones en diversos países hace ya varios años sobre el estrés por investigadores que cuentan con un gran prestigio, tal es el caso de Holmes y Rahe, Finetta. Reese, Deborah Rhoads y Steve Sussman entre otros, quienes han desarrollado una serie de escalas para su medición y, además, algunos de ellos han demostrado que existe cierta correlación entre el alto nivel de estrés (Bry, 1983; Rhoads, 1983; McAuliffe et al, 1987; Newcomb et al 1987; Reich y Gutierrez, 1987; Ashby et al, 1992) y un restringido repertorio de estrategias de resolución o “afrontamiento” conduciendo en gran medida al consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva (Bry, 1983; Needle et al, 1988; Farrell et al, 1992), mientras que un más amplio repertorio se ha vinculado con mejores niveles de salud mental (Glyshaw et al, 1989; Reese y Roosa, 1991; Cauce et al, 1992).

Por otra parte, en México existen también una serie de investigaciones que han tratado de conocer los niveles de estrés a los cuales se enfrenta el adolescente. Una de las pruebas que se conocen con un nivel estadístico de confiabilidad y validez importante es la elaborada por González (1992, 1994, 1995), quien ha estandarizado una serie de reactivos sobre los principales factores estresores (familiar y social). En esta tesis se pretende conocer algunos factores psicosociales tales como la dinámica familiar, estados depresivos, consumo de drogas, así como los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en la población adolescente, y obtener una escala de eventos estresores con un buen nivel de confiabilidad y validez que permitan explorar de una mejor manera posible el objeto de esta investigación.

2.3 Depresión.

En lo que concierne a los cambios emocionales que se presentan en las diferentes etapas de vida, se puede considerar que la *depresión* es una de las características típicas en la población joven, pudiéndose incluso considerar como algo hasta cierto punto “normal”, sin embargo, es importante señalar que este tipo de sintomatología en alguna medida puede relacionarse con el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva, como un factor psicosocial importante en el proceso de la adolescencia.

Según Rycroft (1976), el término *depresión* “se refiere tanto a una emoción como a un diagnóstico, la primera significa estar triste; cuando está referido a un diagnóstico, implica un síndrome del cual la emoción -depresión- constituye uno de los elementos”). El D.S.M. IV aborda este concepto presentando diversos niveles depresivos, estos son:

1. Episodio depresivo mayor. Cuyos síntomas aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día y por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas incluyen la alteración del apetito (generalmente disminuye); alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias); agitación manifiesta mediante la incapacidad de permanecer sentado, deambulación continua, retorcimiento de manos; estiramiento o manoseo del cabello y/o la piel; enlentecimiento psicomotor; y una disminución de energía (sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio). Entre los síntomas asociados más frecuentes a este episodio se encuentran el llanto, irritabilidad, ansiedad, rumiación obsesiva o repetitiva, crisis de angustia, excesiva preocupación por la salud física y fobias.

En cuanto a la edad media de inicio es posterior a los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia. En la etapa de la adolescencia puede aparecer como una conducta antisocial, así como con la ingesta de alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de negativismo desafiante, trastornos de conducta o por la dependencia o el abuso de sustancias psicoactivas. Es común el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, malhumor y agresividad; son probables las dificultades escolares y puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emocionabilidad con especial énfasis en la sensibilidad al rechazo de relaciones amorosas.

Como factores predisponentes al desarrollo de un episodio depresivo mayor se pueden considerar algunos eventos, como son una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas -en particular la del alcohol y la cocaína-. En otras ocasiones este episodio depresivo puede aparecer después de la muerte de un ser querido, la separación conyugal o el divorcio, e incluso posterior al parto. La duración de un episodio de este tipo es variable, sin tratamiento puede durar hasta seis meses o más. Por lo general, se combinan los síntomas y la actividad global se restablece a un nivel premórbido, pero en un número elevado de casos algunos síntomas del episodio persisten hasta por dos años, dichos episodios se especifican como de tipo crónico. La complicación más grave que se puede tener es el suicidio.

Es difícil distinguir la diferencia entre depresión mayor y distimia, debido a que comparten sintomatología similar. Generalmente la primera consiste en uno o más episodios depresivos mayores que pueden diferenciarse de la conducta habitual, en tanto que la distimia se caracteriza por un síndrome depresivo leve, crónico, que se ha mantenido durante muchos años. Finalmente, es importante mencionar que de acuerdo a los fines de esta investigación el nivel depresivo utilizado fue el *episodio depresivo mayor* y el *episodio depresivo distímico*, pues la ubicación en las edades en que se desarrollan (la infancia y adolescencia principalmente) y su relación establecida con el consumo de sustancias psicoactivas, da elementos para conocer de cerca importantes características depresivas, así como la ideación suicida.

Otros niveles depresivos de importancia referidos en el D.S.M. IV son la *Melancolía*, el *Trastorno bipolar*, la *Ciclotimia* y la *Distimia*, episodios que en el presente trabajo sólo se pretende mencionar.

Por otra parte, es importante citar, que desde hace ya varios años, diversas investigaciones con relación al consumo de drogas han manifestado su interés por conocer la *percepción de riesgo* hacia las drogas así como su *accesibilidad*. Se ha observado que en la adolescencia, por ser un período de transición, la gente joven experimenta gran variedad de conductas que conllevan a un considerable riesgo su propia vida, de acuerdo al National Center for Health Statistics (1982), el 58% de las muertes por accidentes automovilísticos fue constituido por jóvenes entre 15 y 24 años de edad. El conducir en forma arriesgada habiendo consumido alcohol, es sólo una de las conductas de riesgo que tienen lugar durante la adolescencia. Las estadísticas muestran que un número significativo de adolescentes incurren en conductas que atentan contra su salud.

Jessor (citado por Monrroy 1994) apunta que algunas personas jóvenes realizan conductas de alto riesgo para obtener metas que parecen no poder lograr de otra forma. Por ejemplo, los adolescentes toman riesgos como una forma efectiva de ganar independencia sobre el control de sus padres. Es notable que los resultados de su estudio apuntan a un problema de síndrome conductual, esto es, la gente joven que incurre en una forma de conductas de riesgo como por ejemplo uso excesivo de alcohol, es mucho más probable que incurra en otra como fumar cigarrillos o incluso algún tipo de droga ilegal.

Castro-Sariñana (1990) considera que el consumo problemático de drogas puede conceptualizarse como un sistema abierto, denominado “subcultura de la droga” y menciona que “la magnitud del riesgo de que un estudiante se involucre en un consumo problemático de drogas está en función de factores que provienen de tres fuentes: un ambiente (medio) facilitador, las características del consumo de acuerdo con el patrón de consumo (agente), y las características demográficas y psicosociales del estudiante (huésped), así como el peso de la interacción entre los factores de las tres fuentes (enfoque de salud pública)”.

En resumen, el consumo de drogas se asocia de forma significativa con un conjunto de características de tipo demográfico y psicosocial. En función de lo anterior, la investigación en este campo, se hace particularmente necesaria para determinar en qué difiere la gente joven que participa en actividades de alto riesgo de la que no participa; y enfocando líneas de investigación para conocer su percepción de riesgo.

De acuerdo con la Teoría de Protección-Motivación, las decisiones para ejecutar conductas de riesgo son determinadas por la evaluación de una línea en el contexto ambiental (*accesibilidad*), ésta es determinada por un balance entre la recompensa interna y externa asociada con una conducta y la percepción de vulnerabilidad hacia la amenaza relacionada con esa conducta. Adicionalmente, las variables asociadas con el ambiente, factores interpersonales e intrapersonales contribuyen a la determinación de intentar conductas de protección.

En este sentido, las actividades relacionadas con la distribución y venta de drogas realizadas hasta ahora, muestran que los jóvenes están expuestos al uso y a las consecuencias que producen las drogas, porque prácticamente las encuentran “en cada esquina”. Algunos jóvenes consideran que los distribuidores de drogas “se dan la gran vida”, esto significa la gratificación inmediata al obtener dinero, joyas, ropa y automóviles; sin embargo, se da ambivalencia en los individuos acerca del beneficio de la distribución de drogas, ya que algunos piensan que “aunque se ven

bien por fuera, realmente son pobres por dentro”, es decir, que no tienen las cosas que suponían que iban a tener. Los estudios muestran que existe escepticismo acerca de obtener beneficios o no de la venta de drogas en una alta proporción de jóvenes.

Por otra parte, las investigaciones muestran que sólo un pequeño porcentaje de los adolescentes se considera susceptible de involucrarse en el manejo y la venta de drogas, los chicos pueden correr más riesgo que las chicas. Los jóvenes reportan que generalmente no se sienten susceptibles al uso de drogas, diciendo que “la gente mayor toma drogas, no los adolescentes”, esto aunque se encuentren expuestos al uso de sustancias ilícitas, o bebidas alcohólicas.

III.- PREVALENCIA DEL USO, ABUSO Y DEPENDENCIA A DROGAS:

3.1 Registro a Nivel Nacional.

3.2 Prevalencia de uso, abuso y Dependencia a Drogas.

Debido a lo complicado del tema resulta muy difícil tener un registro nacional, pero existen diferentes dependencias tanto del gobierno como privadas que pueden proporcionar información confiable, además de diferentes investigaciones entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

1.- La Encuesta Nacional de Adicciones cuyas dos últimas aplicaciones fueron realizadas en 1993 y 1998 por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, constituyen encuestas de Prevalencia. (La prevalencia mide la proporción de personas afectadas por una enfermedad, en este caso, usuarios de alguna sustancia en comparación con una determinada población y en función de un tiempo y espacio delimitados), aplicada en hogares mexicanos, representativas de la población de entre 12 y 65 años de edad, residente en localidades con 2,500 o más habitantes.

De acuerdo a la información levantada en estas dos últimas encuestas (1993 = 20243 y 1998 = 11400 entrevistas) destaca los siguientes datos:

- El número de personas que había utilizado alguna droga ilegal alguna vez en la vida paso de 1.5 millones en 1993 a cerca de 2.5 millones en 1998.
- De acuerdo con los datos de 1998, el grupo mas afectado es el de los hombres entre 18 y 34 años, entre quienes el uso de drogas alguna vez en la vida alcanza una prevalencia de 15.61%
- Entre los menores de 18 años, la prevalencia total asciende a 3.57%
- Asimismo, el uso de sustancias ilícitas entre hombres es considerablemente mayor que en las mujeres 11.09% contra 0.87%(prevalencia total): una razón de 13 hombres por cada mujer.
- Las sustancias cuyo uso se halla mas extendido son la marihuana, la cocaína y los solventes inhalables: Entre 1993 y 1998, su consumo alguna vez en la vida observó un incremento de 1.4, 2.6 y 1.6 veces, respectivamente.

2.- La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. Esta fue realizada por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con población estudiantil de educación media básica y media superior, es una encuesta de prevalencia, aplicada en 1991, con una muestra de 61,779 estudiantes. Los resultados obtenidos indican que, al interior de este grupo

poblacional, son los varones de mayor edad y que cursan preparatoria quienes están en mayor riesgo de consumir sustancias. Las sustancias que registran una mayor prevalencia alguna vez en la vida son los inhalables (3.5% de la población), seguidos por las anfetaminas, los tranquilizantes y la marihuana. Además, el 2.19% reportó usar dos o más drogas.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría es una de las instituciones que más se dedica a estudiar esta problemática, creando el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), donde en una publicación especial muestran las tendencias de los últimos 10 años, del uso de las drogas en México, que indican la dirección en la que el consumo de drogas se orienta dentro de un contexto temporal.

El ISDR, cuenta con una base de datos superior a los 9,000 casos de persona usuarias de drogas, captadas en instituciones adscritas a los sectores de salud y procuración de justicia de la ciudad de México.

Las tendencias de consumo observadas son un claro reflejo de la dinámica siempre cambiante del fenómeno de la farmacodependencia, los cambios en el comportamiento de las mismas responden a situaciones políticas, económicas y sociales. Respecto a las drogas ilegales se observa que la marihuana y los Inhalables son las sustancias que han mantenido el nivel de consumo más elevado – en promedio 56.7% y 66.5% respectivamente -, el cual se conserva sin grandes cambios en el periodo ya antes señalado.

Por otro lado es alarmante el incremento tan desmesurado que ha tenido la utilización de la cocaína ya que de un registro inicial del 3.9% en 1987, pasó a ser del 39.8% en 1997. En cuanto a la heroína su incremento ha sido seis veces mayor que en 1987. Con relación a los fármacos de uso médico, los sedantes han tenido una tendencia hacia el incremento de su uso a partir del primer semestre de 1996.

Con respecto a la utilización de nuevas drogas, en 1993 aparece el uso del Refractil Ofteno como sustancia de abuso, siendo consumida por el 18.4% de los usuarios de drogas médicas según el último reporte de 1997. De igual forma en 1992 se identificó el uso del "crack", lo cual llamó la atención por ser los menores de edad quienes en su mayoría mencionaron consumirla. En 1994 se detectó por primera vez (en el SRID) el consumo de "éxtasis" que hasta 1997 era reportado por casi el 8% de los usuarios de drogas médicas.

En el periodo de 1987 a 1997 el SRID, ha captado un total de 9228 usuarios de drogas, lo que permite observar las tendencias en el consumo. La droga que más se ha reportado es la marihuana con un 70%, en segundo lugar están los inhalables con un 54.4% y en tercero la cocaína con un 21%. Los tranquilizantes se han reportado en un 15.8% y los sedantes 6.1% del total de la muestra y las demás drogas están por debajo del 10% en la categoría epidemiológica de alguna vez en la vida.

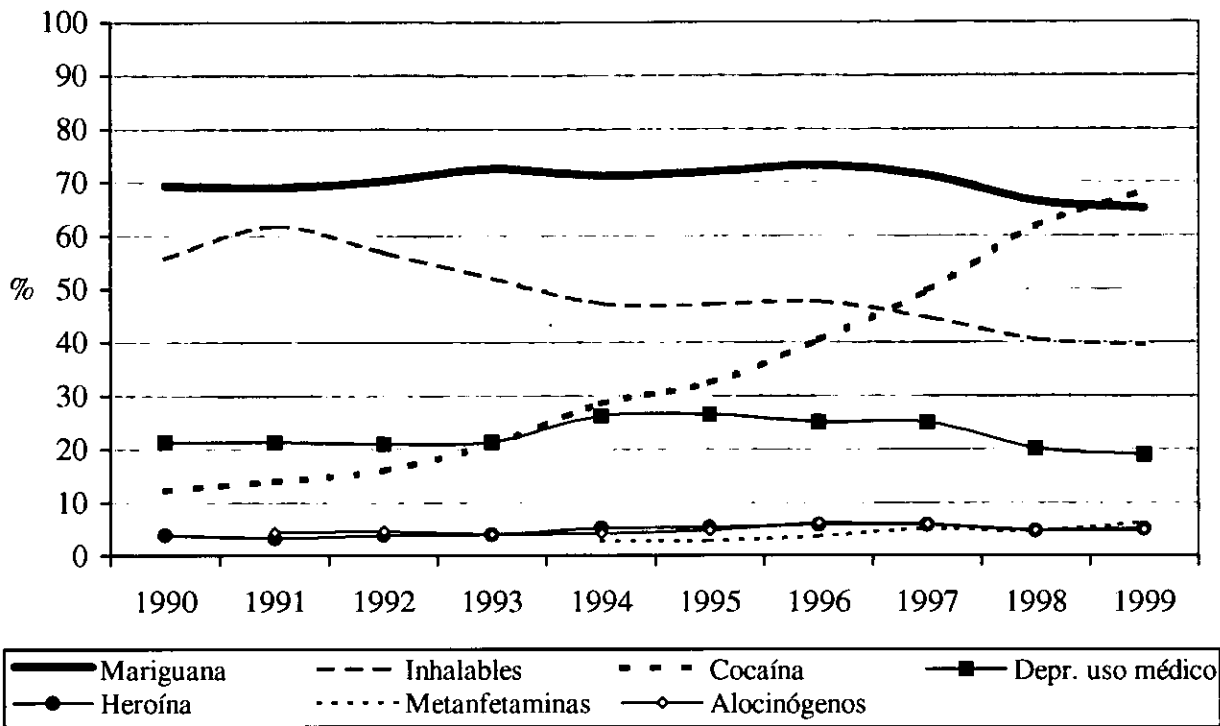
Por su parte Centros de Integración Juvenil realizó un estudio epidemiológico del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento entre los años de 1990 y 1997, publicado en Septiembre de 1998.

Entre los años 1990 y 1996, se entrevisto a 49,246 usuarios de drogas que ingresaron por primera vez a la institución. Los hallazgos más relevantes vienen a confirmar lo arriba antes mencionado, es decir, la presencia de una alta prevalencia del consumo de marihuana con un comportamiento ligeramente creciente durante el presente decenio, una tendencia claramente creciente en el uso de la cocaína, particularmente a partir de 1994, un incremento significativo, aunque de menores proporciones, en el uso de depresores de utilidad médica, una tendencia decreciente, mas o menos generalizada, en el uso de solventes inhalables, y por último el crecimiento y paulatina diseminación del uso de heroína y, en particular de metanfetaminas -inicialmente circunscrito a ciudades del noroeste de la república, tales como Tijuana y Mexicali.

En la gráfica siguiente se observan las tendencias del consumo de drogas "alguna vez en la vida" en el nivel nacional de 1990-1999 y el cuadro de prevalencia total del mismo periodo.

La droga que ha tenido un incremento desorbitante es la cocaína, ya que de un 12.2% de consumo en el año de 1990 llevo a estar en 68.2% en el año de 1999. Por otra parte la marihuana mantiene porcentajes muy similares y por último cabe resaltar que los solventes inhalables tuvieron un decremento considerable en el mismo periodo.

Prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, 1990-1999



FUENTE: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación. Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica.

Prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, 1990-1999

DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Mariguana	69.3	68.9	70.3	72.6	71.2	71.9	73.2	71.2	66.4	65.1
Solventes inhalables	55.8	61.8	56.8	52.0	47.2	47.1	47.6	44.6	40.5	39.6
Cocaína	12.2	13.9	16.0	20.9	28.5	32.4	40.4	49.7	61.6	68.2
Depresores	21.4	21.3	21.0	21.4	26.3	26.5	25.1	24.9	20.2	19.0
Heroína	3.8	3.2	3.7	4.0	5.1	5.3	5.8	5.7	4.7	5.0
Metanfetaminas	N/D	N/D	N/D	N/D	2.7	2.7	3.6	5.0	4.7	6.2
Alucinógenos	N/D	4.3	4.5	4.0	4.2	4.7	6.1	5.9	4.7	4.8
Total de casos	4,420	4,506	5,835	6,428	7,286	8,397	12,374	12,300	16,463	17,155

FUENTE: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, 1990-1998. Subdirección de Investigación. Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica.

Los usuarios que acuden regularmente a Centros de integración Juvenil presentan las siguientes características principales: el 48.2% son los pacientes los que acuden solos, el 42.4% acuden acompañados por un familiar, el 33.7% presentan una edad de entre 15 y 19 años cuando acuden por primera vez, el 89.8% pertenecen al genero masculino, el 25.5% son desempleados y solamente el 18.3% son estudiantes. En cuando a la escolaridad, el 20.1% presenta primaria, el 49.1% secundaria y el 20.9% preparatoria, aclarando que estos porcentajes incluyen la terminación o no de dicho grado escolar, el 66.3% son solteros y solamente el 20.9% son casados. Por otra parte el 87.4% de los sujetos tuvieron contacto por primera vez con las drogas entre las edades de 10 y 19 años, la droga de inicio que presenta mayor porcentaje son alcohol, marihuana e inhalables respectivamente (28.6%, 25.2% y 17.0%). En cuanto al grado de farmacodependencia el 59.9% son funcionales.(Ver cuadros siguientes).

**Características de los pacientes atendidos en
Centros de Integración Juvenil, A. C. ***

VARIABLE	Categoría	Nacional	
		Frec.	%
Consultantes	Paciente	6382	48.2
	Familiar	1250	9.4
	Ambos	5613	42.4
	Otro	0	0.0
	Sin información	46	Se omite
Edad de ingreso	Menor de 10 años	10	0.1
	10 a 14 años	1192	9.0
	15 a 19 años	4469	33.7
	20 a 24 años	3112	23.5
	25 a 29 años	2183	16.5
	30 a 34 años	1243	9.4
	35 a 39 años	620	4.7
	40 a 44 años	266	2.0
	45 años y más	157	1.2
Sin información	39	Se omite	
Género	Masculino	11941	89.8
	Femenino	1350	10.2
	Sin información	0	Se omite
Ocupación	Desempleado	3199	25.5
	Estudiante	2297	18.3
	Estudia y trabaja	121	1.0
	Trabaja	6926	55.2
	Sin información	748	Se omite
Escolaridad	Primaria completa e incompleta	2616	20.1
	Secundaria completa e incompleta	6397	49.1
	Preparatoria completa e incompleta	2721	20.9
	Técnico	563	4.3
	Profesional	656	5.0
	Ninguna	54	0.4
	Leer y escribir	6	0.0
	Otro	7	0.1
	Sin información	271	Se omite
Estado civil	Soltero	8735	66.3
	Casado	2757	20.9
	Divorciado	140	1.1
	Viudo	23	0.2
	Unión libre	1111	8.4
	Separado	403	3.1
	Sin información	122	Se omite
Total		13291	100.0

*FUENTE: Datos preliminares del estudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, Enero a septiembre de 1999.

Subdirección de Investigación, Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica.

**Características de los pacientes atendidos en
Centros de Integración Juvenil, A. C. ***

VARIABLE	Categoría	Nacional	
		Frec.	%
Edad de inicio	Menor de 10 años	386	3.0
	10 a 14 años	5389	43.0
	15 a 19 años	5558	44.4
	20 a 24 años	793	6.3
	25 a 29 años	240	1.9
	30 a 34 años	91	0.7
	35 a 39 años	37	0.3
	40 a 44 años	17	0.1
	45 años y más	18	0.1
	Sin información	762	Se omite
Droga de inicio	Alcohol	3802	28.6
	Mariguana	3350	25.2
	Inhalables	2264	17.0
	Alucinógenos	12	0.1
	Heroína	23	0.2
	Opio y derivados	18	0.1
	Cocaína	1693	12.7
	Depresores con uso médico	191	1.4
	Estimulantes	49	0.4
	Analgésicos y narcóticos	8	0.1
	Tabaco	1523	11.5
	Antidepresivos	8	0.1
	Sustancias no identificadas	150	1.1
	Basuco o pasta base	8	0.1
	Metanfetaminas	36	0.3
	Royphnol®	104	0.8
	Crack	30	0.2
Refractil ofteno®	22	0.2	
"Grado de Farmacodependencia"	Experimental	843	6.7
	Ocasional	1763	14.1
	Funcional	7512	59.9
	Disfuncional	2186	17.4
	Ex-farmacodependiente	239	1.9
Sin información	748	Se omite	
Total		13291	100.0

*FUENTE: Datos preliminares del estudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, Enero a septiembre de 1999.

Subdirección de Investigación. Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica.

**Prevalencia total del uso de drogas en
Centros de Integración Juvenil, A. C. ***

VARIABLE	Categoría	Nacional	
		Frec.	%
Uso alguna vez (prevalencia total)	Usó marihuana	8530	64.2
	No usó marihuana	4761	35.8
	Usó inhalables	5250	39.5
	No usó inhalables	8041	60.5
	Usó alcohol	7217	54.3
	No usó alcohol	6074	45.7
	Usó cocaína	8889	66.9
	No usó cocaína	4402	33.1
	Usó depresores uso médico	2561	19.3
	No usó depresores uso méd.	10730	80.7
	Usó tabaco	2943	22.1
	No usó tabaco	10348	77.9
	Usó Royphnol®	1317	9.9
	No usó Royphnol®	11974	90.1
	Usó alucinógenos	603	4.5
	No usó alucinógenos	12688	95.5
	Usó heroína	650	4.9
	No usó heroína	12641	95.1
	Usó metanfetaminas	792	6.0
	No usó metanfetaminas	12499	94.0
	Usó estimulantes	338	2.5
	No usó estimulantes	12953	97.5
	Usó "crack"	461	3.5
	No usó "crack"	12830	96.5
	Usó Refractil ofteno®	105	0.8
	No usó Refractil ofteno®	13186	99.2
	Usó analgésicos y narcóticos	48	0.4
	No usó analgésicos y narc.	13243	99.6
	Usó opio y derivados	177	1.3
	No usó opio	13114	98.7
Usó basuco o pasta base	70	0.5	
No usó basuco o pasta base	13221	99.5	
	Total	13291	100.0

*FUENTE: Datos preliminares del estudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, Enero a septiembre de 1999.

Subdirección de Investigación, Depto. de Investigación Clínica y Epidemiológica.

3.3 Tipos de Farmacodependencia y factor de riesgo o de protección.

La drogadicción es una enfermedad crónica progresiva, de origen social y familiar, con consecuencias individuales y que si no se trata puede ser mortal. Es la adicción, la dependencia de una droga. A veces se utilizan otras palabras como drogodependencia que significa dependencia de una droga, o toxicomanía, que quiere decir lo mismo.

La drogadicción implica un vínculo enfermo entre un individuo y la droga. Drogadicto es una persona que ha perdido su libertad ante la droga. Se ha habituado, se ha acostumbrado a ella de tal modo que ya, aunque quiera, no puede dejar de consumirla.

