

HALLAZGOS EN EL DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES: CÁTEDRA “JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ”

COORDINADORES

Alejandro González González
Diana Betancourt Ocampo
Carmen Fernández Cáceres



Anáhuac
México



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

HALLAZGOS EN EL DIAGNÓSTICO
Y ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES:
CÁTEDRA “JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ”

Alejandro González González
Diana Betancourt Ocampo
Carmen Fernández Cáceres
Editores



Hallazgos en el diagnóstico y atención de las adicciones : Cátedra "Jesús Kumate Rodríguez" /
Alejandro González González, Diana Betancourt Ocampo, Carmen Fernández Cáceres,
coordinadores.— México : Universidad Anáhuac México, 2018.

116 pp.

ISBN: 978-607-8566-35-8

1. Abuso de drogas -- Diagnóstico. 2. Abuso de drogas -- Prevención.

I. González González, Alejandro, coordinador. II. Betancourt Ocampo, Diana, coordinadora.
III. Fernández Cáceres, Carmen, coordinadora.

LC RC564 D53

Dewey 613.8 D53

La Cátedra en Adicciones Dr. Jesús Kumate Rodríguez se llevó a cabo a partir de la colaboración entre la Facultad de Psicología y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac México y Centros de Integración Juvenil (CIJ), y fue posible gracias al financiamiento otorgado por la Secretaría de Salud del Estado de México, a través del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA).

Las conclusiones y opiniones emitidas en este libro son responsabilidad exclusiva de cada uno de los autores de los capítulos correspondientes, y no necesariamente representan la postura de las instituciones participantes.

Revisión Técnica: Marcelo José Villarreal Coindreau

Diseño de portada: VLA. Laboratorio Visual

Diseño de interiores: Nuria Saburit Solbes

Primera edición, 2018

ISBN: 978-607-8566-35-8

La presente edición de la obra

Hallazgos en el diagnóstico y atención de las adicciones:
Cátedra "Jesús Kumate Rodríguez"

le pertenece al editor mediante licencia exclusiva.

El editor autoriza el acceso a la totalidad de la obra para su consulta, reproducción, almacenamiento digital en cualquier dispositivo e impresión para uso personal y privado y sin fines de lucro. Ninguna parte de la presente obra podrá ser alterada o modificada ni formar parte de nuevas obras, compilaciones o colecciones. Queda prohibida su difusión y comunicación pública en plataforma digital alguna distinta a la cual se encuentra almacenada, sin permiso previo del editor.

Derechos reservados:

© 2018, Investigaciones y Estudios Superiores SC

Universidad Anáhuac México

Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac

Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.

Registro núm. 3407

Índice

Prólogo

JOSÉ MARÍA LÓPEZ LANDIRIBAR	7
-----------------------------	---

Introducción

CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES	9
--------------------------	---

I. Epidemiología del consumo de drogas ilícitas. Contexto mundial, nacional y del Estado de México	
ALMA DELIA GUTIÉRREZ LÓPEZ Y CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES	13

II. Estudio diagnóstico del consumo de drogas y su contexto en seis municipios del Estado de México (estudio básico de comunidad objetivo)	
JOSÉ LUIS CHACÓN MORENO Y CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES	33

III. Conducta antisocial y delictiva en consumidores de alcohol y metanfetamina	
SOLVEIG E. RODRÍGUEZ KURI, V. RAÚL GARCÍA AURRECOECHEA, JOSÉ LUIS ALBA ROBLES Y CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES	57

IV. Evaluación de resultados e impacto de un programa de tratamiento hospitalario. Estudio longitudinal	
V. RAÚL GARCÍA AURRECOECHEA Y NANCY L. CASTILLO VITE	71

V. Búsqueda de sensaciones y consumo de tabaco en jóvenes universitarios	
DIANA BETANCOURT OCAMPO, MARÍA GUADALUPE BOCANEGRA DE GYVES Y ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ	89

VI. Modulación del consumo de drogas y autorregulación intencional

ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, DIANA BETANCOURT OCAMPO,
LORRAINE VALANCI HOP, PABLO FREYSSINIER ISOARD Y
VICTORIA MIZRAHI CHALON

99

Prólogo

Hablar sobre el fenómeno de las adicciones, sin perder de vista su magnitud y complejidad, representa un reto que va más allá de lo académico y de lo institucional; representa la posibilidad de generar una serie de reflexiones en torno a esta problemática que no solo aqueja a nuestros niños y adolescentes e incluso a los círculos familiares, sino que trastoca a todos aquellos que convivimos en una sociedad, caracterizada por cambios constantes, dificultades, y a la vez, posibilidades de desarrollo, lo que nos coloca ante la necesidad de repensar la forma en la que hemos venido aproximándonos a este fenómeno.

Si bien, el consumo de sustancias ha acompañado al ser humano desde tiempos remotos y en distintas circunstancias, que van desde ritos ceremoniales hasta una forma de diversión, hemos de reconocer que la relación que se ha establecido con las sustancias que alteran el pensamiento y la conducta del ser humano, conlleva una serie de riesgos no solo para la salud física, emocional o psicológica, sino que repercute en nuestra sociedad, en las formas en las que nos relacionamos y vinculamos unos con otros, ocasionando fenómenos de exclusión y violencia, no solo física sino estructural. Por lo que resulta de vital importancia, dirigir los esfuerzos en materia de investigación aplicada, para el desarrollo de alternativas de prevención y tratamiento de las adicciones cada vez de forma más eficiente y dirigida de forma específica a contextos particulares; como en esta ocasión lo fue el Estado de México, reconociendo que la diversidad cultural y contextual, representa un reto para quienes se encargan de la atención de esta problemática.

Es innegable que los resultados son consistentes al mostrar que en los jóvenes se observa un aumento en el uso y abuso de sustancias, que cada vez son más las mujeres que consumen alcohol, tabaco y otras drogas, así como que el inicio en el consumo se da a edades más tempranas; aunado a esto, surgen nuevas sustancias adictivas de manera vertiginosa y son más las personas que se vuelven dependientes al consumo de varias drogas a la vez.

Es por todo esto, que deberíamos partir del principio de que la prevención es el mecanismo con el cual se puede anticipar a cualquier acto para poder evitar que se presente, y la sanción es solo una acción retrasada que no se adelantó al problema y ante lo cual solo le queda

aplicar un castigo (Massun, 1991), lo cual nos permitirá estar frente a la posibilidad de ofrecer evidencias y propuestas que favorezcan el desarrollo de nuevas alternativas de atención en materia de adicciones.

Es por todo ello y en el marco de este esfuerzo, que me es grato presentar este texto, fruto de la Cátedra Jesús Kumate Rodríguez, la cual, integra una serie de esfuerzos de tres instituciones: la Universidad Anáhuac México, los Centros de Integración Juvenil, A.C. y la Secretaría de Salud del Estado de México a través del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA) y de sus respectivos investigadores, preocupados y motivados por la atención de este fenómeno, reconociendo que toda acción, si pretende ser exitosa, deberá de estar basada en evidencia, para posteriormente, implementar intervenciones individuales, grupales y ambientales, que de manera coordinada y puntual, favorezcan la protección de las personas, las familias y la sociedad misma en la que convivimos.

MTRO. JOSÉ MARÍA LÓPEZ LANDIRIBAR

Director de la Facultad de Psicología

Universidad Anáhuac México

Introducción

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés, 2016) reportó que, en 2014, el consumo de drogas ilícitas afectaba a cerca de 247 millones de personas de entre 15 y 64 años, lo que equivale a 5.2% de la población mundial en este rango de edad. Este porcentaje se mantuvo constante de 2011 a 2014. La droga de mayor consumo en el mundo es la cannabis con 182.5 millones de usuarios estimados (3.8% de la población de entre 15 y 64 años); le siguen los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) y los opiáceos (incluyendo heroína), con 35.65 y 33.12 millones de consumidores (0.8 y 0.7% de la población de entre 15 y 64 años), respectivamente.

Como se puede observar, la evolución y complejidad que el fenómeno de las adicciones ha mostrado en nuestro país, desde finales del siglo pasado, obliga a fortalecer las acciones en esta materia, así como a promover una adecuada articulación entre la investigación y la acción, que se traduzca en la puesta en marcha de tareas preventivas, de atención curativa y de reinserción social, eficaces y culturalmente sensibles para la comunidad. Ya que solo de esta forma, se podrá lograr un impacto en términos no solo de la disminución del consumo, sino que se traduzca en un beneficio para nuestras comunidades, en aspectos individuales, familiares e institucionales.

Ante este panorama, la Universidad Anáhuac México, a través de sus Facultades de Psicología y de Ciencias de la Salud, así como de su Centro Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP) y de su Instituto de Salud Pública Anáhuac (ISPA), en conjunto con los Centros de Integración Juvenil, A.C. instauraron la cátedra en adicciones “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, bajo el patrocinio del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA).

Los objetivos de esta Cátedra, incluyeron:

- Estudiar los elementos asociados al consumo de drogas y al desarrollo de adicciones, particularmente de los factores de riesgo identificables en la población del Estado de México, así como de las condiciones contextuales en las que tiene lugar el surgimiento de conductas adictivas.

- Generar información que apoye el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento específicos y culturalmente sensibles para la población de la entidad.
- Capacitar a profesionales del campo de la salud a través de diversos programas de posgrado y diplomados dirigidos a fomentar sus capacidades y conocimientos para la investigación y la atención de las adicciones.

Todo esto fue posible al llevar a cabo investigaciones sobre el consumo de sustancias y factores relacionados, así como la formación de profesionales de la salud, mediante un Diplomado en Terapia Familiar Multidimensional para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar, una Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Métodos de Investigación en Ciencias de la Salud y Adicciones, y el Doctorado en Investigación Interdisciplinaria con énfasis en adicciones.

También se incorporó la puesta en marcha de múltiples acciones de prevención y tratamiento en materia de adicciones en comunidades del Estado de México, así como la participación en foros y eventos de difusión y la publicación de los resultados de las investigaciones en medios científicos especializados.

Con esta Cátedra, se da también respuesta a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la atención a la población, mediante programas de prevención y tratamiento, la identificación de señales de riesgo para prevenir y controlar enfermedades, así como el desarrollo de tecnología para unidades que presten servicios de salud. Se responde, igualmente, de manera específica a las recomendaciones emitidas por las Naciones Unidas encaminadas a apoyar a los gobiernos en el desarrollo de políticas públicas para la reducción de la demanda de drogas.

En este libro se presentan los resultados de diversas investigaciones realizadas en el Estado de México, las cuales aportan evidencia respecto a la problemática y abordaje de este fenómeno.

En el primer capítulo se exponen los resultados del trabajo “Epidemiología del consumo de drogas ilícitas. Contexto mundial, nacional y del Estado de México”, con lo que se pretende enmarcar la situación actual respecto al consumo de sustancias, reconociendo su magnitud y complejidad en el mundo y en nuestro país, para finalmente, presentar la situación prevaleciente en el Estado de México. Este panorama se elaboró con base en encuestas poblacionales (en hogares y con estudiantes), así como con datos del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil, considerando información sociodemográfica y del patrón de consumo de los usuarios de drogas que solicitan por primera vez servicios de tratamiento.

En el segundo capítulo se comparten los resultados del Estudio Básico de Comunidad Objetivo, elaborado bajo la coordinación de la Subdirección de Investigación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en las seis unidades operativas correspondientes a los municipios del Estado de México: Ecatepec, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Texcoco, Tlalnepantla y Toluca.

A lo largo del tercer capítulo, se analiza la relación que guarda la conducta antisocial y delictiva en consumidores de alcohol y metanfetamina, ya que resulta alarmante el costo social y económico que representan tanto el consumo de drogas como la conducta delictiva, lo que supone graves problemas de interés público prioritario.

A fin de contar con servicios especializados con la mayor calidad, se evaluaron los resultados de un programa de tratamiento hospitalario, cuyo reporte integra el capítulo cuatro, en donde resulta muy interesante el análisis longitudinal que se hace de la intervención, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evaluaciones de resultados y del impacto de programas de tratamiento del consumo de drogas deberían dar cuenta de los cambios que, a través del tiempo, presentan los pacientes que se incorporan a un sistema de tratamiento.

El quinto capítulo presenta información sobre la búsqueda de sensaciones y el consumo de tabaco en jóvenes universitarios; en donde se señala la magnitud e importancia de identificar la relación que guardan estos y que resulta prioritario para nuestras autoridades en materia de salud pública debido a los altos costos de su atención y enfermedades relacionadas.

Finalmente, en el último capítulo se presentan los resultados del análisis de la modulación del consumo de drogas con el concepto de autorregulación intencional, entendida esta como como la habilidad de un ser humano para monitorear, perseverar, inhibir y/o adaptar algunos comportamientos, emociones y estrategias cognoscitivas en respuesta a estímulos internos y del ambiente, así como a la retroalimentación de los demás, para lograr metas personales relevantes; este planteamiento, plantea la existencia de la relación de este constructo.

Es así que el presente texto aporta información que da cuenta de un esfuerzo colegiado en favor de poblaciones en situación de vulnerabilidad, reconociendo la participación de todos los involucrados en el desarrollo de este texto.

MTRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES

Coordinadora de la Cátedra
“Jesús Kumate Rodríguez”

CAPÍTULO I

Epidemiología del consumo de drogas ilícitas. Contexto mundial, nacional y del Estado de México

ALMA DELIA GUTIÉRREZ LÓPEZ
CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES

Introducción

En el presente capítulo, se presenta información y estadísticas provenientes de fuentes oficiales, que permiten comprender y contextualizar el panorama actual del fenómeno de las adicciones, desde una perspectiva internacional, para posteriormente mostrar datos sobre nuestro país y de manera más puntual, exponer información acerca de las condiciones epidemiológicas que prevalecen en el Estado de México, en donde se desarrollaron las investigaciones posteriores.

Continente americano

Datos publicados por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2015) indican la existencia de notorias diferencias en los niveles de uso de drogas en los países de la región.

De acuerdo con los resultados de encuestas con población general (tabla 1), el consumo de marihuana y cocaína resulta mayor en Estados Unidos y Canadá, tanto en la categoría de uso alguna vez en la vida como en la de uso en el último año. Estos países son seguidos por Chile, Uruguay, Colombia y Argentina. México, por el contrario, ocupa uno de los últimos sitios de la lista, con una prevalencia diez veces menor a la registrada en Estados Unidos. Como puede apreciarse, incluso si se tomaran los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Adicciones correspondientes a 2011 (ver adelante), México seguiría ocupando uno de los niveles de consumo más bajos en el continente.

TABLA I.
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIGUANA Y COCAÍNA EN LA POBLACIÓN
DE 12 A 64 AÑOS DE PAÍSES AMERICANOS (%).
ENCUESTAS CON POBLACIÓN GENERAL REALIZADAS ENTRE 2010 Y 2014

PAÍS Y AÑO DE ENCUESTA	USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA		USO EN EL ÚLTIMO AÑO	
	MARIGUANA	COCAÍNA	MARIGUANA	COCAÍNA
Argentina (2011) 16 a 64 años	10.66	3.08	3.19	0.68
Bolivia (2014)	3.61	0.83	1.27	0.33
Canadá (2012) 15 a 64 años	46.70	8.70	12.20	1.30
Chile (2012)	22.99	4.68	7.08	0.86
Colombia (2013)	11.48	3.23	3.27	0.70
Costa Rica (2010)	7.10	2.90	2.50	0.90
Ecuador (2013)	5.26	0.12	0.67	0.08
El Salvador (2014)	9.26	2.74	2.03	0.27
México (2011)	6.00	3.30	1.20	0.50
Perú (2010)	3.79	1.76	1.04	0.42
Rep. Dominicana (2010)	2.17	1.03	0.68	0.28
Uruguay (2011) 15 a 65 años	20.00	6.20	8.30	1.90
Venezuela (2011)	5.06	1.61	1.56	0.53
EUA (2013)	43.70	14.30	12.60	1.60

FUENTE: En los países que realizaron la encuesta en un rango de edad distinto al señalado se indica a qué rango corresponde la información. Adaptada de “Informe del uso de drogas en las Américas, 2015”, Organización de los Estados Americanos, 2015, pp. 187-197, Washington, EUA.

En el caso del consumo de inhalables en población estudiantil (de educación media, de entre 12 y 17 años) —como puede apreciarse en la tabla 2—, los países que registraron los índices más altos fueron Bahamas, Chile, Brasil y Estados Unidos (en el caso de México no se contaba con los datos correspondientes).

TABLA 2.
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE INHALABLES EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA
DE PAÍSES AMERICANOS (%). ENCUESTAS REALIZADAS ENTRE 2010 Y 2014

PAÍS Y AÑO DE ENCUESTA	USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	USO EN EL ÚLTIMO AÑO
Argentina (2011)	4.50	2.60
Bahamas (2011)	10.51	3.81
Brasil (2010)	8.70	5.20
Canadá (2010/2011)	3.30	1.80
Chile (2013)	9.35	4.81
Colombia (2011)	3.32	1.92
Costa Rica (2012)	4.20	1.70
Ecuador (2012)	3.50	1.70
EUA (2014)	8.80	3.60
Perú (2012)	2.71	1.12
Uruguay (2014)	4.20	2.10

FUENTE: Adaptada del “Informe del uso de drogas en las Américas, 2015”, Organización de los Estados Americanos, 2015, p. 193, Washington, EUA.

México

En lo que respecta a nuestro país, la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SS], 2012) registró una prevalencia de 7.8% del uso de drogas alguna vez en la vida (incluyendo drogas ilícitas y sustancias de uso médico utilizadas fuera de prescripción). Esto equivale a más de 6.2 millones de usuarios, una cifra considerablemente más alta que los 4.3 millones registrados en 2008 (5.7%).

Las drogas de mayor prevalencia son la marihuana y la cocaína (6.0 y 3.3 %, respectivamente, en la categoría de uso alguna vez en la vida), seguidas por los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico. En general, todas las sustancias en seguimiento en la encuesta registraron un aumento en su consumo entre 2008 y 2011 (tabla 3).

En la categoría de uso en el último año previo a la encuesta, se observó un ligero aumento de 1.6 a 1.8%, es decir, de 1.22 a 1.45 millones de usuarios estimados; mientras que, en el consumo en los últimos 30 días, la prevalencia se mantuvo estable en 1%, con un aumento absoluto de cerca de 12 mil casos, al pasar de 749 mil a más de 761 mil usuarios activos estimados.

Al igual que en la categoría de uso alguna vez en la vida, la marihuana y la cocaína fueron las sustancias más consumidas en el último año, seguidas por los estimulantes anfetamínicos.

TABLA 3.
USO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA Y EN EL ÚLTIMO AÑO EN LA POBLACIÓN
MEXICANA DE 12 A 65 AÑOS, 2008 Y 2011 (%)

	USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA		USO EN EL ÚLTIMO AÑO	
	2008	2011	2008	2011
Marihuana	4.2	6.0	1.0	1.2
Cocaína	2.4	3.3	0.4	0.5
Inhalables	0.7	0.9	0.1	0.1
Estimulantes de tipo anfetamínico	0.5	0.8	0.1	0.2
Alucinógenos	0.4	0.7	0.1	0.1
Heroína	0.1	0.2	< 0.1	< 0.1
Cualquier droga	5.7	7.8	1.6	1.8
Drogas ilegales	5.2	7.2	1.4	1.5
Drogas médicas	1.0	1.4	0.3	0.4

FUENTE: Adaptada de “Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012, p. 133, México: **INPRFM**.

El consumo de drogas fue más alto entre los hombres, con una prevalencia total de 13%, diez puntos por arriba de la registrada en las mujeres (3%), con una razón de 4.1 hombres por cada mujer usuaria de sustancias. El rango de edad más afectado fue el de 18 a 34 años, con 11.3% de uso alguna vez en la vida y hasta 18.5% en el caso de hombres, contra 3.3% de los menores de 18 años y 6.4% de los mayores de 34. No obstante, poco más de la mitad de los usuarios identificados (51.7%) reportó haber iniciado el consumo de drogas ilícitas antes de los 18 años.

La misma encuesta mostró la existencia de claras diferencias en el nivel de uso de sustancias observado en las distintas regiones del país. Las zonas con índices de consumo más altos, conforme puede observarse en la figura 1, fueron la Occidental (10.3%), la Nororiental (9.6%) y la Noroccidental (9.2%); en tanto que en las regiones Centro y Sur se observaron porcentajes de uso más reducidos (6.6 y 5.3 %, respectivamente).

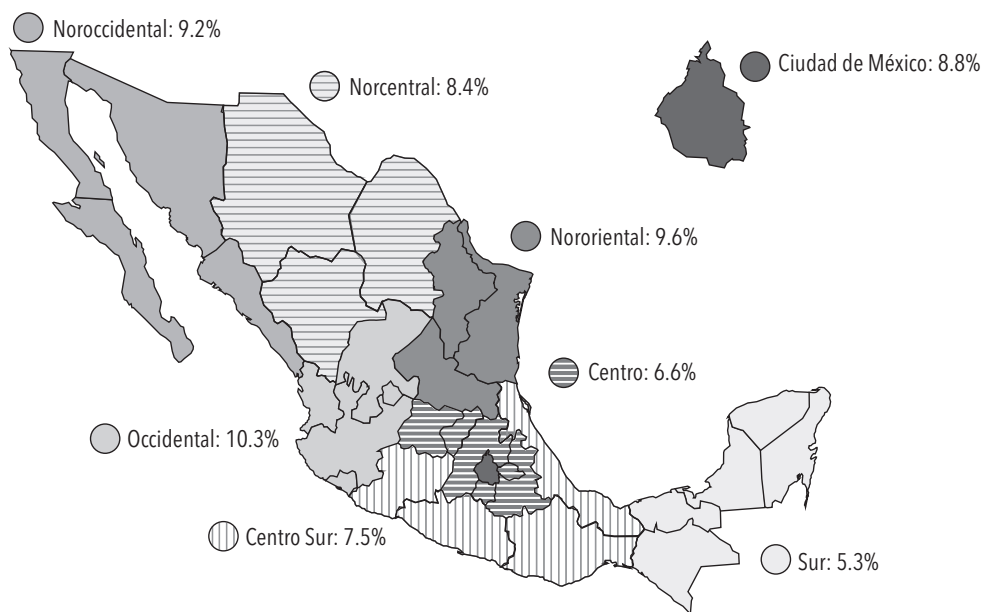


FIGURA 1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en México, 2011. Población de 12 a 65 años, por regiones. Adaptada de “Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012, p. 170, México: INPRFM.

Respecto a la encuesta levantada entre estudiantes de educación primaria (quinto y sexto grados), media básica y media a nivel nacional (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015), los resultados indicaron la existencia de niveles de consumo más altos que los registrados entre la población general. El uso de drogas alcanzó, entre estudiantes de educación media y media básica, una prevalencia de 17.2% en la categoría de alguna vez en la vida; de 12.2% en el último año y de 6.7% en el último mes. La marihuana fue la droga ilegal de mayor consumo (10.6%, uso alguna vez en la vida; 7.6%, en el último año, y 3.9%, en el último mes), seguida por los inhalables, los tranquilizantes y la cocaína.