Hay varios tipos de farmacodependiente:

Consumidor ocasional: Tiene contacto con la droga en forma esporádica

Abusador de drogas: Es quien consume drogas con mayor frecuencia que el anterior, frente a distintas circunstancias, en distintos momentos del día, pero que aún puede tolerar intervalos libres de droga.

Drogodependiente: En este estadio la persona tiene necesidad imperiosa de tener la droga en el organismo.

Existen dos tipos de dependencia:

Psíquica: es como una dependencia mental. Cuando falta la droga se produce una sensación de malestar, de insatisfacción.

Física: La dependencia abarca no sólo la mente, sino también el cuerpo. Cuando falta la droga no sólo se desea, sino que aparece una serie de trastornos físicos, más o menos intensos.

Motivaciones para el uso indebido de drogas y tipos de consumidores.

En general, las razones para un primer ensayo de una droga no son las mismas que se argumentan para seguir consumiéndola o llegar a depender de ella. Se distinguen varias categorías de consumidores y para cada una de ellas, una serie de motivaciones y características.

1. Consumidores experimentales: son los que prueban una o más veces una o varias drogas capaces de producir dependencia sin continuar usándolas después.

Motivaciones principales: .

- a) La curiosidad
- b) La búsqueda del placer
- c) La presión del grupo de pares
- d) La atracción de hacer algo prohibido
- e) Afirmer su independencia

2. Consumidores Ocasionales: Consumen drogas de vez en cuando, de forma intermitente, sobre todo en reuniones sociales y fiestas.

Motivaciones:

- Relajarse, sentirse bien.
- Relacionarse con los demás
- Estimularse para preparar exámenes
- Estar a la moda
- Violar las normas

3. Consumidores habituales. Acostumbran tomar una droga con cierta regularidad.

Motivaciones:

- Experimentar sensaciones placenteras
- Necesidad de ser aceptados
- Búsqueda de identidad
- Distraerse de la soledad
- Olvidarse de los problemas
- Expresar independencia.

El joven que recibe satisfacción de su primera experiencia con una droga puede tener ganas de repetirla. Mientras más frágil sea la persona, más probabilidades hay de que se repita y de ahí pase al consumo habitual o a la dependencia. Varias circunstancias que ayudan a que esto ocurra:

Graves problemas familiares
Ambiente hostil en la escuela
Falta de afecto y/o de comunicación en ambos medios
Pobre autoestima
Falta de actividades
Información insuficiente o mal concebida

4. Consumidores compulsivos o farmacodependientes.

Funcionales son los que necesitan cierta dosis de una droga para poder funcionar adecuadamente en sociedad.

Disfuncionales son los que han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad.

La familia es una institución de la sociedad que puede hacer disminuir o aumentar el uso de sustancias ilegales en los adolescentes, ya que el uso de drogas en nuestra sociedad ha tenido un incremento desmesurado, sobre todo en la última década.

La incomprensión por parte de la familia ante el fd es perjudicial para ambas partes ya no solo se debe analizar desde un punto de vista legal, sino se debe de analizar cuales son sus posibles causas y cual seria el camino a seguir para la solución del problema, es decir la familia debe aceptar ser parte de este.

IV.- METODO.

4.1 Objetivo General.

Conocer la asociación estadística entre ciertos factores: Familia, estrés, afrontamiento, depresión, percepción de riesgo y accesibilidad a las drogas y el consumo de drogas en diversos estadios de evolución del problema (usuarios, abusadores y dependientes) en población joven entre 10 y 18 años de edad, del área metropolitana de la Ciudad de México, a fin de generar información de alta calidad que permita establecer características diferenciales entre la población consumidora y no consumidora, así como al interior de los grupos de consumidores.

4.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la relación entre grado de cohesión familiar y uso de drogas.
- Determinar la relación entre grado de estrés y uso de drogas.
- Determinar la relación entre grado de afrontamiento y uso de drogas.
- Determinar la relación entre grado depresión y uso de drogas.
- Determinar la relación entre la percepción de riesgo y uso de drogas

- Evaluar el Modelo de Olson (cohesión y adaptabilidad), además de la depresión, el estrés, el afrontamiento y la percepción de riesgo como posibles mediadores en el consumo de drogas por medio de un análisis de ecuaciones Estructurales

4.3 HIPÓTESIS

1.- La probabilidad de uso, abuso o dependencia a drogas es mayor entre aquellos:

- Cuya familia presenta cohesión y/o adaptabilidad extremas, que será evaluada por el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale **FACES**
- Que refieren constantes eventos o circunstancias estresantes, que será evaluado por la escala de Estresores Psicosociales de González .(1992)

- Cuyas estrategias de afrontamiento van dirigidas principalmente a la emoción y no al problema, evaluadas con la Escala de Respuestas de Afrontamiento de González. (1992)
- Que perciben poco riesgo asociado al consumo de drogas, que será evaluado por el cuestionario sobre uso de Drogas y Problemas Asociados diseñado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1992)
- Que perciben o refieren fácil acceso a las drogas, evaluado por el cuestionario: Uso de Drogas y Problemas asociados elaborado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

4.4 Variables

Definición Conceptual y Operacional.

VARIABLE DEPENDIENTE

Definición conceptual: Se refiere al consumo de drogas en tres categorías:

- Uso (La utilización ocasional de una sustancia psicoactiva).
- Abuso (La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con dicho consumo).
- Dependencia (Presentar un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, en un periodo continuado de 12 meses).

Estas categorías están definidas conforme los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV) para el Diagnóstico de Trastornos por el uso de Sustancias Psicoactivas (American Psychiatric Association, 1988). Se referirá a aquellos individuos cuyo consumo de sustancias no cumple con los criterios para el diagnóstico de abuso o dependencia.

Definición Operativa: Las tres categorías serán evaluadas con un cuestionario diseñado conforme los criterios del DSM-IV.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Definición conceptual:

401.- La variable familia está dada en dos categorías, cohesión familiar, se refiere a la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y al grado de autonomía individual de las experiencias de un sujeto en el sistema familiar y Adaptabilidad, que es la habilidad de un sistema marital/familiar para poder cambiar su estructura, roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional y de desarrollo (Olson et al, 1979).

2.- El Estrés de vida se refiere a las situaciones de la vida que significan para el individuo daño amenaza o desafío. Lo que implica una evaluación cognitiva por parte del sujeto que le permite una situación como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (González, 1986).

3.- Estrategias de Afrontamiento. Es la respuesta cognitiva y/o emocional del individuo, que busca reducir y/o manejar el estrés resultante de las demandas internas o externas que se pueden presentar en su vida diaria (Lazarus y Folkman, 1986).

4.- Depresión, concierne a los cambios emocionales que se presentan en las etapas de la vida.

5.- Percepción de riesgo, es la percepción que tiene un individuo acerca de los riesgos que implica el hecho de consumir una droga, o más drogas (SEP-IMP, 1994).

6.- Accesibilidad a las drogas, se refiere a la percepción que tiene un individuo acerca del grado de facilidad o dificultad para la obtención de drogas ilegales (SEP-IMP, 1994).

Definiciones operativas:

1.- Cohesión y adaptabilidad familiar serán evaluadas por una versión estandarizada del Family adaptability and cohesión Evaluation scale, FACES III (Olson et al 1986).

2.- El estrés de vida será evaluado con la escala de Estresores Psicosociales cotidianos de González (1982).

3.- La variable de estrategias de afrontamiento será evaluada con la Escala de Respuestas de Afrontamiento de González (1982).

4.- Percepción de Riesgo y Accesibilidad a las drogas, serán evaluadas retomando las preguntas correspondientes a tales aspectos del cuestionario sobre el uso de Drogas y Problemas Asociados, diseñado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (SEP- IMP, 1994).

CONTROL DE VARIABLES: Para su control, las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico, ocupación y estado civil), serán incluidas en un cuestionario y consideradas como variables atributivas.

Para una valoración cuantitativa del consumo de drogas serán consideradas algunas variables referentes al inicio y prevalencia de uso: edad de inicio, droga de inicio, frecuencia de consumo, cantidad consumida y prevalencia por cada droga, para casos de policonsumo.

DISEÑO

Consiste en un estudio ex post facto, de casos y controles, vía apareamiento.

INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron tres, una *Entrevista Inicial Ajustada*, el *Diagnóstico de Consumo de Alcohol* y el *cuestionario de "Correlatos Psicosociales"*, realizados por la subdirección de investigación de CIJ cada uno elaborado por escalas con preguntas cerradas y su aplicación se realizó en forma de entrevista estructurada. Los instrumentos se aplicaron de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos para cada una de las poblaciones. Esto es, para los **sujetos-caso**, la *Entrevista Inicial Ajustada*, el *Diagnóstico de Consumo de Alcohol* y el *cuestionario de "Correlatos Psicosociales"*, mientras que para los **sujetos-control** se aplicó exclusivamente el *Diagnóstico de Consumo de Alcohol* y el *cuestionario de "Correlatos Psicosociales"*.

Entrevista Inicial Ajustada (E. I. A.). Esta cédula, es una versión modificada de la Entrevista Inicial que comúnmente se utiliza en todos los Centros Regionales al

atender a cualquier persona que llega a solicitar atención terapéutico-rahabilitatoria. Los cambios realizados a esta entrevista fueron básicamente dos: 1) la modificación en el patrón de consumo de drogas y 2) se anexó una sección con 19 preguntas que sirvieron para determinar un diagnóstico sobre el consumo de drogas ilegales (Uso, Abuso y Dependencia), las preguntas están basadas en los criterios del **D. S. M. IV**. Las calificaciones obtenidas en los análisis de validez y confiabilidad de esta escala diagnóstica dejaron ver que cuenta con un coeficiente de correlación de **0.9960** (*alfa de Cronbach*) y un porcentaje de varianza explicada de **93.6**, con una rotación de tipo varimax que determinó un solo factor.

Diagnóstico de Consumo de Alcohol. Este apartado consta de 19 preguntas (al igual que el diagnóstico de consumo de drogas ilegales en la **E. I. A.**), y tiene por objeto el determinar exclusivamente el diagnóstico del consumo de alcohol, es decir, excluyendo cualquier otro tipo de droga legal o ilegal. La finalidad de evaluar además del consumo de drogas el de alcohol se debe a que se ha observado en investigaciones realizadas por CIJ (1982), que el nivel de consumo de alcohol en muchos de los casos antecede al consumo de alguna droga ilegal. Los valores obtenidos en la validación de esta escala fueron, un coeficiente de correlación (*alfa de Cronbach*) de **0.7846**, y cuenta solamente con un factor, determinado por un porcentaje de varianza explicada de **28.7** con una rotación de tipo varimax.

Cuestionario de “Correlatos Psicosociales”.

1. Cuestionario para sujetos-caso. Éste consta de seis partes, cada una conformada por una temática bien definida. La primera sección consiste en preguntas relacionadas con la **dinámica familiar** del entrevistado. La segunda parte del instrumento evalúa las **fuentes y niveles de estrés** que ha experimentado el adolescente en el último año. En la tercera parte, se realizan algunas preguntas sobre **características depresivas** así como **ideación suicida**. En la cuarta parte, se evalúa la **capacidad de respuesta (afrentamiento) del sujeto ante situaciones estresantes**. En la sección cinco se exploran nuevamente las **fuentes de estrés y la capacidad de respuesta (afrentamiento) que el sujeto** ha mostrado en los últimos tres meses, retomando el Inventario elaborado por González.(1992) Finalmente, se encuentra una sección de **Accesibilidad y Percepción de riesgo al uso de drogas**.

2. Cuestionario para sujetos-control. Este instrumento contiene las mismas secciones que el elaborado para los sujetos-caso, sin embargo, se anexaron inicialmente algunos datos. Como primer apartado se encuentra un recuadro en el cual se solicitan *Datos Sociodemográficos*, a continuación se presenta una

sección sobre *Consumo de Drogas*. Posterior a este apartado se encuentran las seis secciones descritas anteriormente, es decir, se evalúa la **dinámica familiar**, las **fuentes y niveles de estrés**, **características depresivas e ideación suicida**, la **capacidad de respuesta (*afrentamiento*) del sujeto ante situaciones estresantes**, nuevamente las **fuentes de estrés y la capacidad de respuesta (*afrentamiento*) del sujeto**, y, Finalmente se evalúa la **Accesibilidad y Percepción de riesgo al uso de drogas**.

DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE “CORRELATOS PSICOSOCIALES”:

Es importante añadir que, el cuestionario de “*Correlatos psicosociales*” fue resultado de un instrumento piloteado en población con características similares a las de los **sujetos caso y control**; esto es, se aplicó a adolescentes -primero, segundo y tercer grado de secundaria- con el fin de lograr claridad y consistencia estadística en el instrumento. Se aplicó a un total de 1,895 adolescentes en las localidades de Ciudad Juárez, Coyoacán, Ecatepec, León, Monterrey y Puebla.

PRIMERA SECCIÓN.

Familia. A pesar de que el consumo de drogas en la República Mexicana es considerablemente menor que en otros países (CIJ 1992) no conocemos estudios mexicanos sobre el uso de drogas que hayan evaluado la cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación con variables sociodemográficas. Tampoco se conocen estudios que hayan evaluado la cohesión y adaptabilidad, y la vulnerabilidad (posibilidad de modificarse) al uso de drogas frente a diversas situaciones y condiciones individuales. La presente investigación propone emplear un instrumento conocido como **FACES III (*tercera versión del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*)** del Modelo Circumplejo desarrollado por el Dr. David Olson y cols. (1983, 1986, 1991).

Este instrumento es una escala que evalúa la dinámica familiar en las categorías de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, como se ha descrito anteriormente la escala aborda exclusivamente las dos primeras áreas, en los niveles de alta o baja cohesión (desagregado, separado, conectado o amalgamado) y alto o bajo nivel de adaptabilidad (caótico, estructurado, flexible o rígido). La dinámica familiar se determina con alguno de los 16 tipos de combinaciones posibles entre los niveles de cohesión y adaptabilidad de acuerdo a la sumatoria resultante de cada uno de los ítems contestados; así, se ubicará a la dinámica familiar en un nivel balanceado, de rango medio o extrema. Por último, es

importante citar que esta escala consta de 20 ítems con tipos de respuesta de 1) *Nunca*, 2) *Casi nunca*, 3) *A veces*, 4) *Frecuentemente* ó 5) *Siempre*.

Existen casi una docena de publicaciones relacionadas con la evaluación de la confiabilidad y validez del FACES III en los Estados Unidos (Edman et al, 1990; Green. et al, 1991); el instrumento ha mostrado tener validez discriminante entre usuarios y no usuarios de drogas (Protinsky y Shilts, 1990). Una de las ventajas de este instrumento es la sencillez tanto para su aplicación como para su evaluación. Es importante añadir, que en poblaciones mexicanas existe el antecedente de haber sido utilizado el FACES II (Braverman, 1986), sin embargo, se carece de información para poder hablar que se ha utilizado en México el FACES III. Esto lleva a considerar que la aplicación del instrumento en esta investigación servirá para estandarizarlo en la población mexicana que se encuentra entre los 10 y 18 años de edad. Las calificaciones estadísticas de validación que arrojó el pilotaje en el análisis de correlación (*alfa de Cronbach*) mostraron una calificación de **0.5950**; en el análisis factorial con rotación oblimin se obtuvo un porcentaje de varianza explicada de 34.1 y se determinaron 2 factores que evalúan cohesión y adaptabilidad, con calificaciones por arriba de 0.35229 y de 0.30206 respectivamente. Para finalizar, es necesario comentar, que el instrumento fue traducido al español, tratando de ser lo más apegado a la concepción teórica y sintáctica planteada.

SEGUNDA SECCIÓN.

Percepción de eventos estresantes. Con base en la teoría de las atribuciones desarrollada por Lazarus y Folkman (1966, 1984 , 1986), al Eje IV del D. S. M. III-R, y al Inventario de estresores psicosociales elaborado por González (1992) se construyó una escala para la evaluación de la ocurrencia y percepción de la intensidad de los eventos estresantes más comunes en los últimos doce meses entre los jóvenes de nivel secundaria. Por otra parte, originalmente se propuso no sólo evaluar la ocurrencia e intensidad de situaciones estresoras, sino también el locus de origen, intencionalidad, frecuencia y duración. Sin embargo, debido a la complejidad no sólo en su medición, sino del formato de respuestas que estas variables requerían, se decidió medir únicamente la ocurrencia y la intensidad del estrés.

Esta escala está compuesta por dos subescalas; la primera, permite conocer el tipo de estrés que se ha presentado en los últimos doce meses. En la segunda, se evalúa el nivel de intensidad con que se percibe el estrés, esta última evalúa el nivel de estrés de acuerdo a la sumatoria de calificaciones obtenidas por cada ítem; los

niveles que se determinan para la percepción de intensidad de estrés son: ninguna, leve, moderada y severa. La escala de percepción e intensidad de estrés cuenta con 22 ítems, de los cuales se mide la ocurrencia en los últimos doce meses con 1) *Sí* ó 2) *No* e intensidad percibida de acuerdo a las respuestas 1) *Nada*, 2) *Poco*, 3) *regular* ó 4) *Mucho*. Cabe señalar, que los últimos tres ítems fueron aplicados exclusivamente a adolescentes mayores de 14 años, ya que las situaciones estresoras que se presentan hacen referencia a aspectos relacionados con las relaciones de pareja.

Finalmente, vale señalar que los valores estadísticos de validación que arrojó el pilotaje en el análisis de correlación (*alfa de Cronbach*) obtuvieron una calificación de **0.7998** con relación a la intensidad percibida. En el análisis factorial aplicado con rotación oblimin, se obtuvieron cinco factores que miden el estrés familiar, interpersonal, ocupacional, ambiental y por enfermedades/lesiones; en la subescala de percepción de intensidad del estrés se obtuvo un 49.7 de porcentaje de varianza explicada, cada uno de los factores cuenta con calificaciones por arriba de **0.45509**, **0.61435**, **0.55443**, **0.64135** y **0.36678** respectivamente.

TERCERA SECCIÓN.

Escala de Depresión. Inicialmente, no se había contemplado la posibilidad de utilizar esta escala, sin embargo, debido a la importancia de esta sintomatología en la etapa de la adolescencia se consideró prudente utilizar una escala con 24 preguntas que evalúan el nivel de depresión del sujeto, así como de su ideación suicida tomando en cuenta situaciones vividas en los últimos siete días. Las posibilidades de respuesta de esta escala en las primeras veintitrés preguntas son en función del número de días que se percibe haber vivido determinadas situaciones que van de (1) *0 -ningún día-*, (2) *1-2 días*, (3) *3-4 días* ó (4) *5-7 días*. Finalmente, la pregunta número 24 cambia en su formato de respuesta a 1) *No* ó 2) *Sí*, debido a que a su vez cambia el tipo de pregunta, que evalúa algún intento suicida en los últimos doce meses.

CUARTA SECCIÓN.

Estrategias de afrontamiento. Con base en los desarrollos iniciales de Lazarus (1966, 1984, 1986) y el inventario de estrategias de afrontamiento elaborado por González (1992) se diseñó un cuestionario para evaluar estrategias de afrontamiento de acuerdo a su tipo y efectividad en el control del estrés. Esta escala cuenta con 11 reactivos y con posibilidades de respuesta que van de 1) *Nunca*, 2) *Casi nunca*, 3) *A veces*, 4) *Frecuentemente* a 5) *Siempre*.

Los valores estadísticos obtenidos en el pilotaje para esta escala fueron los siguientes, en el análisis de correlación (*alfa de Cronbach*) se obtuvo una calificación de **0.7130**, mientras que en el análisis factorial con rotación de tipo oblimin se determinaron tres factores, afrontamiento dirigido hacia la emoción, hacia el problema y dirigido a la evitación; estos factores obtuvieron calificaciones por arriba de **0.63542**, **0.68780** y **0.72245** respectivamente, con un porcentaje de varianza explicada de **53.0**.

QUINTA SECCIÓN.

Se retomó una parte del *Inventario de Respuestas de Afrontamiento* elaborado por González (1992), el cuál evalúa los diferentes tipos de afrontamiento que se implementan ante situaciones estresoras específicas en los últimos tres meses. Para los fines de la presente investigación fue suficiente con saber las formas de afrontamiento exclusivamente, sin determinar el tipo de estrés que propiciaba ese afrontamiento. Se optó entonces, por tomar ocho reactivos con posibilidades de respuesta de 1) *Nunca*, 2) *Casi nunca*, 3) *A veces*, 4) *Frecuentemente* ó 5) *Con mucha frecuencia*.

SEXTA SECCIÓN.

Percepción de riesgo por el consumo de drogas y su accesibilidad. Se solicitó la autorización al Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) para emplear algunas de las preguntas de la Encuesta Nacional de Estudiantes (E.N.E.) en los apartados correspondientes a la evaluación de percepción de riesgo y accesibilidad a las drogas (De la Serna et al, 1991). Se retomaron 4 preguntas que evalúan la accesibilidad y un apartado con catorce ítems que evalúan la percepción de riesgo, las primeras tienen un formato de respuesta de 1) *Nunca*, 2) *Casi nunca*, 3) *A veces*, 4) *Frecuentemente* a 5) *Siempre*, y las segundas de 1) *No es peligroso*, 2) *Es peligroso* ó 3) *Es muy peligroso*.

Por otra parte, es importante señalar, que una vez realizado el pilotaje del cuestionario, se procedió a llevar a cabo algunos ajustes y/o modificaciones

pertinentes en algunas de las escalas; de esta forma se obtuvo el cuestionario final. A continuación se muestran los valores estadísticos de correlación (*alfa de Cronbach*) correspondientes a cada una de las escalas que componen el instrumento final, es decir, al cuestionario de “*correlatos psicosociales*”.

Cuadro 1. Coeficientes de correlación (*alfa de Cronbach*) del cuestionario de “*Correlatos Psicosociales*”.

Escala	Tipo de Población		
	Casos n=219	Controles n=678	Global n=897
FACES III	0.7980	0.8158	0.8174
-Cohesión	0.7633	0.7861	0.7904
-Adaptabilidad	0.6506	0.6512	0.6536
ESTRES OCURRENCIA	0.6031	0.5256	0.6056
ESTRES INTENSIDAD	0.6506	0.5867	0.6460
DEPRESIÓN	0.8280	0.7461	0.7898
AFRONTAMIENTO	0.4934	0.5171	0.5117
AFRONTAMIENTO*	0.9618	0.9679	0.9671
ACCESIBILIDAD	0.5656	0.5832	0.5896
PERCEPCIÓN DE RIESGO	0.8194	0.7618	0.7760

*Escala retomada del Inventario de Afrontamiento elaborada por González.

Como se puede observar en el cuadro anterior, los valores obtenidos en el cuestionario muestran calificaciones aceptables en las escalas que lo componen, así como en cada una de las poblaciones evaluadas; excepto en la escala de afrontamiento, la cual, en la población de **sujetos-caso** se muestra por debajo de 0.5 con una calificación de **0.4934**. Ésta escala se depuró y se obtuvieron puntajes de mayor significatividad, mejorando el nivel de confiabilidad a **0.7731**.

De igual forma en el siguiente cuadro se muestra el Análisis Factorial final por sección de cuestionario, que contiene el número de preguntas que conforman cada escala, la población entrevistada, la varianza explicada, el número de factores generados y el número de las preguntas que lo integran.

Cuadro 2. Análisis Factorial por sección del cuestionario de "Correlatos Psicosociales"

Aplicación final.

NO. DE ÍTEMS	ESCALA	POBLACIÓN	VARIANZA QUE EXPLICA	FACTORES		PREGUNTAS
				NÚMERO	NOMBRE	
20	FAMILIA (FACES III)	GLOBAL n=897	33.3%	2	COHESION	1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20
					ADAPTABILIDAD	3, 4, 6, 8, 12, 14, 16
10	COHESION	GLOBAL	70.9%	5	VÍNCULOS EMOCIONALES	1, 7, 11, 15, 19
					AMIGOS	3
					TOMA DE DECISIONES	17
					TIEMPO	5
					INTERESES Y RECREACIÓN	9, 13
10	ADAPTABILIDAD*	GLOBAL	59.0%	4	LIDERAZGO	18, 20
					CONTROL	6, 12, 4
					DISCIPLINA	2, 10, 16
					REGLAS Y ROLES	8, 14
22	ESTRES (OCURRENCIA)	GLOBAL	40.6	5	FAMILIAR	18, 16, 4, 15, 10, 3
					INTERPERSONAL	21, 22, 23
					OCUPACIONAL	2, 6, 8, 13
					AMBIENTAL	1, 9, 17, 19
					ENFERMEDADES/ LESIONES	14, 7, 5, 12, 11
22	ESTRES (INTENSIDAD)	GLOBAL	40.7%	5	FAMILIAR	3, 4, 10, 15, 16, 18
					INTERPERSONAL	11, 21, 22, 23
					OCUPACIONAL	2, 6, 8, 13
					AMBIENTAL	1, 9, 17, 19
					ENFERMEDADES/ LESIONES	5, 7, 12, 14
23	DEPRESIÓN*	GLOBAL	49.9%	4	SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 20
					MOTIVACIÓN	4, 8, 12, 16
					IDEACIÓN SUICIDA	21, 22, 23
					DESMOTIVACIÓN	7, 15, 19
11	AFRONTAMIENTO*	GLOBAL	55.3%	2	Autodirigido	1, 3, 4, 8, 9
					Heterodirigido	6, 11
8	AFRONTAMIENTO (CATALINA GLEZ.)*	GLOBAL	86.0%	2	INTERNO	1, 2, 3, 5, 7
					EXTERNO	4, 6, 8
4	ACCESIBILIDAD	GLOBAL	46.1%	1	ACCESIBILIDAD A LAS DROGAS	1, 2, 3, 4
5	PERCEPCIÓN DE RIESGO	GLOBAL	58.8%	4	USO COMÚN	I, J
					USO MAS O MENOS COMÚN	A, B, C, E
					USO MUCHO MUY COMÚN	K, L, M, N
					USO POCO COMÚN	D, F, G, H

*Análisis Factoriales realizados con el modelo de rotación "Varimax".