TABLA 4.
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA
BÁSICA Y MEDIA. NIVEL NACIONAL, 2014 (%)

	USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	USO EN EL ÚLTIMO AÑO	USO EN EL ÚLTIMO MES
Anfetaminas	2.5	1.8	0.9
Tranquilizantes	3.7	2.6	1.3
Mariguana	10.6	7.6	3.9
Inhalables	5.8	3.6	1.9
Cocaína	3.3	1.7	0.9
Alucinógenos	1.9	1.2	0.6
Metanfetaminas	2.0	1.3	0.7
Heroína	0.9	0.5	0.3
Cualquier droga	17.2	12.2	6.7
Drogas ilegales	14.5	10.1	2.0
Drogas médicas	5.8	3.9	5.6

FUENTE: Adaptada de “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015, p. 122, México: INPRFM.

Como puede apreciarse en la tabla 5, existen importantes diferencias entre la población estudiantil de educación secundaria y bachillerato, con una frecuencia de consumo más alta entre los estudiantes de este último nivel. Asimismo, aunque el problema fue mayor entre los hombres, las mujeres reportaron, en general, porcentajes de uso apenas menores, con un consumo incluso mayor en el caso de tranquilizantes y, en menor grado, en anfetaminas.

En cuanto a los estudiantes de quinto y sexto grados de educación primaria, 3.3 % reportó haber consumido droga alguna vez en la vida; 2.6 % en el último año, y 2 % en los últimos 30 días. La mariguana (2.3 %, uso alguna vez en la vida; 1.8 %, en el último año, y 1.3 %, en el último mes) y los inhalables (1.8, 1.6 y 1.1 %, respectivamente) fueron las drogas ilegales de mayor consumo en esta población (INPRFM *et al.*, 2015).

Por lo que atañe a las tendencias observadas entre los usuarios de drogas que han solicitado tratamiento en los Centros de Integración Juvenil en el lapso 2004-2015,¹ el Sistema

¹ Para la caracterización de la población atendida baste señalar que, en el segundo semestre de 2015, se captó información de 10 mil 862 casos de usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento; 81.9 %

de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas Institucional indicó la existencia de una tendencia más o menos constante de aumento del uso de marihuana, cuya utilización alguna vez en la vida pasó de poco más de 70% en el primer semestre de 2008, a más de 88% en el segundo semestre de 2015, posición superior, incluso, a la del tabaco y el alcohol.

TABLA 5.
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA ENTRE
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA BÁSICA Y MEDIA, SEGÚN NIVEL ESCOLAR Y SEXO.
NIVEL NACIONAL, 2014 (%)

	NIVEL ESCOLAR		SEXO	
	SECUNDARIA	BACHILLERATO	HOMBRES	MUJERES
Anfetaminas	2.1	3.2	2.3	2.7
Tranquilizantes	3.0	5.0	3.2	4.3
Marihuana	6.1	18.1	12.9	8.4
Inhalables	5.3	6.8	5.9	5.8
Cocaína	2.3	4.9	4.2	2.5
Metanfetaminas	1.3	3.1	2.3	1.7
Alucinógenos	1.2	3.2	2.5	1.3
Heroína	0.9	0.8	1.0	0.7
Cualquier droga	12.5	25.1	18.6	15.9
Drogas ilegales	10.1	21.8	16.6	12.5
Drogas médicas	4.7	7.5	5.1	6.5

FUENTE: Adaptada de “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015, pp. 122-163, México: INPRFM.

Por su parte, el consumo de inhalables mostró entre 2006 y 2009 un aumento de más de diez puntos porcentuales, para situarse en porcentajes cercanos a 45% entre 2009 y 2012, con un posterior descenso a 29.7% en el segundo semestre de 2015 (Gutiérrez, 2016b).

hombres y 18.1% mujeres (una razón de 4.5 hombres por cada mujer), con una edad promedio de 22.4 años.

Por el contrario, a lo largo del periodo se registró una baja del consumo de clorhidrato de cocaína en su presentación de polvo blanco (de 55.3% en 2007 a 33.8% en el segundo semestre de 2015), así como de *crack* o cocaína de base libre (de 38.6% en el primer semestre de 2007 a 17.1% en el segundo semestre de 2015); de benzodiacepinas (de 17.0 a 14.9% en ese mismo periodo) y de heroína, que pasó de 5.2% en el segundo semestre de 2009 a 3.4% en el segundo semestre de 2015.

El uso de metanfetaminas, cuyo uso alguna vez en la vida había caído entre 2008 y 2009 a niveles cercanos a 11.0%, alcanzó 22.2% en el segundo semestre de 2015, cerca de cuatro puntos porcentuales arriba del nivel registrado en el semestre anterior. Por su parte, el consumo de MDMA o éxtasis y el de alucinógenos tendió a mantenerse más o menos estable en porcentajes cercanos a 6 y 10%, respectivamente.

Como puede observarse en la figura 2, si bien ha habido un descenso en el reporte de uso de cocaína alguna vez en la vida entre los usuarios de drogas solicitantes de tratamiento en el Centro de Integración Juvenil (CIJ), entre el segundo semestre de 2004 y de 2015, el reporte para heroína e inhalables se incrementó.

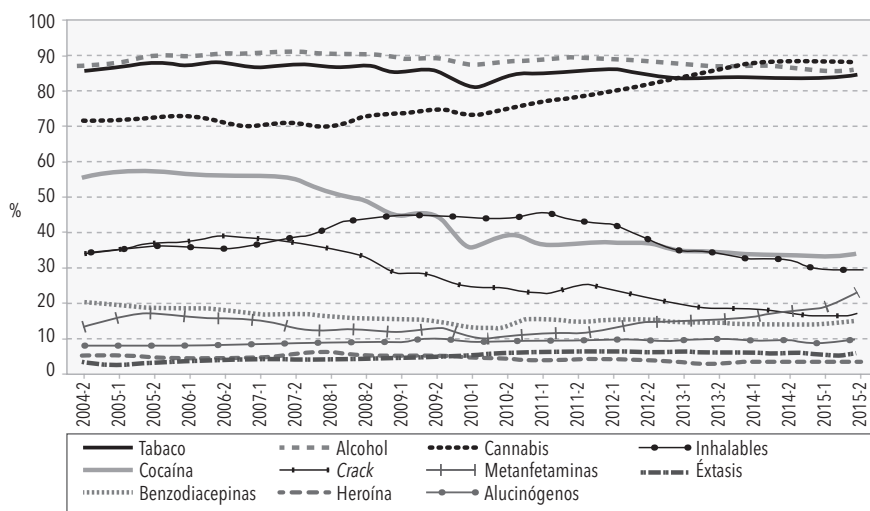


FIGURA 2. Uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida entre los usuarios de drogas solicitantes de tratamiento en CIJ, entre el segundo semestre de 2004 y el segundo semestre de 2015. Nivel nacional. Recuperada de “Tendencias del consumo de drogas alguna vez en la vida en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-segundo semestre de 2015. Nivel nacional y entidades federativas”, A. Gutiérrez, 2016, p. 5, México: Centros de Integración Juvenil, recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>

Por último, como puede observarse en la figura 3, la marihuana registró un importante incremento como droga de mayor impacto —la que motiva la solicitud de tratamiento—, al pasar de

17.8% en el primer semestre de 2008, a 47.2% en el primer semestre de 2015, con un ligero descenso a 45.8% en el semestre siguiente. Las metanfetaminas pasaron de 5.4% en el primer semestre de 2015 a 11.7% en el semestre inmediato posterior, con lo que se ubicaron como la tercera droga de impacto, muy cerca del alcohol (12.4%), colocado en segunda posición.

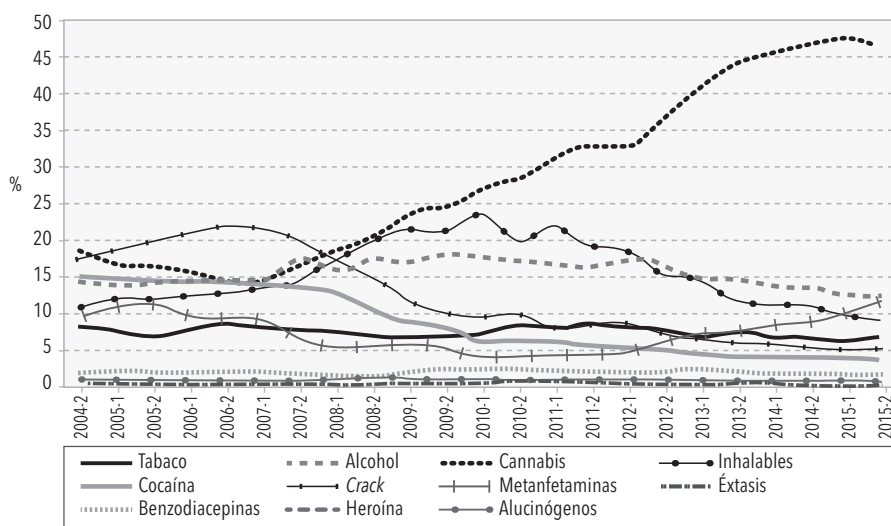


FIGURA 3. Drogas de mayor impacto entre los usuarios de drogas solicitantes de tratamiento en Cij, entre el segundo semestre de 2004 y el segundo semestre de 2015. Nivel nacional. Recuperada de “Tendencias de las principales drogas de mayor impacto reportadas por los usuarios de drogas ilícitas en el año previo a la solicitud de tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-segundo semestre de 2015. Nivel nacional y entidades federativas”, A. Gutiérrez, 2016, p. 5, México: Centros de Integración Juvenil, recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>

Estado de México

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (INPRFM *et al.*, 2012) ubicó al Estado de México en la región Centro, junto con Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala. En esta región, entre 2008 y 2011, el uso de drogas ilícitas y sustancias de uso médico utilizadas fuera de prescripción alguna vez en la vida y en el último año, registró un aumento de 5.3 a 6.6%, y de 1.3 a 1.5 %, respectivamente. En la categoría de uso alguna vez en la vida, el consumo de drogas pasó, en el caso de los hombres, de 8.4 a 10.6%, y en el de las mujeres, de 2.4 a 3.0%.

Las drogas individuales con mayor prevalencia en 2011 fueron la marihuana y la cocaína (5.2 y 2.4%, respectivamente, en la categoría de uso alguna vez en la vida). Como se puede apreciar en la figura 4, entre 2008 y 2011, el uso de todas las sustancias considera-

das en la encuesta registró un aumento motivado por el incremento del consumo entre la población de 18 a 34 años, la cual constituye el grupo etario más afectado por el problema.

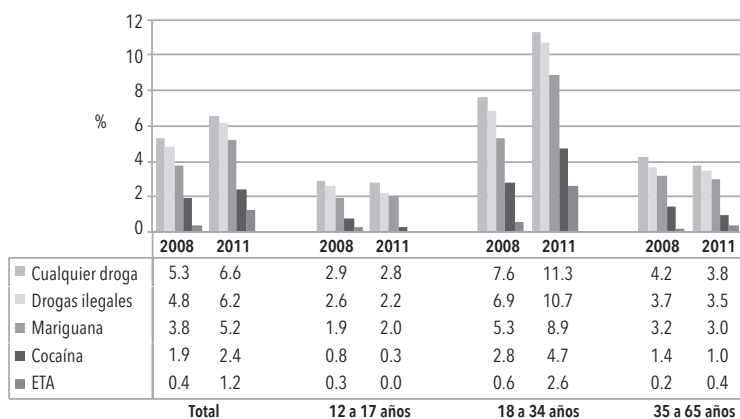


FIGURA 4. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida, total y por rangos de edad. Población de 12 a 65 años de la región Centro, 2008-2011. Adaptada de “Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2012, pp. 170-178, México: INPRFM.

El consumo de sustancias en 2011 respecto a 2008, se mantuvo estable (tabla 6); destacó, incluso, un decremento del uso de cocaína, atribuible a una disminución proporcionalmente mayor entre los hombres.

TABLA 6.

USO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE LA REGIÓN CENTRO, TOTAL Y SEGÚN SEXO, 2008-2011 (%)

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011
Marihuana	0.8	1.0	1.3	1.7	0.3	0.4
Cocaína	0.4	0.2	0.6	0.2	0.2	0.1
Cualquier droga	1.3	1.5	1.9	2.1	0.8	0.9
Drogas ilegales	1.2	1.2	1.9	1.7	0.5	0.7
Drogas médicas	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	0.3

FUENTE: Adaptada de “Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2012, p. 170, México: INPRFM.

La encuesta realizada con población escolar del Estado de México en 2014 (INPRFM *et al.*, 2015) mostró que, entre estudiantes de secundaria y bachillerato, el consumo de drogas alguna vez en la vida (incluyendo drogas ilegales y sustancias con utilidad médica) alcanzó una prevalencia de 21.1%, mientras que su utilización en el último año fue de 15.6% y, en los últimos 30 días, 8.8%. Las sustancias de mayor uso fueron la marihuana, los inhalables y la cocaína (tabla 7).

TABLA 7.
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES
DE EDUCACIÓN MEDIA BÁSICA Y MEDIA DEL ESTADO DE MÉXICO, 2014 (%)

	USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	USO EN EL ÚLTIMO AÑO	USO EN EL ÚLTIMO MES
Anfetaminas	3.1	2.2	1.0
Tranquilizantes	3.4	2.6	1.4
Marihuana	13.8	10.1	5.0
Inhalables	8.8	5.7	3.0
Cocaína	4.2	1.9	1.2
Alucinógenos	3.1	1.9	0.7
Metanfetaminas	2.7	1.5	0.9
Heroína	0.8	0.4	0.2
Cualquier droga	21.1	15.6	8.8
Drogas ilegales	18.8	13.4	7.2
Drogas médicas	6.1	4.3	2.1

FUENTE: Adaptada de “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015, pp. 312-491, México: INPRFM.

Al desagregar la información por nivel de estudios y por sexo se observa que el consumo fue mayor entre los estudiantes de bachillerato y que las mujeres reportaron niveles de uso similares o incluso superiores a los de los hombres en sustancias como las anfetaminas, los tranquilizantes, los inhalables y la heroína (tabla 8).

TABLA 8.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA ENTRE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA BÁSICA Y MEDIA DEL ESTADO DE MÉXICO, SEGÚN NIVEL ESCOLAR Y SEXO, 2014 (%)

	Nivel de estudio		Sexo	
	Secundaria	Bachillerato	Hombres	Mujeres
Anfetaminas	2.3	4.3	2.0	4.3
Tranquilizantes	2.5	4.9	2.5	4.4
Mariguana	7.4	24.0	15.9	11.5
Inhalables	7.1	11.4	8.0	9.6
Cocaína	2.8	6.5	4.9	3.5
Alucinógenos	1.5	5.5	3.7	2.3
Metanfetaminas	1.7	4.3	3.1	2.3
Heroína	0.8	0.9	0.6	1.0
Cualquier droga	14.2	32.1	21.3	20.9
Drogas médicas	4.5	8.5	4.4	7.8
Drogas ilícitas	12.4	29.1	19.9	17.7

FUENTE: Adaptada de “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015, pp. 312-491, México: INPRFM.

De igual forma, la encuesta refirió que 2.4% de los estudiantes de quinto y sexto grados de primaria de la entidad consumió drogas alguna vez en la vida, 2.1% en el último año y 1.5% en el último mes. Las drogas ilegales de mayor consumo en esta población fueron la mariguana (1.5%, uso alguna vez en la vida, 1.4% en los últimos 12 meses y 0.6% en el último mes) y los inhalables (1.7, 1.4 y 0.8%, respectivamente).

Las nueve unidades de atención con que los Centros de Integración Juvenil cuentan en la actualidad en el Estado de México (siete de consulta externa: Chalco, Ecatepec, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla, Texcoco y Toluca; y dos de tratamiento hospitalario: Ecatepec y Naucalpan) recibieron en tratamiento y durante el segundo semestre de 2015, a un total de mil 363 usuarios de drogas ilegales; 84.8% hombres y 15.2% mujeres, con una edad promedio de 21.7 años.

La marihuana es la droga ilegal cuyo uso ha sido reportado con mayor frecuencia, con una acusada pendiente de crecimiento que la ha llevado a pasar, en la categoría de uso alguna vez en la vida, de 72.7% en el primer semestre de 2011 a 88.8% en el segundo semestre de 2015; con lo que se ha ubicado, desde 2013, por arriba del tabaco y alcohol (figura 5).

Los inhalables son la segunda droga de consumo desde el segundo semestre de 2008; durante el segundo semestre de 2015 alcanzaron una prevalencia de 40.6% de uso alguna vez en la vida. En tercer sitio se encuentra la cocaína, con 28.1% en el segundo semestre de 2015 y una tendencia –al igual que el *crack*– relativamente estable desde 2011, después de haber registrado una fuerte caída en su consumo a partir de 2007 (figura 5).

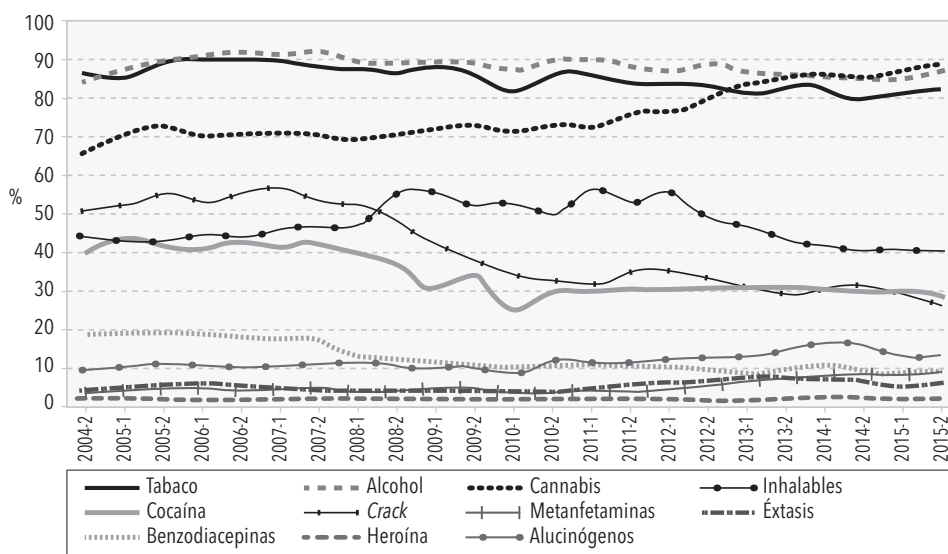


FIGURA 5. Uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida entre los usuarios de drogas solicitantes de tratamiento en unidades del CIJ del Estado de México, entre el segundo semestre de 2004 y el segundo semestre de 2015. Recuperada de “Tendencias del consumo de drogas alguna vez en la vida en los Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-segundo semestre de 2015. Nivel nacional y entidades federativas”, A. Gutiérrez, 2016, México: Centros de Integración Juvenil, recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>

Otras drogas que han mostrado un aumento en su consumo alguna vez en la vida son las metanfetaminas, que pasaron de 3.7% en los primeros seis meses de 2012, a 8% en el último semestre de 2015; los alucinógenos, que pasaron de 8.7% en el primer semestre de 2005, a 12.6% en el segundo semestre de 2015; y el éxtasis, que subió de 3.8 a 5.3% en el mismo lapso. Por el contrario, el uso de benzodiacepinas cayó de 18.2 a 8.4% (Gutiérrez, 2016b).

El inicio del consumo de drogas ilegales entre la población atendida en el segundo semestre de 2015, en el Estado de México, se ubicó en un promedio de 15.6 años. La mariguana y los inhalables fueron las principales drogas de inicio, reportadas como tales por 73.3 y 16.0% de los pacientes, respectivamente. La mariguana se constituyó como la droga de mayor preferencia (48.1%) e impacto (51.3%).

Características de los solicitantes de tratamiento en unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil en el Estado de México

Las características sociodemográficas y el patrón de consumo de la población de primer ingreso a tratamiento en las unidades de los CIJ en el Estado de México, durante el segundo semestre de 2015, presentaron algunas diferencias que se muestran en la tabla 9 y que se describen a continuación (Gutiérrez, 2016a).

La razón de hombres atendidos por cada mujer fue mayor en los CIJ Naucalpan y Toluca (por arriba de seis a una) y menor entre la población recibida en tratamiento en CIJ Nezahualcóyotl (4.7 a una). La edad promedio de los pacientes osciló entre los 20.1 (CIJ Texcoco) y los 22.4 años (CIJ Ecatepec).

TABLA 9.

SEXO Y EDAD DE LOS USUARIOS DE DROGAS ILÍCITAS DE PRIMER INGRESO EN TRATAMIENTO EN UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA DE LOS CIJ EN EL ESTADO DE MÉXICO, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

	CHALCO	ECATEPEC	NAUCALPAN	NEZAHUALCÓYOTL	TEXCOCO	TLALNEPANTLA	TOLUCA
Sexo							
Hombres (%)	83.7	83.5	86.2	82.4	84.1	83.5	86.2
Mujeres (%)	16.3	16.5	13.8	17.6	15.9	16.5	13.8
Razón H:M	5.1:1	5.1:1	6.3:1	4.7:1	5.3:1	5.1:1	6.2:1
Edad promedio (DE)	20.3 (9.2)	22.4 (10.2)	21.3 (8.7)	22.0 (10.8)	20.1 (8.1)	21.2 (8.3)	20.5 (8.8)

FUENTE: Razón H:M = Razón hombres a mujeres; DE = Desviación Estándar. Recuperado de: "Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento. Segundo semestre del 2015", A. Gutiérrez, 2016, México: Centros de Integración Juvenil.

La edad de inicio del consumo de tabaco se ubicó en los 14 años, con diferencias menores entre las distintas unidades; en el de alcohol se situó entre los 13.8 (Tlalnepantla) y los 14.6 años (Texcoco); y el de drogas ilegales, entre los 15.4 (Ecatepec) y los 16.7 años (Texcoco) (tabla 10).

TABLA 10.

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS ILÍCITAS DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA DEL CIJ EN EL ESTADO DE MÉXICO, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

	CHALCO	ECATEPEC	NAUCALPAN	NEZAHUALCÓYOTL	TEXCOCO	TLALNEPANTLA	TOLUCA
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
Tabaco	14.0 (2.2)	14.1 (2.5)	14.6 (2.4)	14.4 (2.9)	14.4 (2.1)	14.5 (3.3)	14.1 (2.3)
Alcohol	14.1 (2.5)	14.0 (2.8)	14.5 (2.5)	14.3 (3.0)	14.6 (2.1)	13.8 (2.9)	14.2 (2.3)
Drogas ilegales	15.7 (4.4)	15.4 (3.3)	16.3 (5.3)	15.8 (4.9)	16.7 (6.5)	15.7 (4.6)	15.7 (4.3)

Como se aprecia en la figura 6, si se excluye al alcohol y el tabaco, la población atendida en las siete unidades reportó a la mariguana como la principal droga de inicio, con porcentajes que van de 62.8 (Naucalpan) a 84.9% (Texcoco). A la inversa, el inicio del consumo de inhalables osciló entre 6.3 %, reportado en Texcoco, y 18.6% de Naucalpan. Además, destacó que, en esta última unidad, 10.3 % de la población recibida en tratamiento reportó el inicio del uso de drogas ilícitas con cocaína.

Por otra parte, en la tabla 11 se aprecia que los solicitantes de atención en el CIJ Tlalnepantla reportaron porcentajes más altos de consumo alguna vez en la vida de cocaína (tanto en su presentación de clorhidrato de cocaína como de *crack*), alucinógenos, benzodiacepinas, éxtasis y heroína; en tanto que el CIJ Ecatepec ostentó el mayor promedio de consumo de mariguana; Nezahualcóyotl, el de inhalables; y Toluca, el de metanfetaminas.