** Análisis Factoriales realizados con el modelo de rotación "Oblimin".

MUESTREO. Este será no probabilístico intencional y por cuotas. Con base en las consideraciones de Schlesselman (1982), para estudios de casos y controles, se determinó que la muestra de casos estaría compuesta al menos por 100 sujetos en cada categoría de uso de drogas, es decir, 100 usuarios, 100 abusadores y 100 dependientes (*300 en total*), y al menos tres controles por cada caso, debiendo tener características etáreas, sociodemográficas y ocupacionales (*900 en total*). Ello, de acuerdo a Schlesselman permitirá contar con poder estadístico suficiente para el análisis de las diferencias inter-grupales con un razonable margen de confianza.

Parámetros para cálculo del tamaño de la muestra estimada, siguiendo los criterios de Kahn y Sempos (1989):

$Z(\alpha/2) = 1.96$ (considerando que $\alpha = 0.05$)

$Z(\beta) = 1.28$ (considerando que $\beta = 0.10$)

$P = 0.5$

$Q = 0.5$

Δ (delta) = 0.2 (20 % de diferencia entre casos y controles)

$k = 3$ (numero de controles por caso)

Formula : $n = [(Z(\alpha/2) + Z(\beta)) * ((k + 1) / k) * (p * q)] \Delta^2$

El grupo de casos será obtenido de los pacientes captados por CIJ. Los grupos control serán seleccionados vía apareamiento, con base en las características sociodemográficas de los casos.

Criterios de inclusión:

1. Que hubieran consumido drogas ilegales
2. Con edades entre los 10 y 18 años.
3. Que se encontraran viviendo en la zona metropolitana de la cd. de México.
4. Que solicitaran el servicio de la institución (CIJ) por primera vez.
5. Que calificaran con el criterio de uso, abuso o dependencia a drogas ilegales en el último año.

Criterios de exclusión:

1. Sujetos en estado de intoxicación.
2. Sujetos con retraso mental y/o psicosis.
3. Sujetos de reingreso o que se encontraran ya en tratamiento.

4. Sujetos cuya demanda de tratamiento se centrara exclusivamente en el consumo de alcohol y/o tabaco.

Los **sujetos-control** se obtuvieron en la misma localidad que los casos, con adolescentes no farmacodependientes y de acuerdo a las siguientes características:

Criterios de inclusión:

1. Ser del mismo sexo que el sujeto-caso.
2. Jamás haber consumido drogas ilegales.
3. Tener la misma edad del sujeto-caso, o bien, ser un año mayor o menor.
4. Vivir cerca del domicilio del sujeto-caso.

Criterios de exclusión:

1. Sujetos con retraso mental y/o psicosis.
2. Sujetos que en alguna ocasión hayan consumido alguna droga ilegal.

PROCEDIMIENTO.

Procedimiento para el reclutamiento y selección de Sujetos-Caso.

Para lograr seleccionar los sujetos-caso, se envió un oficio a los 18 Centros Regionales del área metropolitana a fin de invitarles a participar en la investigación señalando la importancia de la participación del equipo médico técnico, pues los resultados obtenidos serían de gran trascendencia para el apoyo de los servicios que ofrece la institución y para conocer de una forma más detallada algunos factores psicosociales asociados al consumo de drogas.

Se contrató el servicio de *Skytel*, con la finalidad de que las Unidades operativas obtuvieran una mayor agilidad en la comunicación con la Subdirección de Investigación, y así aprovechar en mayor medida el tiempo de traslado a los Centros y no hacer esperar a los pacientes identificados que podrían cubrir las características de sujetos-caso.

En resumen, se solicitó a los Centros Regionales que cuando acudiera por primera vez un paciente identificado a algún Centro Regional, también conocido como unidad operativa:

- a) la secretaria o la persona a cargo de la recepción se informaba si el usuario de drogas (paciente identificado) tenía entre 10 y 18 años; en caso afirmativo,
- b) entregaba a la persona que realiza las Entrevistas Iniciales un formato de la Entrevista Inicial Ajustada, y

c) Llamaba a *Skytel* enviando un mensaje previamente elaborado a la Subdirección de Investigación, en el cual hacían referencia a las características mencionadas del paciente identificado.

Al recibir el mensaje, en la Subdirección de Investigación, un entrevistador se trasladaba inmediatamente al Centro Regional, a efecto de realizar la entrevista (con duración aproximada de 30 minutos) al paciente identificado. Una vez que se evaluaba y se determinaba si el sujeto cumplía con los criterios de inclusión, se le aplicaba la entrevista diagnóstica de consumo de alcohol y el cuestionario de “*correlatos psicosociales*”.

Procedimientos para el reclutamiento y selección de Sujetos-Control:

1.- Una vez identificada la dirección del sujeto-caso en la Entrevista Inicial Ajustada (localizada en la sección de *Identificación del paciente*) se procedía a la ubicación del domicilio, y esquematizar -numerando las manzanas- la colonia en alguno de los mapas proporcionados. Debía entonces anotarse en una tarjeta la dirección completa, la edad y el sexo del sujeto-caso; de esta manera, el encuestador se dirigía a buscar a los **candidatos a ser seleccionados como sujetos-control**.

2.- Al llegar a la dirección referida por el sujeto-caso, debía iniciarse el recorrido del domicilio adjunto al de éste y se recorría la manzana (Mz. 1) por sus lados conforme a las manecillas del reloj. Se indicó a los encuestadores que era importante entrevistar a las primeras tres personas que reunieran todos y cada uno de los criterios de inclusión.

3.- El procedimiento para solicitar la participación de los candidatos a ser **sujetos-control** se indicó que fuera de la siguiente forma:

a) El encuestador debía presentarse como “**un encuestador que está participando en la aplicación de cuestionarios de un proyecto de investigación de Centros de Integración Juvenil, A. C., el cual proporcionará información muy valiosa que permitirá orientar de una forma más completa a las personas que están siendo atendidas en esta institución.**”

b) El encuestador indicaba a la persona que le atendía, que la población a la cual se estaba aplicando dicho cuestionario era:

1. De 10 a 18 años (en ese momento, se tomaba en cuenta la edad del **sujeto-caso**, o un año mayor o menor, para saber si coincidía con la de alguna persona que viva en ese domicilio y así aplicar la encuesta).

2. El sexo (debía también coincidir con el del **sujeto-caso**).

Era necesario preguntar si existía en esa casa alguna persona que tuviera las características antes señaladas (sexo y edad).

c) Si en ese domicilio había algún sujeto que presentaba estas características entonces se debía solicitar hablar con él y se le volvía a explicar el motivo de la visita a su domicilio.

d) Se le invitaba a participar en la investigación subrayándole el carácter confidencial de los datos y el valor de su colaboración y además, si el sujeto a encuestar era menor de edad, se solicitaba la autorización de alguno de sus padres, o en su caso, de alguna persona mayor. En caso de aceptar, se aplicaba la encuesta, de lo contrario, se continuaba con el recorrido antes descrito.

e) Las entrevistas se efectuaban sólo con el entrevistado.

Para la captación de pacientes que conformaron la población de **sujetos-caso** se contó con la colaboración incondicional de los Centros Regionales ya mencionados y, al mismo tiempo, se implementaron los mecanismos necesarios para aplicar las encuestas a los **sujetos-control**.

ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis de datos inicia con la descripción de la distribución de frecuencias y la aplicación de medidas de tendencia central con el objeto de:

1. Describir la conformación de cada muestra, considerando las características de sexo, edad, número de personas con que se cohabita (tipo de familia), ocupación, etc.
2. Identificar las diferencias existentes entre las características de los grupos de casos (abusadores tipo-1, abusadores tipo-2 y dependientes) y controles.
3. Caracterizar los tipos dinámica en la familia descritas por los encuestados (niveles de cohesión y adaptabilidad).
4. Diferenciar los tipos e intensidad de estrés experimentado.
5. Identificar los niveles de depresión experimentada.
6. Identificar las estrategias de afrontamiento adoptadas.
7. Diferenciar los niveles de percepción de riesgo y accesibilidad al uso de drogas.

Todo esto, mostrado por medio de la elaboración de tablas de contingencia, probando la fuerza de asociaciones entre variables y el uso de drogas predichas por las hipótesis, mediante pruebas de *Chi cuadrada* o *Análisis de varianza*, según la pertinencia del análisis. Por último se realizó un análisis de ecuaciones estructurales. El análisis de la información se realizó con el paquete de cómputo **SPSS-PC** (Statistical Program for Social Sciences), y los programas denominados E. Q.S. Structural Equations Program y el Amos, respectivamente que se utilizan en el análisis de ecuaciones estructurales.

V.-RESULTADOS.

La hipótesis general de la investigación se planteó como la probabilidad de que el uso ocasional, el abuso y la dependencia a drogas es mayor entre aquellos sujetos:

- a) cuya familia presenta trastornos de cohesión y adaptabilidad;
- b) que refieren haber enfrentado frecuentemente eventos o circunstancias estresantes;
- c) cuyos repertorios de estrategias de afrontamiento resultan más restringidos;
- d) que perciben menor riesgo derivado del consumo de drogas; y
- e) que perciben mayor acceso a las mismas.

PRINCIPALES HALLAZGOS.

Una vez aplicadas las encuestas a la población seleccionada, se logró obtener un total de **219 casos** por **678 controles**. El universo poblacional de los *casos* de acuerdo al consumo de drogas se distribuyó de la siguiente forma: **17 usuarios**, **99 abusadores** y **103 dependientes**. Como se puede observar, una de las cuotas establecidas originalmente quedo por debajo a lo esperado; esto, debido a la dificultad que se presento al diagnosticar a la población participante, originalmente se pretendió utilizar el **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales tercera versión revisada (D.S.M. III-R)**, sin embargo, al publicarse la versión **D.S.M. IV** se decidió evaluar al consumo de drogas de la población con base en esta nueva versión. Cabe señalar que dentro de los nuevos criterios diagnósticos, se presenta una forma rígida de evaluación de consumo en comparación con la anterior, por este motivo, se llegó a obtener un sesgo importante en la población de usuarios. Además, la población que solicita tratamiento a las Unidades Operativas de CIJ regularmente asiste a este servicio por un motivo desencadenante (problema familiar, escolar y/o legal) asociado al consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Debido a la necesidad de tener una población de casos en cierta medida comparable y representativa, se tomó la decisión de crear una **clasificación interna** que fuera más "flexible" y que permitiera tener una población más equilibrada. El concepto de *usuario* se integró al de abusador, creándose así dos niveles: **abusador tipo-1** y **abusador tipo-2**, mientras que el apartado de **dependiente** quedo sin cambios.

Entendiendo por **abusador tipo-1** a todo sujeto que cumplía la categoría de usuario y/o que presentaba sólo el primer criterio de abusador de acuerdo al **D.S.M. IV**,

(ver anexo 1) y por **abusador tipo-2** a todo aquel caso que cumplía más de un síntoma en la clasificación diagnóstica de abusadores. Una vez realizado este ejercicio, la población de casos quedo con **76 abusadores tipo-1, 40 abusadores tipo-2 y 103 dependientes.**

Cuadro 2. Distribución de la población de Sujetos-Caso por diagnóstico de consumo de drogas.

Diagnostico	Muestra inicial	Muestra obtenida	Muestra ajustada
Usuario/ Abusador tipo-1	100	17	76
Abusador/ Abusador tipo-2	100	99	40
Dependiente	100	103	103
Total	300	219	219

Inicialmente, se tenía planeado obtener los sujetos-caso a través de dos instancias, la primera que recabaría el 67% sería a través de la población farmacodependiente que acude a los servicios terapéutico-rehabilitatorios de CIJ en las ciudades de: México, Guadalajara, Tijuana, Tampico, Torreón y Mérida con el fin de obtener diversidad regional. Sin embargo, debido a diversos factores los casos fueron seleccionados exclusivamente de la zona metropolitana de la ciudad de México, participando los 17 Centros Regionales que existen en el área, ubicados en Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtemoc Oriente, Cuauhtemoc Poniente, Chalco, Ecatepec, Estado de México, Gustavo A. Madero Norte, Gustavo A. Madero Oriente, Iztapalapa Centro, Iztapalapa Sur, Tlalpan, Miguel Hidalgo, Naucalpan, y Nezahualcóyotl. En esta zona, según lo analizado se podría obtener cierta diversidad en la población de sujetos-casos. Además, se decidió que sólo se obtuviera la población por parte de los pacientes que llegaron a las Unidades Operativas de CIJ, pues esto permitiría tener un cierto control en cuanto a la calidad de la selección de sujetos-caso y contrariamente a lo planeado reduciría el riesgo de sesgos en la selección.

A continuación se presentan una serie de datos descriptivos de acuerdo a las poblaciones estudiadas, así como algunas comparaciones entre los sujetos-caso y control, entre la población de consumidores en sus diferentes niveles, diferencias entre sus datos sociodemográficos, y finalmente se analizarán las posibles relaciones establecidas entre los usuarios de drogas legales e ilegales.

CASOS.

Los principales Centros Regionales a los cuales asistieron adolescentes que cumplieron con los criterios para participar como sujetos-caso en esta investigación se muestran en el siguiente Cuadro.

Cuadro 3. Principales Centros Regionales que contactaron a la población de Sujetos-Caso.

Centro Regional	Casos Captados	
	n=219	%
Azcapotzalco	6	2.7
Álvaro Obregón	35	16.0
Benito Juárez	20	9.1
Coyoacán	12	5.5
Cuauhtemoc Pte.	3	1.4
Ecatepec	10	4.6
Gustavo A. Madero Norte	34	15.5
Gustavo A. Madero Oriente	19	8.7
Iztapalapa Centro	15	6.8
Iztapalapa Sur	24	11.0
Miguel Hidalgo	4	1.8
Naucalpan	14	6.4
Nezahualcoyotl	9	4.1
Tlanepantla	1	0.5
Venustiano Carranza	5	2.3
Chalco	8	3.7

El **63%** de los sujetos-caso asistieron por lo menos con un familiar a consulta de primera vez a los Centros Regionales, mientras que el **35.2%** asistieron sin compañía; del resto no se cuenta con información (1.8%).

De los **219 sujetos-caso** entrevistados en los Centros Regionales de la zona metropolitana de México, el **82%** es de sexo masculino, mientras que el **18%** de sexo femenino. Con edades principalmente entre los **14 y 16 años de edad (69.3%)**, la media de edad es de 15.34 con una desviación estándar de 1.43 años; el resto de la población está ubicada por un **7.7%** entre 12 y 13 años, y un **22.8%** entre 17 y 18 años.

Respecto al nivel de escolaridad de la población encuestada, se observó, que el **11.3%** cuenta con estudios de primaria, la gran mayoría (**76.8%**) presenta un nivel de escolaridad de secundaria (**21.5% estudia el 1º, el 27.9% el 2º, y 27.4% el 3º de secundaria**), el **10%** cuenta con estudios de bachillerato, y el **1.9%** por ciento cuenta con otros estudios. El **58.9%** de la población estudia, sin embargo el **26%** mencionó no tener ninguna ocupación, el resto (**15.1%**) se dedica a alguna actividad laboral u oficio.

El **21.5%** de los entrevistados indicaron vivir en el Estado de México, las principales Delegaciones en las que indicaron residir los sujetos-caso son la Gustavo A. Madero (**17.8%**), Iztapalapa (**17.4 %**), y Álvaro Obregón (**11.4%**); finalmente, el **31.9%** reside en las Delegaciones restantes del Distrito Federal. La estratificación sociourbana observada en los sujetos-casos entrevistados marca un parámetro importante, pues el **91.82%** de la población encuestada reportó pertenecer a un nivel *medio*, **0.45** por ciento cuenta con un nivel *alto*, y el **7.75%** refirió tener un nivel *bajo*.

En lo que respecta a la familia, con el fin de tener un criterio definido de este concepto, en la presente investigación se entendió a la *familia* como "un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. En donde su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros" (Minuchin, 1979).

El número de sus elementos que componen el grupo familiar de la población de sujetos-caso es de un promedio de **5.87** sujetos por cada familia. Asimismo, la composición familiar se distribuye de la siguiente forma: el **11 %** hasta con 3 personas, el **71%** entre **4 y 7 miembros** y el **17.8%** con *más de 8 personas*.

Los tipos de familia (De Lomnitz, 1978) que se pueden diferenciar en la población de sujetos-caso son:

- **Familia uniparental:** Está compuesta con por lo menos uno de los padres y hermanos (en caso de que se tengan), 32 casos de los encuestados tiene este tipo de familia (**14.6%**). Es importante señalar, que de este porcentaje, el **10.5%** son familias que están estructuradas sólo con la madre y con por lo menos un hermano (23 casos), el **2.7%** son hijos únicos y viven con la madre, el **0.5** por ciento es hijo único y vive con el papá, y el **0.9%** vive con el padre y con por lo menos otro hermano.
- **Familia nuclear:** Conformada por padres e hijos exclusivamente. En la población encuestada, encontramos que este tipo de familia corresponde al **40.2%** de los sujetos-caso.
- **Familia extensa-compuesta:** En donde además de la familia nuclear coexisten uno o más miembros consanguíneos, ya sea de parte materna, paterna o ambas (primos, tíos, abuelos, etc.), y no consanguíneos (vecinos, amigos, etc.). 99 de los casos encuestados refieren pertenecer a **familias compuestas (45.3%)**, de éstas, aproximadamente la mitad (44 sujetos-caso) viven con ambos padres, hermanos y además con otro familiar o amigo (**20.1%**), el resto vive sólo con alguno de los

padres y un otro familiar, padrastro o madrastra (dependiendo el caso) y/o algún amigo (25.2%).

CONTROLES.

Es importante señalar, que dentro de esta población, algunos de los datos sociodemográficos coinciden totalmente en relación con la población de sujetos-caso, es decir, la distribución de sexos y las edades promedio fueron variables controlables desde un inicio, pues los criterios de ingreso a la población de sujetos-control dependían en gran medida de los determinados por los sujetos-caso. De esto se puede observar que de los **678 sujetos-control** entrevistados, el **82%** es de sexo masculino, mientras que el **18%** de sexo femenino. Con edades principalmente entre **los 14 y 16 años de edad (64.1%)**, la media de edad es de 15.34, con una desviación estándar de 1.56 años.

En lo que respecta al nivel de escolaridad que presenta la población de **678** sujetos-control se puede observar que el 10.3% ha cursado -o lo está haciendo- el nivel básico, el grueso de la población **412** sujetos (**60.7%**) señalan estudiar el *nivel de secundaria*, distribuyéndose de la siguiente manera, 68 estudiaron o lo están haciendo el *primero de secundaria* (10.0%), 103 el *segundo de secundaria* (15.2%) y 241 el *tercero* (35.5%). Además, sobresale el *primer grado de bachillerato* con **83** sujetos que representan el **12.2%** del total de la población, el 7.1% estudia el segundo de bachiller (48 sujetos), y 5.9 por ciento el tercero (40 sujetos); el resto (3.5%) cuenta con estudios superiores o de nivel técnico.

En cuanto a la ocupación que mencionaron tener, el **75.1%** de los sujetos-control encuestados solamente *estudia*, el **13.9%** tiene una *actividad laboral*, ya sea de comerciante, empleado, subempleado, obrero o practica algún oficio, *sin ocupación* aparece el **4.1%** (28 sujetos), y apenas un **3.5%** trabaja y estudia (24 sujetos-control); únicamente el 3.2% no presentó información a este respecto.

De los encuestados el **91.73%** señalaron pertenecer a un estrato sociourbano *medio*, el **0.59%** un estrato *alto*, y el resto (**7.68%**) se distribuye en un estrato *bajo*.

La estructura familiar que presenta la población de sujetos-control deja entrever familias con un promedio de **5.89** miembros, observándose que el **63.6%** de los sujetos tienen una familia compuesta entre *4 y 6 personas* y el **29.5%** con *más de 7 personas*; (es importante señalar, que en esta última categoría que un 11.9% esta

compuesta por 7 miembros de la familia) y, finalmente, sólo el **6.8 %** habitan *con un máximo de 3 personas*.

- En lo que respecta a los diferentes tipos de familia que componen esta población de sujetos-control se encontró que 5 sujetos entrevistados viven solos (**0.7%**).
- **Familia uniparental:** 50 familias están compuestas con por lo menos uno de los padres y uno o más hermanos (**7.3%**), sobresale en este rubro la familia compuesta por mamá e hijos con un 6.5 por ciento con 44 familias.
- **Familia nuclear:** 392 de las familias de la población de sujetos-control cuentan con este tipo de familia (**57.6%**).
- **Familia extensa-compuesta:** 231 de los entrevistados manifestaron pertenecer a este tipo de familia (**34.3%**), en esta categoría, sobresalen 39 familias compuestas por mamá, hermanos y otro familiar o amigo (5.8%) y 150 que tienen ambos padres, hermanos y algún otro familiar o amigo (22.1%).

CASOS Y CONTROLES.

Como se puede observar, existen algunas características sociodemográficas de las poblaciones “tanto de sujetos-caso como de sujetos-control” que fueron controladas y por lo tanto no presentan diferencias significativas entre sí, sin embargo, existen otras variables sociodemográficas que vale la pena comparar, como son el nivel de escolaridad, ocupación, estratificación sociourbana y tipo de familia. A continuación se muestran en tablas estas diferencias:

Cuadro 4. Comparación entre el nivel escolar mostrado por Casos (de acuerdo a su nivel de consumo) y Controles.

Nivel escolar	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin Información	2.67	2.66	-	0.97
Primaria 1° a 5°	1.49	-	4.76	5.83
Primaria 6°	6.36	1.33	7.14	10.68
Secundaria 1°	10.06	24.00	21.43	19.42
Secundaria 2°	15.08	28.00	35.71	25.24
Secundaria 3°	35.59	36.00	21.43	23.30
Bachillerato 1°	12.28	5.33	4.76	4.85
Bachillerato 2°	7.09	2.66	4.76	6.80
Bachillerato 3°	5.93	-	-	-
Otros	3.43	-	-	2.91
	100%	100%	100%	100%

En todas las poblaciones, los grados que predominantemente se están estudiando o se han cursado son del *primero al tercero de secundaria*, contrariamente a los sujetos control, que es el *1° de bachillerato*. Esto es importante, pues la media de edad es la misma para las dos poblaciones (15.34 años); entenderemos pues, que hay una relación importante entre el incremento o inicio de consumo de algún tipo de

de sustancia psicoactiva y el nivel de escolaridad, es decir, que aquellos adolescentes que consumen más, son los que tienen una menor preparación académica, la prueba *Chi cuadrada* refuerza esto, pues establece diferencias significativas entre las poblaciones, obteniendo un puntaje de **112.43** y una significancia de $p < 0.01$.

Cuadro 5. Comparación entre la Ocupación desempeñada por Casos (de acuerdo a su nivel de consumo) y Controles.

Ocupación	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin Información	3.25	4.00	2.38	-
Sin ocupación	4.14	16.00	16.67	36.89
Estudia	75.03	66.67	73.81	47.57
Estudia y Trabaja	3.55	-	2.38	-
Alguna labor u oficio	14.03	13.33	4.76	15.53
	100%	100%	100%	100%

Aunque inicialmente la variable *ocupación* se había querido controlar, pronto se observó que esto implicaba un sesgo en la población de casos, pues dificultaba en gran medida la captación de controles. Asimismo, al dejar libre esta variable, se obtuvieron los datos mostrados en el **Cuadro 5**, y como puede observarse, conforme se incrementa el uso de drogas, se va incrementando la carencia de ocupación alguna.

Cuadro 6. Comparación de Casos (de acuerdo a su nivel de consumo) y Controles de acuerdo a su estratificación sociourbana.

Estratificación Sociourbana	Casos n=219	Controles n=678
Alto	0.45%	0.59%
Medio	91.82%	91.73%
Bajo	7.73%	7.68%

Las variables de estratificación sociodemográfica utilizadas en Centros de Integración Juvenil han mostrado ser lo suficientemente sensibles para conocer un determinado sector poblacional tanto en el nivel de servicios con los que cuenta, como el nivel económico que tiene. Como se puede observar en el **Cuadro 6**, el nivel de estratificación que prevalece en ambas poblaciones es el Medio, sin embargo sobresale también el nivel Bajo. Además, al aplicar la prueba de *Chi cuadrada* a las variables de **nivel sociourbano** y **sujetos**, que contempla las poblaciones de **casos como una sola población** (usuarios de drogas ilegales en sus diferentes niveles -abusador tipo-1, abusador tipo-2 y dependiente-) y **controles** (no usuarios de drogas ilegales); se obtuvo una calificación de $\chi^2=12.30$ y $p < 0.01$, demostrándose así, que hay diferencias significativas entre los sujetos que no consumen drogas en comparación con los que sí lo hacen en relación el nivel de estratificación sociourbana al que pertenecen.