Por el contrario, el CIJ Texcoco registró el menor uso de inhalables, cocaína en polvo, alucinógenos, benzodiacepinas y éxtasis; Naucalpan el de mariguana; y Chalco el de metanfetaminas.

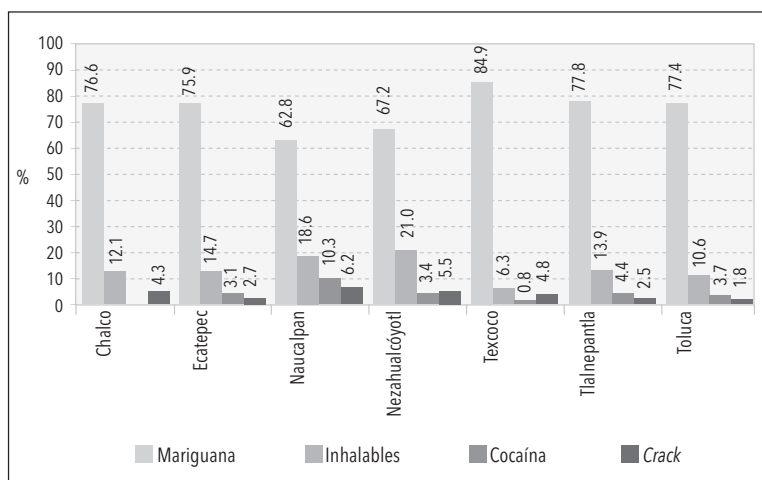


FIGURA 6. Principales drogas ilícitas de inicio entre los usuarios de drogas ilícitas de primer ingreso a tratamiento en unidades de consulta externa de los CIJ en el Estado de México durante el segundo semestre de 2015. Adaptada de “Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento. Segundo semestre del 2015”, A. Gutiérrez, 2016, México: Centros de Integración Juvenil.

TABLA I I.

CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS ILÍCITAS DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA DE LOS CIJ EN EL ESTADO DE MÉXICO, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (%)

	CHALCO	ECATEPEC	NAUCALPAN	NEZAHUALCÓYOTL	TEXCOCO	TLALNEPANTLA	TOLUCA
Marihuana	91.5	94.6	75.9	84.5	90.5	91.1	92.6
Inhalables	40.4	38.4	35.9	48.3	27.0	43.0	35.9
Cocaína en polvo	17.0	35.7	23.4	24.8	15.9	41.8	20.7
Crack	22.7	24.6	23.4	23.9	20.6	29.1	17.5
Metanfetaminas	4.3	7.6	6.9	5.0	4.8	10.1	12.0
Éxtasis	2.1	6.7	2.1	4.6	1.6	10.1	4.1
Benzodiacepinas	5.0	9.4	3.4	8.0	3.2	13.3	5.1
Alucinógenos	7.1	14.3	8.3	9.2	4.0	21.5	15.2
Heroína	0.0	0.4	0.7	0.0	0.0	1.3	0.5

FUENTE: Recuperada de “Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento. Segundo semestre del 2015”, A. Gutiérrez, 2016, México: Centros de Integración Juvenil.

En relación con el consumo reciente, en el último mes (tabla 12), la mariguana se posicionó como la droga de mayor uso entre la población atendida, con porcentajes que oscilaron entre 42 % (Ecatepec) y 63.6 % (Toluca). El segundo puesto lo ocuparon los inhalables con porcentajes de uso que variaron de 11.6 % (Ecatepec) a 25.2 % (Nezahualcóyotl). El tercer lugar lo ocupó el *crack* en Chalco, Naucalpan, Nezahualcóyotl y Texcoco; mientras que, entre los pacientes atendidos en las unidades de Tlalnepantla y Toluca, el tercer sitio lo compartieron el *crack* y la cocaína en polvo.

TABLA 12.

CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS ILÍCITAS DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA DEL CIJ EN EL ESTADO DE MÉXICO, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (%)

	CHALCO	ECATEPEC	NAUCALPAN	NEZAHUALCÓYOTL	TEXCOCO	TLALNEPANTLA	TOLUCA
Mariguana	61.0	42.0	54.5	48.7	61.1	59.5	63.6
Inhalables	18.4	11.6	21.4	25.2	12.7	18.4	17.5
Cocaína en polvo	2.1	6.7	9.0	2.9	3.2	7.0	4.1
<i>Crack</i>	8.5	4.9	13.1	12.2	5.6	7.0	4.1
Metanfetaminas	0.7	0.9	1.4	0.4	0.0	1.9	4.1
Éxtasis	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.6	1.8
Benzodiacepinas	1.4	2.7	2.1	2.9	2.4	3.8	1.4
Alucinógenos	1.4	2.2	2.8	0.0	0.8	6.3	3.2
Heroína	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5

FUENTE: Recuperada de “Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento. Segundo semestre del 2015”, A. Gutiérrez, 2016, México: Centros de Integración Juvenil.

Por último, en relación con las drogas que motivaron la búsqueda de tratamiento (drogas de mayor impacto), la mariguana ocupó, por mucho, el primer sitio; en tanto que los inhalables figuraron en el segundo puesto entre la población atendida en Chalco, Naucalpan y Nezahualcóyotl (figura 7).

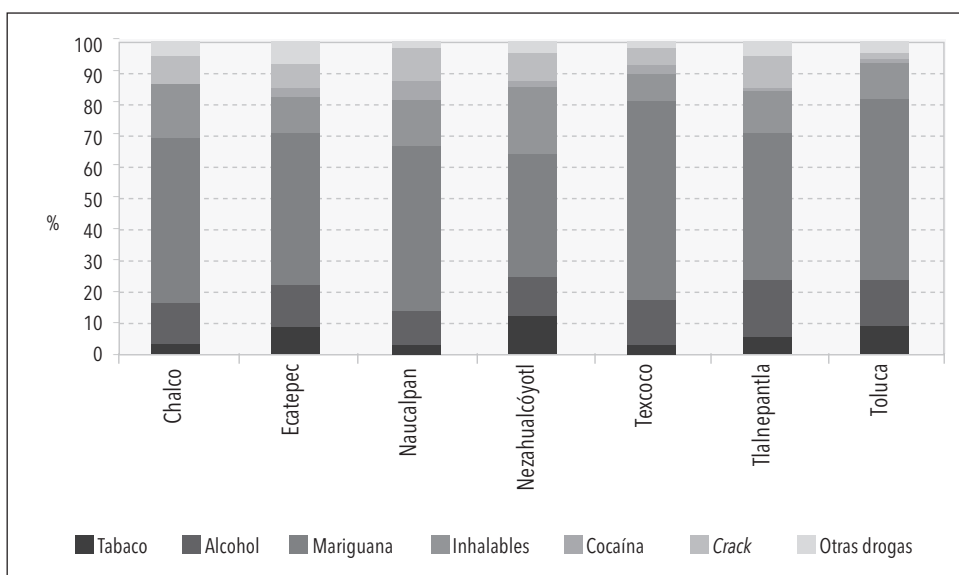


FIGURA 7. Drogas de mayor impacto entre los usuarios de drogas ilícitas de primer ingreso en tratamiento en unidades de consulta externa del CIJ en el Estado de México, durante el segundo semestre de 2015. Adaptada de “Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento. Segundo semestre del 2015”, A. Gutiérrez, 2016, México: Centros de Integración Juvenil.

Conclusiones

No obstante que México registra tasas de uso de drogas menores a las observadas en otros sitios del mundo y del propio continente americano, la información disponible indica claras tendencias de aumento, en frecuencia y complejidad, tanto en el nivel nacional como en el Estado de México.

En primer lugar, debe señalarse un alto nivel de consumo de marihuana en la población en general, estudiantes (hombres y mujeres) y usuarios de drogas solicitantes de tratamiento. Esta droga destaca, incluso, en diversos indicadores de crecimiento, de manera que, en el caso de los usuarios de drogas atendidos en los CIJ, ha llegado a desplazar al tabaco y al alcohol del primer sitio de consumo alguna vez en la vida.

Además, debe enfatizarse en las diferencias entre lo registrado en el nivel nacional y el Estado de México y las encuestas poblacionales reportadas. En este sentido, sobresale que el consumo de drogas entre la población de 12 a 65 años de la región Centro, donde se encuentra ubicado el Estado de México, es menor al promedio nacional; mientras que los índices registrados entre la población estudiantil del Estado de México son mayores a los observados en el país.

Es importante destacar a los hombres y los jóvenes, en general, como los grupos de más alto riesgo; sin obviar el aumento registrado en el consumo de sustancias entre la población de 18 a 34 años del Estado de México y la existencia de un probable aumento del problema entre las mujeres jóvenes.

Por último, la diversidad observada entre los usuarios de drogas que han buscado tratamiento en las unidades de consulta externa de los CIJ en el Estado de México da cuenta de la prevalencia de las necesidades de atención diferenciadas. Puede destacarse, en particular, el caso de la unidad del CIJ en Tlalnepantla, cuya población en tratamiento refleja una mayor gravedad y complejidad del problema.

Referencias

- Centros de Integración Juvenil (2016). *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas*. Ciudad de México: CIJ, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.
- Gutiérrez, A. D. (2016a). *Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento. Segundo semestre del 2015*. [Informe de Investigación 16-01b]. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>
- Gutiérrez, A. D. (2016b). *Tendencias del consumo de drogas alguna vez en la vida en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-segundo semestre de 2015. Nivel nacional y entidades federativas*. [Informe de Investigación 16-01c]. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>
- Gutiérrez, A. D. (2016c). *Tendencias de las principales drogas de mayor impacto reportadas por los usuarios de drogas ilícitas en el año previo a la solicitud de tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-Segundo semestre de 2014. Nivel nacional y entidades federativas*. [Informe de Investigación 16-01g]. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Comisión Nacional contra las Adicciones y Secretaría de Salud (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: INPRFM, recuperado de: <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx>
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM, recuperado de: <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). *World Drug Report 2016*. Viena, Austria, recuperado de: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
- Organización de los Estados Americanos (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas, 2015*. Washington, EUA: Organización de los Estados Americanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Observatorio Interamericano de Drogas.

CAPÍTULO II

Estudio diagnóstico del consumo de drogas y su contexto en seis municipios del Estado de México (estudio básico de comunidad objetivo)

JOSÉ LUIS CHACÓN MORENO
CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES

Introducción

Las características demográficas, sociales y económicas prevaletentes inciden en las condiciones de vida de la población y en la configuración de factores estructurales que influyen, en última instancia, en la distribución y las tendencias de uso de sustancias.

El presente capítulo integra los principales hallazgos del Estudio Básico de Comunidad Objetivo, elaborado bajo la coordinación de la Subdirección de Investigación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en las seis unidades operativas correspondientes a los municipios del Estado de México: Ecatepec, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Texcoco, Tlalnepantla y Toluca.

Estructura y dinámica poblacional

El total de la población nacional, según estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015, se encuentra por arriba de los 119.5 millones de habitantes, de los cuales 48.6% son hombres y 51.4%, mujeres, lo que representa una razón hombres: mujeres de 0.94 (tabla 1). La población del Estado de México comprende cerca de 16.2 millones de personas, 48.4% hombres y 51.6% mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015a).

En los municipios estudiados, la mayor concentración poblacional se encuentra en Ecatepec, con más de 800 mil habitantes; seguido por Nezahualcóyotl, con cerca de medio millón, y Naucalpan y Toluca, con más de 400 mil cada uno, como se puede observar en la tabla 1 (INEGI, 2015a).

TABLA I.
TOTAL DE POBLACIÓN EN EL ESTADO Y LOS MUNICIPIOS ESTUDIADOS

	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES		MUJERES		RAZÓN H:M
		N	%	N	%	
Nacional	119'530,753	58'056,133	48.57	61'474,620	51.43	0.94
Estado de México	16'187,608	7'834,068	48.40	8'353,540	51.60	0.94
Ecatepec	1'677,678	814,477	48.55	863,201	51.45	0.94
Naucalpan	844,219	407,294	48.25	436,925	51.75	0.93
Nezahualcóyotl	1'039,867	497,348	47.83	542,519	52.17	0.92
Texcoco	240,749	113,917	47.32	126,832	52.68	0.90
Tlalnepantla	700,734	337,076	48.10	363,658	51.90	0.93
Toluca	873,536	418,527	47.91	455,009	52.09	0.92

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos—Población.*

Como puede apreciarse en la tabla 2, la población menor de 10 años en el Estado de México representa 17.3%, y la que se encuentra entre los 10 y 24 años asciende a 27%. En los municipios estudiados se observan porcentajes similares: cerca de una cuarta parte de la población se encuentra entre los 10 y 24 años y está en situación de alto riesgo de consumo de drogas, conforme lo sugieren los porcentajes reportados en la tabla 2. Por otra parte, tanto en el estado como en los municipios, la población de entre 20 y 39 años representa alrededor de 32%, (INEGI, 2015a). Este volumen resulta importante si se considera que la población de 18 a 34 años de edad presenta la mayor prevalencia de uso de sustancias (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

TABLA 2.
RANGOS DE EDAD EN RIESGO, EXPRESADOS EN PORCENTAJES

POBLACIÓN			
	Menor a 10 años	Entre 10 y 24 años	Entre 25 y 39 años
Nacional	18.01	27.33	22.41
Estado de México	17.26	27.01	23.32
Ecatepec	15.14	25.67	23.44
Naucalpan	15.14	24.57	23.52
Nezahualcóyotl	14.03	24.73	23.02
Texcoco	15.73	24.87	25.56
Tlalnepantla	13.43	23.56	22.65
Toluca	17.61	27.30	23.58

FUENTE: INEGI (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos-Población.*

De acuerdo con el INEGI, la tasa media de crecimiento anual entre 2000 y 2010, a nivel nacional y en el Estado de México, fue de 1.4. En 2015, la tasa global de fecundidad alcanzó, tanto a nivel nacional como estatal, 2.2, cifra ligeramente arriba de la registrada en 2010 (2.1 nacional y 2.0 estatal). Por otro lado, la tasa bruta de mortalidad estimada a nivel estatal en 2015 fue de 5.0, cifra menor a la nacional (5.7); la tasa de mortalidad infantil se ubicó en 12.7, resultando superior a la nacional de 10.8 (tabla 3).

TABLA 3.
MÉXICO Y ESTADO DE MÉXICO, TASAS POBLACIONALES 2015

Tasas		
	Nacional	Estatad
Global de fecundidad ^{1, a}	2.2	2.2
Bruta de natalidad ^{2, b}	18.5	18.3
Bruta de mortalidad ^{3, c}	5.7	5.0
Mortalidad infantil ^{4, d}	10.8	12.7

NOTAS: ¹ Nacidos vivos por cada 1,000 mujeres. ² Nacidos vivos por cada 1,000 habitantes. ³ Defunciones por cada 1,000 habitantes. ⁴ Defunciones de menores de un año de edad por cada 1,000 nacidos vivos.

FUENTES: ^a Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2015a). ^{b y c} CONAPO (2015b). ^d CONAPO (2015c).

Las condiciones materiales de vida, definidas en función de la valoración cualitativa de la urbanización, los servicios públicos, las edificaciones, la inseguridad pública y la zona ambiental fueron la base para clasificar a las colonias que integran los municipios de interés en este estudio en cuatro estratos: bajo, medio bajo, medio alto y alto. En esta evaluación se consideraron aspectos como la pavimentación, la disposición y calidad de agua potable, la existencia de alcantarillado y drenaje, presencia y suficiencia de alumbrado público, acceso y calidad de los servicios de salud, culturales y recreativos, calidad y condiciones de las edificaciones, presencia y condiciones de áreas verdes y de esparcimiento, así como la percepción de peligrosidad de los espacios públicos. Esta categorización se efectuó mediante la aplicación de una cédula de estratificación diseñada *ex profeso*, a partir de un registro observacional directo realizado mediante recorridos de zona.

Los municipios estudiados comprenden un total de 1,213 colonias, de las cuales 53.7% califica como estrato medio-bajo y 22.7% bajo; 18.8% como medio-alto y sólo 4.8% alto (tabla 4). Con esta enunciación se comprende que casi 80% de las colonias concentradas en estos municipios presenta condiciones de urbanización y de servicios públicos deficientes. Ecatepec presenta las condiciones más desfavorables, pues 94.7% de las colonias que lo integran pertenece al estrato bajo o medio bajo. Por el contrario, Naucalpan, Nezahualcóyotl y Texcoco presentarían en general, según la valoración realizada, mejores condiciones de vida.

TABLA 4.
COLONIAS ESTRATIFICADAS EN EL ESTADO DE MÉXICO

MUNICIPIO	COLONIAS	ESTRATO SOCIO-URBANO							
		BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ecatepec	496	219	44.15	251	50.60	25	5.04	1	0.20
Naucalpan	270	18	6.67	153	56.67	74	27.41	25	9.26
Nezahualcóyotl	56	0	0.00	22	39.29	34	60.71	0	0.00
Texcoco	89	16	17.98	37	41.57	27	30.34	9	10.11
Tlalnepantla	264	22	8.33	160	60.61	59	22.35	23	8.71
Toluca	38	0	0.00	29	76.32	9	23.68	0	0.00
Total	1,213	275	22.67	652	53.75	228	18.80	58	4.78

FUENTE: Centros de Integración Juvenil (2013).

Vivienda y hogares

Como se puede apreciar en la tabla 5, el Estado de México cuenta con más de cuatro millones de hogares y poco más de uno de cada cuatro está dirigido por una mujer (27.79%). Esta proporción es relativamente homogénea en los municipios en estudio; no obstante, Nezahualcóyotl (32.86%), Tlalnepantla (31.80%) y Naucalpan (30.31%) tienen los porcentajes más altos de hogares en esta condición; por el contrario, Texcoco y Toluca presentan los más bajos (26.05 y 26.10%, respectivamente).

TABLA 5.
HOGARES CON JEFATURA FEMENINA O MASCULINA

ESTADO Y MUNICIPIOS	HOGARES				
	TOTAL	CON JEFATURA FEMENINA		CON JEFATURA MASCULINA	
		N	%	N	%
Estado de México	4'168,206	1'158,268	27.79	3'009,938	72.21
Ecatepec	436,963	124,553	28.50	312,410	71.50
Naucalpan	231,174	70,079	30.31	161,095	69.69
Nezahualcóyotl	280,391	92,135	32.86	188,256	67.14
Texcoco	61,978	16,147	26.05	45,831	73.95
Tlalnepantla	198,653	63,175	31.80	135,478	68.20
Toluca	218,639	57,070	26.10	161,569	73.90

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos-Hogares.*

Educación

En cuanto al nivel educativo prevaleciente en el Estado de México, la Encuesta Intercensal señala que más de 80% de la población de entre 3 y 17 años asiste a la escuela (tabla 6). En el caso de los municipios considerados en el estudio, el porcentaje de población de entre tres y 14 años que asiste a la escuela alcanza alrededor de 90%, y la que se encuentra entre los 15 y los 17 años, 85% en promedio (INEGI, 2015a).

TABLA 6.
POBLACIÓN EN EDAD ESCOLAR QUE ASISTE A LA ESCUELA

LOCALIDAD	POBLACIÓN			
	ENTRE 3 Y 14 AÑOS		ENTRE 15 Y 17 AÑOS	
	N	ASISTENTE %	N	ASISTENTE %
Estado de México	3'514,752	88.25	854,057	77.01
Ecatepec	323,257	88.55	84,360	81.71
Naucalpan	159,773	88.38	38,600	75.70
Nezahualcóyotl	190,018	89.98	49,318	83.59
Texcoco	49,837	90.90	12,636	86.78
Tlalnepantla	119,211	89.54	31,480	82.39
Toluca	191,034	89.16	45,944	79.54

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos-Educación.*

Como puede apreciarse en la tabla 7, en Nezahualcóyotl, Ecatepec y Texcoco, más de la cuarta parte de la población de 15 años en adelante cuenta con al menos algún estudio de educación media superior (28.60, 28.52 y 27.89%, respectivamente), mientras que alrededor de 25.00% de la población de Naucalpan, Toluca y Tlalnepantla presenta este nivel de instrucción, lo que coincide con el porcentaje estatal (24.99%).

Considerando este panorama, sería recomendable realizar las tareas de prevención a nivel secundaria en el Estado de México. En los municipios de Nezahualcóyotl, Ecatepec y Texcoco se podría acceder hasta al nivel medio superior y superior con estrategias preventivas acordes con los rangos de edad de los estudiantes. El nivel de escolaridad en estos municipios es alto en relación con las cifras estatales totales, lo que podría ser un factor protector ante el consumo de drogas, en conjunción con el estilo de organización familiar, entendido éste como estructura contenedora ante la problemática adictiva (NIDA, 2003).

TABLA 7.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS CON ALGÚN GRADO
DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR O ESTUDIOS POSTERIORES

ESTADO Y MUNICIPIOS	POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS	PORCENTAJE CON ALGÚN GRADO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR O ESTUDIOS POSTERIORES ¹
Estado de México	11'882,755	24.99
Ecatepec	1'284,029	28.52
Naucalpan	648,734	23.37
Nezahualcóyotl	809,589	28.60
Texcoco	181,958	27.89
Tlalnepantla	554,695	25.69
Toluca	640,129	23.30

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos-Educación.*

¹ Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria, bachillerato (general o tecnológico) o normal básica.

Salud

La esperanza de vida en el estado se ubicó en 75.2 años, 72.8 para los hombres y 77.8 para las mujeres, datos que se encuentran por encima de los nacionales: 74.9, 72.3 y 77.7, respectivamente (tabla 8).

TABLA 8.
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO POR ENTIDAD FEDERATIVA Y SEXO (2015)

	ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS	
	NACIONAL	ESTADO DE MÉXICO
Total	74.9	75.2
Hombres	72.3	72.8
Mujeres	77.7	77.8

FUENTE: CONAPO (2015c). *Proyecciones de la población 2010-2050.*

Entre las principales causas de mortalidad a nivel nacional se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes *mellitus*, los tumores malignos, los accidentes de tráfico de vehículos de motor y las enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado). En el Estado de México prevalecen las mismas, pero en un orden distinto. Por ejemplo, los accidentes ocupan el quinto lugar y las enfermedades del hígado, el cuarto. Este último padecimiento podría estar relacionado con el consumo de alcohol en México (tabla 9).

TABLA 9.
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, 2014

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE	
NACIONAL	ESTADO DE MÉXICO
Enfermedades del corazón ¹ Enfermedades isquémicas del corazón	Diabetes <i>mellitus</i>
Diabetes <i>mellitus</i>	Enfermedades del corazón ¹ Enfermedades isquémicas del corazón
Tumores malignos	Tumores malignos
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	Enfermedades del hígado Enfermedad alcohólica del hígado
Enfermedades del hígado Enfermedad alcohólica del hígado	Accidentes de tráfico de vehículos de motor

NOTA: ¹ Excluye paro cardíaco.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015c). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados predefinidos.*

La primera y la segunda causas de mortalidad infantil coinciden en los niveles nacional y estatal (tabla 10). En primer lugar, se encuentran ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios), y en el segundo, las malformaciones congénitas, las deformidades y las anomalías cromosómicas (malformaciones congénitas del sistema circulatorio). En tercer lugar nacional, aparece la neumonía y la influenza, seguidas por los accidentes; a nivel estatal, el orden de las causas se invierte: los accidentes ocupan el tercer lugar y la neumonía e influenza, el cuarto. El quinto lugar, nacional y estatal, está ocupado por las enfermedades infecciosas intestinales.

TABLA 10.
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, 2014

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL	
NACIONAL	ESTADO DE MÉXICO
Afecciones originadas en el periodo perinatal. ¹ Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal.	Afecciones originadas en el periodo perinatal. ¹ Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal.
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Malformaciones congénitas del sistema circulatorio.	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Malformaciones congénitas del sistema circulatorio.
Influenza y neumonía.	Accidentes.
Accidentes.	Influenza y neumonía.
Enfermedades infecciosas intestinales.	Enfermedades infecciosas intestinales.

NOTA: ¹ Incluye tétanos neonatal.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados predefinidos.*

La derechohabiencia en el Estado de México cubre a 78.69% de las personas: 48.17% en el Seguro Popular y 37.80% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Toluca presenta el mayor volumen de derechohabientes, con 83.81%; los demás municipios se encuentran entre 73.49 y 79.62%. De manera más específica, Nezahualcóyotl, Texcoco y Toluca presentan más de 40% de afiliados al Seguro Popular, al tiempo que el IMSS tiene más de 50.00% de derechohabientes en Ecatepec y Tlalnepantla, y 49.17% en Naucalpan (tabla 11).

TABLA I I.
DERECHOHABIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ESTADO Y MUNICIPIOS	POBLACIÓN <i>N</i>	DERECHOHABIENTES %	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
Estado de México	16'187,608	78.69	Seguro Popular (48.17%) IMSS (37.80%)
Ecatepec	1'677,678	73.49	IMSS (51.48%) Seguro Popular (34.23%)
Naucalpan	844,219	77.64	IMSS (49.17%) Seguro Popular (27.81%)
Nezahualcóyotl	1'039,867	73.93	IMSS (41.31%) Seguro Popular (40.90%)
Texcoco	240,749	75.51	Seguro Popular (41.15%) IMSS (30.58%)
Tlalnepantla	700,734	79.62	IMSS (57.50%) Seguro Popular (28.29%)
Toluca	873,536	83.81	Seguro Popular (43.73%) IMSS (38.67%)

NOTA: La suma de la población afiliada a las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total, debido a las personas que están afiliadas en más de una institución de salud.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos-Servicios de Salud.*

Economía

A nivel nacional, la tasa total de Participación Económica (PE) es de 50.26%, 68.48% en el caso de los hombres y 33.46% de las mujeres. Estos porcentajes son menores que los presentados por el Estado de México y los municipios del presente estudio (tabla I 2). La PE en la entidad alcanza a 50.91% de la Población Económicamente Activa (PEA), con aportación mayoritariamente masculina: 69.71% de los hombres y 33.70% de las mujeres. La PE en los municipios considerados en el estudio rebasa por dos y casi tres puntos (Nezahualcóyotl, 52.94%) a la PE estatal, mientras que la participación femenina alcanza casi 40.00% los municipios de Nezahualcóyotl (38.22%) y Tlalnepantla (38.21%).

TABLA 12.
TASAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA

	POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS	TOTAL	PEA (%)	
			HOMBRES	MUJERES
Nacional	93'506,107	50.26	68.48	33.46
Estado de México	12'782,203	50.91	69.71	33.70
Ecatepec	1'367,194	51.31	69.95	34.05
Naucalpan	689,910	52.57	69.57	37.12
Nezahualcóyotl	860,216	52.94	69.39	38.22
Texcoco	194,063	51.75	69.52	35.69
Tlalnepantla	585,328	52.36	68.01	38.21
Toluca	689,423	52.26	70.62	35.74

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos- Características económicas.*

De la población que labora en el Estado de México, 35.28% percibe, a lo sumo, dos salarios mínimos. En esta situación se encuentran los municipios de Ecatepec (36.55%), Nezahualcóyotl (32.14%), Texcoco (32.71%) y Toluca (30.68%). Menos de un tercio de la población ocupada de Naucalpan (29.25%) y Tlalnepantla (28.81%) percibe aproximadamente los mismos niveles salariales (tabla 13).

TABLA 13.
NIVELES DE INGRESO

ESTADO Y MUNICIPIOS	POBLACIÓN QUE PERCIBE HASTA DOS SALARIOS MÍNIMOS (%)
Estado de México	35.28
Ecatepec	36.55
Naucalpan	29.25
Nezahualcóyotl	32.14
Texcoco	32.71
Tlalnepantla	28.81
Toluca	30.68

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.*

La tasa total de desocupación en el Estado de México en el primer trimestre del 2016 era de 4.8% de la población en edad económicamente activa (5% de los hombres y 4.6% de las mujeres) (INEGI, 2016).

Percepción sobre seguridad pública

Según la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2015, 58% de la población de 18 años y más considera que la inseguridad y la delincuencia son los problemas que más aquejan a su entidad federativa, seguido del desempleo (44.1%) y el aumento de precios (33.2%). En el mismo sentido, en 2015, 73.2% de la población de 18 años y más consideró que vivir en su estado era inseguro a consecuencia de la delincuencia, cifra estadísticamente equivalente a la estimada en 2014.

La encuesta exploró la percepción de la población respecto a la inseguridad pública, considerando factores como: la tasa de víctimas, defunciones por homicidio, delitos de extorsión y aquéllos cometidos con portación de arma por cada 100 mil habitantes. La percepción de inseguridad en el Estado de México alcanzó 90.6%. Vale la pena mencionar que este porcentaje fue el más alto registrado en el país (INEGI, 2015b).

Observaciones

Existen indicadores demográficos, sociales, de salud, económicos, de inseguridad y de estrato socio-urbano que confieren características particulares al fenómeno de las adicciones en cada región, estado o municipio.

En el caso de los municipios considerados en el Estado de México, el acceso a la educación es amplio para la población de entre 3 y 17 años; sin embargo, este grupo puede estar expuesto al riesgo de consumo de drogas debido al ofrecimiento o la adquisición de sustancias –tanto vendidas como regaladas–, sobre todo entre los varones (ENA, 2011).

Las condiciones de acceso a la salud en la entidad son altas –gracias a la convergencia del IMSS y el Seguro Popular– y son mayores en la ciudad de Toluca, capital del estado. La esperanza de vida es más alta que en el resto del país, sin embargo, aunque la tasa de mortalidad es más baja, se recalca que la infantil es mayor.

Es importante observar el fenómeno social de disposición al consumo, pero a la vez considerar que, socialmente, se sigue contando con estructuras contenedoras de la problemática como la escuela y la familia. También debe tomarse en cuenta la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud presentes en la entidad.

Consumo de drogas en el Estado de México

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, en 2011, la región Centro, que es aquella en la que se localiza el Estado de México, registró una prevalencia de consumo de drogas ilegales y sustancias con uso médico utilizadas sin prescripción, alguna vez en la vida, de 6.6%.¹ El consumo se incrementó entre 2008 y 2011 en ambos sexos: de 8.4 a 10.6%, en el caso de los hombres y de 2.4 a 3.0%, en el de las mujeres, siendo la mariguana (5.2%) y la cocaína (2.4%) las de mayor consumo en 2011. Aunque, en general, el uso de sustancias aumentó, sobre todo entre las personas de 18 a 34 años de edad, destaca que el consumo durante el último mes se mantuvo estable.

La encuesta de estudiantes levantada en 2014 encontró que, en el Estado de México, 21.1% de los estudiantes de secundaria y bachillerato había consumido drogas alguna vez en la vida (incluyendo ilegales y sustancias con utilidad médica) y 15.6% en el último año. Las más usuales fueron la mariguana, los inhalables y la cocaína.

La encuesta también dio cuenta del consumo de sustancias entre estudiantes de quinto y sexto grados de primaria en la entidad: 2.4% reportó haberla consumido alguna vez en la vida, 2.1% en el último año y 1.5% en el último mes. Las de mayor consumo fueron la mariguana y los inhalables.

Durante el segundo semestre de 2015, las unidades de tratamiento de los CIJ en la entidad recibieron un total de 1,363 pacientes usuarios de drogas ilegales entre los 21 y los 22 años, en su mayoría hombres. La sustancia de mayor uso fue la mariguana, cuyo uso pasó de 72.7% en 2011, a 88.8% en el segundo semestre de 2015, con lo que superó incluso al tabaco y al alcohol. La segunda droga más reportada fueron los inhalables (40.6%), seguidos de la cocaína (28.1%). También se registró consumo de *crack*, metanfetaminas, alucinógenos y éxtasis, así como un importante descenso en el uso de benzodiacepinas (de 18.2% en 2011, a 8.4% en la segunda mitad del 2015).

Los pacientes atendidos en las unidades operativas del Estado de México refirieron haberse iniciado en el consumo de drogas ilegales entre los 15.4 (Ecatepec) y los 16.7 años (Texcoco). El inicio en el consumo de tabaco se situó en 14 años (Chalco) y el de alcohol en 13.8 años (Tlalnepantla). Los CIJ de Naucalpan y Toluca recibieron la mayor cantidad de hombres; en tanto que los pacientes de menor edad se registraron en Texcoco (20.1 años) y los de mayor edad en Ecatepec (22.4 años).

La mariguana se reportó como la principal droga de inicio en todos los CIJ del Estado de México: de 62.8% en Naucalpan, a 84.9% en Texcoco. Los inhalables como droga de inicio se encontraron en 6.3% de los casos atendidos en Texcoco y en 18.6% de los de Naucalpan. En esta última unidad, 10.3% de la población recibida en tratamiento informó que se inició en el uso de drogas ilícitas con la cocaína.

¹ Todos los datos referidos en este apartado pueden consultarse a detalle en el capítulo “Epidemiología del consumo de drogas ilícitas. Contexto mundial, nacional y Estado de México”.

Los porcentajes más altos de consumo alguna vez en la vida revelaron que la cocaína fue la sustancia más consumida en Tlalnepantla; mientras que en Ecatepec fue la mariguana; los inhalables en Nezahualcóyotl, y las metanfetaminas en Toluca.

En cuanto al consumo actual, en el último mes, la mariguana fue la principal droga consumida en Ecatepec (42.0%) y Toluca (63.6%); en tanto que el segundo lugar lo ocuparon los inhalables en Ecatepec (11.6%) y Nezahualcóyotl (25.2%). El tercer lugar lo obtuvo el *crack* en Chalco, Naucalpan, Nezahualcóyotl y Texcoco; mientras que en Tlalnepantla y Toluca el sitio fue compartido con la cocaína en polvo. La búsqueda de tratamiento respondió a los efectos de la mariguana, principalmente, y al de los inhalables, en segundo lugar, en los CIJ de Chalco, Naucalpan y Nezahualcóyotl.

Respuesta Social Organizada en el Estado de México

Conocer la capacidad de Respuesta Social Organizada (RSO) frente al uso de drogas en los municipios que cuentan con una unidad de los CIJ constituye un elemento sustantivo para el diagnóstico del problema.

Esta sección contiene información sobre políticas, estrategias, acciones y programas contra el uso de drogas en que participan instituciones y organizaciones que atienden el problema en la región. Favorece la identificación de necesidades y la caracterización de campos de oportunidad para la conformación de redes de colaboración intersectorial e interinstitucional en las que la participación de los CIJ resulta relevante, pero donde los sectores salud, educativo y social son los más representativos en cuanto a la intervención y la colaboración para la planeación y aplicación de los servicios institucionales.

Dentro de la RSO del Estado de México, el modelo para la atención de adicciones implementado por los CIJ ha abonado a la identificación de posibles medios o alternativas para la atención y la solución del consumo de drogas. Los programas de los CIJ encaminados a la prevención se han apoyado en convenios nacionales y locales, con la participación directa de la comunidad y de instituciones del sector educativo, laboral y de salud. La participación de los CIJ como parte de la RSO, le ha valido el reconocimiento como instancia seria y profesional para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en el consumo de drogas.

La labor de los CIJ y de otras organizaciones se ha materializado en la instrumentación de programas dedicados a la atención de las adicciones en las localidades, así como en la identificación de problemas y condiciones que favorecen el consumo.

La tabla 14 presenta algunas de las instituciones que encaran el problema de las adicciones, cuentan con un alcance significativo y una fuerte presencia comunitaria y garantizan la calidad de sus servicios. La información fue obtenida mediante la revisión de fuentes documentales, así como por entrevistas realizadas a representantes de las instituciones y programas identificados en municipios ubicados en el Estado de México, donde los CIJ tienen unidades de atención.

TABLA 14.
INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES QUE ATIENDEN EL PROBLEMA
DE LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE MÉXICO

22ª Zona Militar	Dirección de Seguridad Pública y Tránsito Municipal	Procuraduría General de la República en el Estado de México
AL-ANON		Radio y Televisión Mexiquense
ALATEEN	Dirección General de Desarrollo Social	Red Universitaria compuesta por 15 universidades locales, con las cuales se realizan jornadas preventivas y actividades conjuntas
Alcohólicos Anónimos	Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM	Regiduría de Seguridad Pública
Alcohólicos Anónimos	Familias Anónimas	Regulación del Comercio de Toluca
Alcohólicos Anónimos	Grupos de Autoayuda Alcohólicos Anónimos	Salubridad
Alcohólicos Anónimos	Instituto de la Juventud del Municipio de Tlalnepantla	Secretaría de Agricultura, Ganadería
Ayuntamiento de Toluca	Instituto de Prevención del Delito	Secretaría de Comunicaciones del Gobierno del Estado de México
Cámara Nacional de Comercio	Instituto de Salud del Estado de México (Coordinación de Regulación Sanitaria y Salud Mental)	Secretaría de Desarrollo Agropecuario
Casas de Asistencia a Drogadictos	Instituto de Seguridad Social del Estado y Municipios	Secretaría de Educación Pública Estatal y Servicios Educativos Integrados al Estado de México
Centro de Prevención del Delito	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Secretaría de Seguridad Ciudadana
Centro Municipal de Atención a las Adicciones	Instituto del Transporte	Servicios Educativos Integrados al Estado de México
Centros de Atención Primaria en Adicciones	Instituto Materno-Infantil del Estado de México	Servicios Educativos Integrados al Estado de México en primarias y secundarias
Centros de Atención Primaria en Adicciones	Instituto Mexicano del Seguro Social	Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia en Toluca
Centros de Atención Primaria en Adicciones	Instituto Mexicano del Seguro Social	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Municipal
Centros de Atención Primaria en Adicciones	Instituto Mexicano del Seguro Social	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Municipal
Centros de Atención Primaria en Adicciones	Instituto Mexiquense contra las Adicciones	Tecnológico de Estudios Superiores de Ecatepec
Centros de Salud	Instituto Mexiquense de Cultura Física y Deporte	Trabajo de Preceptorías en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica
Club Rotario		
Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México		
Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México		

TABLA 14.
(Continuación)

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	Instituto Mexiquense de la Juventud	Unidad Mixta de Atención al Narcomenudeo
Comité de Educación y Salud del Municipio de Ecatepec	Instituto Municipal de la Juventud	Unidades Médicas Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social
Comité Estatal contra las Adicciones	Instituto Texcocano de la Mujer Asociación civil “Te damos tres, para dejar de fumar”	Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM)
Consejo Estatal contra las Adicciones	Jurisdicción Sanitaria	Universidad Estatal del Valle de Ecatepec
Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social	Jurisdicción Sanitaria y Centros de Salud del Municipio	Universidad Tecnológica de México
Consejo Estatal de Población	JUVENIMSS	
Consejo Municipal de la Mujer	Neuróticos Anónimos	
Cruz Roja Mexicana de Naucalpan	Preceptoría Juvenil	
Departamento de Atención a la Juventud Municipal	Prevención de las Adicciones del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (PREADIC)	
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación	PREVENIMSS	
Dirección de Prevención y Readaptación Social	Procuraduría General de Justicia del Estado de México	
Dirección de Seguridad Pública		

FUENTE: Elaboración propia con base en diversas fuentes documentales y entrevistas.

La labor de las diferentes instituciones se orienta, en general, a la prevención y el tratamiento del uso de sustancias; sin embargo, adquiere características y funciones propias en cada municipio, donde se materializa en programas de atención dirigidos a los diferentes estratos poblacionales.

Por otra parte, los programas, las campañas y, en general, las actividades de prevención y tratamiento del uso de drogas que desempeñan los organismos antes mencionados que atienden la problemática del consumo de drogas en las áreas de influencia de los CIJ considerados en el estudio, se dirigen sobre todo a la población infantil, adolescente y de adultos jóvenes, con edades entre los 10 y 25 años, que se encuentran –por lo regular– en instituciones educativas de nivel básico, medio y medio superior. Esto no quiere decir que los demás rangos etarios no sean atendidos, sino que las actividades se focalizan en las edades en las que se suele presentar el inicio del consumo. Además, las estrategias preventivas y de tratamiento tienen en cuenta no sólo al consumidor en solitario; al contrario, consideran a la familia en su conformación y dinámica relacional, particularmente la presencia y la función de los padres (tabla 15).

TABLA 15.

PROGRAMAS INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN AL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES
EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO CON UNIDADES OPERATIVAS DE LOS
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Ecatepec

- Programas de atención ciudadana en materia de seguridad comunitaria y prevención de adicciones, aplicados en escuelas primarias y secundarias y en la comunidad.
- Bajo el rubro de promoción de la salud se trabaja programas de prevención de adicciones y canalización de consumidores de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Tratamiento para dejar de fumar, enfocado en pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Programa de salud mental y adicciones del Instituto de Salud del Estado de México.
- Programa “Escuela y Comunidad Seguras”.

Naucalpan

- Programa “Edificios libres de humo de tabaco”, aplicado en las escuelas primarias.
- Programas específicos enfocados en las adicciones.
- Programa “Prevención de adicciones”, que incluye prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- Programa “preadic”, realizado por el DIF municipal: organiza actividades preventivas, de tratamiento en consulta y de reducción de daños.
- Programa “DARE, Educación para Resistir el Abuso de Drogas”.
- Programa “Jóvenes naucalpenses”.
- Doce pasos de Alcohólicos Anónimos.

Nezahualcóyotl

- Programa de áreas libres de humo de tabaco.
- Programas de autoayuda.
- Programas de educación para la salud.

Texcoco

- Espacios libres de humo de tabaco.
- Prevención de violencia y adicciones.
- Operación mochila.
- Programa de cuidado de la salud, orientado a evitar la enfermedad e identificar el consumo de sustancias. Permite la canalización de casos a instituciones que atienden el problema.
- Prevención universal, selectiva e indicada.
- Programa permanente de “Escuelas seguras (operación mochila)”.
- Programa de atención a adultos en plenitud.

TABLA 15.
(Continuación)

Tlalnepantla

- ♦ Espacios libres de humo de tabaco.
- ♦ Programa de alcoholímetro.

Toluca

- ♦ Ley de Prevención y Protección de los No Fumadores del Estado de México.
- ♦ Plan Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.
- ♦ Antros seguros.
- ♦ Espacios libres de humo de tabaco.
- ♦ Plan de Salud del Estado de México.
- ♦ “Para Vivir Sin Adicciones”.
- ♦ Alianza de Mujeres contra las Adicciones.
- ♦ Alianza de Jóvenes contra las Adicciones.

FUENTE: Elaboración propia con base en la información de diversas fuentes.

Con base en estas consideraciones, en el Estado de México se identifican actividades preventivas y de tratamiento como las siguientes:

TABLA 16.
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE TRATAMIENTO
EN LOS MUNICIPIOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

Ecatepec

- ♦ Tratamiento y rehabilitación orientados a la reducción del daño y de los riesgos asociados con el consumo de drogas, a partir de tratamientos grupales e individuales especializados por tipo de adicción, incluyendo al alcohol y el tabaco.
- ♦ En materia de prevención, aplicación de jornadas intensivas en escuelas primarias y secundarias.
- ♦ Campañas referentes a inhalables, repartición de folletos en áreas específicas en las que haya una gran afluencia de jóvenes.
- ♦ Comerciales en los medios de comunicación masiva, donde se hable del daño que ocasiona el consumo de sustancias.
- ♦ Vínculo con instituciones especializadas donde se realizan tratamientos específicos de adicciones como la Clínica 191 del IMSS.
- ♦ Labores de los cuerpos policiacos en proyectos de prevención. Pláticas preventivas sobre alcohol y tabaco en escuelas primarias y secundarias, proyección de películas y sociodramas.

TABLA 16.
(Continuación)

Naucalpan

- Campañas informativas y pláticas preventivo-educativas. En el área de tratamiento se aplica una intervención terapéutica con enfoque cognitivo-conductual, para identificar factores de riesgo y protección, en la que se incorpora la perspectiva de género.
- Prevención del abuso o dependencia del alcohol, el tabaco y otras drogas.
- Orientación psicológica y canalización sobre la adicción al tabaco, el alcohol y otras drogas.
- Conferencias en las que se abordan conceptos básicos sobre el tema y datos estadísticos. Información sobre daños y consecuencias acerca del uso y abuso de drogas; video debate y círculo de lectura.
- Admisión del alcoholismo: análisis de la personalidad y catarsis, reajuste de relaciones interpersonales y dependencia de un poder superior.
- Se establecen como estrategias la elaboración y publicación de carteles informativos sobre la prevención del consumo de sustancias, así como la repartición de diversos materiales informativos y la impartición de pláticas informativas dentro de las unidades médicas y en los diversos contextos sociales.
- Campañas como las del Día Internacional sin Tabaco o “Esta unidad está libre de humo”.
- Talleres *Chiquitims* (menores de 3 a 10 años) y *Juvenims* (adolescentes de 10 a 19 años).

Nezahualcóyotl

- Atención médica, psicológica y de hospitalización.
- Pláticas y cursos a nivel de prevención primaria; detección y canalización de pacientes a los CIJ para su atención en tratamiento.

Texcoco

- Pláticas y talleres de prevención universal.
- Terapia individual.

Tlalnepantla

- En colaboración con diversas organizaciones se realizan campañas preventivas y de atención para el consumo de tabaco y alcohol; participan empresas como Alpura, Albany y Coca-Cola; instituciones educativas como el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, el Colegio de Bachilleres, la Universidad Tecnológica de México y el Instituto Tecnológico de Tlalnepantla, además de primarias y secundarias de la Secretaría de Educación Pública; asociaciones civiles y de colonos. De manera adicional, el CIJ Tlalnepantla realiza jornadas periódicas de trabajo preventivo con la Secretaría de Seguridad Pública.

TABLA 16.
(Continuación)

Toluca	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel empresarial se alientan actividades de promoción de la salud, pláticas informativas, talleres de orientación y cursos de capacitación, así como clínicas para dejar de fumar y actividades terapéuticas diversas. • Semana Nacional de Información “Compartiendo Esfuerzos”. • Día Mundial sin Tabaco. • Día Internacional de Lucha contra el Uso Indevido y el Tráfico Ilícito de Drogas. • Campaña navideña por la moderación en el consumo de alcohol. • Campaña nacional de información para una nueva vida.
---------------	---

FUENTE: Elaboración propia con base en la información de diversas fuentes.

Pese a la cantidad de actividades preventivas y de tratamiento que las unidades realizan con diversas instituciones gubernamentales y comunitarias, durante el desarrollo del Estudio Básico de Comunidad Objetivo se ha constatado la escasa capacidad operativa por parte de diversas organizaciones, agravadas por situaciones como la falta de interés y presupuesto –tanto de los gobiernos municipales como de las autoridades– para la implementación de programas de atención en sus sectores. En algunos municipios se ha encontrado evidencia de la poca difusión realizada acerca de las instituciones que atienden el problema, así como de la carencia de información sobre las instancias a las que los pacientes podrían derivarse para recibir atención especializada.