Cuadro 7. Comparación entre Sujetos-Caso y controles de acuerdo al tipo de familia

Tipos de Familia	Casos	Controles
	n=219	n=678
Vive solo	-	0.7%
Familia uniparental	14.6%	7.3%
Familia nuclear	40.2%	57.6%
Familia extensa-compuesta	45.3%	34.3%

En lo que respecta a la familia, es importante señalar que en cuanto a constitución, es decir, en cuanto a número de miembros que conforman un grupo familiar, los promedios no muestran diferencias significativas (en ambos casos la media es de 5.8 miembros por familia), sin embargo, en cuanto al tipo de familia que se presenta en cada población se puede observar en este cuadro, que en los sujetos-caso el tipo de familia que mayormente se presenta es de *tipo extensa-compuesta*, mientras que en los sujetos-control es *nuclear*. Aplicando la prueba de Chi cuadrada a las variables de tipo de familia y sujetos (tanto *casos* en sus diferentes niveles de consumo como uno solo, así como *controles*) se obtuvo una calificación de **26.80** y $p < 0.01$, demostrando que existen diferencias significativas entre casos y controles con relación al tipo de familia que tiene cada población.

PRINCIPALES HALLAZGOS POR ESCALAS Y TIPOS DE POBLACIÓN.

FACES III

COHESIÓN.

La población de *sujetos-caso* a los cuales se entrevistó muestran un nivel de cohesión familiar en general muy bajo, esto es, el **58.4 %** de la población presenta un nivel *desagregado*, seguido por un nivel *separado* con un **33.8%**, el resto (**7.8%**) muestra un nivel de cohesión de *moderado a alto*.

Por otra parte, la población de *sujetos-control* mantiene en forma general un nivel de cohesión bajo; éste va de un nivel *desagregado* (**40.66%**), *separado* (**43.20%**) y tan sólo el **13.77** por ciento es de un nivel *conectado*, así como un **2.37%** pertenece a un nivel *amalgamado*.

Cuadro 8. Comparación entre el nivel de Cohesión familiar mostrado por Casos (de acuerdo a su nivel de consumo) y Controles.

Nivel de Cohesión Familiar	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Desagregado (muy baja cohesión)	40.66	46.00	52.44	67.91
Separado (cohesión de baja a moderada)	43.20	43.53	40.00	26.26
Conectado (cohesión de moderada a alta)	13.77	10.47	5.11	5.83
Amalgamado (muy alta cohesión)	2.37	-	2.45	-
	100%	100%	100%	100%

Como se puede observar en el **Cuadro 8**, la población *Control* al igual que las de *Abusador tipo-1* y *Abusador tipo-2* tienen un nivel de cohesión moderado en comparación con los *Dependientes*, esto quiere decir, que los sujetos que no consumen algún tipo de droga ilegal tienen un nivel de cohesión familiar más “funcional”, y gradualmente va decayendo conforme se va incrementando el uso de alguna sustancia ilícita. Aplicando la prueba de *comparación de varianzas* entre sujetos (*casos y controles*) y niveles de *Cohesión* (*muy baja, moderada o muy alta*) se tiene que la población de *casos* tiende a presentar diferencias significativas en comparación con la población *control* (calificación de **10.41** $p < 0.01$). Al realizar el análisis de Scheffé se observa que el grupo control es muy diferente de los otros tres grupos.

ADAPTABILIDAD.

En lo que respecta a los niveles de *Adaptabilidad* familiar, la población de *sujetos-caso* que se entrevistaron muestran un nivel en general muy bajo, esto es, el **71.7%** de los adolescentes presentan un nivel *caótico*, seguido por un nivel *estructurado* (**18.7%**), el resto (**9.6%**) muestra un nivel de cohesión de *adaptabilidad de moderado a bajo*.

La población de *sujetos-control*, cuenta en un porcentaje muy alto en el nivel de *Adaptabilidad caótico* (**85.28%**), seguido de un nivel *estructurado* con un **11.21%**, y tan sólo el **3.6%** de esta población muestra un grado de *moderado a bajo* con relación a esta variable.

Cuadro 9. Comparación entre el nivel de Adaptabilidad familiar mostrado por Casos (de acuerdo a su nivel de consumo) y Controles.

Nivel de Adaptabilidad Familiar		Controles	Casos		
			Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Caótico	(grado excesivo de adaptabilidad)	85.28	76.00	71.42	68.93
Estructurado	(Adaptabilidad de alta a moderada)	11.21	21.33	19.05	16.50
Flexible	(Adaptabilidad de moderada a baja)	2.70	2.66	9.52	11.65
Rígido	(grado muy bajo de Adaptabilidad)	0.80	-	-	2.91
		100%	100%	100%	100%

Como se puede observar en el **Cuadro 9**, la población *Control* presenta una estructura familiar con un *grado excesivo de adaptabilidad* en comparación a las poblaciones de *Abusador tipo-1*, *Abusador tipo-2* y *Dependientes*, quienes tienen un nivel de *adaptabilidad* que va de *excesivo a moderado*, tendiendo a incrementarse de acuerdo a los niveles de consumo de drogas que presentan los *sujetos caso*. De acuerdo a lo observado, se puede inferir que conforme se inicia y/o incrementa el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva, tiende a hacerse menor el nivel

extremo de adaptabilidad en las familias de los adolescentes. Aplicando la prueba estadística para hacer una *comparación de varianzas* entre sujetos (casos y controles) y los diferentes niveles de *adaptabilidad familiar* (*excesiva, moderada o muy baja*) se puede decir, que la población de *casos* tiende a presentar diferencias significativas en comparación con la población *control* con una calificación de **10.19** y $p < 0.01$

Cuadro 10. Nivel de Cohesión y adaptabilidad familiar mostrada por los Sujetos-Caso y Control.

tipos de familia	niveles de Cohesión y Adaptabilidad	Controles	Casos
Extrema	Desagregada/Muy Flexible	25.66	30.14
Rango Medio	Desagregada/Flexible	11.21	18.72
Rango Medio	Desagregada/Estructurada	2.65	8.22
Extrema	Desagregada/Rígida	0.88	1.37
Rango Medio	Separada/Muy Flexible	43.51	33.79
Balanceado	Separada/Flexible	-	-
Balanceado	Separada/Estructurada	-	-
Rango Medio	Separada/Rígida	-	-
Rango Medio	Conectada/Muy Flexible	13.72	7.31
Balanceado	Conectada/Flexible	-	-
Balanceado	Conectada/Estructurada	-	-
Rango Medio	Conectada/Rígida	-	-
Extrema	Muy Conectada/Muy Flexible	2.36	0.46
Rango Medio	Muy Conectada/Flexible	-	-
Rango Medio	Muy Conectada/Estructurada	-	-
Extrema	Muy Conectada/Rígida	-	-

Como se ha observado en el cuadro anterior, la mayoría de las familias de los *sujetos-control* (**71.09%**) pertenecen a un rango medio con relación a su dinámica familiar, mientras que el 28.9% presentan una dinámica familiar extrema. En comparación, los *sujetos-caso* al igual que los controles, en su mayoría cuentan con un rango medio en su dinámica familiar (**68.04%**) y un 31.97% tienen una dinámica familiar extrema. Como habrá de observarse en comparación a los **Cuadros 8 y 9** existen diferencias estadísticamente significativas en la dinámica familiar entre las poblaciones analizadas, por lo que podrá afirmarse, que de acuerdo a las hipótesis planteadas, se ha demostrado que el uso ocasional, el abuso y la dependencia a drogas es mayor en aquellos sujetos cuya familia presenta una mayor disfuncionalidad en los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar.

A manera de conclusión, es imprescindible señalar, que la evaluación obtenida para cada población respecto al tipo de dinámica familiar, se llevó a cabo de acuerdo a los criterios establecidos por David Olson (creador de la escala FACES III), por lo que es importante tomar en cuenta estos hallazgos, pues describen en buena medida a nuestra realidad social actual con relación a la dinámica familiar mexicana con respecto a la problemática estudiada.

ESTRÉS

OCURRENCIA DEL ESTRÉS.

En relación a la **ocurrencia del estrés** se observó en general, que conforme se inicia y se incrementa el consumo de alguna sustancia ilegal, el sujeto reporta haber vivido mayores situaciones estresoras. A este respecto, se puede decir, que en los sujetos control sólo un 34.56% mencionó haber tenido situaciones estresoras en los últimos doce meses mientras que el **65.44%** señaló **no** haber tenido este tipo de eventos. En los Abusadores tipo-1 el **64.00%** dijo haber vivido situaciones estresoras en los últimos doce meses mientras que tan sólo el 36.00% no lo hizo así. En los Abusadores tipo-2, el 33.33% citaron que en el transcurso de los últimos doce meses no habían experimentado situaciones estresoras, mientras que el **66.67%** señaló la presencia de eventos estresores. En la población de Dependientes el **75.73%** señaló haber experimentado situaciones estresoras y sólo el 24.27% refirió no haber tenido ninguna situación estresora en el último año. Para corroborar las diferencias observadas entre las diferentes muestras se obtuvo una $\chi^2 = 87.61$ con una $p < 0.01$ estableciendo, en efecto, significatividad estadística.

Por otra parte, de acuerdo a los cinco factores estresores que se han determinado, se observó que la ocurrencia de estrés por alguna enfermedad varía en muy poca proporción en las poblaciones encuestadas, exceptuando en los sujetos dependientes. Al aplicar la prueba *Chi cuadrada* para comparar la ocurrencia de estrés por alguna enfermedad con la población encuestada (casos y controles) se obtuvo una calificación de 2.95, y una $p > 0.05$ sin encontrar diferencias significativas.

Cuadro 11.1. Ocurrencia de estrés hacia alguna enfermedad o lesión mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Ocurrencia de estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
No	73.12	70.67	71.43	65.05
Sí	26.88	29.33	28.57	34.95
	100%	100%	100%	100%

En lo que respecta a la las situaciones ambientales percibidas como estresoras se obtuvo que conforme inicia el consumo de algún tipo de sustancia ilícita, se describen una mayor ocurrencia de situaciones estresoras. Asimismo, se obtuvo

una $\chi^2=25.73$ y $p<0.01$ por lo que se puede concluir que, en efecto, existen diferencias significativas en este caso.

Cuadro 11.2. Ocurrencia de estrés ambiental mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Ocurrencia de estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
No	63.19	68.00	64.29	46.60
Sí	28.51	32.00	35.71	53.40
	100%	100%	100%	100%

La ocurrencia de estrés ocupacional en la población entrevistada mostró que existen diferencias significativas entre los sujetos-control y los sujetos caso, esto se puede observar en el **Cuadro 11.3**, donde los principales puntajes se distribuyen para los sujetos control en la no-ocurrencia. Asimismo se aplicó la prueba de *Chi cuadrada* y se observó que, efectivamente, existen diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones. ($\chi^2 = 67.66$, $p<0.01$)

Cuadro 11.3. Ocurrencia de estrés ocupacional mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Ocurrencia de estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
No	67.06	34.67	30.95	38.83
Sí	32.93	65.33	69.05	61.17
	100%	100%	100%	100%

En el **Cuadro 11.4**, se describe la ocurrencia de estrés interpersonal, y como se puede observar, es muy llamativa la respuesta que dieron los entrevistados, pues, a pesar de que existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=12.64$ $p<0.01$), se destaca prácticamente la ausencia de este tipo de estresor, cabe señalar que debido a que los sujetos son adolescentes, se podría esperar que este tipo de eventos tuvieran un impacto más importante.

Cuadro 11.4. Ocurrencia de estrés interpersonal mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Ocurrencia de estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
No	100	98.66	100	98.06
Sí	-	1.33	-	1.94
	100%	100%	100%	100%

Finalmente, el **Cuadro 11.5** se muestra la ocurrencia de estresores familiares; en éstos, se puede observar que quienes no usan algún tipo de droga perciben menos situaciones estresoras en comparación a quienes han consumido de manera significativa ($\chi^2= 35.62$ $p<0.01$)

Cuadro 11.5. Ocurrencia de estrés familiar mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Ocurrencia de estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
No	96.75	97.34	90.48	83.50
Sí	3.25	2.66	9.52	16.50
	100%	100%	100%	100%

INTENSIDAD DEL ESTRÉS.

Por otra parte, con relación a la **intensidad percibida por la ocurrencia de eventos estresantes**, en general, se observó que conforme se inicia y se incrementa el consumo de alguna sustancia ilegal el sujeto percibe con una mayor intensidad las situaciones estresoras vividas. En relación a la población de sujetos-control se observó que un 2.21% de los entrevistados no percibió ninguna situación estresora, el **28.21%** aunque acepto haber tenido alguna situación estresante reportaron no tener ningún nivel de intensidad percibida; un porcentaje igual (**28.21**) manifestó un nivel leve de intensidad ante situaciones estresantes, un **24.81%** tuvo un nivel moderado y sólo un 16.55% señaló tener un nivel severo o grave. Por otra parte, la población encuestada de sujetos-caso, el 100% percibió algún nivel de intensidad en eventos estresores, el 12.72% acepto haber tenido experiencias estresoras pero no tener ningún un nivel de intensidad, el 14.55% dijo haber presentado un nivel leve de intensidad, el **29.09** un nivel moderado y el **43.64%** mencionó haber tenido un nivel de intensidad severa o grave. Al aplicarse un análisis de varianzas se observó que existen diferencias significativamente estadísticas ($F= 24.56$ $p<0.01$). El contraste de Scheffé indica que el grupo control es diferente a los otros tres que participan en el análisis.

De acuerdo a los cinco factores estresores que se han determinado, se observó que la intensidad de estrés por alguna enfermedad o lesión fue percibido con intensidades diferentes en cada población, pero, cabe resaltar, que quienes percibieron un mayor nivel de intensidad en el estrés fueron los sujetos-caso dependientes. Asimismo, al aplicar la prueba F (*comparación de varianzas*), no se observaron diferencias significativas en relación a la intensidad percibida por alguna enfermedad o lesión en relación a las poblaciones estudiadas. ($F= 1.49$ $p>0.05$).

Cuadro 12.1 Intensidad de estrés por alguna enfermedad o lesión mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Intensidad De estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	36.19	41.33	35.71	28.16
Ninguna	21.71	10.67	26.19	15.53
Leve	17.28	22.67	11.90	22.33
Moderada	10.64	8.00	16.67	12.62
Grave/Severa	14.18	17.33	9.52	21.36
	100%	100%	100%	100%

La intensidad percibida por las situaciones estresoras del ambiente establecieron diferencias en forma muy clara por cada una de las poblaciones entrevistadas; vale decir, que la población control manifestó menores niveles de intensidad en comparación a los sujetos-caso, quienes de acuerdo al nivel de consumo se incrementó la intensidad percibida por este tipo de estrés. En este sentido, el análisis de *varianza* resulto significativo.(**9.67**, $p<0.01$). El método de Scheffé indica que el grupo control es diferente con respecto al grupo de los dependientes únicamente.

Cuadro 12.2. Intensidad de estrés ambiental mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Intensidad de estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	16.25	5.33	9.52	5.83
Ninguna	26.59	22.67	19.05	11.65
Leve	26.14	32.00	35.71	27.18
Moderada	16.10	24.00	19.05	20.39
Grave/Severa	14.92	16.00	16.67	34.95
	100%	100%	100%	100%

Con relación a la percepción de la intensidad ante situaciones estresoras de tipo familiar, como lo muestra el **Cuadro 12.3**, en los sujetos control más de la mitad no perciben estrés, mientras que aquellos sujetos que consumen algún tipo de droga perciben de forma importante presencia de situaciones estresoras con un nivel de estrés muy elevado. Al aplicarse un *análisis de varianza* se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones, (**F=17.84**, $p<0.01$) El procedimiento para comparar que grupos son diferentes muestran que el grupo control es diferente a los otros grupos.

Cuadro 12.3. Intensidad de estrés familiar mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Intensidad De estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	58.94	37.33	38.09	29.13
Ninguna	15.66	20.00	16.67	14.56
Leve	13.59	21.33	23.81	15.53
Moderada	4.58	9.34	9.52	16.50
Grave/Severa	7.23	12.00	11.90	24.27
	100%	100%	100%	100%

En lo que respecta a la intensidad percibida por estrés ocupacional, se pudo observar una diferencia clara entre los sujetos control y los caso, pues éstos últimos mantienen niveles muy altos con relación a situaciones relacionadas con su ocupación. ($F=18.57$, $p<0.01$). El grupo control es diferente a los otros tres analizados.

Cuadro 12.4. Intensidad de estrés ocupacional mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Intensidad De estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	41.06	13.33	4.76	18.45
Ninguna	28.80	28.00	33.33	22.33
Leve	7.09	5.33	21.43	10.68
Moderada	12.41	18.67	16.67	15.53
Grave/Severa	10.64	34.66	23.81	33.01
	100%	100%	100%	100%

Finalmente, como se puede observar en el **Cuadro 12.5**, existen diferencias mínimas pero no significativas respecto a la intensidad de estrés interpersonal percibido por los sujetos encuestadores, cargando un porcentaje muy elevado en la categoría de ausencia de estrés ($F=1.20$, $p>0.05$).

Cuadro 12.5. Intensidad de estrés interpersonal mostrada por los Sujetos Caso y Control.

Ocurrencia De estrés	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	80.95	73.33	80.95	74.76
Ninguna	6.65	8.00	7.14	5.83
Leve	6.35	4.00	7.14	7.77
Moderada	1.90	8.00	2.38	3.88
Grave/Severa	4.15	6.67	2.38	7.77
	100%	100%	100%	100%

A manera de conclusión, es importante señalar, que de acuerdo a los datos mostrados con relación a la percepción de ocurrencia e intensidad de eventos estresores se comprueba la hipótesis planteada en la investigación, al poderse afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de

ocurrencia e intensidad de estrés en comparación con aquellos adolescentes que no usan drogas y quienes han usado, abusado o ya dependen de algún tipo de droga ilegal.

AFRONTAMIENTO

Como se ha mencionado anteriormente, de acuerdo a la teoría establecida por Lazarus y Folkman las estrategias de afrontamiento que con mayor frecuencia implementa el individuo, son las que se dirigen hacia el afecto y hacia la resolución de los problemas; dentro de la presente investigación, se han tomado en consideración las estrategias utilizadas en los últimos doce meses. Sin embargo, cabe aclarar, que debido al comportamiento estadístico que se presentó en esta escala en el análisis factorial, se decidió retomar exclusivamente las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema, y a su vez, analizar dos factores planteados teóricamente por Lazarus y Folkman, las que hacen referencia al entorno, es decir, las dirigidas a modificar presiones ambientales, obstáculos, los recursos, los procedimientos, que se han denominado como estrategias de afrontamiento **Heterodirigidas**, y las que se refieren al sujeto, es decir, las encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos etcétera; denominando a esta estrategia de afrontamiento como **Autodirigida**. A continuación se muestra en los **Cuadros 13 y 14** la frecuencia en que los adolescentes encuestados utilizan las estrategias de afrontamiento antes mencionadas.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AUTODIRIGIDAS.

Como se puede observar en el **Cuadro 13**, el tipo de estrategia Autodirigida es utilizada por los controles de forma proporcional, es decir, los porcentajes para cada nivel son muy similares; sin embargo, en los adolescentes entrevistados catalogados como casos, se detectó que de acuerdo al nivel de consumo de sustancias adictivas va desapareciendo este tipo de estrategia de afrontamiento, hasta llegar a elevarse de forma considerable el porcentaje de la variable de “en ninguna ocasión se utiliza la estrategia”. Estadísticamente el *análisis de varianza* fue significativo al obtener una calificación de **10.00**, $p < 0.01$ observándose que existen diferencias significativas entre los sujetos que utilizan este tipo de estrategia en comparación con los niveles de consumo que utilizan. El método de Scheffé indica que el grupo control es diferente a los demás grupos del análisis.

Cuadro 13. Frecuencias de las Estrategias de Afrontamiento Autodirigidas por población (Sujetos Caso y Control).

Utilización de Estrategia	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Ninguna	23.93	38.67	40.48	44.67
A veces	28.36	21.33	26.19	29.12
Frecuentemente	25.70	24.00	11.90	17.48
Siempre	22.01	16.00	21.43	8.73
	100%	100%	100%	100%

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO HETERODIRIGIDAS.

En relación a las estrategias de afrontamiento catalogadas como Heterodirigidas, se observó que los sujetos control en general utilizan esta forma de afrontamiento, empero, las utilizan menos que las Autodirigidas; por otra parte, en los sujetos-caso, también se observó que en general se utilizan muy poco. Al aplicar un *análisis de varianza*, sin embargo, se observó que hay diferencias significativas entre el uso de este tipo de estrategia con relación a cada una de las poblaciones encuestadas, ya que se obtuvo una calificación de **12.59**, $p < 0.01$. Lo que indica que el grupo control es diferente de los otros grupos.

Cuadro 14. Estrategias de Afrontamiento Heterodirigidas señalada por los Sujetos Caso y Control.

Utilización de Estrategia	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Ninguna	29.84	52.00	47.62	50.48
A veces	35.74	32.00	26.19	39.81
Frecuentemente	13.15	1.33	9.52	3.88
Siempre	21.27	14.67	16.67	5.83
	100%	100%	100%	100%

Para finalizar, es importante comentar, que de acuerdo a los resultados presentados anteriormente, se puede concluir que los sujetos control cuentan con un número mayor de recursos de afrontamiento en comparación con los sujetos caso. De esta forma, se confirma la hipótesis de que aquellos sujetos que utilizan algún tipo de sustancia psicoactiva tiene un repertorio de estrategias de afrontamiento más restringido.

Estrategias de Afrontamiento en relación al inventario desarrollado por González.

Es importante señalar, que a diferencia de la escala de Estrategias de Afrontamiento citada anteriormente, este inventario evalúa las estrategias utilizadas en los últimos tres meses. Y de igual forma que en dicha escala, al

llevar a cabo el análisis factorial en el proceso de validación se decidió evaluar las estrategias de Afrontamiento **Autodirigidas** y las **Heterodirigidas**.

En el inventario de Estrategias de Afrontamiento, al evaluar los últimos tres meses, se observó una ausencia de estrés que repercute de forma importante en los resultados (Ver **Cuadros 15 y 16**), ya que de los 219 sujetos-caso encuestados 122 (**55.7%**) no presentaron situaciones estresantes, solamente 97 (44.3%) señalaron haber experimentado eventos estresantes y enfrentarlos ya sea de forma autodirigida o heterodirigida. En caso de la población de sujetos-control, de los 678 encuestados, 510 (**75.33%**) refirieron no haber presentado situaciones estresantes en los últimos tres meses y únicamente 168 (24.67%) mencionaron haber tenido situaciones estresantes e implementar alguna de las estrategias de afrontamiento antes descritas.

Cuadro 15. Estrategias de Afrontamiento Autodirigidas señalada por los Sujetos Caso y Control.

Utilización de Estrategia	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	75.33	56.00	73.80	47.57
Ninguna	7.68	13.33	14.29	11.65
A veces	6.06	10.67	7.14	12.62
Frecuentemente	5.61	8.00	2.38	15.53
Siempre	5.32	12.00	2.38	12.62
	100%	100%	100%	100%

Como se observa en el **Cuadro 15**, el tipo de estrategia de afrontamiento autodirigida se utiliza mayormente por población usuaria de drogas, principalmente por los dependientes; asimismo, al aplicar la prueba **F** se obtuvo una calificación de **8.64**, $p < 0.01$, así, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones con relación a la estrategia de ajuste autodirigida. Vale señalar, que la población control utiliza este tipo de estrategia de forma similar a la población de dependientes.

Cuadro 16. Estrategias de Afrontamiento Heterodirigidas señalada por los Sujetos Caso y Control.

Utilización de Estrategia	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Sin estrés	75.48	56.00	73.81	47.57
Ninguna	7.39	5.33	11.90	17.48
A veces	7.68	16.00	7.14	17.48
Frecuentemente	4.28	8.00	2.38	2.91
Siempre	5.17	14.67	4.76	14.56
	100%	100%	100%	100%

En lo que respecta a la utilización de estrategias de afrontamiento heterodirigidas se ha podido observar, que, al igual que en el caso de las estrategias autodirigidas, los sujetos caso utilizan de forma relativamente mayor la estrategia heterodirigida. Se han observado diferencias estadísticas importantes, $F = 10.31$, $p < 0.01$.

A manera de conclusión es importante señalar, que de acuerdo a los resultados descritos, en la escala de Estrategias de Afrontamiento diseñada por CIJ. y la diseñada por González, se pudo observar que en la primera, todos los entrevistados manifestaron haber utilizado estrategias de afrontamiento, mientras que en la segunda escala, por haber indagado la utilización de estrategias solamente en los últimos tres meses, un porcentaje importante de la población manifestó no haber presentado estrés y en consecuencia no haber utilizado ninguna estrategia de afrontamiento. Por tal motivo se pueden observar diferencias importantes entre ambas escalas.