La falta de conocimiento y de capacitación del personal de las diversas instituciones se encontró como una constante en el estado, situación agudizada por la alta rotación en el empleo y la inexistencia de una red consistente de relaciones interinstitucionales, dificultando la continuidad y el fortalecimiento de las acciones preventivas, de tratamiento y seguimiento.

El apoyo económico para la planificación de programas preventivos o de tratamiento es escaso; además, existe dificultad para sensibilizar a algunas instituciones de salud, educativas o laborales, lo que se conjunta con la poca cooperación o disposición de los usuarios de los servicios y los empleados.

Con excepción de los CIJ, se encontraron pocas instituciones en el estado que aporten un tratamiento adecuado de las adicciones y respondan a la creciente demanda, lo que lleva a los usuarios a buscar apoyo en lugares que no cuentan con el personal o la infraestructura apropiados y que no tienen la capacidad para hacer acompañamiento al usuario y su familia.

Necesidades y problemas vinculados con el consumo de sustancias

Las condiciones sociales subyacentes al problema de las adicciones en el Estado de México son de diversa índole. Así, la unidad de atención del CIJ en el municipio de Ecatepec, con base en su experiencia con la población local, advierte sobre la necesidad de contemplar en el entorno fenómenos como la violencia intrafamiliar, el ausentismo laboral, el robo, las conductas antisociales, el alcoholismo en la escuela y la deserción escolar.

Nezahualcóyotl pone el acento en problemáticas de otro orden. Aquí, parece indispensable ampliar la difusión de los servicios que prestan las instituciones especializadas en el tratamiento de las adicciones, implementar la capacitación en la materia y realizar prevención del problema en edades tempranas.

La unidad de atención del CIJ en Tlalnepantla se refiere al poco conocimiento que tienen las dependencias sobre lo que cada una hace frente al consumo de drogas, así como de los programas que cada una de ellas implementa y los resultados obtenidos.

A. Líneas de acción

Con base en las características del consumo de drogas y el contexto sociodemográfico prevalecientes en el área de influencia de las unidades consideradas en el Estado de México, pueden estimarse las oportunidades y amenazas al quehacer institucional en el estado, así como las fortalezas y debilidades de las unidades de los CIJ en cada localidad. De la misma manera, es posible comprender cómo se articulan éstos en la conformación de estrategias maestras acordes con las condiciones prevalecientes en los municipios implicados.

Sobre estas premisas se pueden formular propuestas de acción en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación, movilización y comunicación social para la atención de las adicciones en los diferentes municipios.

1. Prevención

Para fines de prevención del consumo de drogas, las unidades involucradas sugieren:

- Integrar y dar continuidad a los proyectos de Orientación Preventiva Infantil (OPI) y Brigada Antidrogas, para promover conductas y actitudes de autogestión que prevengan el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias, a través de la realización de actividades en el contexto escolar y familiar, en los planteles de educación primaria ubicados en las zonas de alto riesgo de atención prioritaria y en las clínicas del IMSS localizadas dentro del municipio.
- Establecer una programación para la aplicación sistemática de actividades de información y orientación que favorezcan el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas (asertividad, valores y actitudes prosociales, formulación de un proyecto de

vida y estrategias de afrontamiento para la toma de decisiones) en grupos seleccionados de estudiantes en situación de alto riesgo (los criterios de selección serán establecidos en conjunto con las autoridades escolares), en escuelas primarias y secundarias situadas en zonas de atención prioritaria.

- Alentar el desarrollo de promotores preventivos y la participación de voluntarios de servicio social que habiten en las comunidades de difícil acceso, a fin de que realicen acciones en ellas.
- Mantener las campañas informativas realizadas en las zonas escolares, tratando de generar un mayor impacto a corto plazo.
- Promover la realización de al menos dos cursos de orientación en las comunidades que hayan sido informadas.
- Desarrollar programas de prevención selectiva e indicada para un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales en las zonas de difícil acceso y alto riesgo.
- Finalmente, se sugiere la organización de actividades, junto con las autoridades educativas que permitan la articulación de programas institucionales y la aplicación de los que mantiene la Secretaría de Educación Pública a nivel local, para obtener la colaboración de maestros, alumnos y padres de familia en el retraso de la edad de inicio del consumo de drogas entre la población escolar.

II. Tratamiento y rehabilitación

Para estas instancias, las unidades implicadas proponen ampliar el esquema de atención a pacientes, a fin de incrementar el número de beneficiarios de los servicios de tratamiento institucional.

De igual manera, sugieren dar continuidad al programa *Centro de Día* y fomentar la adherencia terapéutica que permita integrar elementos cognitivos-conductuales a la rehabilitación y la reinserción social.

B. Recomendaciones

De manera general, en apoyo a las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación ya señaladas, sugieren:

- Establecer acuerdos o convenios de forma oral o escrita con autoridades para la instauración de diversos programas.
- Trabajar de manera coordinada con instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) IMSS, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM),

Alcohólicos Anónimos (AA) y asociaciones civiles como Young Men's Christian Association en su división México (YMCA) y Vida y Familia A.C. (VIFAC).

- Favorecer las oportunidades de reinserción laboral y educativa, y promover actividades socioculturales y deportivas, así como, junto con otras instituciones, apoyar a que el sector policiaco aplique su programa de prevención del delito.
- Promover programas de profesionalización y capacitación para el trabajo.
- Establecer vínculos cercanos entre los CIJ y las autoridades municipales para la promoción de los servicios de las unidades.
- Utilizar al personal voluntario para dar fluidez a las actividades antes mencionadas y procurar la promoción permanente de los CIJ en la comunidad, mediante *spots* publicitarios y visitas a las escuelas.
- Promover, en escuelas y universidades, la inclusión de temas de estudio vinculados con la salud e incidir en la organización de los padres de familia para conformar un frente contra las adicciones.
- Capacitar e informar a los padres de familia acerca de los lugares a los que pueden acudir o derivar a las personas con problemas de uso de sustancias (directorio de hospitales).

Referencias

- Centros de Integración Juvenil (2013). *Estudio Básico de Comunidad Objetivo 2013*. Recuperado de: www.cij.gob.mx/ebco2013/centros/9671RYLA.html
- Consejo Nacional de Población (2015a). *Estimaciones de la Población de México 1990-2010*. Recuperado de: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Consejo Nacional de Población (2015b). *Indicadores demográficos básicos 1990-2010*. Recuperado de: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Consejo Nacional de Población (2015c). *Proyecciones de la población 2010-2050*. Recuperado de: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015b). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2015*, Principales resultados.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015c). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados predefinidos*. Recuperado de: www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos*. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Indicadores de ocupación y empleo al primer trimestre de 2016*. Recuperado de: www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Recuperado de: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

National Institute on Drug Abuse-NIDA (2003, October 1). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents (In Brief)*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents-in-brief>

Conducta antisocial y delictiva en consumidores de alcohol y metanfetamina

SOLVEIG E. RODRÍGUEZ KURI
V. RAÚL GARCÍA AURRECOECHEA
JOSÉ LUIS ALBA ROBLES
CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES

Introducción

El costo social y económico que representan tanto el consumo de drogas como la conducta delictiva supone graves problemas de interés público prioritario. Ambos fenómenos y su todavía controvertida relación han sido objeto de investigación en diversos campos del conocimiento como la Criminología, la Medicina, la Sociología y la Psicología (Brunelle, Cousineau y Brochu, 2005; D'Amico, Edelen, Miles y Morral, 2008; Golder y Logan, 2014; Hirschi, 1984; Moral de la Rubia y Pacheco Sánchez, 2011). Numerosos estudios realizados desde la década de los años 1960 señalan una importante asociación estadística entre ambas conductas (Contreras, Molina y Cano, 2012; Golder y Logan, 2014; Huizinga y Elliott, 1984; Martínez, Banqueri y Lozano, 2012;). Sin embargo, la abundante evidencia empírica no ha sido capaz de establecer una clara relación causal entre ellas. No obstante, la tesis más extendida es la que señala que tanto la conducta delictiva como el consumo de drogas forman parte del mismo estilo de vida desviado (Alba y López-Latorre, 2006; Garrido y Redondo, 2013).

Así pues, a pesar de las evidencias que muestran que ni todos los individuos que usan drogas cometen delitos ni que todas las personas con antecedentes delictivos las consumen (Alba y Cuervo, 2014). Se ha generado una construcción y percepción social en la que consumo y delincuencia aparecen asociados de forma casi automática. Esta construcción social puede haberse originado porque son muchas las personas que han delinquido bajo los efectos de sustancias (López, Alba y Garrido, 2005; F. J. Rodríguez *et al.*, 2011; Martínez, Alonso y Montañés, 2010). Stevens (2008) llegó incluso a cuestionar la validez de las encuestas realizadas entre reclusos, al señalar que los individuos privados de libertad que son usuarios de drogas tienen dos veces más probabilidades de ser arrestados que aquellos que han cometido delitos y no consumen. Por ello, concluyó que los métodos actuales para estimar los delitos relacionados con el uso de sustancias afectan la validez de las mediciones, con consecuencias muy perjudiciales para el análisis de las políticas públicas sobre drogas y para la consecuente estigmatización de los consumidores.

Así pues, si bien estos dos fenómenos han sido estudiados con amplitud y en la actualidad se dispone de un gran bagaje de datos para avanzar en su comprensión (Garrido y Redondo, 2013; Mulvey, Schubert y Chassin, 2010; Murphy, Brecht, Huang y Herbeck, 2012). Ninguno ha sido lo suficientemente bien explicado, dada su complejidad y la gran cantidad de factores causales que intervienen en ellos (Giménez y Alba, 2014; Pedrosa, 2009). Justo por esta complejidad es que el estudio de la relación entre el consumo de drogas y la conducta delictiva ha dado lugar al surgimiento de hipótesis muy diversas acerca de esta asociación (Adlaf, Smart, Walsh y Ivis, 1994; Garrido y Redondo, 2013; Mulder, Vermunt, Brand, Bullens y Van Marle, 2012).

En este sentido, existen teorías que ubican a la conducta delictiva como causa del consumo de drogas (Kaye, Darke y Finlay-Jones, 1998; Murphy *et al.*, 2012). Otro grupo de teorías, muy extendido entre la población, establece que el uso de sustancias conduce a la delincuencia y es su causa (Ball, Rosen, Flueck y Nurco, 1981; Rogne Gjeruldsen, Myrvan y Opjordsmoen, 2004; Stein, Deberard y Horman, 2013). Existe un tercer conjunto que conceptualiza al consumo como una conducta antinormativa más, derivada de una forma de vida caracterizada por la exclusión, en la que intervienen factores individuales, familiares y sociales (Garrido y Redondo, 2013; Mitchell, 2009).

Por otra parte, otros autores señalan que la conducta delictiva asociada con el uso de drogas dependerá, en buena medida, del tipo de sustancia y de los niveles de consumo. Así, drogas como la cocaína o la heroína pueden incrementar el nivel de agresividad del individuo, a quien se le asocia con una mayor probabilidad de cometer actos delictivos con mayor uso de la violencia (García, Balanzario, Díaz y Mejía, 1999; Jiménez Silvestre, García Aurrecochea y Balanzario Lorenzana, 2006).

En resumen, no parece existir un consenso respecto al conjunto de explicaciones sobre ambos fenómenos y su asociación, por lo que el tema constituye una línea de estudio que requiere ser reforzada, con el fin de favorecer la planificación de estrategias eficaces para la prevención y atención de estas conductas que, sin duda, constituyen un importante problema social y de salud pública.

De ahí que se requiera generar mayor conocimiento sobre ambas conductas con la finalidad de esclarecer en qué medida se ven confirmadas las teorías sobre la posible relación entre ambas y cómo se reflejan sus supuestos en consumidores de distintas sustancias. Esta información debería corroborar, además de la medida en que tiene lugar esta asociación, la forma como se presenta, a partir de las tres hipótesis señaladas anteriormente. Asimismo, la investigación futura debería considerar las particularidades del tipo de sustancia, la frecuencia de consumo y el contexto en el que éste se da.

Así, aspectos como los que mencionaron Elzo, Lidón y Urquijo (1992) en su investigación española, indican que el consumo de alcohol y de drogas ilegales podría estar vinculado con distintos tipos de delito o conductas violentas; por esta razón, sus comentarios resultan de esencial importancia para el estudio que aquí presentamos. Para estos autores es posible

observar una mayor frecuencia de delitos patrimoniales en usuarios de drogas ilegales, mientras que en los abusadores de alcohol resultan más frecuentes los delitos contra las personas que, en muchos casos, constituyen formas de violencia en la intimidad de los hogares y no son tan visibles (p. ej.: Violencia contra la pareja y los hijos). De ahí, que la percepción social pareciera otorgar mayor importancia a la relación entre delito y sustancias ilegales (Alba, 2007; Alba y Bango, 2007).

Entre las drogas ilegales también se requiere distinguir los distintos tipos de sustancias de consumo, ya que algunos estudios indican que el uso de drogas estimulantes como las metanfetaminas, se asocia con una probabilidad más alta, en comparación con otras sustancias, de cometer delitos como hurto y distribución de drogas, con el fin de obtener recursos para el consumo. De la misma forma, su ingesta se relaciona con conductas violentas, lesiones y agresiones verbales que no necesariamente constituyen un delito, pero que sí forman parte de un conjunto de conductas antisociales que padecen las personas de su contexto más cercano (García *et al.*, 1999; Jiménez-Silvestre *et al.*, 2006). Quizá, la hipótesis más acertada en este sentido sea la de Goldstein (1992), un autor muy estudiado en la criminología actual por su contundente afirmación: “Particular types of drugs are related to particular types of homicides” (Cada droga específica está relacionada con un particular tipo de homicidio).

En 1985 Goldstein había expuesto su teoría psicobiológica sobre el uso de drogas y el efecto distintivo que ejercía cada una en las personas, a partir de su personalidad previa, lo que conduce a una hipótesis según la cual las drogas y el alcohol, más que cambiar la personalidad de los individuos con conductas delictivas, violentas o agresivas, en realidad actúan como un desinhibidor de su personalidad previa (Alba y Bango, 2007; Alba y Garrido, 2005). De ahí que muchos abogados se acojan a supuestos de alcoholismo o de dependencia a drogas para usarlos como eximentes o atenuantes de la conducta delictiva.

En este sentido, es importante destacar que la conducta antisocial puede o no ser constitutiva de delito. Los ejemplos habituales de conducta antisocial pueden ser muy numerosos e ir desde el vecino que molesta arrojando basura por la ventana hasta el individuo que roba o asalta a otra persona (Cruz, 2005). Es decir, la conducta desviada puede contemplar actos legalmente tipificados como delitos (robo, violencia o vandalismo), pero también una serie de conductas no delictivas como agresión, peleas y quebrantamiento serio de normas en el contexto laboral, escolar o familiar (Gaeta y Galvanovskis, 2011). En este orden de ideas, la comisión de delitos y el abuso de sustancias podrían incluirse en lo que se denomina conductas desviadas (Nordstrom & Dackis, 2011).

De ahí el interés por realizar un estudio en el que se valore la frecuencia con que este tipo de conductas desviadas o problemáticas, antisociales y también delictivas, se han presentado entre pacientes usuarios de drogas ilegales: sustancias de tipo estimulante como las metanfetaminas, en comparación con pacientes usuarios de una droga legal y de efectos mixtos como lo es el alcohol, a fin de determinar también, si fuese el caso, el tipo de delitos tipificados cometidos con más frecuencia en ambos casos.

En conclusión, el estudio tuvo como primer objetivo comparar la frecuencia y el tipo de conductas problemáticas, antisociales y delictivas –considerando delitos tipificados en el Código Penal Federal–, en una muestra de pacientes usuarios de alcohol y una de usuarios de metanfetamina que afirmaron haber consumido estas sustancias como drogas de mayor impacto (DMI), es decir, aquella por la que solicitaron tratamiento. Los pacientes son los que se atienden en los Centros de Integración Juvenil (en adelante CIJ) de todo el país, donde el tratamiento se realiza sobre cualquier persona y de cualquier edad que acude a esta institución. El segundo objetivo fue determinar si estas drogas muestran alguna asociación estadísticamente significativa con la comisión de conductas problemáticas, antisociales o delictivas. Se consideró frecuencia y tipo de conducta o delito y si esta asociación es distinta entre los usuarios de una y otra de estas sustancias.

Método

A. Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico para captar a los participantes del estudio, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo de 2015 y abril de 2016, en 21 unidades de atención de los CIJ, distribuidas en todo el país, atendiendo a criterios como ser zona de alto desarrollo urbanístico; zona turística internacional, por el elevado consumo en los locales de ocio de estas ciudades veraniegas; ser una zona de escaso desarrollo social como Chiapas y Oaxaca; zonas próximas a la frontera con Estados Unidos, con un elevado tráfico de sustancias. El tiempo de recolección de la muestra se estimó en función de la afluencia promedio de pacientes usuarios de alcohol y metanfetamina de años anteriores para lograr una muestra representativa.

1. Alcohol

La muestra final de usuarios de alcohol quedó conformada por 95 individuos ($N = 95$): 54 hombres y 41 mujeres, que reportaron al alcohol como su droga de mayor impacto (DMI), con una edad promedio de 33 años ($DE = 14.0$). Por lo que se refiere a sus características sociodemográficas, la mitad (50.5%) de los encuestados era soltero, 34.0% vivía casado o en unión libre y 16.0% estaba separado, divorciado o era viudo. Sesenta y ocho por ciento contaba con estudios de nivel bachillerato o superior y 32.0% tenía estudios de primaria o secundaria. Con respecto a la ocupación, 52.0% tenía un empleo remunerado, 24.0% sólo estudiaba, 11.2% se dedicaba al hogar y 13.5% estaba desempleado.

Cabe señalar que poco menos de 6.3% fue referido a tratamiento por alguna instancia de procuración de justicia.

II. Metanfetamina

Por otra parte, la muestra de usuarios de metanfetaminas se compuso de 55 personas, 34 hombres y 21 mujeres, que refirieron como droga de mayor impacto (DMI) a la metanfetamina. La edad promedio de estos pacientes fue de 26.7 años ($DE = 9.7$). De los participantes, 57.0% era soltero; 30.0% estaba casado o vivía en unión libre y 13.0% estaba separado. Por otra parte, 35.2% tenía estudios de nivel bachillerato o superior y 64.8% de primaria o secundaria.

Con respecto a la ocupación, 47.1% tenía un empleo remunerado, 17.3% se dedicaba a estudiar, 19.2% al hogar y 15.4% se encontraba desempleado. Del total de esta muestra, 12.7% fue referido por una instancia de procuración de justicia.

Es importante señalar que entre ambos grupos de usuarios se observaron diferencias significativas en características demográficas como la edad ($t = 3.391$, $gl = 138.63$, $p < 0.01$) y el nivel de escolaridad ($\chi^2 = 14.289$, $gl = 1$, $p < 0.01$), los cuales son mayores entre los consumidores de alcohol. Además, los usuarios indicaron haber consumido otras sustancias además de alcohol y anfetaminas, tal y como aparece reflejado en la tabla 1.

TABLA 1.
USO DE OTRAS DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO (2015)

	USUARIOS ALCOHOL DMI (N = 95)	USUARIOS METANFETAMINAS DMI (N = 55)
Tabaco	72.2%	81.8%
Alcohol	100.0%	85.7%*
Mariguana	38.7%	61.5%*
Cocaína	25.0%	38.9%
Crack	9.1%	6.1%
Inhalables	25.0%	13.9%
Metanfetamina	6.8%	100.0%*
Heroína	0.0%	6.3%

* $p < 0.05$

Como se refleja en esta tabla, la principal diferencia significativa se observa en el uso de la mariguana, la cual es consumida por una proporción mayor de usuarios de metanfetaminas que de alcohol.

B. Instrumento

Se diseñó una cédula denominada Escalas de Conducta Antisocial y Delictiva cuya elaboración y validación se detalla en una publicación previa (Rodríguez Kuri, García Aurrecoechea y Fernández Cáceres, 2015), y la cual se compone de las siguientes secciones:

Sección I. *Cuestionario de características sociodemográficas y de referencia:* reunió información sobre sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, escolaridad y ocupación. Especifica si el paciente fue referido por alguna institución de procuración de justicia.

Sección II. *Patrón de consumo:* indagó sobre las sustancias utilizadas en el último año y último mes, así como su frecuencia de consumo y la droga de mayor impacto.

Sección III. *Antecedentes delictivos y detenciones por instancias de procuración de justicia:* en esta sección se registró si el usuario había sido referido a tratamiento por alguna instancia de justicia (PGR, PGJ/Estados y Ciudad de México, reclusorios o alguna otra), si había sido detenido alguna vez y si había estado recluido en algún Centro de Readaptación Social o Consejo Tutelar para Menores Infractores.

También se indagó si el participante tenía antecedentes en la comisión de alguno de los siguientes delitos incluidos en el Código Penal Federal: 1) contra la salud (posesión, producción o tráfico de drogas); 2) contra el patrimonio de las personas (robo, abuso de confianza, fraude, extorsión, despojo, daño en propiedad ajena); 3) contra la paz y seguridad de las personas (amenazas o allanamiento de morada); 4) contra la vida e integridad de las personas (lesiones, homicidio, abandono de personas, violencia familiar); 5) contra la seguridad pública (asociación delictuosa, posesión de armas, evasión de prisión, violación de libertad bajo palabra); 6) de falsedad (falsificación de moneda o de documentos de crédito, falsedad de declaraciones, alteración de nombre o domicilio, usurpación de funciones); 7) contra la libertad y el desarrollo psicosexual (hostigamiento o abuso sexual, estupro, violación, incesto); 8) contra el libre desarrollo de la personalidad (corrupción de menores o personas vulnerables, trata de personas, incitación al delito); 9) privación ilegal de la libertad (secuestro o tráfico de personas).

Sección IV (auto-administrado). *Conductas problemáticas:* constó de 22 reactivos con escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta (que van desde “Nunca” hasta “Casi siempre”).

Esta sección, destinada a valorar la variable “conductas problemáticas”, incluyó tres factores: el primero, conducta impulsiva, se refirió a conductas que denotan falta de control de impulsos (responder a provocaciones, gritar, pelearse con facilidad, actuar sin pensar en las consecuencias, mostrar dificultad para concluir tareas, seguir instrucciones y respetar normas); el

segundo, violencia indirecta, incluye violencia verbal (insultos o humillaciones), agresiones indirectas y abuso de los más débiles; el tercero, violencia directa, incorpora violencia física (golpes, peleas, pleitos en pandillas) y daño a propiedad pública.

Sección V (auto-administrado). *Conductas antisociales bajo los efectos del alcohol u otras drogas:* constó de 17 reactivos con escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta (desde “Nunca” hasta “Casi siempre”), que indagaron conductas como robo, daño a propiedad y agresión a otras personas.

La variable “conductas antisociales bajo los efectos del alcohol o de drogas” incluyó también tres factores: el primero, conducta agresiva bajo efectos de alcohol o drogas, se refirió a agresiones dirigidas a otras personas. El segundo, vandalismo bajo efectos de alcohol o drogas, incluyó acciones que implican daño a propiedad pública o privada y abuso de personas vulnerables como adultos mayores. El tercer factor, robo bajo efecto de alcohol o drogas, se refirió al hurto, venta o intercambio de objetos de otras personas y a la invasión de propiedad privada.