DEPRESIÓN.

En lo que respecta a los niveles de depresión que presenta la población entrevistada, es importante citar que el tipo de sintomatología evaluada fue de acuerdo al **D.S.M. III-R** cuya clasificación aborda este concepto presentando diversos niveles, del que se retomó el *Episodio depresivo mayor*. El **Cuadro 17** muestra que los niveles de depresión presentados por parte de los adolescentes entrevistados tiene diferencias entre la población de no consumidores de drogas con relación a los consumidores. Tal parece que el uso de algún tipo de sustancia tiene relación con este tipo de eventos depresivos, pues los usuarios de drogas muestran niveles de depresión severa en comparación con los sujetos control. Además, al aplicar la prueba **F**, se obtuvo una calificación de **28.14** con una $p < 0.01$, estableciendo diferencias estadísticamente significativas. Por medio del análisis de Scheffé se determinó que el grupo control es diferente con respecto de los grupos denominados abusador tipo-1 y del dependiente.

Cuadro 17. Niveles de depresión mostrados por los Sujetos Caso y Control.

Nivel de Depresión	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Baja	28.80	21.33	33.33	10.68
Leve	29.39	14.67	28.57	11.65
Moderada	25.55	25.33	14.29	23.30
Severa	16.25	38.67	23.81	54.37
	100%	100%	100%	100%

ACCESIBILIDAD.

Como se puede observar en el **Cuadro 18**, la accesibilidad percibida a las drogas por parte de los sujetos control es diferente en relación a los adolescentes que han consumido alguna droga ilegal. Asimismo, al aplicar la prueba de *Chi cuadrada* entre las variables de los niveles de accesibilidad y las poblaciones encuestadas, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al obtener una calificación de **30.30**, $p < 0.01$. Así, a manera de conclusión, puede afirmarse la hipótesis planteada con relación a que el uso ocasional, el abuso y/o la dependencia al consumo de drogas es mayor entre aquellos sujetos que perciben un alto nivel de accesibilidad a éstas.

Cuadro 18. Accesibilidad a la drogas mostrados por los Sujetos Caso y Control.

Nivel de Accesibilidad	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Bajo	65.14	49.33	61.90	38.83
Alto	34.86	50.66	38.09	61.17
	100%	100%	100%	100%

PERCEPCIÓN DE RIESGO.

En cuanto a la percepción de riesgo observada, se puede decir que los sujetos control tienen una mayor percepción de riesgo que el resto de la población, sin embargo, los Abusadores tipo-2 muestran un comportamiento similar; por el contrario, los Abusadores tipo-1 y los Dependientes mostraron puntajes muy similares y distribuidos de forma homogénea en cada uno de los niveles de percepción de riesgo. Aún así, se obtuvo una $F = 13.06$, $p < 0.01$, con lo que se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones estudiadas.

Cuadro 19. Percepción de Riesgo a la drogas mostrados por los Sujetos Caso y Control.

Nivel de Percepción de Riesgo	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
Bajo	33.83	46.67	40.47	49.51
Alto	66.17	53.33	59.53	50.49
	100%	100%	100%	100%

Finalmente, hay que añadir, que de acuerdo a la hipótesis planteada en relación a esta variable, que plantea que aquellos sujetos que han consumido alguna sustancia psicoactiva tendrían que percibir un menor riesgo (*bajo nivel de percepción de riesgo*) con relación al consumo de drogas, y de acuerdo la información planteada en el **Cuadro 19**, puede afirmarse la hipótesis antes señalada, pues como se mencionó, los sujetos consumidores tienen diferencias estadísticamente significativas sobre la percepción de riesgo, en comparación con aquellos no consumidores.

CONSUMO DE DROGAS.

Con respecto al consumo de drogas en la población entrevistada es pertinente reiterar, que dentro de los criterios de selección, los sujetos-caso podían consumir cualquier tipo de sustancia (ya sea legal o ilegal), mientras que los sujetos-control, únicamente podrían consumir drogas legales. En el **Cuadro 20** se muestra la trayectoria de consumo por parte de los sujetos-caso entrevistados.

Cuadro 20. Trayectoria de consumo de drogas ilegales en los Sujetos Caso.

Tipo de usuario	Casos n=219
Monousuario	25.80%
Poliusuario	74.20%

Ante esto, es importante iniciar el análisis de los resultados señalando las cinco principales drogas con las que se inicia el consumo, tomando en cuenta el cuadro anterior, en donde se muestra que el **74.20%** de los sujetos-caso utilizan más de una sustancia ilícita.

Cuadro 21. Primer droga consumida en la vida de acuerdo a las poblaciones de Sujetos Caso y Control.

Droga Consumida	Controles n=678	Casos n=219
Alcohol	39.20	33.30
Tabaco	15.60	27.40
Inhalables	-	24.20
Marihuana	-	8.70
Cocaína	-	2.30
Otras Sustancias	-	4.2
Sin Consumo	45.10	-
	100%	100%

El Cuadro anterior, muestra claramente que la primera sustancia que se consume en la vida es de tipo legal, es decir, tanto en sujetos casos como en controles el alcohol es la primer sustancia en consumirse, seguida por el uso de tabaco, sustancia también legal y los inhalables ocupan el tercer lugar en la población de Casos.

Cuadro 22. Segunda droga consumida en la vida de acuerdo a las poblaciones de Sujetos Caso y Control.

Droga Consumida	Controles n=678	Casos n=219
Alcohol	-	16.90
Tabaco	27.70	24.20
Inhalables	-	29.20
Marihuana	-	11.90
Cocaína	-	2.3
Otras Sustancias	-	6.5
Sin Consumo	72.30	9.1
	100%	100%

En lo que respecta a la segunda droga que se consume en la vida, se puede reafirmar lo observado en el **Cuadro 21**, pues en el caso de los sujetos-control aparece el tabaco como la segunda sustancia utilizada, sin embargo, en la población de sujetos-caso, se observa que los inhalables se mantienen como la principal droga de segundo consumo en la vida, desplazando al tabaco y alcohol.

Cuadro 23. Tercera droga consumida en la vida de acuerdo a las poblaciones de Sujetos Caso y Control.

Droga Consumida	Controles n=678	Casos n=219
Alcohol	-	11.00
Tabaco	-	7.30
Inhalables	-	24.70
Marihuana	-	16.40
Cocaína	-	5.50
Otras Sustancias	-	7.30
Sin Consumo	100.00	27.9
	100%	100%

Como se puede observar en el **Cuadro 23**, en la población control aparece el **100%** de la población sin consumo, mientras que en los sujetos caso, la tercera droga que se consume en la vida, con un porcentaje elevado son los inhalables, sin embargo, la marihuana en forma gradual va incrementando los porcentajes con relación a su uso.

Cuadro 24. Cuarta droga consumida en la vida de acuerdo a Sujetos Caso y Control.

Droga Consumida	Controles n=678	Casos n=219
Alcohol	-	9.60
Tabaco	-	4.10
Inhalables	-	11.00
Marihuana	-	11.90
Cocaína	-	7.80
Otras Sustancias	-	8.30
Sin Consumo	100.00	47.50
	100%	100%

En el **Cuadro 24**, prevalece la información presentada en los Cuadros anteriores, apreciando claramente que la marihuana y los inhalables son las sustancias ilegales con mayor demanda por parte de los adolescentes, aunque en este rubro -cuarta droga que se consume en la vida- se puede apreciar que Otras sustancias (Refractil, Roypnhol, entre otros), así como la cocaína, son sustancias cuyo uso. se va incrementando.

Como se ha podido observar, el alcohol aparece dentro de las primeras drogas que se utilizan en la vida; en este sentido, vale la pena señalar que se diagnosticó a la población entrevistada de acuerdo al nivel de consumo de alcohol con la clasificación establecida por el **D.S.M. III-R**, obteniéndose los siguientes resultados:

**Cuadro 25. Comparación entre el nivel de consumo de alcohol
mostrado por Casos (de acuerdo a su nivel de consumo) y Controles.**

Nivel de consumo de Alcohol	Controles	Casos		
		Abusador tipo-1	Abusador tipo-2	Dependiente
usuario	79.62	49.33	80.95	40.78
Abusador	10.34	26.67	9.52	37.86
Dependiente	10.04	24.00	9.52	21.36
	100%	100%	100%	100%

El **Cuadro 25** muestra de forma clara que los sujetos control, muestran un nivel de consumo muy por debajo con relación a los sujetos caso, aunque es importante señalar, que los Abusadores tipo-2, muestran un comportamiento similar en relación a los controles, estableciendo claramente que el uso de alcohol es lo más frecuente. Por otra parte, como se ha observado en los cuadros anteriores, parece ser que el consumir alcohol es un factor de riesgo claro para que se pueda llegar a utilizar alguna droga ilegal. Para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas con relación a los niveles de consumo de alcohol por cada población, se obtuvo en el *análisis de varianza* realizado una calificación de **37.16** y significativo a $p < 0.01$, confirmando la presencia de diferencias.

ANÁLISIS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

En cuanto al análisis de ecuaciones estructurales el modelo inicial que se presentó era que las variables latentes estrés, familia afrontamiento riesgo y depresión afectaban de manera directa a la variable diagnóstico, la cual quedó con las categorías de control, abusador y dependiente.

La variables estrés estaba conformada por:

- Lesión.- estrés intensidad por lesión
- Etot.- estrés ocurrencia
- Familia.- estrés intensidad familiar
- Interp.- estrés intensidad interpersonal

Familia por:

- Familia1.- cohesión familiar
- Familia2.- adaptabilidad familiar

Afrontamiento por:

- Interno1.- afrontamiento autodirigido
- Externo1.- afrontamiento heterodirigido

Riesgo por:

- Riesgo.- percepción de riesgo
- Accesib.- accesibilidad

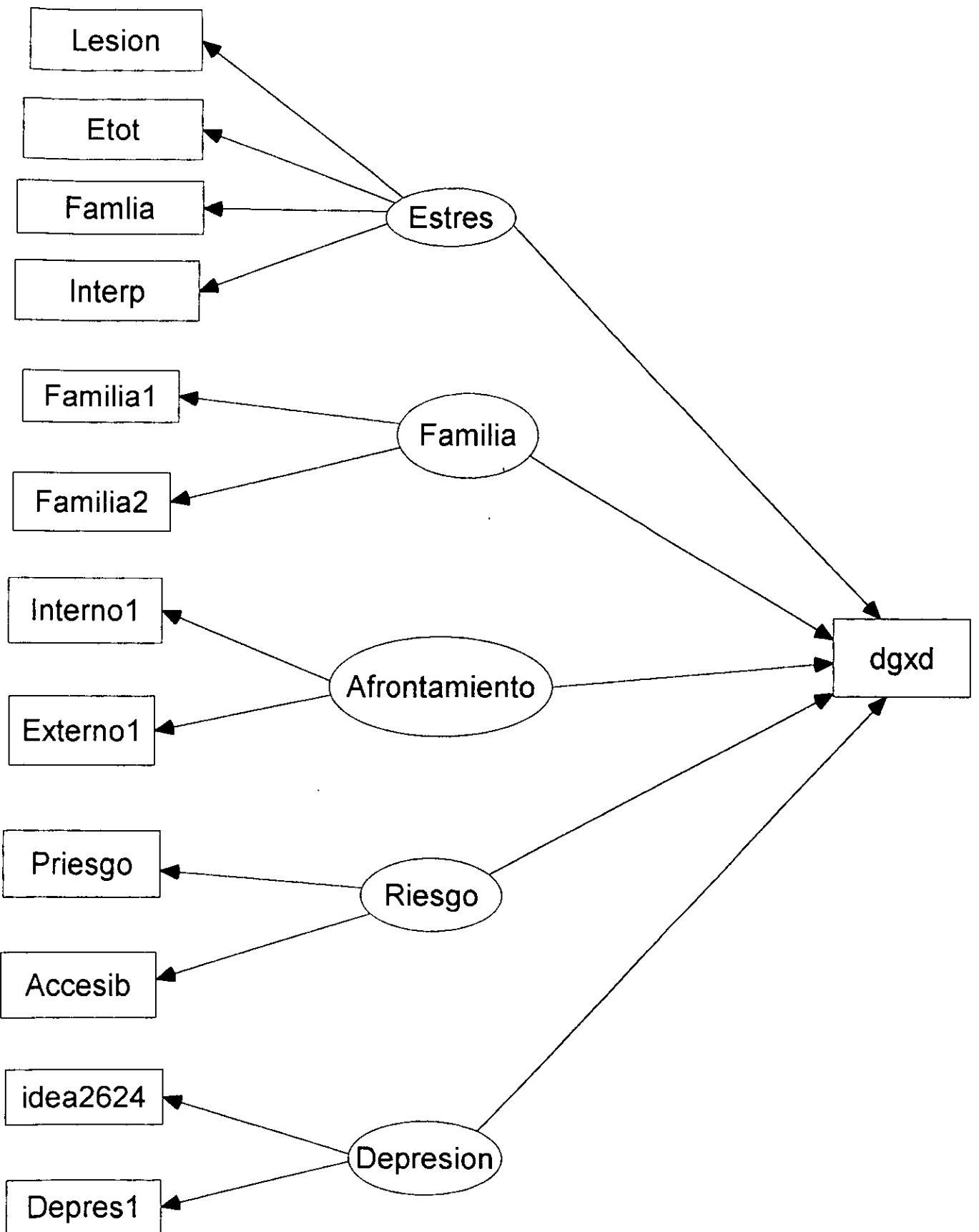
Depresión por:

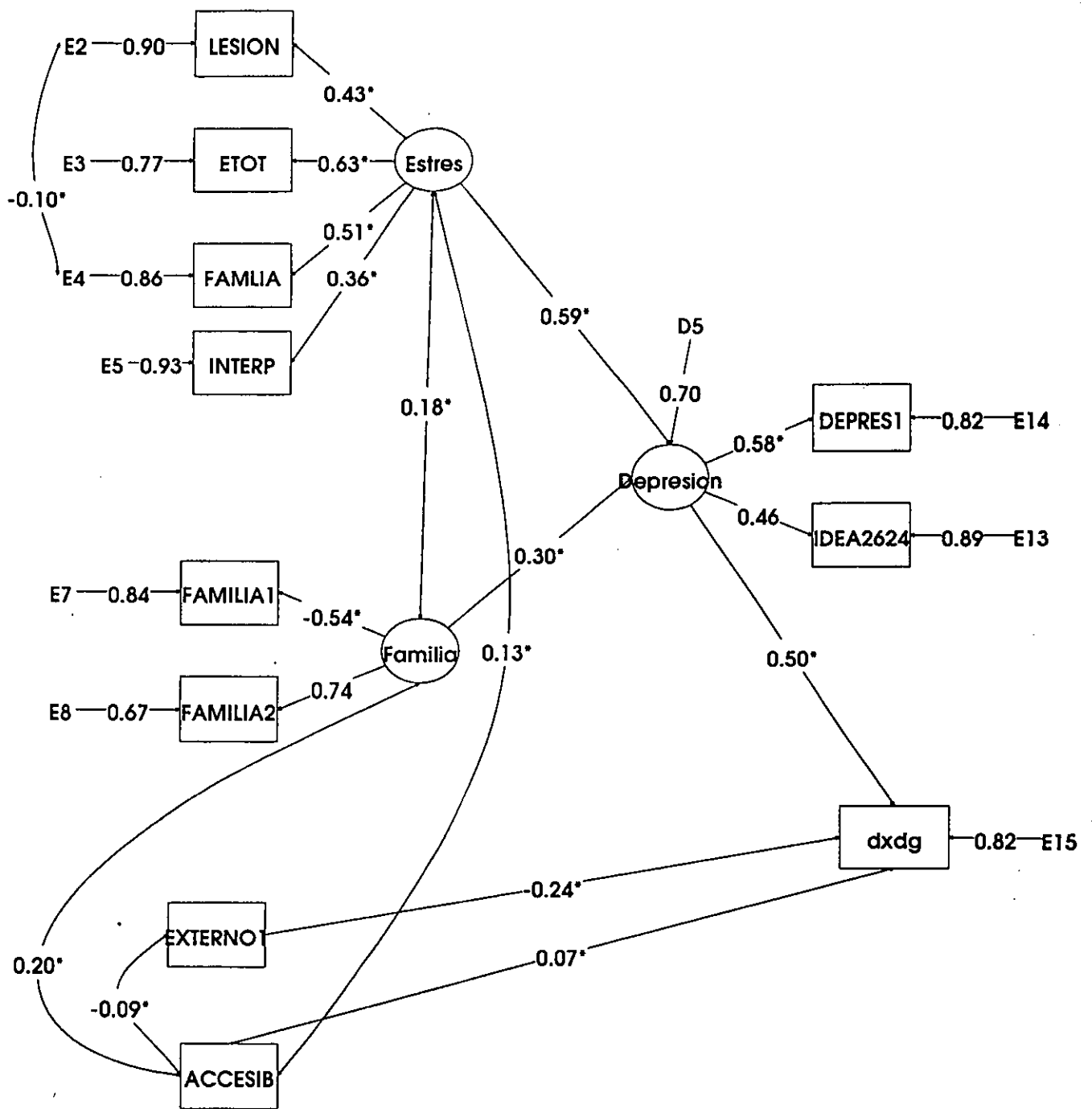
- Idea2624.- ideación suicida
- Depres1.- depresión

En la primer figura se plantea el esquema original en donde se plantea que cada una de las variables latentes influyen de manera directa a la variable consumo y que al procesar el programa de ecuaciones estructurales, indica que no influyen de manera directa las variables utilizadas para el análisis.

En la segunda figura se describe el modelo en el cual se exhiben los modelos de medición y estructural. El modelo de medición esta constituido por la relación entre cada variable latente que quedaron en el modelo (Estrés, Familia y Depresión) y sus respectivos indicadores arriba mencionados, además del afrontamiento heterodirigido y la accesibilidad como factores independientes ya que los factores de Afrontamiento y Riesgo fueron descompuestos por indicaciones del modelo.

Esta primera opción -que es la más relevante- de análisis factorial confirmatorio muestra características interesantes:





En la variable latente denominada “Estrés”, se observa que sus componentes muestran pesos factoriales significativos; (Lesión 0.43, etot 0.63, familia (0.51) e interp (0.36). En la variable denominada “Familia”, sus pesos fueron de cohesión (0.55) y adaptabilidad 0.74, y por último en la variable llamada “Depresión con los siguientes valores 0.46 que representaba la ideación suicida y 0.58 de depresión.

El valor de las covarianzas entre estrés y familia es bajo pero significativo (0.18) el de familia, y depresión (0.30) y por último el de estrés con depresión es igual a 0.59, esto indica que los factores de estrés son posibles antecedentes de posibles depresiones.

En el modelo estructural se observa que la influencia de las variables latentes familia y estrés son nulas de manera directa a la variable diagnóstico y el modelo indicó que se eliminaran, en cambio si son como factores mediadores de la variable depresión, y esta variable muestra una influencia significativa (0.50) hacia la variable diagnóstico, además de dos variables que afectan de manera directa y que son el afrontamiento heterodirigido (-0.24) lo que indica que este tipo de afrontamiento es un posible factor protector al consumo de drogas y la accesibilidad cuya influencia es mínima(0.07).

Los indicadores de bondad de ajuste muestran una $\chi^2 = 59$ y un nivel de significancia de .01, sin embargo no hay que olvidar que el tamaño de muestra afecta de manera notable a esta prueba. Además de que los otros dos indicadores si fueron significativos:

Robust Comparative Fix Index = 0.959

Rmse (Root Mean Sq Error of App) = 0.0.7

Lo cual implica que el modelo Teórico de interrelaciones está respaldado por los datos. Sin ser el modelo óptimo es adecuado, ya que existe gran cantidad de variables que influyen para que un adolescente use o no algún tipo de droga ilegal, lo que indica que el modelo inicial como se planteo, de que cada variable influía de manera directa es totalmente falso.

VI.-DISCUSIÓN

Investigaciones realizadas en los últimos años sobre el consumo de drogas y su relación con algunos factores psicosociales han aportado a los investigadores de un cúmulo de conocimientos que permite diseñar nuevas líneas teórico-metodológico-técnicas para el abordaje de estos temas. Esto ha llevado a plantear la necesidad de estudiar algunos factores de riesgo específicos y conocer su capacidad de maleabilidad.

De acuerdo a los resultados mostrados, es de reconocer, que las diferencias estadísticas establecidas entre cada uno de los factores psicosociales estudiados, y de acuerdo a las pruebas estadísticas utilizadas, se confirma satisfactoriamente una de las hipótesis generales establecidas en la investigación, encontrando, que en efecto, el uso ocasional, el abuso y la dependencia a drogas es mayor entre aquellos sujetos:

- a) cuya familia presenta trastornos de cohesión y adaptabilidad;
- b) que refieren haber enfrentado frecuentemente eventos o circunstancias estresantes;
- c) cuyos repertorios de estrategias de afrontamiento resultan más restringidos;
- d) que perciben menor riesgo derivado del consumo de drogas; y
- e) que perciben mayor acceso a las mismas.

Es importante señalar, que el haber realizado la investigación en la zona metropolitana de la ciudad de México, permitió tener una mayor comprensión de los factores de riesgo psicosociales que enfrenta el adolescente en una ciudad creciente y compleja; asimismo, hay que tomar en cuenta que las Delegaciones Álvaro Obregón, Gustavo A. Madero e Iztapalapa fueron las que aportaron un mayor número de sujetos (más del 58% de la población total), implicando cierto sesgo en la población estudiada, ya que el hablar de jóvenes que habitan en la zona metropolitana nos lleva necesariamente a tomar en cuenta que más de la mitad fueron entrevistados sólo en tres Delegaciones políticas.

De acuerdo a lo observado en los resultados, dentro de las variables sociodemográficas que no fueron controladas y que parecen aportar datos significativos se encuentra la estructuración de la familia, variable a considerar de suma importancia en próximos estudios, ya que, como se pudo observar en lo descrito anteriormente, es muy frecuente que los sujetos que consumen algún tipo de droga pertenezcan a un tipo de familia extensa-compuesta. La ocupación es

otra variable a considerar en futuros trabajos de investigación, ya que se observó que quienes estudian aparentemente tienen menos probabilidad de consumir alguna sustancia ilícita en comparación con aquellos que no están estudiando o ya han dejado definitivamente de hacerlo, éstos últimos, tienden a utilizar con mayor frecuencia algún tipo de droga ilegal.

La dinámica familiar establecida en la población, de acuerdo al modelo teórico abordado (David Olson, 1985) fue de gran utilidad, ya que como se puede apreciar en los resultados. En primer lugar, se esperaba que la cohesión familiar presentara un alto nivel, es decir, que hubiera familias amalgamadas y conectadas; contrario a ello, se apreciaron niveles de moderada a baja cohesión, o sea, familias separadas, tendientes a un nivel desagregado. En lo que respecta al nivel de adaptabilidad familiar, inicialmente se esperaban resultados con un nivel de moderado a bajo (de flexible a rígido), sin embargo, se encontró un grado excesivo de adaptabilidad en la mayoría de las familias (caótico). Entendiéndose por tanto, que de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, cada vez existe una dinámica familiar con esquemas menos amalgamados, más laxos y sin límites bien establecidos. Aunque esto sea una tendencia actual, quien cuenta con una dinámica familiar cuyos niveles de cohesión y adaptabilidad sean moderados, tiende a tener *per se* un factor protector en torno al uso de sustancias ilegales.

Resulta interesante observar, que los sujetos entrevistados que no consumen drogas declaran no tener ocurrencia de estrés en comparación a los que si usan, y como consecuencia, percibir un impacto menor de las situaciones estresoras. En lo que concierne a las estrategias de afrontamiento, se obtuvieron datos contradictorios en las escalas utilizadas, ya que mientras que en la escala desarrollada por CIJ el afrontamiento de tipo autodirigido resultó ser más utilizado por aquellos adolescentes que no utilizan drogas ilegales, y menos por los adolescentes que si usan; en cambio, el afrontamiento heterodirigido se utilizó menos por los no usuarios y más por quienes sí usan sustancias ilícitas. Contrariamente, en el inventario desarrollado por González (1992), se observó que utilizan más las estrategias de afrontamiento autodirigidas los usuarios de drogas y menos quienes no usan y las estrategias heterodirigidas se utilizaron más por quienes no usan drogas que por quienes sí lo hacen. Esto lleva a plantear una serie de dudas respecto a la medición que hace cada una de las escalas, pues el sentido que evalúan en las poblaciones son diferentes. Un elemento que posiblemente explique esto, es la temporalidad en cuanto a la ocurrencia, donde la primer escala evalúa él ultimo año y la segunda exclusivamente los últimos tres meses.

Asimismo, se tendrán que explorar otros elementos para explicar las diferencias planteadas.

Al hablar de los estados depresivos expresados por la población estudiada, puede observarse que en general la población adolescente estudiada se deprime, esto, es totalmente comprensible si consideramos que se trata de una etapa que de por sí implica una serie de cambios y ajustes en el sujeto y su entorno. Sin embargo en la población que se encuestó se presentaron algunas diferencias que permiten plantear dos posibles explicaciones con relación a los estados de depresión severos o graves. En primer término, se observó que quienes no utilizan ninguna sustancia psicoactiva se deprimen en general, pero, aquellos que consumen alguna droga, conforme van modificando su patrón de consumo, experimentan episodios depresivos más intensos. Es posible que el consumo por sí mismo predisponga a la depresión, pero no sólo por sus efectos a nivel físico y emocional, sino también por la manera en que el uso de drogas va alterando y posiblemente deteriorando el entorno en el que habitualmente se desarrollaba el sujeto.