Para la obtención de las calificaciones de cada uno de los factores comprendidos en ambas escalas, se obtuvo la sumatoria de las respuestas de cada factor y se dividió entre el total de reactivos con el fin de preservar los valores originales de la escala.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, a fin de conocer la distribución de las variables de estudio y se realizó pruebas de diferencia, entre ellas χ^2 y t de *Student* para muestras independientes. Asimismo, se obtuvo la media del puntaje de cada uno de los factores de las escalas para valorar la frecuencia de conductas problemáticas y la de conductas antisociales bajo los efectos del alcohol o las metanfetaminas.

Procedimiento

El procedimiento para el levantamiento de información consistió en la aplicación de la cédula entre los meses de mayo de 2015 y abril de 2016. Para ello, el personal médico-técnico de las unidades operativas de los CIJ fue el encargado de aplicar las cédulas a los pacientes que solicitaron o se encontraban en tratamiento por consumo de alcohol o metanfetaminas siguiendo las indicaciones del equipo de investigadores.

Resultados

A. Conductas problemáticas

De acuerdo con los análisis comparativos, la frecuencia de conductas problemáticas es mayor entre los usuarios de metanfetaminas ($t = -2.815$, $gl = 93.439$ y $p < 0.01$; tabla 2).

Desagregando por factor, se observa que la conducta impulsiva es la más frecuente en ambos tipos de usuario, sin que destaque ninguno de los dos con respecto al otro. Por otra parte, se observan diferencias en la frecuencia con que se ejerce la violencia indirecta ($t = -3.098$, $gl = 84.184$ y $p < 0.01$). Esto es, los usuarios de metanfetaminas presentan con más frecuencia conductas caracterizadas por la violencia verbal (insultos y humillaciones), así como agresiones indirectas y abuso de los más débiles. Los usuarios de metanfetaminas también ejercen, con más frecuencia que los de alcohol, formas de violencia directa ($t = -3.182$, $gl = 83.348$ y $p < 0.01$), esto es, violencia física como golpes y peleas individuales y en grupo, así como daño a propiedad pública (tabla 2).

B. Conductas antisociales bajo los efectos de alcohol o drogas

De acuerdo con los análisis, los usuarios de metanfetaminas reportan, con mayor frecuencia que los usuarios de alcohol, haber realizado algún tipo de conducta antisocial bajo los efectos de estas sustancias ($t = -2.724$, $gl = 77.647$ y $p < 0.01$).

En esta escala sólo se observan diferencias significativas en la comisión de robo bajo los efectos de sustancias ($t = -4.53$, $gl = 65.512$ y $p < 0.01$). Según los resultados, los usuarios de metanfetaminas tienden a cometer robo con mayor frecuencia que los de alcohol.

TABLA 2.
CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA EN USUARIOS
DE ALCOHOL Y METANFETAMINAS

FACTOR	ALCOHOL (N = 95)		METANFETAMINA (N = 55)		
	M	DE	M	DE	SIG.
Escala de conducta problemática	2.37	0.655	2.74	0.825	$p < 0.01$
Factor 1: conducta impulsiva	3.18	0.802	3.36	0.848	
Factor 2: violencia indirecta	1.86	0.680	2.33	0.986	$p < 0.01$
Factor 3: violencia directa	1.80	0.675	2.28	0.992	$p < 0.01$
Escala de conducta antisocial bajo los efectos de alcohol o drogas	1.41	0.408	1.68	0.669	$p < 0.01$
Factor 1: conducta agresiva bajo los efectos de alcohol o drogas	1.87	0.867	1.98	0.806	
Factor 2: vandalismo bajo los efectos de alcohol o drogas	1.15	0.302	1.31	0.602	
Factor 3: robo bajo los efectos de alcohol o drogas	1.18	0.382	1.75	0.898	$p < 0.01$

NOTA: Los valores de las escalas del inventario de conductas antisociales y consumo de drogas son los siguientes: 1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = Frecuentemente, y 5 = Casi siempre.

C. Conductas delictivas

La proporción de personas que han cometido algún delito tipificado en el Código Penal Federal es significativamente mayor en el grupo de usuarios de metanfetamina (56.4%) que en el de alcohol (34.7%; $\chi^2 = 6.660$, $gl = 1$, $p < 0.01$).

Los resultados muestran un claro predominio de los delitos contra la salud en ambos grupos, aunque en una proporción significativamente más alta en los usuarios de metanfetamina (tabla 3; $\chi^2 = 11.629$, $gl = 1$, $p < 0.01$).

TABLA 3.
DELITOS COMETIDOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA SEGÚN DROGA DE MAYOR IMPACTO (%)

TIPO DE DELITO (CÓDIGO PENAL FEDERAL)	ALCOHOL	METANFETAMINAS	SIG
Contra la salud (posesión, producción o tráfico de drogas).	18.3	44.4	$p < 0.01$
Contra el patrimonio (robo, abuso de confianza, fraude, extorsión, despojo, daño en propiedad ajena).	10.8	29.6	$p < 0.01$
Contra la paz y la seguridad (amenazas o allanamiento de morada).	6.4	24.1	$p < 0.01$
Contra la vida y la integridad (lesiones, homicidio, abandono de personas, violencia familiar).	16.3	22.2	
Contra la seguridad pública (asociación delictuosa, posesión de armas, evasión de prisión, violación de libertad bajo palabra).	3.2	7.4	
De falsedad (falsificación de moneda o de documentos de crédito, falsedad de declaraciones, alteración de nombre o domicilio y usurpación de funciones).	1.1	15.1	$p < 0.01$
Contra la libertad y el desarrollo psicosexual (hostigamiento o abuso sexual, estupro, violación e incesto).	1.1	3.8	
Contra el libre desarrollo de la personalidad (corrupción de menores o personas vulnerables o trata de personas, incitación al delito).	0.0	3.7	
Privación ilegal de la libertad (secuestro o tráfico de personas).	0.0	1.9	

En menor medida se observa la comisión de delitos contra el patrimonio ($\chi^2 = 8.362$, $gl = 1$, $p < 0.01$), contra la paz y la seguridad ($\chi^2 = 9.593$, $gl = 1$, $p < 0.01$), contra la vida y la integridad, y los delitos de falsedad ($\chi^2 = 11.471$, $gl = 1$, $p < 0.01$). En todos ellos, con excepción de los delitos contra la vida y la integridad, destaca la proporción significativamente mayor de usuarios de metanfetamina y que este tipo de delito es el segundo más alto entre los usuarios de alcohol (tabla 3).

Discusión

De los resultados obtenidos se pueden destacar las siguientes consideraciones. En primer lugar, la frecuencia con que se presentan conductas problemáticas (impulsividad, violencia directa y violencia indirecta) entre la totalidad de los usuarios encuestados es, en general, baja, con excepción de la conducta impulsiva, la cual se presenta con mayor frecuencia.

Asimismo, la conducta problemática se presenta con más frecuencia que la conducta antisocial bajo los efectos de alcohol o drogas (agresiones, vandalismo y robo) en la totalidad de los participantes de la encuesta.

Las conductas problemáticas y antisociales bajo los efectos de alcohol o drogas se presentan con una frecuencia mayor entre los usuarios de metanfetamina; sobre todo la conducta violenta, directa e indirecta, y el robo bajo los efectos de sustancias.

En relación con la comisión de delitos tipificados en el Código Penal Federal, predominan los delitos contra la salud, entre los que se incluye la posesión y el tráfico de drogas; esto permite considerar que la comisión de delitos, en una alta proporción de los usuarios, tiene que ver con el proceso mismo de adquisición y consumo de la sustancia. En este contexto, también resulta comprensible que los usuarios de metanfetamina, dado el carácter ilícito de esa sustancia, presenten antecedentes penales en mayor proporción que los de alcohol. Al respecto, diversos autores plantean un posible refuerzo mutuo entre la actividad delictiva y el consumo de drogas (Chaiken y Chaiken, 1990; Deitch, Koutsenok y Ruiz, 2000; Menard, Mihalic y Huizinga, 2001; Stevens, 2008).

El hecho de que los delitos contra el patrimonio (entre los que se incluye el robo) constituyan el segundo tipo de delito más frecuente entre los usuarios de metanfetamina, lleva a pensar en una posible relación con los intensos síntomas de abstinencia, particularmente con la ansiedad o *craving*, que llevarían al usuario a buscar los recursos para adquirir la droga. Esto respaldaría la hipótesis que sostiene que la necesidad de mantener el consumo puede favorecer el surgimiento de conductas delictivas (Ball *et al.*, 1981; Bean y Wilkinson, 1988; Rogne Gjeruldsen *et al.*, 2004; Seddon, 2000; Stein *et al.*, 2013), sobre todo en el caso de los usuarios de sustancias estimulantes (García *et al.*, 1999; Jiménez-Silvestre *et al.*, 2006).

Por otra parte, la presencia de otros delitos no vinculados de manera directa con la adquisición de recursos para mantener el consumo, como es el caso de los delitos contra la paz y la seguridad o contra la vida y la integridad (en los cuales también se ve involucrada una

proporción importante de usuarios de alcohol), podría fortalecer la hipótesis que sostiene que la actividad delincuencial precede al consumo de sustancias (Kaye *et al.*, 1998; Murphy *et al.*, 2012). Esta situación incluso podría apoyar la tesis que plantea que esta actividad no tiene una relación causal con el consumo, sino que ambas conductas se originan en un mismo modo de vida desviado, con igual conjunto de necesidades criminógenas; es decir, que tanto el consumo de drogas como la conducta delictiva comparten factores de riesgo comunes de tipo social, familiar, recreativo, escolar y comunitario interrelacionados (Alba, 2004; Alba, Garrido y López-Latorre, 2005; Alba y López-Latorre, 2006; Andrews y Bonta, 2006; Garrido y Redondo, 2013; Mitchell, 2009).

Como puede verse, los resultados obtenidos parecen corroborar, al menos de manera parcial, las tres hipótesis aquí planteadas. Lo cual, más que una inconsistencia, parece derivarse del hecho de que los usuarios de drogas no constituyen un grupo homogéneo. En este orden de ideas, no puede descartarse la diversidad de efectos, incluido el síndrome de abstinencia que producen los distintos tipos de sustancias y la magnitud de las dosis consumidas; tampoco debe olvidarse la influencia de las características individuales y del contexto en el que se desenvuelve cada persona en sus dimensiones social, cultural, económica y regional, ni el tipo de conducta delictiva o la dinámica y temporalidad de la relación entre ambas conductas (Goldstein, 1985).

En ese sentido, las diferencias identificadas entre los usuarios de alcohol y metanfetaminas muestran una presencia significativamente mayor de conductas violentas y antisociales, así como de antecedentes delictivos entre los usuarios de metanfetaminas, evidenciando un mayor riesgo de involucramiento de estos usuarios con el ámbito delincuencial, aspectos que deben ser considerados para la planeación y desarrollo de estrategias eficaces de prevención y tratamiento del consumo de estas sustancias.

A la luz de estos resultados se requiere profundizar en el estudio de las hipótesis y supuestos analizados, pero incorporando usuarios de otras sustancias, pues la consideración de esta diversidad contribuirá al desarrollo de estrategias preventivas y de tratamiento más específicas y eficaces.

Referencias

- Adlaf, E. M.; Smart, R. G.; Walsh, G. W. & Ivis, F. J. (1994). "Is the association between drug use and delinquency weakening?" *Addiction*, 89(12), pp. 1675-1681.
- Alba, J. L. (2004). *Psicología jurídica*, Salamanca, España: Ediciones Universitarias.
- Alba, J. L.; Aroca, C.; López-Latorre, M. J.; Ramírez-Cano, M. & Mata, F. (2014). "La prevención de la violencia en parejas adolescentes: el programa la máscara del amor", *Revista TEMAS*, año III, vol. 24, pp. 26-35.
- Alba, J. L.; Garrido, V. & López-Latorre, M. J. (2005). "El programa del pensamiento prosocial versión corta para jóvenes". En Vicente Garrido (eds.), *Los programas del pensamiento prosocial*, vol. 2 Valencia: Tirant Lo Blanch, pp. 101-315.

- Alba, J. L. y Cuervo, A. (2014). "Menores agresores en el ámbito familiar". *TEMAS Revista Digital de Criminología y Seguridad*, 3(21), pp. 28-33.
- Alba, J. L. y López-Latorre, M. J. (2006). *Fundamentos de psicología jurídica e investigación criminal*. Salamanca, España: CISE.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, EUA: Anderson.
- Ball, J. C.; Rosen, L.; Flueck, J. A. & Nurco, D. N. (1981). "The criminality of heroin addicts: when addicted and when off opiates". En J. A. Incardi (ed.). *The Drugs-crime connection*, Beverly Hills, EUA: Sage, pp. 39-65.
- Bean, P. T. & Wilkinson, C. K. (1988). "Drug taking, crime and the illicit supply system". *British Journal of Addiction*, 83(5), pp. 533-539.
- Bringas, C.; Rodríguez, L.; López-Cepero, J.; Rodríguez, J. y Estrada, C. (2012). "Consumo de drogas y conducta delictiva: análisis diferencial de la heroína y la cocaína en la trayectoria infractora". *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), pp. 39-54.
- Brunelle, N.; Cousineau, M. M. & Brochu, S. (2005). "Juvenile drug use and delinquency: Youths' accounts of their trajectories". *Substance use & misuse*, 40(5), pp. 721-734.
- Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación de México. En H. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 14-07-2014.
- Contreras, L.; Molina, V. y Cano, M. C. (2012). "Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas". *Adicciones*, 24(1), pp. 31-38.
- Cruz, R. (2005). "Reflexiones acerca del estudio de la conducta desviada". *Ciencias Holguín*, XI(3), pp. 1-8.
- Chaiken, J. & Chaiken, M. (1990). "Drugs and predatory crime". En M. Tonry & J. Q. Wilson. *Drugs and crime*, Chicago, EUA: The University of Chicago Press, pp. 203-239.
- D'Amico, E. J.; Edelen, M. O.; Miles, J. N. & Morral, A. R. (2008). "The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth". *Drug and alcohol dependence*, 93(1), pp. 85-92.
- Deitch, D.; Koutsenok, I. & Ruiz, A. (2000). "The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades". *Journal of psychoactive drugs*, 32(4), pp. 391-397.
- Elzo, J.; Lidón, J. M. & Urquijo, M. L. (1992). *Delincuencia y drogas: análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y en los juzgados de la CAV*. Bilbao, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gaeta, M. & Galvanovskis, A. (2011). "Propensión a conductas antisociales y delictivas en adolescentes mexicanos". *Psicología Iberoamericana*, 19(2), pp. 47-54.
- García, V. R.; Balanzario, M. C.; Díaz, D. B. y Mejía, T. (1999). "Estudio clínico y epidemiológico del consumo de metanfetamina entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en la UTCE Tijuana". En D. B. Díaz-Negrete, J. L. Arellanez-Hernández, M. C. Balanzario-Lorenzana y R. Sánchez-Huesca (comps.) (2009). *Once años de estudio del consumo de drogas en México. Investigaciones realizadas en los Centros de Integración Juvenil entre 1997 y 2007*. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil.
- Garrido, V. & Redondo, S. (2013). *Principios de criminología*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Giménez, E. & Alba, J. L. (coords., 2014). *Criminology and forensic psychology*. Barcelona, España: Criminología y Justicia.
- Golder, S. & Logan, T. K. (2014). "Violence, victimization, criminal justice involvement, and substance use among drug-involved men". *Violence and Victims*, 29(1), pp. 53-72.

- Goldstein, P. J. (1985). "The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework". *Journal of drug issues*, 15(4), pp. 493-506.
- Goldstein, P. J.; Brownstain, H. H. & Ryan, P. J. "Drug related homicide in New York: 1984 & 1988". In *Crime & Delinquency*, 38(4), pp. 459-476.
- Hirschi, T. (1984). "A brief commentary on Akers' Delinquent Behavior, drugs and alcohol: what is the relationship?" *Today's Delinquent*, 3, pp. 49-52.
- Huizinga, D. & Elliott, D. S. (1984). *Self-reported measures of delinquency and crime: Methodological issues and comparative findings* (Survey Project Report 30). Boulder, EUA: Behavioral Research Institute.
- Jiménez Silvestre, K.; García Aurrecoechea, R. y Balanzario Lorenzana, M. C. (2006). "Consumo de estimulantes y su relación con la violencia (Informe de investigación 06-13)". México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.
- Kaye, S.; Darke, S. & Finlay-Jones, R. (1998). "The onset of heroin use and criminal behaviour: does order make a difference?" *Drug and alcohol dependence*, 53(1), pp. 79-86.
- López, M. J.; Alba, J. L. y Garrido, V. (2005). "Tendencias psicológicas en la educación de los delinquentes juveniles". Santiago de Compostela, España: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local.
- Martínez, M.; Alonso, C. y Montañés, J. (2010). "Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes [Resumen]". *Revista española de drogodependencias*, 1, pp. 78-91.
- Martínez, L. C.; Banqueri, V. M. y Lozano, M. C. C. (2012). "Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas". *Adicciones*, 24(1), pp. 31-38.
- Menard, S.; Mihalic, S. & Huizinga, D. (2001). "Drugs and crime revisited". *Justice Quarterly*, 18(2), pp. 269-299.
- Mitchell, O. (2009). "Is the war on drugs racially biased?" *Journal of Crime and Justice*, 32(2), pp. 49-75.
- Moral de la Rubia, J. y Pacheco Sánchez, M. E. (2011). "Desarrollo de una escala de conducta disocial en México". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), pp. 199-221.
- Mulder, E.; Vermunt, J.; Brand, E.; Bullens, R. & van Marle, H. (2012). "Recidivism in subgroups of serious juvenile offenders: different profiles, different risks?" *Criminal behaviour and mental health*, 22(2), pp. 122-135.
- Mulvey, E. P.; Schubert, C. A. & Chassin, L. (2010). "Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders". *Juvenile Justice Bulletin*. Washington, EUA: U.S. Department of Justice.
- Murphy, D. A.; Brecht, M. L.; Huang, D. & Herbeck, D. M. (2012). "Trajectories of delinquency from age 14 to 23 in the National Longitudinal Survey of Youth Sample". *International Journal of Adolescence and Youth*, 17(1), pp. 47-62.
- Nordstrom, B. R. & Dackis, C. A. (2011). "Drugs and crime". *The Journal of Psychiatry & Law*, 39(4), pp. 663-687.
- Pedrosa, E. P. (2009). "Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores". *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9(1), 63-84.
- Rodríguez, F. J.; Bringas, C.; Rodríguez, L.; López-Cepero, J.; Pérez, B. y Estrada, C. (2011). "Drug abuse and criminal family records in the criminal history of prisoners". *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 3(2), pp. 89-105.
- Rodríguez Kuri, S.; García Aurrecoechea, R. y Fernández Cáceres, C. (2015). "Desarrollo y valida-

- ción de una escala para la medición de conductas problemáticas y antisociales en usuarios de drogas en tratamiento”. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XXXI(1), pp. 71-83.
- Rogne Gjeruldsen, S.; Myrvang, B. O. R. & Opjordsmoen, S. (2004). “Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years”. *European Addiction Research*, 10(2), pp. 49-55.
- Seddon, T. (2000). “Explaining the drug-crime link: Theoretical, policy and research issues”. *Journal of Social Policy*, 29(01), pp. 95-107.
- Stein, D. M.; Deberard, S. & Horman, K. (2013). “Predicting success and failure in juvenile drug treatment court: A meta-analytic review”. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), pp. 159-168.
- Stevens, A. (2008). “Weighing up crime: the overestimation of drug-related crime”. *Contemporary Drug Problems*, 35(2-3), pp. 265-290.

CAPÍTULO IV

Evaluación de resultados e impacto de un programa de tratamiento hospitalario. Estudio longitudinal

V. RAÚL GARCÍA AURRECOECHEA

NANCY L. CASTILLO VITE

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evaluaciones de resultados y del impacto de programas de tratamiento del consumo de drogas deberían dar cuenta de los cambios que, a través del tiempo, presentan los pacientes que se incorporan a un sistema de tratamiento, en términos de sus patrones y niveles de consumo de drogas; funcionamiento en otras áreas de la vida tales como salud, empleo, vida familiar, relación con otras personas y comportamiento antisocial. Estas evaluaciones deberían considerar también el impacto del tratamiento después del egreso de los pacientes y señalar si se puede atribuir estos cambios a la atención recibida (Marsden, Ogborne, Farrell y Rush, 2000).

Para permitir tal conclusión, es importante que las evaluaciones de estos programas estén respaldadas por una teoría o marco referencial que explique la manera como se obtiene determinados resultados con el tratamiento (Chen, 1990), lo que, a su vez, permitirá sustentar la toma de decisiones (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD], 2006). El tratamiento hospitalario de los CIJ se basa en el modelo de la Comunidad Terapéutica (De León, 2004), como se explicará más adelante.

Metodológicamente, Fernández Hermida y Secades Villa (1999) destacan la importancia del seguimiento de una cohorte de pacientes que completa el tratamiento para quienes cuenten con datos antes, durante y después del tratamiento.

Estos autores, de igual manera, recomiendan la recopilación de datos sobre la evolución del paciente durante un periodo de seguimiento, con lo que podrían sacarse conclusiones más fundamentadas acerca de los efectos del programa evaluado y establecerse relaciones más firmes entre las variables investigadas (tales como consumo, actividad laboral o delictiva) y otro tipo de sucesos posteriores al programa.

Señalan también que son preferibles las evaluaciones prospectivas sobre las retrospectivas, pues en las condiciones en las que se suele dar este tipo de evaluación, sólo las primeras podrían informar sobre las operaciones terapéuticas que maximizan la eficacia de la intervención y su adecuación a cada perfil de paciente. Además, las evaluaciones prospectivas

permiten la optimización de las estrategias que minimizan la mortalidad estadística (pérdida de casos en el seguimiento).

Fernández Hermida y Secades Villa (1999) señalan, por otra parte, que en los estudios que identificaron en España, se tiende a realizar la medición de las siguientes variables: consumo de drogas, actividad productiva (trabajo y estudio) y actividad delictiva, consideradas objetivos prioritarios de la intervención terapéutica. De la misma forma, se registra datos sociodemográficos, salud, situación familiar, relaciones interpersonales, ocupación del tiempo libre y, en ocasiones, variables psicológicas (psicopatológicas).

Una variable adicional que conviene tomar en cuenta por su probable relación con la eficacia de un tratamiento es la adhesión al mismo, además de las condiciones que favorecen la permanencia en éste. Sobre el particular, Secades Villa y Benavente (2000) reportan una investigación en que las características de los programas de intervención para dependientes de la heroína resultan mejores predictores de la retención de pacientes, que las características individuales. En específico, variables tales como el tiempo total de salidas, el apoyo familiar y los cursos de formación o variedad de aficiones durante el tratamiento están relacionados con la permanencia de los pacientes en el mismo. Por el contrario, el consumo de la droga durante ese periodo parece alentar la deserción.

Secades Villa y Benavente (2000) enfatizan, por otra parte, la importancia de establecer estrategias que fomenten la retención de los pacientes durante las primeras semanas del tratamiento, ya que en éstas se registra la mayor deserción.