En accesibilidad y percepción de riesgo respecto al consumo de drogas, se puede concluir, que efectivamente, aquellos sujetos que no consumen drogas cuentan con una mayor percepción de riesgo y cuentan con una accesibilidad muy baja en comparación con aquellos sujetos que han consumido alguna sustancia ilícita.

En lo que respecta al consumo de drogas, la población consumidora fácilmente usa más de una sustancia ilícita, es decir, es poliusuaria; así mismo, un alto porcentaje de la población en general (tanto casos como controles) inicia por consumir drogas lícitas (alcohol y tabaco) y termina consumiendo alguna droga ilegal (en el caso exclusivo de los sujetos-caso). Esto, lo muestra claramente la seriación de **Cuadros** (del 20 al 25) que indican cómo el consumo de alcohol y tabaco es muy alto como primer consumo, pero va disminuyendo conforme se inicia el consumo de otras drogas. Así como los controles tienden a usar alcohol en un mayor número, fácilmente podría pensarse que están en alto riesgo, pero este paso hacia el uso de alguna droga ilícita, no se da por tener condiciones familiares, de estrés, afrontamiento, de depresión, de accesibilidad y percepción de riesgo muy particulares.

Es importante señalar, que los jóvenes considerados como controles y los catalogados como Abusadores tipo-2, en algunas de las escalas tuvieron un comportamiento estadístico muy similar, tal es el caso de las áreas de ocurrencia e

intensidad de estrés, del inventario de estrategias de afrontamiento de González (1992), y en la escala de accesibilidad a las drogas. Esto, podría dar pie a una serie de nuevas investigaciones en relación a conocer el por qué de estas similitudes estadísticas en dos poblaciones aparentemente muy diferentes.

Finalmente el análisis de ecuaciones estructurales muestra un modelo muy interesante donde el estrés y los problemas de cohesión y adaptabilidad en la familia son posibles mediadores de la depresión o generadores de esta y de aquí el adolescente podría tener posibilidad de consumir drogas, pero el modelo indica que dichos factores -familia y estrés -no inciden directamente para un posible consumo, además el afrontamiento heterodirigido es un factor protector del sujeto, no así la accesibilidad pero que su significancia es mínima.

Los resultados del modelo estructural señalan una ruta muy interesante que otros investigadores (Medina Mora 1998 y González 1998) ya habían reportado, es decir que el estrés la cohesión y la adaptabilidad familiar por lo general no inciden de manera directa a que el adolescente consuma droga sino que pasan primero por una fase depresiva y de ahí es posible que consuma algún tipo de droga.

El modelo de intercorrelaciones entre estrés, familia (cohesión y adaptabilidad) y depresión como posible generador en el adolescente de utilizar una droga es obvio, por lo que el modelo que se describe líneas arriba, genera información más relevante al mostrar que es posible que el estrés y la situación familiar, analizada en esta investigación, en el adolescente pueden previamente llevar al joven a un periodo depresivo y de ahí ha un posible uso de drogas. Por otra parte se observa que la percepción de riesgo tal como se midió en el estudio no fue relevante, así como el afrontamiento autodirigido.

Concluyendo se deben realizar muchos mas estudios ya que el fenómeno de la farmacodependencia es multicausal y se deben de tener presente muchas variables, entre las que se pueden mencionar los grupos de pares, desempeño escolar, problemas maritales de los padres, etc., que influyen de manera directa o indirecta en el adolescente y que pueden ser precursoras de este tipo de conducta que desafortunadamente va en aumento en nuestro país.

Por otra parte, los resultados obtenidos sobre validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados son satisfactorios y alentadores para el propósito de contar con una serie de escalas de aplicación sencilla, basada en criterios y lineamientos

teórico-metodológicos bien definidos. Sin embargo, es importante reconocer que algunos de los ítems usados en el cuestionario de “**Correlatos psicosociales**” dificultaron la agilización de la información y carecieron de claridad en su planteamiento, por lo que fueron tomados con un sentido diferente al que se les había atribuido en un inicio. Y aunque son reactivos con un peso estadístico significativo en la mayoría de los casos, es importante tener en consideración las observaciones que a continuación se describen.

En la primera sección, que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar, las preguntas que parecieron poco claras en su planteamiento, son: 5. *Sólo con la familia les gusta hacer cosas*

8. *La forma en que se hacen los quehaceres de tu casa puede cambiar*

20. *Es fácil saber qué hace cada quien para la casa.*

Es importante señalar, que la versión original del **FACES III** está escrita en inglés; el hecho de traducir lo más textual posible el instrumento da pie a justificar la “inadecuada” redacción de estos ítems, pues al traducirlos al español se trató de respetarse lo más posible la idea original del instrumento. La dificultad que presenta la pregunta 5, fue la generalización de la mención “hacer cosas con la familia”, sin que se dé una idea clara de a qué tipo cosas se refiere la pregunta. En la pregunta 8, no se entendió en qué sentido se podía dar la posibilidad de cambio en los quehaceres del hogar, pues los entrevistados no sabían si era que ellos hicieran cosas diferentes (una vez barrer, otra limpiar el piso), o si era hacer la misma actividad pero de diferente forma (limpiar el piso con agua y jabón o sólo con agua).

En la segunda sección, que evalúa la ocurrencia e intensidad del estrés en los últimos doce meses, no se entendieron en forma clara los ítems: 15. *Vives con familiares que no son tus padres (abuelos, tíos, etc.)*

19. *Tus padres no te dejan hacer lo que quieres*

A este respecto, la pregunta 15 no especificaba si el vivir con otros familiares implicaba no vivir con los padres, o se refería a vivir con los padres y además con otros familiares. La pregunta 19 dificultó su entendimiento por estar planteada en un sentido negativo y se tenía que repetir varias veces para que se comprendiera la idea.

En la tercera sección, que mide los niveles de depresión, la única pregunta que resultó ser poco clara en su planteamiento fue: *20. No podías "seguir adelante"*

Ítem que no especifica "seguir adelante" en qué, seguir adelante en la vida, seguir adelante con los problemas, etc., la generalización de la pregunta llevó a que se entendiera en forma un poco dispersa.

En la cuarta y quinta sección todos los reactivos fueron claros. En la sexta sección, que evalúa la accesibilidad y percepción de riesgo ante el consumo de drogas, tres ítems resultaron ser poco claros, éstos son:

- b) probar marihuana 1 ó 2 veces*
- i) Probar anfetaminas 1 ó 2 veces*
- j) Usar anfetaminas regularmente*

En el reactivo *b*, no se discriminaba si se hacía referencia a que el probar marihuana una o dos veces era en cada ocasión o era probar marihuana una o dos veces en la vida. Cabe señalar, que el sentido que se le pretendía otorgar a la pregunta era la segunda opción.

Respecto a los reactivos *i*) y *j*) frecuentemente se dejaron en blanco, por lo que se llegó a la conclusión de que la gran mayoría de los sujetos entrevistados no saben qué significa la palabra "anfetaminas".

Ajustes:

En todo proceso de investigación, conforme se va desarrollando, van surgiendo una serie de necesidades, como adecuar los objetivos, hipótesis y, en ocasiones algunos aspectos técnicos y metodológicos, esto hace que este proceso tome giros un tanto inesperados. A continuación se plantean una serie de ajustes que se realizaron a lo largo de la investigación, así como algunas limitaciones que se observaron.

Inicialmente, vale señalar, que la investigación pretendía abarcar algunas ciudades de la República Mexicana, sin embargo, debido a algunas situaciones ajenas al proyecto, no fue posible llevar a cabo esta meta, pues los costos impactaron de forma importante el presupuesto original. Ante esta situación, se tomó la decisión de implementarla en la zona metropolitana de la ciudad de México, observando

que por la riqueza cultural que presenta esta área, no se pierde por completo esa diversidad regional que se pretendía obtener en un inicio.

Por otra parte, se decidió que sólo se captarían pacientes de las Unidades operativas de Centros de Integración Juvenil A. C. y no de otras instituciones de salud, pues esto permitiría tener un cierto control en cuanto a la calidad de la elección de sujetos-caso y contrariamente a lo planeado reduciría el riesgo de sesgos en la selección.

La variable “**ocupación**” se señaló originalmente como criterio de selección entre los casos y controles, empero, al llevar a cabo el pilotaje de procedimientos para la selección de casos y controles, se observó que sesgaba demasiado a la selección de controles, pues la mayoría de los sujetos-caso que se entrevistaban no contaban con ocupación alguna (no tenían ocupación), esto llevó a decidir que lo más conveniente era dejar de controlar esta variable.

Otro de los criterios de selección contemplados para la selección de sujetos-control, fue que el paciente identificado no debía proceder de algún internado o casa hogar, pues esto dificultaría en gran medida la obtención de los sujetos-control correspondientes, además se dejaría de aplicar la escala de dinámica familiar, pues difícilmente se podría establecer comparación entre una familia estructurada y un tipo de institución como éstas.

Los criterios diagnósticos que se definieron con respecto al consumo de drogas en los sujetos-caso establecían que los síntomas debían presentarse por primera vez en los últimos doce meses, en caso de no presentarse ningún síntoma se diagnosticaba en base al inicio de consumo de drogas, éste debería presentarse por primera ocasión en el transcurso del último año.

En la escala de evaluación cognitiva del estrés, inicialmente se pretendía conocer su ocurrencia, intensidad, locus de origen, intencionalidad, frecuencia y duración; sin embargo, conforme se crearon y/o adecuaron las escalas que componen el cuestionario de “correlatos psicosociales”, se consideró que el medir todas las variables en una escala con pocos ítems sería difícil, complicado y en cierta medida tendría un formato de pregunta difícil de responder para la población que se pretendía abordar. Por tal motivo, se prefirió evaluar solamente la ocurrencia, así como intensidad, decidiendo que en un estudio posterior se abordarían las demás variables.

Dentro de la estructuración del cuestionario, se agregó una escala que evalúa la sintomatología depresiva así como ideación suicida. Esta decisión fue tomada después de comprender la importancia de estos eventos en la etapa de vida por la cual atraviesa la población objetivo.

Originalmente, se había pensado en seleccionar a los controles de acuerdo a la colonia de residencia de sujeto-caso, sin embargo, para facilitar las condiciones sociodemográficas, así como las situaciones socioambientales lo más similares posibles, se decidió hacer la selección mediante un apareamiento domiciliario.

Limitaciones:

Originalmente, se había contemplado obtener **muestras suficientes en heterogeneidad y tamaño**, sin embargo, al ajustar la captación de los sujetos-caso sólo en la zona metropolitana y en las Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, no fue posible cumplir ampliamente con este interés inicial.

Es indispensable señalar, que las muestras no fueron cubiertas en su totalidad debido a que se dependía directamente de la asistencia de usuarios de drogas a las Unidades Operativas de CIJ con el fin de iniciar un tratamiento terapéutico-rehabilitatorio, así como en muchas ocasiones el tiempo que disponían los posibles entrevistados era muy limitado y no permitía la aplicación de los instrumentos necesarios para participar en la investigación. Aun así, las entrevistas que se realizaron permitieron obtener una muestra suficiente, sin embargo, debido al cambio de criterios que se hizo del **D.S.M. III-R** al **D.S.M. IV**, en la captación de la población se dificultó el reclutar a un número considerable de usuarios. Posiblemente también se presentó esto debido a que los pacientes que llegan a las Unidades Operativas, lo hacen cuando el patrón de consumo es serio o cuando les sorprende alguna autoridad (maestros, padres, policía), condicionando así la asistencia a tratamiento.

Uno de los criterios para la selección de controles fue que **no hubieran sido intervenidos en forma alguna mediante programas de CIJ**, elemento que no se tomó en consideración.

Finalmente, es importante reconocer, que en la aplicación del pilotaje, todos los instrumentos fueron elaborados para tener un formato autoaplicable, y en la versión final de la investigación, los instrumentos fueron ajustados para ser

aplicados por medio de una entrevista, esto lleva a reconocer la posibilidad de un detrimento, modificación o variación en el valor estadístico en el cuestionario de “correlatos psicosociales”, y en consecuencia de las escalas que lo componen.

Cuadro 26. Valores estadísticos significativos de los *Análisis de Varianza y Chi Cuadrada*.

Categoría	Prueba F		Prueba Chi Cuadrada	
	Calificación F Ratio	F Prob. p < 0.05	Calificación Pearson	X2 Prob. p < 0.05
NIVEL ESCOLAR			112.43052	0.00001
ESTRATIFICACIÓN SOCIOURBANA			12.30088	0.00213
TIPO DE FAMILIA			26.80605	0.00151
FACES III				
-Cohesión	10.4118	0.0000		
-Adaptabilidad	10.1910	0.0000		
ESTRÉS (Ocurrencia)			87.61196	0.0000
-Enfermedad **			2.95065	0.39930
-Ambiental			25.73514	0.00001
-Ocupacional			67.66562	0.00001
-Interpersonal			12.64059	0.00548
-Familiar			35.62409	0.00001
ESTRÉS (Intensidad)	24.5660	0.0000		
-Enfermedad **	1.4987	0.2005		
-Ambiental	9.6731	0.0000		
-Familiar	17.8414	0.0000		
-Ocupacional	18.5723	0.0000		
-Interpersonal **	1.2088	0.3054		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				
-Autodirigida	10.0061	0.0000		
-Heterodirigida	12.5952	0.0000		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (MTRA. GONZÁLEZ)				
-Autodirigida	8.6469	0.0000		
-Heterodirigida	10.3191	0.0000		
DEPRESIÓN	28.1472	0.0000		
ACCESIBILIDAD			30.30978	0.00000
PERCEPCIÓN DE RIESGO			13.06924	0.00449
DIAGNOSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL	37.1662	0.0000		

** Valores estadísticos No significativos

BIBLIOGRAFÍA.

Ajurriaguerra Julian. (1984). Manual de Psicopatología del niño. Ed. Masson.Barcelona-México

Álvarez Cáceres, Rafael.(1995). Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS, aplicación a las Ciencias de la Salud. Madrid. Ediciones Díaz de Santos,S.A.

Amaro H, Whitaker R, Coleman G, Herrin T. (1990). Acculturation and marijuana and cocaine use: Findings from HHANES. 1982-84. Am J. Public Health, 80, Supplement, 1-7.

American Psychiatric Association.(1988).Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (D.S.M.III-R). Barcelona. Ed. Masson..

American Psychiatric Association.(1995).Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (D.S.M. IV).Barcelona. Ed. Masson.

Anthony, J. C. (1990). Prevention research in the context of epidemiology, with a discussion of public health models. En Muehrer P. (ed.). Conceptual Reserch Models for Preventing Mental Disorders. DHHS Publication No. ADM 90-1713. Washington, D. C: U.S. Government Printing Office,.

Ashby T, Vaccaro D. McNamara G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: a test of vulnerability an protective factors. Am J. Comm. Psych. 20,3,349-374.

Bachman, Jerald G., Johnston, Lloyd D. and O'malley, Patrick M.(1988).Explaining the Recent Decline in Marijuana Use: Differentiating the Effects of Perceived Risks, Disapproval, and General Lifestyle Factors; Journal of Health and Social Behavior, 29 (March),92-112.

- Baena,G. (1996). Instrumentos de Investigación. Tesis profesionales y trabajos académicos. Editores Mexicanos Unidos, S. A., México.
- Barrera P, López E, Aguirre O, & Esparza T. (1994). La comunicación familiar como determinante de estilos de enfrentamiento y adicciones. In Asociación Mexicana de Psicología Social (Ed.), La Psicología Social en México Vol. V. (pp. 339-344). México: AMEPSO.
- Baumann DJ, Obitz FW, Reich JW.(1982). Attribution Theory. A fit with substance abuse problems; Int. J. Addictions.17,2, 295-304.
- Beavers RW, Hampson R.B., Hulgus Y.F. (1985). Commentary: The Beavers Systems approach fo family assessment. Fam. Proc.24,398-408.
- Benthin Alida, Slovic Paul y Severson Herbert. (1993). "A Psychometric study of adolescent risk perception"; Journal of Adolescence,.
- Berriel R, Luna J.A. (1982). La psicoterapia familiar con pacientes farmacodependientes. En Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente. Centros de Integración Juvenil, Serie Técnica, Vol.3, México.
- Bird, Gloria W. (1990). Stress Among Early Adolescents in Two-earner Families; Jurnal of Early Adolescence, 10,3,10-17.
- Braverman Szclar, Rebeca. (1986). "Tipología familiar relacionada con aspectos psico-socio-pedagógicos"; Tesis elaborada para optar el grado de doctorado en el área de psicología clínica; U.N.A.M., México.
- Bry BH. (1983). Predicting drug abuse: review and reformulation. Int. J. Adiccions,18,2,223-234.
- Bushan R, Shirali K.A. (1992). Family types and communication with parents: A comparison of youth at different identity levels; J. Youth Adolescence,21,6, 687-697.

- Cabildo HM, Bravo I, & Castillo J. (1980). Investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes, quinta muestra. *Salud Pública de México*,32,5,467- 480.
- Canino G, Anthony J.C., Freeman DH, Shrout P, Rubio-Stipec M. (1993). Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico. *Am. J. Public Health*,83,194-200.
- Cardeña D, Vernet J.J. (1982). Familia y farmacodependencia, una revisión bibliográfica. En *Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente*. Centros de Integración Juvenil, A. C., Serie Técnica. Vol. 2, México.
- Casares J.(1984). *Diccionario Ideológico de la Lengua Española*. Ed. Gustavo Gili, México.
- Castro ME, & Maya MA. (1982). Respuestas de la población estudiantil a tres escalas psicosociales. Comparación entre usuarios y no usuarios de drogas. *Salud Mental*,5,1,94-100.
- Castro-Sariñana M.E, Chávez A.M. (1986). Predictores del consumo de drogas en jóvenes mexicanos; *Revista Mexicana de Psicología*, 3,1,5-10.
- Castro-Sariñana 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*,32,298-308.
- Cauce A.M., Hannan K, Sargeant M. (1992). Life stress, social support, and locus of control during early adolescence: interactive effects; *Am J. Comm Psych.*,20,6,787-798.
- Centros de Integración Juvenil. (1997). *El Consumo de Drogas en México*.
- Centros de Integración Juvenil. (1998). *Estudios Epidemiológicos del Consumo de Drogas entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en C.I.J. entre 1990-1997*. México.

- Centros de Integración de Integración Juvenil. (1998). Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en C.I.J. en 1997. México. Informe de Investigación N98-02.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (1994). Estudio epidemiológico de 1992. Subdirección de Investigación, México.
- Centros de Integración Juvenil. A. C. (1992). Epidemiología del abuso de drogas en la República Mexicana, Panorama comparativo con los Estados Unidos de América. Cuadernos Temáticos, Vol. 3, México.
- Climent C.E., de Aragón L.V., Plutchik R. (1989). Prediction of risk for drug use in high school students; *Int. J. Addictions*, 24,11,1053-1064.
- Cronbach, Lee J. (1985). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Chávez E.L., Swaim R.C. (1992). *Hispanic substance use: Problems in epidemiology. Ethnic and multicultural drug use*. The Haworth Press.
- De la Serna J., Rojas E., Estrada M.A., Medina Mora M.E. (1991). Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989; *Anales 2*, Reseña de la VI Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- De la Fuente,R.,Medina-Mora, Me.,Caraveo J., *Salud Mental en México*.(1997). Colección Psicología, Psiquiatria y Psicoanálisis. I.M.P. / Fondo de Cultura Económica.
- De la Garza F, Mendiola IR, & Rábago S. (1980). Perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal. *Salud Mental*, 3,4,4-12.
- De Lomnitz, L. (1978). *Cómo viven los marginados; Siglo XXI*. México.

Easthope Gary. (1993). "Perceptions of the Causes of Drug Use in a Series of Articles". The International Journal of the Addictions, Departamen of Sociology, University of Tasmania. Tasmania, Australia.

Edman S.O., Cole D.A., Howard G.S. (1990). Convergent and discriminant validity of FACES III: Family adaptability and cohesion; Fam. Proc, 29,95-103.

Encinas R.M., Velez J.A. (1982). Abordaje terapéutico de la familia mexicana con problemas de farmacodependencia. Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente;Centros de Integración Juvenil,A.C.,Serie Técnica Vol.3, México.

Enders, Linda E. and Mercier, Joyce M. (1993). Treating Chemical Dependency: The Need for Including the family;The International Journal of the Addictions, 28,6,507-519.

Escala de Evaluación de la adaptación y Cohesión familiar FACES III.1986 Family Process,25,3.

Farell, Albert D., Danish S.J., Howard C.W. (1992). Risk factors for drug use in urban adolescents: Identification and cross-validation; Am J. Community Psychology,20,3,263-286.

Farell, Albert D. (1993). Risk factors for drug use in urban adolescents: a three-wave longitudinal study; Journal of Drug Issues, 23,3,443-462.

Feigelman Susan, et al; (1993). "Perceptions of Drug Selling and Drug Use Among Urban Youths"; Journal of Early Adolescence,13,3, August.

Friedman A.S., Utada A., Morrisey M.R. (1987). Families of adolescent drug abusers of "rigid": are these families either "disengaged" or "enmeshed", or goth?. Family Process, 126,1,131-148.

- Friedman, Isaac A. and Mann, Leon. (1993). Coping patterns in adolescent decision making: An Israeli-Australian comparison; The Association for Professionals in Services for Adolescents; Journal of Adolescence, 16, 187-199.
- Galindo O. G.,(1992) Los niños de la calle: Una realidad de la ciudad de México, ed. Junta de Asistencia Privada, México.
- Gfroerer J., De la Rosa M. (1993). Protective and risk factors associated with drug use among; Hispanic youth. Int. J. Addict, 12,87-107.
- Glick, Ira D., et al; (1991). A Randomized Clinical Trial of Inpatient Family Intervention: VI. Mediating Variables and Outcome; Family Process, 30,85-99.
- Glyshaw K., Cohen L.H. Towbeslc. (1989). Coping strategies and psychological distress: prospective analyses of early and middle adolescents. Am. J. Comm Psych., 17,5,607-623.
- González Forteza Catalina F.(1992). Estrés Psicosocial y Respuestas de Enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes; Tesis para optar por el grado de maestría en Psicología Social; U.N.A.M., México.
- González Forteza Catalina F.(1994) Extresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiat.Psicol. Amér. Lat. 40,2,156-163.
- González Forteza, C., Pick S., Collado ME., Alvarez M., Jimenez A. (1995) Estresores de la Sexualidad de los adolescentes y su forma de enfrentarlos. Un estudio exploratorio en México. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 42,1,43-49.
- González Forteza, Catalina. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Anales del I.M.P. 135-139.

González Forteza, Catalina, Borges G., Gómez Castro C., Jimenez Tapia A.(1996) Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes . Estado Actual y perspectivas. Salud Mental. 19,Suplemento Abril. 33-37

Gonzalez Forteza Catalina,Villatoro J, Medina -Mora Ma. E., Juárez F., Carreño S.,Bernzon S., Rojas E. (1997) Indicadores Sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la república Mexicana. Salud Mental.20,4,1-7.

González Forteza, Catalina, Villatoro J., Pick S., Collado Ma.(1998).El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico.Salud Mental.21,2, 37-45.

Green R.G., Kolevzon M.S., Volser N.R. (1985). The Beavers-Timberlawn Model of Family Competence and the Circumplex Model of Family Adaptability and Cohesión: Separate, but equal? Family Process, 24,385-398.

Green, R.G., Harris R.N., Forte J.A., Robinson M. (1991). Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2,440 families. Family Process.30,55-73.

Grichting W.L., Barber J. G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption; Int. J. Addictions, 24,10,963-972.

Henly G. A., Winters K. C. (1998). Development of psychosocial scales for the assessment of adolescents involved with alcohol and drugs; Int. J. Addictions,24,10,973-1001.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1998). Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias 1987-1997. Mexico.

Kim S, Mclend J, Shantzis C. (1990). A short-term outcome evaluation of the "I'm special" drug abuse prevention program: a revisit using SCAT inventory; J. Drug Education, 20,2,127-138.

Kumpfer K. L. (1989). Prevention on alcohol and drug abuse: A critical review of risk factors and prevention strategies; Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents. OSAP Prevention Monograph 2. US Department of Health and Human Services. OSAP.

Lara MA, Stern S, Santamaría C, Obregón S, & Sosa R. (1991). Entrevistas a jóvenes pertenecientes a una banda juvenil en una comunidad marginada. *Revista del Departamento de Psicología*, 4(1), 78-95.

Lazarus, Richard S. y Folkman, Susan. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*; Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2000. Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Lazarus, Richard S. y Folkman, Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*; Springer, N. Y.

Lazarus, Richard S. (1984). *Psychological stress and the coping process*; Mac Graw-Hill, N. Y.

Lopez, M. I. (1990). *La encrucijada de la adolescencia. I. Psicología de la Adolescencia normal*. Hispanicitas. México.

Magnusson, David. (1985). *Teoría de los Test*; De. Trillas, México.

Marett K. M., Sprenkle D. H., Lewis R. A. (1992). Family member's perceptions of family boundaries and their relationship to family problems; *Family Therapy*, 19,3,233-242.