Los hallazgos de Secades y Benavente (2000) se dan en el contexto de la Comunidad Terapéutica (CT), una intervención que ha sido ampliamente utilizada para el tratamiento de adicciones y donde personas con problemas de adicción viven juntas en un ambiente estructurado libre de drogas que promueve su cambio (Vanderplasschen *et al.*, 2013, p. 2).

En un amplio reporte de investigación del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) dedicado a la CT en Estados Unidos, Volkow (2003) indica que los resultados de esta forma de tratamiento muestran niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol, así como de comportamiento criminal, desempleo y depresión.

A mayor detalle, Volkow (2013) menciona que gran parte de las personas admitidas al programa cuentan con una historia de funcionamiento social, habilidades educativas/vocacionales y lazos comunitarios y familiares positivos, en ocasiones afectados por el consumo de sustancias. En estos casos, la recuperación involucra la rehabilitación, es decir, la tarea de volver a aprender o restablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables, al tiempo que se rescata la salud física y emocional.

Otros residentes, según el reporte, nunca tuvieron estilos de vida funcionales. Para ellos, la CT muchas veces constituye la primera vez que son expuestos a una vida ordenada. De esta forma, la recuperación implica aprender por primera vez las habilidades conductuales, las actitudes y los valores asociados a convivir en una sociedad.

Un segundo aspecto de las CT es la autoayuda, que implica que las personas en tratamiento quienes más contribuyen en el proceso de cambio. La autoayuda o ayuda mutua significa que todos los involucrados asumen una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros, conformando así un importante aspecto del tratamiento (Volkow, 2003).

Las CT tratan a personas con una variedad de problemas relacionados con el consumo de drogas, que a menudo presentan adicción a varias sustancias, dificultades con el sistema judicial, falta de respaldo social positivo y problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, estrés postraumático, conductas antisociales y trastornos de personalidad (Volkow, 2003).

El NIDA (Volkow, 2003) señala que los buenos resultados de la CT están vinculados con la duración del tratamiento, lo que probablemente refleja los beneficios derivados del proceso subyacente. En promedio, las personas que completan por lo menos 90 días de tratamiento en una CT muestran mejores resultados que quienes se quedan por periodos más cortos. Esta conclusión destaca, de nueva cuenta, la importancia de los hallazgos reportados por Secades Villa y Benavente (2000) sobre las condiciones que favorecen esa permanencia.

Un estudio más reciente de López Fernández *et al.* (2012), con pacientes consumidores de cocaína, alcohol y ambas sustancias, refiere que 36.5% de los participantes reportó no haber consumido drogas después del egreso del tratamiento en una CT, cifra que se incrementó a 53% al aplicarse un criterio de abstinencia de un máximo de tres veces de consumo. Asimismo, se observó casi 60% de abstinencia al año del tratamiento y de 40% a los 10 años. En cuanto a la ansiedad percibida, también se detectó una mejora general (77%), además de que 85% indicó una mejora en el estado anímico; 76% valoró su situación actual como positiva y 92.5% consideró importante su tratamiento en la CT. Las conclusiones de Cervantes y Sanjuan (2012) destacan que los pacientes atendidos consideraron efectiva la intervención; que los resultados relacionados con la abstinencia se mantuvieron a lo largo del tiempo, al menos en la mitad de los casos, y que el resto de los aspectos vitales (salud, familia, pareja, entre otros) también mejoraron.

En línea con lo anterior, Vanderplasschen *et al.* (2013) reportan con base en una amplia revisión de la literatura, que la CT tiene mejores resultados que otro tipo de tratamientos, en términos del uso de drogas, empleo, funcionamiento psicológico y situación legal, sobre todo cuando los pacientes permanecen el tiempo suficiente y asisten a los seguimientos posteriores.

De manera acorde con las recomendaciones ya señaladas en este escrito, a principios del siglo, en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) se identificó la necesidad de desarrollar un sistema que de manera permanente diera cuenta de los resultados, el impacto y el proceso de tratamiento de distintos programas. De esta forma surgió el Sistema Institucional de Evaluación de Programas de Tratamiento (SIEPT) que, por una parte, evalúa el programa de Consulta Externa (SIEPTCE) y, por otra, el de Tratamiento Hospitalario (SIEPTH).

El SIEPTH se ha enfocado en realizar sus evaluaciones con base en un diseño longitudinal prospectivo, por medio del seguimiento de una cohorte de pacientes para cada ciclo.

En sus primeros informes, el SIEPTH realizó la evaluación de la magnitud o severidad de la adicción, con base en un diseño longitudinal prospectivo y una metodología de análisis estadístico de *Anova de medidas repetidas*, en una cohorte de pacientes atendidos en nueve unidades hospitalarias, mediante la técnica de entrevista dirigida sobre un conjunto de áreas que conforman el Índice de Gravedad de la Adicción (ASI, por sus siglas en inglés), que valora el estado de salud, la situación escolar, económica y laboral; el uso de alcohol, tabaco y drogas; la situación legal, las relaciones familiares e interpersonales y el estado psicológico/psiquiátrico de los participantes.

En el segundo ciclo de evaluación (2012-2013) se continuó con el diseño de medidas repetidas y se simplificó el instrumento, con el fin de ocupar menos tiempo en las evaluaciones; también se buscó consensuar los criterios e instrumentos de evaluación utilizados por el SIEPTCE, con el objetivo de poder comparar los resultados.

El tratamiento hospitalario en los Centros de Integración Juvenil

Los Centros de Integración Juvenil han prestado servicios de tratamiento hospitalario desde 1978: iniciaron en la Unidad Zapopan, Jalisco, con 12 camas; más adelante, en 1981, se incorporó la Unidad Tijuana, Baja California. Tras un lapso importante, en 1999, se inauguró la Unidad Nuevo León; en 2005 se incorporó Ixbalanqué, Chiapas; en 2006, Punta Diamante, en Acapulco, Guerrero; en 2008, Culiacán, Sinaloa, Iztapalapa, Ciudad de México, y Ecatepec, Estado de México; en 2009 abrió sus puertas la Unidad Jerez, Zacatecas; en 2012, Naucalpan, Estado de México, y en 2013, Ciudad Juárez, Chihuahua.

De acuerdo con los manuales de funcionamiento, el tratamiento hospitalario de los CIJ se basa en una terapéutica profesional mixta, en la que participan tanto las figuras médicas, psiquiátricas, de trabajo social y enfermería como la del personal directivo.

El programa aplica una metodología de intervención basada en la Comunidad Terapéutica, en la cual se siguen las recomendaciones internacionales para el manejo de pacientes con problemas de consumo de drogas (De León, 2004).

En términos generales, el programa incluye aspectos farmacológicos, psicoterapéuticos-multimodales, sociofamiliares, deportivos y recreativo-educativos, y es operado en un ambiente protegido y libre de drogas, orientado en gran medida a lograr una reorganización de la lógica interna del paciente, así como llevar a cabo un modelado de su conducta y propiciar una interacción constante con orientación dirigida durante un periodo de 12 semanas.

La intervención se divide en cuatro fases: 1) valoración clínica y admisión, 2) complemento diagnóstico y tratamiento, 3) preparación para el egreso y la reinserción social y 4) seguimiento.

Durante la fase de valoración clínica y admisión se explora tres elementos:

1. Procedencia de la solicitud y situación actual del paciente con respecto al consumo de psicotrópicos.
2. Condiciones físicas, alteraciones médico-psiquiátricas y comorbilidad psiquiátrica y adictiva.
3. Situación sociofamiliar, económica, laboral y cultural; condiciones legales del paciente y aspectos sociales que obstaculizan o apoyan el tratamiento.

El programa admite como pacientes a solicitantes de ambos sexos, mayores de 16 años, con solicitud expresa de ingreso y motivación para el tratamiento, que presenten un índice de gravedad de la adicción moderado o severo. Como criterios de exclusión se encuentran la conducta sociopática, la presencia de una comorbilidad psiquiátrica importante o una grave problemática familiar. En estos casos se dirige al paciente a otras instituciones que puedan atender mejor su problemática.

Antes de iniciar el tratamiento, en presencia de los síndromes de intoxicación y abstinencia, se puede derivar al paciente a asistencia médica en la misma unidad.

En la segunda fase se realiza un complemento diagnóstico, conformado por valoraciones médico-psiquiátrica, psicológica y sociofamiliar, seguidas por el diseño de un plan terapéutico para el paciente y su familia, elaborado por el equipo médico-técnico.

El tratamiento incluye farmacoterapia, psicoterapia individual, de grupo y familiar, grupo de padres y orientación a familiares, así como actividades terapéuticas de rehabilitación, deportivas, psicoeducativas, y artísticas y culturales. De manera complementaria se han habilitado actividades de convivencia familiar.

Se contempla, además, que los pacientes participen en las labores necesarias para el funcionamiento de la unidad, relacionadas con la conservación del espacio y la higiene personal. Con ello, el paciente tiene la oportunidad de aprender o reafirmar hábitos positivos y de asumir alguna responsabilidad.

Las actividades psicoterapéuticas trabajan con la esfera psíquica de los pacientes, basándose en una metodología cognitivo-conductual, que incluye la psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.

Dentro de las actividades psicoterapéuticas, la asamblea comunitaria, en la cual participan el equipo médico-técnico y los pacientes, tiene un lugar importante. En ésta se plantean los problemas derivados de la convivencia cotidiana y se toman acuerdos en forma democrática; asimismo, representa un espacio donde los problemas pueden plantearse abiertamente, se desarrolla el razonamiento lógico y se enseña a los pacientes que hay beneficios que se pueden alcanzar de forma colectiva.

Las actividades psicoterapéuticas se despliegan en el marco de un tema distinto por semana e incluyen: taller de habilidades para la vida, cine-debate, sociodrama, talleres de respira-

ción y relajación, talleres de yoga, dinámica del “espejo de vida”, actividades de Nueva Red (dinámica de reintegración social en la que participan expacientes y familiares), programa de prevención de recaídas, cuentoterapia y musicoterapia.

Las actividades psicoeducativas ponen en juego las capacidades cognitivas y las habilidades manuales; promueven el aprendizaje y ayudan a asumir responsabilidades y a forjarse hábitos.

Entre las actividades psicoeducativas sobresalen las dinámicas del proyecto de vida y la laborterapia, la jardinería, el periódico mural, la papiroflexia, el **círculo de lectura**, la expresión literaria, la lectura del diario y los juegos de destreza, entre otras.

Las actividades deportivas proporcionan equilibrio físico, psicológico y mental a partir de la adquisición de hábitos deportivos, que se espera continúen después del tratamiento.

Las actividades artísticas y culturales, como el taller de dibujo, ayudan a recuperar las funciones neuropsicológicas relacionadas con la coordinación y la psicomotricidad fina.

Los grupos de autoayuda incluyen a los alcohólicos anónimos, los alcohólicos anónimos adolescentes o los drogadictos anónimos, los cuales pueden sesionar en la unidad.

En la tercera fase, como parte de la preparación para el egreso, los pacientes participan en el programa Nueva Red, dirigido a favorecer la rehabilitación y la reinserción social. En este periodo los participantes pueden pasar por un lapso de hospitalización parcial diurno o nocturno.

En la cuarta fase se lleva a cabo un seguimiento en el que los pacientes pueden continuar participando en los grupos de rehabilitación y reinserción social o pueden ser derivados a consulta externa en las unidades de los CIJ. También es posible que se lleven a cabo visitas domiciliarias por parte del personal médico-técnico y se realicen sesiones de seguimiento en la unidad hospitalaria.

Cabe señalar que el objetivo del presente estudio fue evaluar los resultados e impacto del programa de tratamiento hospitalario en una cohorte de pacientes atendidos en las unidades de hospitalización de los Centros de Integración Juvenil.

Método

A. Diseño

Longitudinal prospectivo, de medidas repetidas, con cuatro mediciones:

O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
Ingreso a tratamiento.	Término del tratamiento.	Seguimiento a tres meses.	Seguimiento a seis meses.

B. Participantes

En el presente informe se evaluaron los casos de 56 pacientes que estuvieron en tratamiento por consumo de drogas ilícitas en alguna de las siguientes unidades de hospitalización de los Centros de Integración Juvenil: Acapulco, Ecatepec, Naucalpan, Nuevo León, Zapopan y Jerez.

De los 56 pacientes evaluados, 75% eran hombres y 25% mujeres. Al momento de ingresar a tratamiento, sus edades oscilaban entre los 16 y los 56 años, con una edad promedio de 28.9 años ($DE = 11.16$). Al inicio, 50% se encontraba desocupado, 32% mantenía un empleo remunerado y 5.4% desempeñaba actividades del hogar; de la población que dijo estudiar, 7.1% se dedicaba de tiempo completo al estudio y 3.6% además trabajaba.

Con respecto a la duración del tratamiento, 80.4% de los casos mantuvo su internamiento una estancia mediana, con una media de 89.7 días ($DE = 6.4$), mientras que 19.6% tuvo una estancia corta, con una media de 27.9 días ($DE = 8.8$).

C. Instrumento

Las cédulas contaron con las siguientes secciones:

- Identificación del paciente (folio, centro de costo, número de expediente) y características sociodemográficas. La sección se aplicó en los cuatro momentos de la evaluación.
- Consumo de sustancias durante los últimos seis meses. La sección se aplicó al ingreso.
- Frecuencia, en el último mes, del consumo de sustancias y del uso de drogas de alto riesgo (vía intravenosa y ocurrencia de borracheras). La sección se aplicó al ingreso y en los seguimientos.
- Frecuencia de problemáticas biopsicosociales, ordenadas en las siguientes categorías: biológicas: salud (englobadas en una sola variable todas las problemáticas de la salud fisiológica); psicológicas: depresión, estrés, conducta y delincuencia; y sociales: familia y ocupación. La sección se aplicó en los cuatro momentos de la evaluación.
- Tipo de actividades realizadas durante la estancia hospitalaria (psicoterapéuticas, psicoeducativas, artísticas y culturales, deportivas y grupos de autoayuda). La sección se aplicó al egreso.
- Farmacoterapia. La sección se aplicó en los cuatro momentos de la evaluación.
- Escala de percepción de mejoría en seis áreas: uso de drogas, salud, psicológica, familiar, relaciones (con personas fuera de la familia) y ocupación. La sección se aplicó al egreso y en los seguimientos.

Procedimiento

De forma inicial, al ingreso del tratamiento, fueron evaluados 310 pacientes, de los cuales se logró seguir evaluando a 225 que concluyeron el programa, a 122 en el seguimiento a tres meses y a 99 a los seis meses.

Para el análisis se consideraron 56 casos que contaban con registros correctos y completos, en tiempo y forma, de los cuatro momentos de evaluación.

Las dificultades del equipo médico para contactar a los pacientes una vez que salieron de las instalaciones de los CIJ fueron el principal motivo por el que se interrumpió el seguimiento de 211 casos (mortalidad estadística). Asimismo, se complicó contactar a la población que abandonó el tratamiento o a los participantes que fueron dados de baja por haber trasgredido el reglamento.

En algunos casos se pudo realizar el seguimiento vía telefónica, aunque el equipo médico se enfrentó con la pérdida de vigencia de los datos de localización, pues algunos de los participantes cambiaron de número telefónico o de domicilio.

La muestra se constituyó con pacientes que ingresaron a tratamiento de mayo a noviembre de 2014, a quienes se logró evaluar y dar seguimiento en cuatro momentos diferenciados del proceso de tratamiento: al ingreso, al egreso y a los tres y seis meses posteriores a la terminación del tratamiento. No se presentaron casos de pacientes que no hubieran deseado participar en el estudio.

Se realizó análisis descriptivos y comparativos, estos últimos consistentes en la aplicación de la prueba *ANOVA* de medidas repetidas, mediante el programa estadístico SPSS v. 15.

Resultados

A. Consumo de drogas al ingreso al tratamiento

Durante los seis meses previos al ingreso a tratamiento, la mayor parte de los pacientes reportó el consumo de alcohol (89.3%) y tabaco (64.3%), y casi la mitad el de marihuana (46.4%); además se informó del uso de cocaína, metanfetaminas, *crack* o inhalables (30.4, 23.2, 19.6 y 16.1%, respectivamente) y, en menor medida, de benzodiacepinas, éxtasis y alucinógenos (8.9, 8.9 y 1.8%, respectivamente).

B. Actividades de tratamiento

La tabla 1 presenta los resultados del estudio en relación con las actividades de tratamiento.

En dicha tabla se puede observar que los pacientes con estancia corta participaron en un promedio de 3.4 actividades psicoterapéuticas, 2.9 psicoeducativas, 9.1 artísticas y culturales, y 10.4 deportivas. Asimismo, se involucraron en promedio en 5.3 sesiones de grupos de autoayuda.

TABLA 1.
PROMEDIO DE ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO ($N = 56$)

ACTIVIDADES	ESTANCIA CORTA	ESTANCIA LARGA
Psicoterapéuticas	34.0	126.8
Psicoeducativas	29.0	98.4
Artísticas y culturales	9.1	20.6
Deportivas	10.4	51.8
Grupos de autoayuda	5.3	18.8

Por su parte, los pacientes con estancia larga tuvieron un promedio de 126.8 actividades psicoterapéuticas, 98.4 psicoeducativas, 20.6 artísticas y culturales y 51.8 deportivas. Además, participaron en promedio en 18.8 sesiones de grupos de autoayuda.

Tratamiento farmacológico

Al ingreso se prescribió tratamiento farmacológico a los pacientes que lo requirieron, siendo factible la administración de diferentes tipos de fármacos a un mismo caso.

En la tabla 2 se observa que a 26.8% de los pacientes se le administró tratamiento de desintoxicación; a 53.6%, con moduladores del estado de ánimo; a 50%, con antidepresivos; a 65.1%, con benzodiacepinas; a 32.1%, con antipsicóticos y a 5.4%, con estimulantes.

TABLA 2.
FARMACOTERAPIA AL INGRESO Y EGRESO
DEL TRATAMIENTO ($N = 56$)

TRATAMIENTO ADMINISTRADO	INGRESO		EGRESO	
	% DE PACIENTES	DOSIS PROMEDIO	% DE PACIENTES	DOSIS PROMEDIO
Desintoxicación	26.8	Baja/Media	10.7	Baja
Moduladores del estado de ánimo	53.6	Media	57.1	Media
Antidepresivos	50	Baja	51.8	Baja
Benzodiacepinas	65.1	Media	23.2	Baja
Antipsicóticos	32.1	Baja	21.4	Baja
Estimulantes	5.4	Baja	6.1	Media

Al egreso del tratamiento, 10.7% de los pacientes continuó con tratamiento de desintoxicación; 57.1% con moduladores del estado de ánimo; 51.8% con antidepresivos; 23.2% con benzodicepinas; 21.4% con antipsicóticos; y 6.1% con estimulantes.

La farmacoterapia prescrita en los seguimientos se presenta en la tabla 3.

TABLA 3.
FARMACOTERAPIA EN LOS SEGUIMIENTOS ($N = 56$)

TRATAMIENTO PRESCRITO	SEGUIMIENTO A TRES MESES		SEGUIMIENTO A SEIS MESES	
	% DE PACIENTES	DOSIS PROMEDIO	% DE PACIENTES	DOSIS PROMEDIO
Moduladores del estado de ánimo	7.1	Media	12.5	Media
Antidepresivos	19.6	Baja	12.5	Media
Benzodicepinas	5.4	Baja	7.1	Media
Antipsicóticos	7.1	Baja	7.1	Baja
Estimulantes	5.4	Media	1.8	Media

Cambio en el uso de drogas

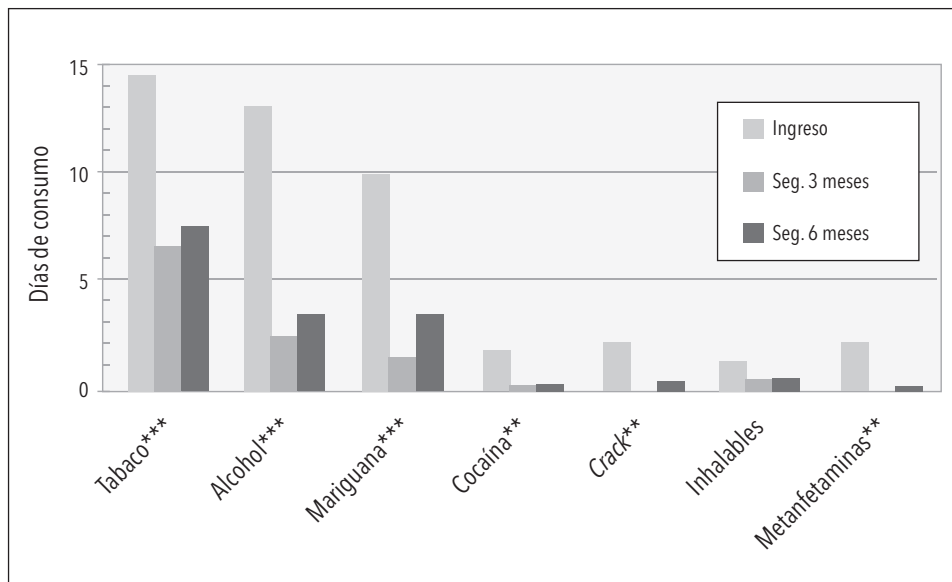
Se efectuaron comparaciones del consumo de drogas en las cuatro últimas semanas (último mes) sólo entre el ingreso y los seguimientos. Dado que no se permite el uso de sustancias al interior de las unidades durante el tratamiento, la evaluación del consumo en el egreso no resulta procedente.

Días promedio de consumo de sustancias en el último mes

La figura 1 resume los días promedio de consumo de sustancias reportadas para el último mes al ingreso y en los seguimientos a tres y seis meses del total de la muestra.

En ella se puede observar que el promedio general de uso del tabaco en el último mes muestra una disminución significativa ($F = 8.274$, $p < 0.001$), al pasar de 14.5 días al ingreso a 6.7 días en el seguimiento a tres meses y a 7.5 en el de seis meses.

FIGURA 1.
DÍAS PROMEDIO DE USO DE SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO MES
($N = 56$)



* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

En el caso del consumo de bebidas alcohólicas, también hubo diferencias estadísticamente significativas ($F = 29.785$, $p < 0.000$), al disminuir de un promedio de 13 días, el mes previo al ingreso, a sólo 2.6 días en el seguimiento a tres meses y a 3.5 días en el seguimiento a seis meses.

Con respecto a las drogas ilícitas, el uso de marihuana en las cuatro últimas semanas presentó diferencias significativas ($F = 15.944$, $p < 0.000$), al disminuir de un promedio de 9.9 días a 1.6 días, en el primer seguimiento, y a 3.5 días en el segundo seguimiento. El consumo de cocaína presentó diferencias significativas ($F = 4.850$, $p < 0.012$), al disminuir de un promedio de 1.9 días al ingreso, a 0.25 días en el primer seguimiento y a 0.16 días en el segundo seguimiento, con lo que casi se logra la abstinencia.

A su vez, el uso de crack presentó diferencias estadísticamente significativas ($F = 5.317$, $p < 0.008$), al pasar de un promedio de 2.4 días a 0.1 días en el primer seguimiento y a 0.5 días en el segundo seguimiento, con lo que se alcanzaron valores cercanos a la abstinencia. Los solventes inhalables no presentaron diferencias significativas al disminuir de un promedio de 1.5 días a 0.5 días en los seguimientos. Por último, en el caso de las metanfetaminas se encontró diferencias significativas ($F = 4.457$, $p < 0.016$), al pasar de un promedio de

2.3 días a 0.1 en el primer seguimiento y a 0.2 en el segundo, con lo que se obtuvieron niveles de abstinencia.