Masselam V. S., Marcus R. F., Stunkard C. L. (1990). Parent-adolescent communication, family functioning, and school performance; *Adolescence*, 25,99,725-737.

McAuliffe W. E., Santagelo S., Magnuson E., Sobol A., Rohman M., Weissman J. (1987). Risk factors of drug impairment in random samples of physicians and medical students; *Int. J. Addictions*, 22,9,825-842.

- McCrae, Robert R. and Costa, Paul T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample; *Journal of Personality* 54:2.
- Medina-Mora ME, Ortiz A, & Caudillo C. Consumo de inhalantes y dinámica psicosocial en un grupo de menores en México. (un pub),1981.
- Medina Mora M. E., Tapia R., Otero B. R., Rascón M. L. Mariño M. C., Villatoro J., Solache G., Lazcano F. (1990). Factores asociados con el inicio en el consumo de drogas. Resultado de una encuesta nacional; *Psicología social en México. Asociación Mexicana de Psicología Social, III*: 214-218.
- Medina-Mora, M. E., Rojas E., Olmedo, R. y Ortiz, E. (1991). Protocolo de investigación de la encuesta nacional sobre el consumo de drogas entre la comunidad escolar. Documento Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M. E. Y varios autores (1993). Resultados de la Encuesta nacional sobre el consumo de drogas entre la comunidad escolar: Distrito Federal. Secretaria de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Edit. Gedisa. Argentina.
- Morera, A., et al; (1993). Reactividad al estrés en pacientes dependientes a heroína; *Revista Adicciones*, Vol. 5 No. 1, México.
- Monroy, A. (1994). La sexualidad en la adolescencia. En: CONAPO (Eds.) *Antología de la sexualidad humana volumen II*. Pp693-730, Miguel Angel Porrúa grupo editorial y CONAPO, México.
- Needle R., Lavee Y., Su S., Brown P., Doherty W. (1988). Familial, interpersonal, and intrapersonal correlates of drug use: a longitudinal comparison of adolescents in treatment, drug-using adolescents non in treatment, and non-drug-using adolescents. *Int. J. Addictions*, 23,12, 1211-1240.

- Newcomb M.D., Maddahian E., Skager R., Bentler P. M. (1987). Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age, ethnicity, and type of school. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 13,4,413-433.
- Novy, Diane M. et al; (1992). The asociation between patterns of family functioning and ego developmente of the juvenile offender; *Family Therapy*, Volume 19, Number 3, Libra Publishers, Inc.
- Office of Substance Abuse Prevention (OSAP). (1989). *Prevention monograph 2*. Us Department of Health and Human Services.
- Olson, D. et al. (1979). *Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares. Dimensiones Cohesión y Adaptabilidad, tipos familiares y aplicaciones clínicas*. *Family Process*.18, 1.
- Olson, D. H. (1991). Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30,74-79.
- Olson, D. H., et al. (1983). *Families What Makes Them Work.*, L. A., Sage Publishing.
- Olson, DH. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III., *Family Process*, 25, 337-351.
- Ortiz A., Medina-Mora M.E. (1988). Reseach on drug abuse in Mexico. *Epidemiology of drug abuse an issues among Native American populations. community Epidemiology Work Group Proceedings*, Dec. 1987. Washington, D. C., US Government Printing Office.
- Otero J. M., Miron L., Luengo A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *Int. J. Addictions*, 24, 11, 1065-1082.
- Pérez Diez M.P., Sevy Fua R. M. (1991). *Elaboración de un cuestionario para evaluar el funcionamiento familiar basado en la teoría de Salvador Munchin (Tesis de Maestría)*. Universidad Anáhuac, México.

- Polit y Hungler. (1987). Investigación científica en Ciencias de la Salud; Ed. Interamericana - Mc Graw Hill, México.
- Powell, John Y, Dosser, David A. (1992). Sturctural family therapy as a bridge between "helping too much" and empowerment; Journal of Youth and Adolescence, 21, 6.
- Protinsky H., Shilts L. (1990). Adolescent substance use and family cohesión; Family Therapy, 17, 2, 173-175.
- Puente Garnica, Mireya. (1993). Estrés ¿Sólo un concepto de Moda?; Revista Psicología y Sociedad, México.
- Reese, Finetta L. (1991). Early Adolescents' Self-Reports of Major Life Stressors and Mental Health Risk Status; Jurnal of Early Adolescence, 11,3.
- Reich J. W., Gutierrez S. E. (1987). Life event and treatment attributions in drug abuse and rehabilitation. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 13,(1&2),73-94.
- Rhoads, Deborah L. (1983). A Longitudinal Study of Life Stress and Social Support among Drug Abusers; The International Jurnal of the Addictions, 18,2.
- Rojas Soriano, Raúl. (1986). El proceso de la investigación científica; Ed. Trillas, México.
- Rojas Soriano, Raúl. (1987). Guía para realizar investigaciones sociales; Ed. Plaza y Valdés; México.
- Russell C. (1979). Circumplex Model of family systems: III. Empirical evaluation with families. Family Process, 18, 1, 29-47.
- Rycruft, Charles. (1976). Diccionario de Psicoanálisis; Ed. paidos, Buenos Aires.
- Schlesselman J.J. (1982). Case-control studies: Design, conduct, analysis. Oxford University Press, New York.
- Simon F.B., Stierlin H, Wynne L.C. (1988). Vocabulario de terapia familiar. De. Gedisa, Bs. As.

Sorensen, James L. (1989). Family Approaches to the Problems of Addictions: Recent Developments; *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 3, 134-139.

SPSS/PC+. (1992). Base System User's Guide; Version 5.0 (SOFTWARE); United States of America.

SPSS for windows version 7.5.

Statistics & Epidemiology Research Corporation. (1991). Epidemiological Graphics, Estimation and Testing Package (EGRET), Analysis Module (PECAN); Versión 0.26.06.

Steinglass, Peter. (1984). Family Systems Theory and Therapy: A Clinical Application of General System Theory; *Psychiatric Annals* 14-8 August.

Sussman, Steve; Brannon, Bonnie. (1993). Relations of Coping Effort, Coping Strategies, Perceived Stress, and Cigarette Smoking among Adolescents; *The International Journal of the Addictions*, 28 (7); Alhambra, California.

Tordjman, G., (1986), *La aventura de vivir en pareja*; Ed. Gidesa, España.

Valdés, Manuel et al; (1985). *Psicobiología del estrés*; Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2000; Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Valenzuela M, & Díaz-Loving R. (1996). Diferencias entre variables sociales y demográficas en el bienestar subjetivo. In *Asociación Mexicana de Psicología Social* (Ed.), *La Psicología Social en México*. Vol. VI. (pp. 425-431). México: AMEPSO

Vandvik, Inger Helene; Eckblad, Gudrun Fleishcer. (1993). FACES III and the Kvebaek Family Sculpture Technique as Measures of Cohesión and Closeness; *Family Process*, Vol. 32, June.

Vega, William A., Zimmerman, Rick S., Warheit, George J., Apospori, Eleni and Gil, Andres G. (1993). Risk Factors for Early Adolescent Drug Use in Four Ethnic and Racial Groups; *American Journal of Public Health*, February, 83, 2.

Young, Robert K. (1983). Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta; Ed. Trillas, Quinta impresión, México

ANEXOS.

Anexo I

DSM-IV

DIAGNÓSTICOS DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A. cuando menos tres de los siguientes:

- (1) tolerancia definida por (a) la necesidad de incrementar notoriamente la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación el efecto deseado, o (b) disminución notoria del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia, o (c) pruebas de la capacidad para funcionar adecuadamente con dosis o niveles en sangre de la sustancia que producirán una incapacidad significativa en el consumidor (p.ej., consumir un litro de whisky, o su equivalente, por día)
- (2) pruebas de la abstinencia caracterizadas por el síndrome de abstinencia observadas después de la reducción o la suspensión del consumo de la sustancia
- (3) frecuentemente, consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- (4) frecuentemente consumo de mayores cantidades o durante periodos más largos de lo previsto
- (5) deseo persistente o uno o más intentos infructuosos de reducir el consumo de la sustancia o de controlarlo
- (6) pasar mucho tiempo en actividades necesarias para obtener , o recuperándose de sus efectos
- (7) consumo continuo de la sustancia a pesar de saber que produce o intensifica un problema social, psicológico, o físico persistente o recurrente (por ejemplo, fumar cigarrillos todos los días a pesar del diagnóstico de bronquitis crónica; consumir cocaína a pesar de la depresión que ocasiona)
- (8) consumo recurrente de la sustancia en situaciones de riesgo físico (por ej., conducir un automóvil estando incapacitado por el consumo de la sustancia)
- (9) abandono o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas por el consumo de la sustancia

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A. Es necesario que se presenten los dos factores siguientes:

(1) consumo recurrente de la sustancia que da lugar a la incapacidad de cumplir con obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar. Ejemplos: faltar repetidamente al trabajo o escuela, no cumplir adecuadamente por el consumo de la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela a causa de la sustancia

(2) problemas legales o interpersonales recurrentes relacionados con la sustancia. Ejemplos arrestos y/o accidentes de tránsito relacionados con la sustancia, peleas debido a lo mismo y discusiones o problemas con la familia o los amigos debido a la sustancia

B. nunca satisfizo los criterios de dependencia de sustancias psicoativas para esta sustancia

Anexo 2

Cuestionario de los casos



CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

ENTREVISTA INICIAL

No. DE ASPIRANTE

No. DE FOLIO

CENTRO LOCAL: _____

PERSONA QUE ASISTE P.I. FAM.

FECHA: _____

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: (AUNQUE NO ASISTA)

1.1	NOMBRE		
	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
1.2	SEXO: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
1.3	EDAD	1.4 ESTADO CIVIL	
1.5	ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS		1.6 OCUPACIÓN
1.7	DOMICILIO HABITUAL		
	CALLE	NÚMERO	TEL.
	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	ENTRE QUE CALLES
1.8	ZONA HABITACIONAL		
1.9	SERVICIOS DE SALUD (INSTITUCIÓN Y No. DE AFILIACIÓN)		
1.10	FUENTE DE REFERENCIA		

2. IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (Sólo los que asistan)

	NOMBRE Y APELLIDOS	RELACION CON EL F.D.
2.1	_____	_____
2.2	_____	_____
2.3	_____	_____
2.4	_____	_____
2.5	EN CASO DE EMERGENCIA RECURRIR A:	
	NOMBRES Y APELLIDOS	
2.5.1	DOMICILIO HABITUAL	
2.5.2	DELEGACIÓN	2.5.3 C.P. 2.5.4 TEL.

3. MOTIVO DE CONSULTA

3.1. MOTIVO DE CONSULTA (Razones, factores internos y externos condicionantes)

4. CONSUMO DE DROGAS (PATRÓN DE CONSUMO)

NOMBRE DE LA SUSTANCIA	¿Has usado alguna vez en tu vida dicha sustancia? Sí (Continúa). No (Pasa a la siguiente sustancia)	¿Cuántos años tenias cuando usaste esta sustancia por primera vez?	¿Cuándo fue la última vez que la usaste? (Anotar mes/año)	¿Cuántas veces en tu vida has usado esta sustancia? 1) De 1 a 2 veces 2) De 3 a 5 veces 3) De 6 a 10 veces 4) De 11 a 49 veces 5) 50 veces o más	¿Cuántas veces has usado esta sustancia en los últimos treinta días?	¿Cuál es la DOSIS promedio en cada ocasión?
INHALABLES (¿Cuáles?)	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
MARIGUANA	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
COCAÍNA	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES(S)		¿Cuántas veces en tu vida has usado esta sustancia?	¿Cuántas veces has usado esta sustancia en los últimos treinta días?	¿Cuál es la DOSIS promedio en cada ocasión?
NOMBRE DE LA SUSTANCIA	¿Has usado alguna vez en tu vida dicha sustancia? Si (Continúa). No (Pasa a la siguiente sustancia)	¿Cuántos años tenías cuando usaste esta sustancia por primera vez? (Anotar años)	¿Cuándo fue la última vez que la usaste? (Anotar mes/año)	1) De 1 a 2 veces 2) De 3 a 5 veces 3) De 6 a 10 veces 4) De 11 a 49 veces 5) 50 veces o más		
HEROÍNA	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
TRANQUILIZANTES MENORES	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
HIPNÓTICOS (¿Cuáles?)	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
ALCOHOL	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
TABACO	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		
OTRAS SUSTANCIAS (¿Cuáles?)	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	()	/	()		

4.1 MOTIVO DE INTERRUPCIÓN _____

4.2 MOTIVO DE REANUDACIÓN _____

4.3 SÍNTOMAS DETECTADOS Y/O ASOCIADOS A LA FD.
 (En ausencia del paciente lo sintomático para la familia).

5. OBSERVACIÓN CLÍNICA DEL ASPIRANTE (características)

5.1 BREVE DESCRIPCIÓN FÍSICA.
 (De apariencia física, conducta observada, actitud frente a la entrevista).

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR DURANTE LA ENTREVISTA.

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRES(S)

6. SÍNTESIS

6.1. SOLICITUD DE TRATAMIENTO
(Lo detectado considerando la fd., problemas manifestados y qué espera del tratamiento).

6.2. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DEL ASPIRANTE (Eje I-DSM-III-R)
NOTA: En caso de detectar psicosis y/o retraso mental, NO aplicar la sección I. DIAGNÓSTICO

I. DIAGNÓSTICO

A CONTINUACIÓN TE VOY A PLANTEAR UNA SERIE DE PREGUNTAS RELACIONADAS CON TU CONSUMO DE DROGAS. TUS RESPUESTAS DEBERÁN SER EXCLUSIVAMENTE EN RELACIÓN A LAS DROGAS ILEGALES, ES DECIR SIN INCLUIR TABACO O ALCOHOL.

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
1. ¿Tu consumo de drogas alguna vez te ha causado problemas considerables con tu familia, amistades, en el trabajo, en la escuela o con la policía?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado frecuentemente bajo la influencia de drogas o con los efectos de una cruda (resaca) en situaciones en que corrías el riesgo de hacerte daño (es decir, mientras manejabas un automóvil o una embarcación o utilizabas cuchillos, armas, o manejabas maquinaria, cruzabas calles con mucho tráfico, nadabas o escalabas)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
3. ¿Tu consumo de drogas alguna vez fue motivo para que te expulsaran de la escuela o fueras amonestado o despedido de tu trabajo?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
4. ¿Tu consumo de drogas te ha impedido a menudo trabajar, asistir a la escuela u ocuparte de tus hijos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez te diste cuenta de que necesitabas más droga para obtener el mismo efecto que antes, o que la cantidad acostumbrada te producía menos efectos que antes?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez el suspender o disminuir la cantidad de drogas te causó problemas? (como los que aparecen en en la lista que se presenta a continuación)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

PROBLEMAS CAUSADOS POR DISMINUIR O SUSPENDER EL USO DE DROGAS:

SEDANTES Y TRANQUILIZANTES

- Ataques o convulsiones
- Náuseas o vómitos
- Debilidad
- Dolor de cabeza
- No podías quedarte quieto y andabas de un lado para otro
- Tembor fuerte de las manos, lengua o párpados (temblores)

- Tembor de manos incrementado
- Dificultad para dormir o para mantenerse dormido
- Latidos acelerados del corazón
- Intensa ansiedad
- Sentirse irritable o deprimido(a)
- Ver u oír cosas que no están presentes

ESTIMULANTES Y COCAÍNA

- Sentirse irritable o deprimido(a) o ansioso(a)
- Dificultad para dormir o para mantenerse dormido
- Sueños vividos como no placenteros
- No podías quedarte quieto y andabas de un lado para otro

- Fatiga o cansancio
- Cambios en el apetito
- Movimientos más lentos que lo normal
- Dormir demasiado

ANALGÉSICOS Y HEROÍNA

- Deseco intenso por la droga
- Dolores de músculos o calambres
- Pupilas más grandes, "cuero enchinado", "piel de gallina" o sudor
- Dificultad para dormir o para mantenerse dormido
- Sentirse irritable, deprimido(a) o ansioso(a)

- Náuseas o vómitos
- Ojos llorosos o secreciones nasales
- Diarrea
- Bostezos
- Fiebre

APELLIDO PATERNO MATERNO		NOMBRES(S)		¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
CRITERIO		1. Sí (Continúa)	2. No (Pasa al siguiente criterio)		
7. ¿Alguna vez consumiste drogas para recuperarte de los síntomas de la cruda (resaca) o para evitar tenerlos?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
8. ¿Con frecuencia consumiste mayores cantidades de drogas de lo que esperabas consumir cuando empezaste, o las usaste por mucho más tiempo de lo que te proponías?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez has querido o intentado dejar de consumir o disminuir la cantidad de drogas pero no has podido?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez has tenido un periodo de un mes o más en que pasabas mucho tiempo consumiendo drogas, intentando conseguirla o recuperándote de sus efectos?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez abandonaste o redujiste considerablemente actividades importantes para conseguir o consumir drogas (como deportes, trabajo, o compartir con amigos o familiares)?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez has tenido un problema de salud como resultado del consumo de drogas (tales como enfermedad del hígado, del estómago, pancreatitis, hormigueo o entumecimiento en los pies, problemas de memoria, una sobredosis accidental, tos persistente (continua), ataques o convulsiones, hepatitis o abscesos)?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez has tenido algún problema emocional o psicológico como resultado del consumo de drogas (Tales como perder el interés en las cosas, sentirte deprimido (a), sospechar de la gente o tener ideas extrañas)?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez sentiste un deseo o urgencia tan fuerte de usar drogas que no pudiste resistirlo o que no podías pensar en nada más?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez continuaste usando drogas mientras tomabas un medicamento que sabías era peligroso mezclarlo con drogas o cuando tuviste un problema serio de salud que pudiera empeorar el uso de drogas?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
16. ¿Con frecuencia empezaste a consumir drogas y te diste cuenta que era difícil parar antes de estar completamente intoxicado(a) o elevado(a)?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
17. ¿Has estado frecuentemente bajo los efectos de drogas o sufriendo efectos de una cruda (resaca) mientras estabas en el trabajo, en la escuela o al cuidado de niños?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez te lastimaste (lesionaste) accidentalmente mientras estabas bajo los efectos de drogas (como por ejemplo, sufrir una mala caída o herida, lastimarte o lesionarte en un accidente de tránsito o algo similar)?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez tu consumo de drogas llegó a ser tan regular que no podías cambiarlo, o no podías disminuir la cantidad que usabas sin importar lo que estuvieras haciendo o en donde estuvieras?		1) Sí <input type="checkbox"/>	2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRES(S)

<p>6.3. GRADO DE FARMACODEPENDENCIA</p>				
<p>6.4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE LA FAMILIA (Hipótesis)</p>				
<p>6.5. FAMILIOGRAMA (Resaltar número de farmacodependientes en la familia).</p>				
<p>6.6. INDICACIONES (Solicitud de Servicios Diagnósticos o indicaciones Terapéuticas). FUNDAMENTE:</p>	<p>H.C. <input type="checkbox"/> D.X. FAM. <input type="checkbox"/></p>	<p>F.T. <input type="checkbox"/> PPs <input type="checkbox"/></p>	<p>BAJA <input type="checkbox"/> REFERENCIA <input type="checkbox"/></p>	<p>EFN <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/></p>
<p>6.7. PRONÓSTICO FUNDAMENTE:</p>	<p>FAVORABLE <input type="checkbox"/> DESFAVORABLE <input type="checkbox"/> RESERVADO <input type="checkbox"/></p>			
<p>6.8. OBSERVACIONES</p>				
<p>6.9. PRÓXIMA CITA</p>				

NOMBRE

FIRMA

DIAGNÓSTICO.

A CONTINUACIÓN TE VOY A PLANTEAR UNA SERIE DE PREGUNTAS SOBRE TU CONSUMO DE ALCOHOL EXCLUSIVAMENTE (SIN INCLUIR OTRO TIPO DE DROGAS).

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
1. ¿Tu consumo de alcohol alguna vez te ha causado problemas considerables con tu familia, amistades, en el trabajo, en la escuela o con la policía?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado frecuentemente bajo la influencia del alcohol o con los efectos de una cruda (resaca) en situaciones en que corrías el riesgo de hacerte daño (es decir, mientras manejabas un automóvil o una embarcación o utilizabas cuchillos, armas, o manejabas maquinaria, cruzabas calles con mucho tráfico, nadabas o escalabas)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
3. ¿Tu consumo de alcohol alguna vez fue motivo para que te expulsaran de la escuela o fueras amonestado o despedido de tu trabajo?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
4. ¿Tu consumo de alcohol te ha impedido a menudo trabajar, asistir a la escuela u ocuparte de tus hijos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez te diste cuenta de que necesitabas más alcohol para obtener el mismo efecto que antes, o que la cantidad acostumbrada te producía menos efectos que antes?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez el suspender o disminuir la cantidad de alcohol te causó problemas (como los que aparecen en la lista que se presenta a continuación)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

PROBLEMAS CAUSADOS POR DISMINUIR O SUSPENDER EL USO DE ALCOHOL:

Ataques o convulsiones
náuseas o vómitos
Debilidad
Dolor de cabeza
No podías quedarte quieto y andabas de un lado para otro
Temblor fuerte de las manos, lengua o párpados (temblores)

Temblor de manos incrementado
Dificultad para dormir o para mantenerse dormido
Latidos acelerados del corazón
Intensa ansiedad
Sentirse irritable o deprimido(a)
Ver u oír cosas que no están presentes

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
7. ¿Alguna vez consumiste alcohol para recuperarte de los síntomas de la cruda (resaca) o para evitar tenerlos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
8. ¿Con frecuencia consumiste mayores cantidades de alcohol de lo que esperabas consumir cuando empezaste, o tomaste por mucho más tiempo de lo que te proponías?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez has querido o intentado dejar de consumir o disminuir la cantidad de alcohol pero no has podido?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez has tenido un periodo de un mes o más en que pasabas mucho tiempo consumiendo alcohol, intentando conseguirlo o recuperándote de sus efectos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
11. ¿Alguna vez abandonaste o redujiste considerablemente actividades importantes para conseguir o consumir alcohol (como deportes, trabajo, o compartir con amigos o familiares)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez has tenido un problema de salud como resultado del consumo de alcohol (tales como enfermedad del hígado, del estómago, pancreatitis, hormigueo o entumecimiento en los pies, problemas de memoria, una sobredosis accidental, tos persistente (continua), ataques o convulsiones, hepatitis o abscesos)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (Marcar Sí en caso de haber contestado afirmativamente cuando menos una de las preguntas 12 y 13)	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez has tenido algún problema emocional o psicológico como resultado del consumo de alcohol (Tales como perder el interés en las cosas, sentirte deprimido (a), sospechar de la gente o tener ideas extrañas)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez sentiste un deseo o urgencia tan fuerte de tomar alcohol que no pudiste resistirlo o que no podías pensar en nada más?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez continuaste tomando alcohol mientras tomabas un medicamento que sabías era peligroso mezclarlo con alcohol o cuando tuviste un problema serio de salud que pudiera empeorar el uso de alcohol?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
16. ¿Con frecuencia empezaste a consumir alcohol y te diste cuenta que era difícil parar antes de estar completamente mareado(a) o intoxicado(a)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
17. ¿Has estado frecuentemente bajo los efectos del alcohol o sufriendo efectos de una cruda (resaca) mientras estabas en el trabajo, en la escuela o al cuidado de niños?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez te lastimaste (lesionaste) accidentalmente mientras estabas bajo los efectos del alcohol (como, por ejemplo, sufrir una mala caída o herida, lastimarte o lesionarte en un accidente de tránsito o algo similar)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez tu consumo de alcohol llegó a ser tan regular que no podías cambiarlo, o no podías disminuir la cantidad que usabas sin importar lo que estuvieras haciendo o en donde estuvieras?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

SEGUNDA PARTE

INSTRUCCIONES: A continuación se describen situaciones que pueden ocurrirle a cualquier persona. Indícame si alguna de estas situaciones te ha ocurrido **EN EL ÚLTIMO AÑO** y **QUÉ TANTO TE HA PREOCUPADO:** 1. Nada, 2. Poco, 3. Regular ó 4. Mucho.

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: Escribir en la primera columna el número 1, Si el entrevistado ha vivido la situación en el último año. En la segunda columna escriba el número correspondiente a **QUÉ TANTO LE HA PREOCUPADO.** Si **NO** le ha sucedido lo que se pregunta en el último año escriba en el primer paréntesis el número 2 y deja el paréntesis de la siguiente columna en blanco.

	¿Te ha ocurrido en el último año?		¿Qué tanto te ha preocupado?:			
	1. Si	2. No	1. Nada	2. Poco	3. Regular	4. Mucho
1. Tus padres han discutido	()	()			()	
2. Te ha costado mucho trabajo cumplir con la escuela	()	()			()	
3. Cambiaste de domicilio	()	()			()	
4. Has visto poco a tu padre	()	()			()	
5. Uno de tus hermanos o padres estuvo enfermo o tuvo un accidente	()	()			()	
6. Has tenido problemas con tus maestros	()	()			()	
7. Murió alguien de tu familia	()	()			()	
8. Te suspendieron o expulsaron de la escuela	()	()			()	
9. Tus padres te dicen una cosa y luego otra	()	()			()	
10. Te fuiste de la casa	()	()			()	
11. Cambiaste de escuela	()	()			()	
12. Murió un amigo, vecino o compañero	()	()			()	
13. Reprobaste alguna(s) materia(s)	()	()			()	
14. Estuviste enfermo	()	()			()	
15. Vives con familiares que no son tus padres (abuelos, tíos, etc.)	()	()			()	
16. Tus padres se separaron	()	()			()	
17. Tus padres son poco cariñosos	()	()			()	
18. Uno de tus padres se volvió a casar	()	()			()	
19. Tus padres no te dejan hacer lo que quieres	()	()			()	
20. Nació un(a) hermano(a)	()	()			()	

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Aplicar las siguientes preguntas a los adolescentes mayores de 14 años

21. Tú o tu pareja tuvieron un embarazo no deseado	()	()
22. Eres madre (padre) soltera(o)	()	()
23. Tu pareja o tú tuvieron un aborto	()	()

TERCERA PARTE

LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES DESCRIBEN FORMAS EN QUE LA GENTE ACTÚA O SE SIENTE. POR FAVOR INDÍCAME EL NUMERO DE DÍAS (DE 0 A 7) QUE TE SENTISTE ASÍ LA ÚLTIMA SEMANA.

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: marque con una (X) la opción correspondiente a la respuesta del entrevistado. Si éste refiere que no se ha sentido como se indica tache el "0".

DURANTE LA SEMANA PASADA:	Número de días:			
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Te molestaron muchas cosas que generalmente no te molestan	0	1-2	3-4	5-7
2. No tenías hambre, no tenías apetito	0	1-2	3-4	5-7
3. Sentías que no podías quitarte la tristeza ni con la ayuda de tu familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
4. Sentías que eras tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
5. Tenías dificultad para concentrarte en lo que estabas haciendo	0	1-2	3-4	5-7
6. Te sentiste deprimido(a)	0	1-2	3-4	5-7
7. Sentiste que todo lo que hacías te costaba mucho esfuerzo	0	1-2	3-4	5-7
8. Veías el futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
9. Pensaste que tu vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
10. Tenías miedo	0	1-2	3-4	5-7
11. Dormiste sin descansar	0	1-2	3-4	5-7
12. Estabas feliz	0	1-2	3-4	5-7
13. Platicaste menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
14. Te sentías solo(a)	0	1-2	3-4	5-7
15. Sentiste que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
16. Disfrutaste de la vida	0	1-2	3-4	5-7
17. Llorabas a ratos	0	1-2	3-4	5-7
18. Te sentías triste	0	1-2	3-4	5-7
19. Sentías que no le caías bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
20. No podías "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7
21. Tenías pensamientos sobre la muerte	0	1-2	3-4	5-7
22. Sentías que tu familia estaría mejor si estuvieras muerto(a)	0	1-2	3-4	5-7
23. Pensaste en matarte	0	1-2	3-4	5-7
24. Durante los últimos 12 meses, ¿intentaste suicidarte?	1. No ()	2. Si ()		

CUARTA PARTE

INSTRUCCIONES: En nuestra vida diaria todos tenemos problemas y preocupaciones que nos causan tensión. Enseguida te voy a plantear una serie de cosas que se pueden hacer para aliviar el malestar., señala qué tan frecuentemente las has hecho **EN EL ÚLTIMO AÑO, PARA DISMINUIR LA TENSIÓN:** 1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Frecuentemente ó 5. Siempre.

CUANDO TE ENFRENTAS A ALGÚN PROBLEMA, PRESIÓN O SITUACIÓN DESAGRADABLE...

OPCIONES: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre

- 1. Tratas de comprender los problemas para resolverlos. ()
- 2. Gritas o golpeas para desahogarte. ()
- 3. Intentas distintas formas de resolver los problemas. ()
- 4. Intentas solucionar una por una las dificultades que se te presentan. ()
- 5. Lloras. ()
- 6. Buscas el consejo de quienes te pueden ayudar. ()
- 7. Esperas a que las dificultades se resuelvan solas. ()
- 8. Tratas de resolver primero lo que más te afecta de una situación. ()
- 9. Pruebas distintas formas de solucionar las situaciones que te preocupan. ()
- 10. Comes más de lo acostumbrado. ()
- 11. Piensas detenidamente las cosas antes de hacer algo. ()

QUINTA PARTE

INSTRUCCIONES: A continuación, indicame qué tan seguido utilizaste **CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE REACCIONAR ANTE SITUACIONES DESAGRADABLES:**

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Con frecuencia ó 5. Con mucha frecuencia

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: Marque con una X el número correspondiente a la frecuencia con que el entrevistado ha reaccionado de las maneras que se indican. Si la situación **NO** ha ocurrido **EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES** marque 1.

En los últimos tres meses, ¿tuviste algún problema con tus papas, hermano(s), con tu mejor amigo(a) o con tu novio(a) que haya afectado mucho tu vida,?

- 1. Sí (Continúa)
- 2. No (Pasa a la siguiente página)

¿QUÉ TAN SEGUIDO...?

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
1. Le dejaste de hablar	1	2	3	4	5
2. Te enojaste, te peleaste	1	2	3	4	5
3. Te conformaste, no hiciste nada	1	2	3	4	5
4. Tratabas de convencer, platicar	1	2	3	4	5
5. No le hiciste caso, lo(a) ignoraste	1	2	3	4	5
6. Te adaptaste, comprendiste	1	2	3	4	5
7. Le gritaste, expresaste tu coraje	1	2	3	4	5
8. Te sentiste triste, lloraste	1	2	3	4	5

SEXTA PARTE

INSTRUCCIONES: A continuación te voy a plantear algunas preguntas relacionadas con el **CONSUMO DE DROGAS**.

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: MARQUE CON UNA (X) SÓLO UNA DE LAS OPCIONES DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Qué tan fácil o difícil sería para ti conseguir drogas si quisieras?
 - 1. Probablemente sería IMPOSIBLE para ti conseguir drogas
 - 2. Probablemente sería MUY DIFÍCIL para ti conseguir drogas
 - 3. Probablemente sería DIFÍCIL para ti conseguir drogas
 - 4. Probablemente sería FÁCIL para ti conseguir drogas
 - 5. Probablemente sería MUY FÁCIL para ti conseguir drogas
 - 6. No sabes lo que son las drogas

2. ¿Qué tan seguido has visto gente usando drogas en tu colonia o vecindario?
 - 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. A veces
 - 4. Frecuentemente
 - 5. Siempre

3. ¿Qué tan seguido has visto gente vendiendo drogas en tu colonia o vecindario?
 - 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. A veces
 - 4. Frecuentemente
 - 5. Siempre

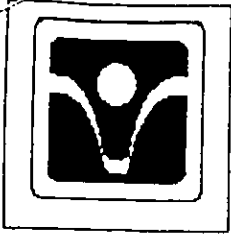
4. ¿Qué tan seguido has visto gente bebiendo alcohol en tu colonia o vecindario?
 - 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. A veces
 - 4. Frecuentemente
 - 5. Siempre

5. ¿Qué tan peligroso consideras que sea para la salud el que la gente haga lo siguiente...?

	1. No es peligroso	2. Es peligroso	3. Es muy peligroso
a) Fumar 1 o más cajetillas de cigarros al día	()	()	()
b) Probar marihuana 1 ó 2 veces	()	()	()
c) Fumar marihuana ocasionalmente	()	()	()
d) Fumar marihuana regularmente	()	()	()
e) Probar cocaína 1 ó 2 veces	()	()	()
f) Usar cocaína regularmente	()	()	()
g) Probar heroína 1 ó 2 veces	()	()	()
h) Usar heroína regularmente	()	()	()
i) Probar anfetaminas 1 ó 2 veces	()	()	()
j) Usar anfetaminas regularmente	()	()	()
k) Tomar 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana	()	()	()
l) Tomar 1 ó 2 copas todos los días	()	()	()
m) Tomar 4 ó 5 copas todos los días	()	()	()
n) Tomar 5 ó más copas 1 ó 2 veces a la semana	()	()	()

Anexo 3

Cuestionario de los controles



FECHA: _____

CENTRO LOCAL: _____

1.- IDENTIFICACIÓN:

1.2	SEXO: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	1.4 ESTADO CIVIL _____
1.3	EDAD _____	1.6 OCUPACIÓN _____
1.5	ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS _____	
1.7	DOMICILIO HABITUAL _____	
	CALLE	NÚMERO
	_____	_____
	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
1.8	ZONA HABITACIONAL	ENTRE QUÉ CALLES
	_____	_____

2.- A continuación te haré unas preguntas con respecto al CONSUMO DE DROGAS

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: En caso de detectar síntomas manifiestos de Psicosis y/o Retraso Mental, NO aplicar el cuestionario.

¿Has usado alguna vez en tu vida alguna de las siguientes sustancias?	1.- Sí 2.- No
ALCOHOL	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
TABACO	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
MARIJUANA	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
COCAÍNA	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
TRANQUILIZANTES MENORES _____ _____	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>

¿Has usado alguna vez en tu vida alguna de las siguientes sustancias?	1.- Sí 2.- No
HIPNÓTICOS (¿Cuáles?) _____ _____	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
INHALABLES (¿Cuáles?) _____ _____	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
HEROÍNA	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>
OTRAS SUSTANCIAS (¿Cuáles?) _____ _____	1.- Sí <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/>

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: Si hubo o hay consumo de Drogas Ilegales, NO continuar el cuestionario

DIAGNÓSTICO.

A CONTINUACIÓN TE VOY A PLANTEAR UNA SERIE DE PREGUNTAS SOBRE TU CONSUMO DE ALCOHOL EXCLUSIVAMENTE (SIN INCLUIR OTRO TIPO DE DROGAS).

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
1. ¿Tu consumo de alcohol alguna vez te ha causado problemas considerables con tu familia, amistades, en el trabajo, en la escuela o con la policía?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado frecuentemente bajo la influencia del alcohol o con los efectos de una cruda (resaca) en situaciones en que corrias el riesgo de hacerte daño (es decir, mientras manejabas un automóvil o una embarcación o utilizabas cuchillos, armas, o manejabas maquinaria, cruzabas calles con mucho tráfico, nadabas o escalabas)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
3. ¿Tu consumo de alcohol alguna vez fue motivo para que te expulsaran de la escuela o fueras amonestado o despedido de tu trabajo?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
4. ¿Tu consumo de alcohol te ha impedido a menudo trabajar, asistir a la escuela u ocuparte de tus hijos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez te diste cuenta de que necesitabas más alcohol para obtener el mismo efecto que antes, o que la cantidad acostumbrada te producía menos efectos que antes?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez el suspender o disminuir la cantidad de alcohol te causó problemas (como los que aparecen en la lista que se presenta a continuación)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

PROBLEMAS CAUSADOS POR DISMINUIR O SUSPENDER EL USO DE ALCOHOL:

Ataques o convulsiones

náuseas o vómitos

Debilidad

Dolor de cabeza

No podías quedarte quieto y andabas de un lado para otro

Temblo fuerte de las manos, lengua o párpados

(temblores)

Temblo de manos incrementado

Dificultad para dormir o para mantenerse dormido

Latidos acelerados del corazón

Intensa ansiedad

Sentirse irritable o deprimido(a)

Ver u oír cosas que no están presentes

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hace cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
7. ¿Alguna vez consumiste alcohol para recuperarte de los síntomas de la cruda (resaca) o para evitar tenerlos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
8. ¿Con frecuencia consumiste mayores cantidades de alcohol de lo que esperabas consumir cuando empezaste, o tomaste por mucho más tiempo de lo que te proponías?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez has querido o intentado dejar de consumir o disminuir la cantidad de alcohol pero no has podido?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez has tenido un periodo de un mes o más en que pasabas mucho tiempo consumiendo alcohol, intentando conseguirlo o recuperándote de sus efectos?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

CRITERIO	1. Sí (Continúa) 2. No (Pasa al siguiente criterio)	¿Hizo cuánto tiempo te ocurrió esto por primera vez?	¿Te ha ocurrido en el último año?
11. ¿Alguna vez abandonaste o redujiste considerablemente actividades importantes para conseguir o consumir alcohol (como deportes, trabajo, o compartir con amigos o familiares)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez has tenido un problema de salud como resultado del consumo de alcohol (tales como enfermedad del hígado, del estómago, pancreatitis, hormiguco o entumecimiento en los pies, problemas de memoria, una sobredosis accidental, tos persistente (continua), ataques o convulsiones, hepatitis o abscesos)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez has tenido algún problema emocional o psicológico como resultado del consumo de alcohol (Tales como perder el interés en las cosas, sentirte deprimido (a), sospechar de la gente o tener ideas extrañas)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez sentiste un deseo o urgencia tan fuerte de tomar alcohol que no pudiste resistirlo o que no podías pensar en nada más?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez continuaste tomando alcohol mientras tomabas un medicamento que sabías era peligroso mezclarlo con alcohol o cuando tuviste un problema serio de salud que pudiera empeorar el uso de alcohol?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
16. ¿Con frecuencia empezaste a consumir alcohol y te diste cuenta que era difícil parar antes de estar completamente mareado(a) o intoxicado(a)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
17. ¿Has estado frecuentemente bajo los efectos del alcohol o sufriendo efectos de una cruda (resaca) mientras estabas en el trabajo, en la escuela o al cuidado de niños?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez te lastimaste (lesionaste) accidentalmente mientras estabas bajo los efectos del alcohol (como, por ejemplo, sufrir una mala caída o herida, lastimarte o lesionarte en un accidente de tránsito o algo similar)?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez tu consumo de alcohol llegó a ser tan regular que no podías cambiarlo, o no podías disminuir la cantidad que usabas sin importar lo que estuvieras haciendo o en donde estuvieras?	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	_____ Año(s) _____ Mes(es)	1) Sí <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

ESTE CUESTIONARIO FORMA PARTE DE UNA INVESTIGACIÓN QUE SE REALIZA A NIVEL NACIONAL Y QUE INTENTA CONOCER ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL DE LOS JÓVENES.

SOLICITAMOS TU VALIOSA COLABORACIÓN PARA CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS CON EL MAYOR CUIDADO Y SINCERIDAD POSIBLES (TODAS LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES).

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: el cuestionario tiene varias secciones, es indispensable leer al entrevistado las instrucciones correspondientes a cada una de ellas.

Número de personas que habitan actualmente en tu casa (contándote a ti): _____

Personas que viven contigo:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Papá | <input type="checkbox"/> 2. Mamá |
| <input type="checkbox"/> 3. Hermanos | <input type="checkbox"/> 4. Otros ¿Quiénes? _____ |
| | _____ |
| | _____ |

PRIMERA PARTE

INSTRUCCIONES A continuación te haré algunas preguntas relacionadas con tu familia, indica CÓMO ES ÉSTA, TOMANDO EN CUENTA EL ÚLTIMO AÑO.

OPCIONES:	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Siempre
1. En tu familia se ayudan unos a otros.				()	
2. Cuando hay que resolver problemas, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos.				()	
3. En tu familia se aceptan a los amigos de todos.				()	
4. Los hijos pueden opinar acerca de las reglas que deben obedecer.				()	
5. Sólo con la familia les gusta hacer cosas.				()	
6. En tu familia cualquier miembro puede decir qué hacer.				()	
7. En tu familia se sienten más cerca entre sí que de otras personas.				()	
8. La forma en que se hacen los quehaceres de tu casa puede cambiar.				()	
9. Les gusta pasar el tiempo libre juntos.				()	
10. Padres e hijos acuerdan los castigos que se aplican.				()	
11. Los miembros de tu familia se sienten muy unidos.				()	
12. En tu familia los hijos toman decisiones.				()	
13. Cuando tu familia se reúne para hacer algo, todos están presentes.				()	
14. En tu familia las reglas cambian.				()	
15. Es fácil que se les ocurran cosas que hacer juntos como familia.				()	
16. Se turnan las obligaciones de la casa.				()	
17. En tu familia platican sus decisiones con los demás.				()	
18. En tu familia es fácil saber quien manda.				()	
19. La unión familiar es muy importante.				()	
20. Es fácil saber qué hace cada quien para la casa.				()	

SEGUNDA PARTE

INSTRUCCIONES: A continuación se describen situaciones que pueden ocurrirle a cualquier persona. Indícame si alguna de estas situaciones te ha ocurrido **EN EL ÚLTIMO AÑO** y **QUÉ TANTO TE HA PREOCUPADO**: 1. Nada, 2. Poco, 3. Regular ó 4. Mucho

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: Escribir en la primera columna el número 1. Si el entrevistado ha vivido la situación en el último año. En la segunda columna escriba el número correspondiente a **QUÉ TANTO LE HA PREOCUPADO**. Si **NO** le ha sucedido lo que se pregunta en el último año escriba en el primer paréntesis el número 2 y deja el paréntesis de la siguiente columna en blanco

	¿Te ha ocurrido en el último año?		¿Qué tanto te ha preocupado?:			
	1. Sí	2. No	1. Nada	2. Poco	3. Regular	4. Mucho
1. Tus padres han discutido	()	()			()	
2. Te ha costado mucho trabajo cumplir con la escuela	()	()			()	
3. Cambiaste de domicilio	()	()			()	
4. Has visto poco a tu padre	()	()			()	
5. Uno de tus hermanos o padres estuvo enfermo o tuvo un accidente	()	()			()	
6. Has tenido problemas con tus maestros	()	()			()	
7. Murió alguien de tu familia	()	()			()	
8. Te suspendieron o expulsaron de la escuela	()	()			()	
9. Tus padres te dicen una cosa y luego otra	()	()			()	
10. Te fuiste de la casa	()	()			()	
11. Cambiaste de escuela	()	()			()	
12. Murió un amigo, vecino o compañero	()	()			()	
13. Reprobaste alguna(s) materia(s)	()	()			()	
14. Estuviste enfermo	()	()			()	
15. Vives con familiares que no son tus padres (abuelos, tíos, etc.)	()	()			()	
16. Tus padres se separaron	()	()			()	
17. Tus padres son poco cariñosos	()	()			()	
18. Uno de tus padres se volvió a casar	()	()			()	
19. Tus padres no te dejan hacer lo que quieres	()	()			()	
20. Nació un(a) hermano(a)	()	()			()	

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Aplicar las siguientes preguntas a los adolescentes mayores de 14 años

21. Tú o tu pareja tuvieron un embarazo no deseado	()	()
22. Eres madre (padre) soltera(o)	()	()
23. Tu pareja o tú tuvieron un aborto	()	()

TERCERA PARTE

LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES DESCRIBEN FORMAS EN QUE LA GENTE ACTÚA O SE SIENTE. POR FAVOR INDÍCAME EL NUMERO DE DÍAS (DE 0 A 7) QUE TE SENTISTE ASÍ LA ULTIMA SEMANA.

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: marque con una (X) la opción correspondiente a la respuesta del entrevistado. Si éste refiere que no se ha sentido como se indica tache el "0".

<u>DURANTE LA SEMANA PASADA:</u>	Número de días:			
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Te molestaron muchas cosas que generalmente no te molestan	0	1-2	3-4	5-7
2. No tenías hambre, no tenías apetito	0	1-2	3-4	5-7
3. Sentías que no podías quitarte la tristeza ni con la ayuda de tu familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
4. Sentías que eras tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
5. Tenías dificultad para concentrarte en lo que estabas haciendo	0	1-2	3-4	5-7
6. Te sentiste deprimido(a)	0	1-2	3-4	5-7
7. Sentiste que todo lo que hacías te costaba mucho esfuerzo	0	1-2	3-4	5-7
8. Veías el futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
9. Pensaste que tu vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
10. Tenías miedo	0	1-2	3-4	5-7
11. Dormiste sin descansar	0	1-2	3-4	5-7
12. Estabas feliz	0	1-2	3-4	5-7
13. Platicaste menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
14. Te sentías solo(a)	0	1-2	3-4	5-7
15. Sentiste que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
16. Disfrutaste de la vida	0	1-2	3-4	5-7
17. Llorabas a ratos	0	1-2	3-4	5-7
18. Te sentías triste	0	1-2	3-4	5-7
19. Sentías que no le caías bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
20. No podías "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7
21. Tenías pensamientos sobre la muerte	0	1-2	3-4	5-7
22. Sentías que tu familia estaría mejor si estuvieras muerto(a)	0	1-2	3-4	5-7
23. Pensaste en matarte	0	1-2	3-4	5-7
24. Durante los últimos 12 meses, ¿intentaste suicidarte? 1. No () 2. Si ().				

CUARTA PARTE

INSTRUCCIONES: En nuestra vida diaria todos tenemos problemas y preocupaciones que nos causan tensión. Enseguida te voy a plantear una serie de cosas que se pueden hacer para aliviar el malestar., señala qué tan frecuentemente las has hecho **EN EL ÚLTIMO AÑO, PARA DISMINUIR LA TENSIÓN:** 1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Frecuentemente 6 5. Siempre.

CUANDO TE ENFRENTAS A ALGÚN PROBLEMA, PRESIÓN O SITUACIÓN DESAGRADABLE...

OPCIONES: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre

- 1. Tratas de comprender los problemas para resolverlos. ()
- 2. Gritas o golpeas para desahogarte. ()
- 3. Intentas distintas formas de resolver los problemas. ()
- 4. Intentas solucionar una por una las dificultades que se te presentan. ()
- 5. Lloras. ()
- 6. Buscas el consejo de quienes te pueden ayudar. ()
- 7. Esperas a que las dificultades se resuelvan solas. ()
- 8. Tratas de resolver primero lo que más te afecta de una situación. ()
- 9. Pruebas distintas formas de solucionar las situaciones que te preocupan. ()
- 10. Comes más de lo acostumbrado. ()
- 11. Piensas detenidamente las cosas antes de hacer algo. ()

QUINTA PARTE

INSTRUCCIONES: A continuación, indícame qué tan seguido utilizaste CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE REACCIONAR ANTE SITUACIONES DESAGRADABLES:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Con frecuencia 6 5. Con mucha frecuencia

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: Marque con una X el número correspondiente a la frecuencia con que el entrevistado ha reaccionado de las maneras que se indican. Si la situación **NO** ha ocurrido **EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES** marque 1.

En los últimos tres meses, ¿tuviste algún problema con tus papas, hermano(s), con tu mejor amigo(a) o con tu novio(a) que haya afectado mucho tu vida,?

- 1. Sí (Continúa)
- 2. No (Pasa a la siguiente página)

¿QUÉ TAN SEGUIDO...?

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
1. Le dejaste de hablar	1	2	3	4	5
2. Te enojaste, te peleaste	1	2	3	4	5
3. Te conformaste, no hiciste nada	1	2	3	4	5
4. Tratabas de convencer, platicar	1	2	3	4	5
5. No le hiciste caso, lo(a) ignoraste	1	2	3	4	5
6. Te adaptaste, comprendiste	1	2	3	4	5
7. Le gritaste, expresaste tu coraje	1	2	3	4	5
8. Te sentiste triste, lloraste	1	2	3	4	5

SEXTA PARTE

INSTRUCCIONES: A continuación te voy a plantear algunas preguntas relacionadas con el **CONSUMO DE DROGAS**.

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: MARQUE CON UNA (X) SÓLO UNA DE LAS OPCIONES DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Qué tan fácil o difícil sería para ti conseguir drogas si quisieras?
 - 1. Probablemente sería IMPOSIBLE para ti conseguir drogas
 - 2. Probablemente sería MUY DIFÍCIL para ti conseguir drogas
 - 3. Probablemente sería DIFÍCIL para ti conseguir drogas
 - 4. Probablemente sería FÁCIL para ti conseguir drogas
 - 5. Probablemente sería MUY FÁCIL para ti conseguir drogas
 - 6. No sabes lo que son las drogas

2. ¿Qué tan seguido has visto gente usando drogas en tu colonia o vecindario?
 - 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. A veces
 - 4. Frecuentemente
 - 5. Siempre

3. ¿Qué tan seguido has visto gente vendiendo drogas en tu colonia o vecindario?
 - 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. A veces
 - 4. Frecuentemente
 - 5. Siempre

4. ¿Qué tan seguido has visto gente bebiendo alcohol en tu colonia o vecindario?
 - 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. A veces
 - 4. Frecuentemente
 - 5. Siempre

5 ¿Qué tan peligroso consideras que sea para la salud el que la gente haga lo siguiente...?

	1. No es peligroso	2. Es peligroso	3. Es muy peligroso
a) Fumar 1 o más cajetillas de cigarros al día	()	()	()
b) Probar marihuana 1 ó 2 veces	()	()	()
c) Fumar marihuana ocasionalmente	()	()	()
d) Fumar marihuana regularmente	()	()	()
e) Probar cocaína 1 ó 2 veces	()	()	()
f) Usar cocaína regularmente	()	()	()
g) Probar heroína 1 ó 2 veces	()	()	()
h) Usar heroína regularmente	()	()	()
i) Probar anfetaminas 1 ó 2 veces	()	()	()
j) Usar anfetaminas regularmente	()	()	()
k) Tomar 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana	()	()	()
l) Tomar 1 ó 2 copas todos los días	()	()	()
m) Tomar 4 ó 5 copas todos los días	()	()	()
n) Tomar 5 ó más copas 1 ó 2 veces a la semana	()	()	()