Prevalencia de uso de sustancias en el último mes

En la tabla 4 se muestra el porcentaje de pacientes que reportó el consumo de sustancias en el último mes, tanto al ingreso al tratamiento como a los tres y seis meses de seguimiento y, además, el promedio de días de consumo reportado por estos casos.

El consumo de tabaco, en el último mes, se presentó en 64.3 % de los pacientes al ingreso, con un uso promedio de 22.5 días ($DE = 9.5$); la cifra disminuyó a 51.8 % en el seguimiento a tres meses, con uso promedio de 12.9 días ($DE = 9.8$), y a 48.2 % a los seis meses, con un consumo promedio de 15.6 días ($DE = 10.9$).

El uso de alcohol, en el último mes, se ubicó en 82.1 % de los casos al ingreso, los cuales consumieron un promedio de 15.8 días ($DE = 8.4$); el porcentaje disminuyó a 44.6 en el primer seguimiento, con un promedio de 5.9 días de uso ($DE = 5.5$); y presentó un repunte a 60.7 % de los casos en el seguimiento a seis meses, con un consumo promedio de 5.8 días ($DE = 5.0$).

Al ingreso, el consumo de marihuana, en el último mes, se presentó en 46.4 % de los casos, con un consumo promedio de 21.4 días ($DE = 9.2$); disminuyó a 28.7 % en el seguimiento a tres meses, con un consumo promedio de 5.5 días ($DE = 6.8$); y conservó las mismas proporciones en el seguimiento a seis meses, aunque incrementando su promedio de consumo a 11.6 días ($DE = 10.9$).

El uso de cocaína, en el último mes, se presentó al ingreso en 25 % de los pacientes, con un promedio de consumo de 7.5 días ($DE = 4.6$); disminuyó a 7.1 % en el seguimiento a tres meses, con un uso promedio de 3.5 días ($DE = 2.9$); y bajó un poco más, a 5.4 %, en el seguimiento a seis meses, con un consumo promedio de 3 días ($DE = 1.7$).

El consumo de *crack*, en el último mes, se ubicó en 17.9 % de los pacientes al ingreso, los cuales lo usaron un promedio de 13.7 días ($DE = 7.1$); disminuyó a 3.6 % en el primer seguimiento, con un promedio de 3.5 días de uso ($DE = 2.1$); y a 5.4 % de los casos, en el seguimiento a seis meses, con un consumo promedio de 10 días ($DE = 9.2$).

El consumo de inhalables, en el último mes, se presentó al ingreso en 12.5 % de los pacientes, con un promedio de consumo de 11.9 días ($DE = 6.1$); disminuyó a 5.4 % en el seguimiento a tres meses, con un uso promedio de 10 días ($DE = 15.6$); y remontó un poco, a 7.1 %, en el seguimiento a seis meses, con un consumo promedio de 7.2 días ($DE = 8.6$).

El uso de metanfetaminas, en el último mes, se observó al ingreso en 17.9 % de los casos, los cuales consumieron en promedio 1.7 días ($DE = 6.1$); disminuyó a 5.4 % en el seguimiento a tres meses, con un consumo promedio de 10 días ($DE = 0.58$); y a 3.6 %, en el seguimiento a seis meses, con un uso promedio de 4.5 días ($DE = 3.5$).

TABLA 4.
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO MES
($N = 56$)

DROGA	INGRESO		SEGUIMIENTO A TRES MESES		SEGUIMIENTO A SEIS MESES	
	% DE PACIENTES	NÚM. DE DÍAS DE USO	% DE PACIENTES	NÚM. DE DÍAS DE USO	% DE PACIENTES	NÚM. DE DÍAS DE USO
Tabaco	64.3	22.5	51.8	12.9	48.2	15.6
Alcohol	82.1	15.8	44.6	5.9	60.7	5.8
Mariguana	46.4	21.4	28.7	5.5	28.7	11.6
Cocaína	25.0	7.5	7.1	3.5	5.4	3.0
<i>Crack</i>	17.9	13.7	3.6	3.5	5.4	10
Inhalables	12.5	11.9	5.4	10	7.1	7.2
Metanfetaminas	17.9	1.7	5.4	10	3.6	4.5
Benzodiacepinas	7.1	14.7	1.8	28	1.8	28
Alucinógenos	1.8	20.0	0	—	0	—
Éxtasis	5.4	11.0	0	—	1.8	5
Heroína	0	—	0	—	0	—

El consumo de benzodiacepinas, en el último mes, se presentó al ingreso en 7.1% de los casos, los cuales la usaron en promedio 14.7 días ($DE = 15.3$); disminuyó a 1.8% en el seguimiento a tres meses, porcentaje que representó a un solo paciente que consumió todos los días; esa proporción se mantuvo en el seguimiento a seis meses, con el mismo nivel de uso.

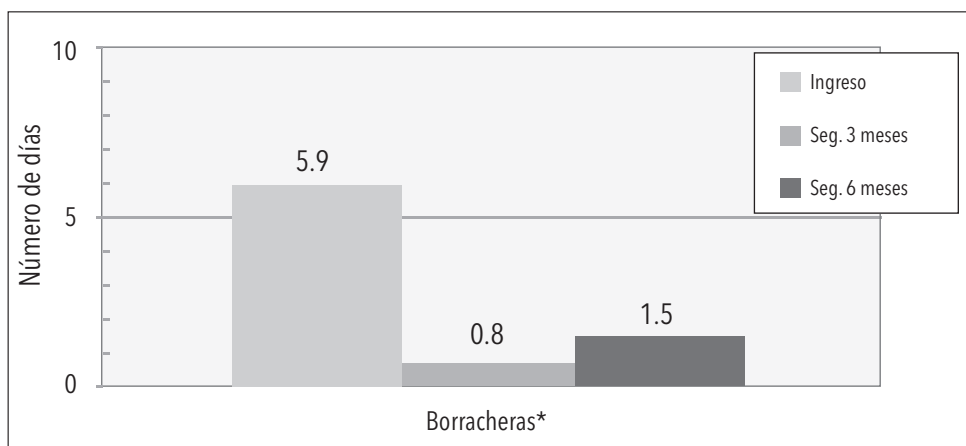
El empleo de alucinógenos, en el último mes, se ubicó al ingreso en 1.8%, equivalente a un caso que consumió 20 días en el mes previo; no se reportó el uso de estas sustancias en los seguimientos posteriores.

El éxtasis, en el último mes, se detectó en 5.4% de los pacientes al ingreso, los cuales lo usaron un promedio de 11 días ($DE = 7.9$); aunque no se reportó su uso en el seguimiento a tres meses; en el realizado a seis meses se presentó un caso (1.8%) con un consumo de cinco días en el mes previo. La heroína no se reportó en ninguna de las evaluaciones.

Patrón de consumo de alto riesgo

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de días que los pacientes bebieron hasta emborracharse ($F = 16.020$, $p < 0.000$); disminuyeron de un promedio de 5.9 días el mes previo al ingreso, a 0.8 en el primer seguimiento y a 1.5 días en el segundo. Cabe destacar que en la muestra no se reportó la administración de sustancias por vía intravenosa (figura 2).

FIGURA 2.
DÍAS PROMEDIO DE BORRACHERAS EN EL ÚLTIMO MES
($N = 56$)



* $p < 0.000$

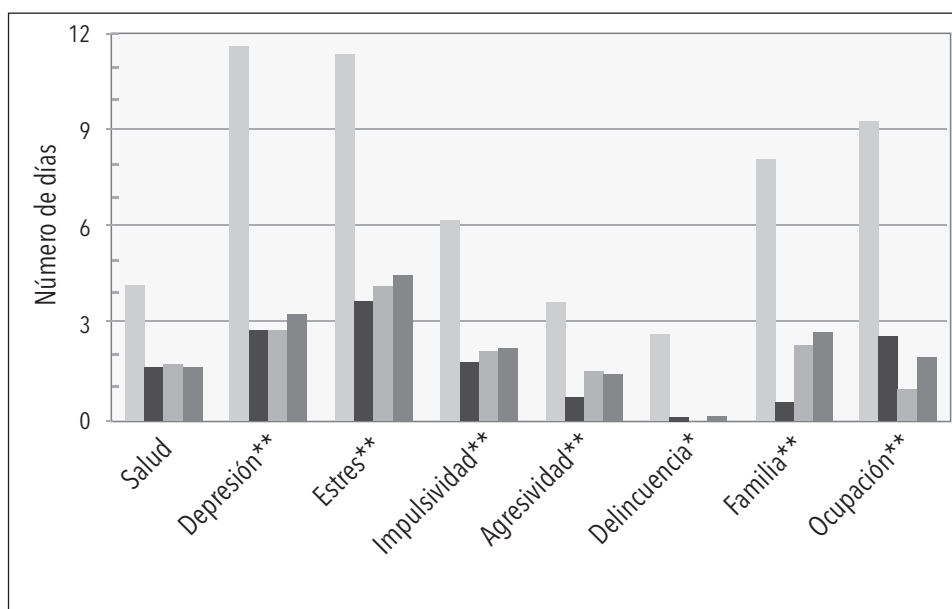
Problemas biopsicosociales

La figura 3 presenta los días promedio de problemas biopsicosociales al ingreso y egreso, así como a los tres y seis meses de seguimiento y se observa mejorías estadísticamente significativas en la mayor parte de las áreas estudiadas, salvo en el caso de los problemas de salud que en un principio se presentaron un promedio de 4.2 días; 1.6 días, al egreso y 1.7 días, a los tres y seis meses. En lo referente a los trastornos psicológicos afectivos, se detectó, en el caso de la depresión, una disminución significativa ($F = 18.134$; $p < 0.000$), al bajar de 11.7 días al ingreso, a 2.8 días al egreso y seguimiento a tres meses, y remontar ligeramente a 3.3 en el seguimiento a seis meses. Una situación similar se presentó con el estrés ($F = 13.022$; $p < 0.000$), que disminuyó de 11.4 días al ingreso, a 3.7 días al egreso, y se sostuvo en 4.2 días en los seguimientos.

En los problemas de conducta también se apreció una mejoría significativa: la impulsividad ($F = 7.181$; $p < 0.000$) pasó de un promedio de 6.2 días en el último mes previo al

ingreso, a 1.8 días al egreso, que se mantuvieron en los seguimientos a tres y seis meses. De la misma forma, los problemas de agresividad ($F = 7.425$; $p < 0.000$) disminuyeron de 3.7 días al ingreso, a 0.7 días al egreso, mientras que en el seguimiento a tres meses se presentó en 1.5 días y en 1.4, en el realizado a seis meses. Asimismo, los problemas de delincuencia ($F = 3.519$; $p < 0.021$) pasaron de 2.7 días al ingreso, hasta prácticamente desaparecer tanto en el egreso como en los seguimientos.

FIGURA 3.
DÍAS PROMEDIO DE PROBLEMAS BIOPSICOSOCIALES EN EL ÚLTIMO MES
($N = 56$)



* $p < 0.05$, ** $p < 0.000$

En el ámbito de las problemáticas sociales se apreció una disminución significativa en el número de días en que se presentaron las dificultades familiares en el mes previo ($F = 18.475$; $p < 0.000$): al ingreso, en 8.1 días en promedio, mientras que al egreso se registraron en 0.5 días, y en 2.3 y 2.8 días, durante el primer y el segundo seguimientos, respectivamente.

Con respecto a los problemas en la ocupación derivados de las faltas al trabajo o a la escuela se encontraron diferencias significativas ($F = 11.122$; $p < 0.000$), al pasar de 9.3 días de falta al ingreso, a 2.6 días al egreso, a un día en el primer seguimiento, y a dos días en el segundo.

Percepción subjetiva de mejoría

En cuanto a la percepción de mejoría de los pacientes se pudo identificar que ésta se incrementó al egreso y durante los seguimientos, ya que pasó de un señalamiento de: “ha mejorado un poco” a “ha mejorado considerablemente”, tanto en las áreas del uso de sustancias como en las del estado de salud, estado psicológico/emocional, relaciones con la familia o cónyuge y relaciones con otras personas fuera de la familia.

En cuanto a la situación escolar o laboral, la mejoría percibida implicó un cambio estadísticamente significativo ($F = 5.504$, $p < 0.007$), al pasar de “sigue igual” en el egreso, a “ha mejorado un poco” en los seguimientos.

Tipo de egreso

La mayor parte de los pacientes fue dada de alta del tratamiento (81.8%) y otro porcentaje relevante, si bien interrumpió su proceso terapéutico, lo hizo con mejoría (12.7%). Fue menor el porcentaje de personas que interrumpieron el proceso de tratamiento sin mejoría o que se dieron de baja por incumplimiento del reglamento (1.8 y 3.6%, respectivamente).

Derivación

Al egreso, 78.2% de los pacientes fue derivado a tratamiento en una unidad de los CIJ de consulta externa y 3.6% a alguna unidad de Centro de Día; 18.2% no fue derivado a tratamiento.

Discusión

La evaluación siguió un diseño acorde con lo propuesto por la OMS (Marsden *et al.*, 2000) y dio cuenta del cambio de los pacientes en el tiempo, gracias al tratamiento recibido, en los patrones y niveles del consumo de alcohol, así como en el funcionamiento en otras áreas de la vida, como los problemas de salud y algunos aspectos del funcionamiento personal y social, que incluyen al empleo, la familia, las relaciones y el comportamiento antisocial, tanto al egreso del tratamiento como en las evaluaciones posteriores de impacto.

El estudio fue realizado con base en un diseño longitudinal, similar a los llevados a cabo internacionalmente (Fernández *et al.*, 1999; López Fernández *et al.*, 2012; Volkow, 2003; Secades Villa y Benavente, 2000), en los cuales se evalúa la intensidad del consumo de drogas y otras variables vinculadas a problemáticas psicosociales.

Lo obtenido concuerda con los estudios documentales que refieren buenos resultados al intervenir en la problemática del consumo de drogas, ya que se registraron menores niveles de consumo de alcohol y drogas, y una disminución de conductas delictivas, desempleo y depresión (Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Los resultados también coinciden con los reportados a nivel internacional, con respecto al incremento de los niveles de abstinencia de alcohol y cocaína, así como en la disminución del estrés percibido y los problemas en las relaciones familiares (López Fernández *et al.*, 2012); además, muestran una disminución de la conducta antisocial, el desempleo y la depresión (Volkow, 2003), tanto al egreso del tratamiento como en los seguimientos.

Entre las limitaciones del estudio destaca el hecho de que los resultados obtenidos representan solamente los casos que concluyeron el tratamiento y que se logró evaluar en los seguimientos, lo cual, por lo general, es una de las limitaciones presentes en este tipo de diseño.

Uno de los factores que influyó en la mortandad estadística de la muestra tiene que ver con particularidades de los contextos en los que se realiza el programa hospitalario, dado que en las diferentes unidades de hospitalización se presentan variaciones en las formas de organización, las actividades y el seguimiento de los casos; en particular en el funcionamiento de la Nueva Red. La presencia de tales contingencias requiere de una mayor coordinación con las unidades de hospitalización durante el seguimiento de los casos, a fin de contar, en estudios posteriores, con una mayor validez interna en la evaluación del programa.

Otra limitación del estudio es que en los resultados no se distingue posibles variaciones entre los casos atendidos en estancia media y los revisados en estancia corta; no obstante que más de 80% de los casos fueron de estancia media.

Además, resultaría pertinente para estudios posteriores, el desarrollo de escalas factoriales, con el fin de contar con medidas más precisas que los propios indicadores para la evaluación de los resultados.

Con estas salvedades se podría concluir que la interacción de los componentes terapéuticos, psicoeducativos, artísticos y recreativos, aunados a los deportivos y de funcionamiento del programa, ha coadyuvado a la eficacia del programa hospitalario de los Centros de Integración Juvenil. Con ello se ha logrado, en los pacientes que concluyen el programa, reducciones significativas en los patrones de consumo de alcohol y drogas, y en la frecuencia con la que presentan problemáticas psicosociales.

Es relevante la presencia, tanto al egreso como en los seguimientos, de una disminución de los días promedio, en el último mes, del consumo reportado de cocaína, *crack*, inhalables y metanfetaminas, hasta llegar a niveles de abstinencia, así como la disminución de la frecuencia del uso de tabaco, a siete días, y de *mariguana* y alcohol, a tres.

Puede apreciarse una disminución en la complejidad de los patrones de consumo de la cohorte, al reducirse tanto la cantidad de personas que usaron drogas en el último mes como el número de veces que lo hicieron. Por otra parte, también se redujeron los días promedio en que se presentaron problemas psicosociales en el último mes, sobre todo los delincuenciales, que decrecieron hasta casi desaparecer. Además, disminuyó de forma significativa el promedio de días en que se presentaron problemas de depresión, estrés, impulsividad, agresividad y en relaciones familiares, así como las faltas al trabajo o la escuela, con respecto a la frecuencia en que se presentaban al ingreso al tratamiento.

Por último, es pertinente señalar que no resulta estadísticamente significativo, en ninguno de los casos, el incremento aparente en los días promedio del uso de ciertas sustancias ni la presencia de problemáticas psicosociales en el último mes, identificada en el seguimiento a seis meses, con respecto a lo reportado al egreso o a los tres meses.

Por lo anterior, se considera que el tratamiento hospitalario de los CIJ es una excelente opción de tratamiento para problemas severos del consumo de drogas.

Referencias

- Chen, H. T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park, USA: Sage.
- De León, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Fernández Hermida, J. R. y Secades Villa, R. (1999). “La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España”. *Psicothema*, 11(2), pp. 279-291.
- López Fernández, O.; Ferrer Pérez, X.; Tudela Marí, M.; Cervantes, M. y Sanjuan, J. (2012). “Estudio de seguimiento a corto, mediano y largo plazo del tratamiento de conductas adictivas en comunidad terapéutica: estudio en Cataluña”. [Póster presentado en las XXXIX Jornadas Nacionales Sociodroalcohol]. Tarragona, España.
- Marsden, J.; Ogborne, A.; Farrell, M. y Rush, B. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. World Health Organization (WHO), United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66633/1/WHO_MSD_MSB_00.5.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2006). *Seguimiento y evaluación de programas de prevención del uso indebido de sustancias por jóvenes*. 5. United Nations Publications. Recuperado de: https://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&E_S.pdf
- Secades Villa, R. y Benavente, M. Y. (2000). “Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes”. *Adicciones*, 12(3), pp. 365-371. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/647/636>
- Vanderplasschen, W.; Colpaert, K.; Autrique, M.; Rapp, R. C.; Pearce, S.; Broekaert, E. y Vandeveld, S. (2013). “Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective”. *The Scientific World Journal*, 2013, pp. 1-22, DOI: .org/10.1155/2013/427817.
- Volkow, N. D. (2003). *Serie de Reportes de Investigación. La Comunidad Terapéutica*. Estados Unidos: National Institute on Drug Abuse. Recuperado de: <http://archives.drugabuse.gov/researchreports/Terapeutica/Terapeutica.html>

CAPÍTULO V

Búsqueda de sensaciones y consumo de tabaco en jóvenes universitarios

DIANA BETANCOURT OCAMPO

MARÍA GUADALUPE BOCANEGRA DE GYVES

ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública de todo el mundo; se calcula que a nivel mundial mueren alrededor de cinco millones de personas por el consumo de esta sustancia y que 80% de los fumadores viven en países de ingresos bajos o medios (OMS, 2015).

Desafortunadamente nuestro país no escapa a esta problemática mundial, ya que el tabaquismo sigue siendo un grave problema de salud pública, sobre todo entre la población adolescente, así como en adultos jóvenes y en mujeres, con un incremento en la frecuencia de consumo y la exposición al humo de tabaco. Además, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud del 2011, el consumo de tabaco está relacionado con enfermedades como: infarto agudo al miocardio, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer de pulmón, las cuales se ubican dentro de las diez primeras causas de mortalidad en México (Reynales-Shigematsu, Valdés-Salgado, Rodríguez-Bolaños, Lazcano-Ponce & Hernández-Ávila, 2009).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2012 reportó que 21.7% de la población en México, entre 12 a 65 años de edad, informó que era consumidor activo de tabaco, lo que correspondería a un aproximado de 17.3 millones de mexicanos. Al hacer el comparativo de los datos de la ENA del 2008 con los del 2012, no se encuentran diferencias en la prevalencia de consumo.

Respecto al promedio de edad para el inicio del consumo, los datos de la ENA 2012 indican que es de 20.4 años. Los hallazgos indican, además, que 12.3% de la población adolescente (de 12 a 17 años) reportó que ha consumido tabaco. Al hacer el análisis por sexo, se encontró que 16.4% de los hombres y 8.1% de las mujeres adolescentes han consumido tabaco (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud, 2012). Por otro lado, datos de otra encuesta realizada en población estudiantil indican que, específicamente en estudiantes de nivel

licenciatura, 73.9% de ellos informaron haber consumido tabaco alguna vez en su vida (Villatoro *et al.*, 2012).

Como se puede apreciar, el consumo de tabaco es un problema de salud que se ha mantenido constante y que se presenta de forma importante en la población joven. De ahí que diversos estudios se han dado a la tarea de analizar qué factores se asocian al consumo de este tipo de sustancia. Andrade y Betancourt (2008) realizaron una revisión y agruparon, en tres grandes categorías, los factores relacionados con el consumo de tabaco: sociales, biológicos y psicológicos.

Entre los aspectos sociales, las autoras señalaron que existe evidencia que sugiere que la historia familiar de consumo, las normas o reglas familiares sobre esta sustancia, una pobre supervisión de los padres, la influencia de los pares y la exposición a los anuncios de tabaco son factores relevantes para que los adolescentes inicien su consumo.

Por otro lado, en cuanto a los aspectos biológicos, Andrade y Betancourt (2008) indicaron que algunos aspectos genéticos tienen una fuerte contribución para la dependencia a la nicotina. También consideraron que la exposición prenatal y algunos cambios biológicos durante la pubertad son factores vinculados con el consumo de tabaco.

En cuanto a los factores psicológicos asociados al consumo de tabaco están: una baja autoestima, el estrés, la presión académica o el bajo rendimiento académico y la búsqueda de sensaciones (Andrade & Betancourt, 2008).

En cuanto a la búsqueda de sensaciones, Zuckerman (1994, 2007) la define como la búsqueda de sensaciones y experiencias distintas, novedosas, complejas e intensas por el simple deseo de disfrutarlas. Este factor se considera un rasgo de personalidad que engloba cuatro componentes: búsqueda de emoción y aventura, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.

Las personas que tienen una alta búsqueda de sensaciones se caracterizan por llevar a cabo conductas inusuales, que para los demás serían consideradas como peligrosas o arriesgadas (Zuckerman, 1979; Zuckerman & Kuhlman, 2000). Es por ello que este rasgo de personalidad se ha asociado con diferentes conductas de riesgo, entre ellas el consumo de tabaco, lo cual ha sido ampliamente documentado (Dinn, Ayciceggis & Harris, 2004; Frankenberger, 2004; Kopstein, Crum, Celentano, & Martin, 2001; Roberti, 2004; Stephenson, Hoyle, Palmgreen, & Slater, 2003; Zuckerman, 2007).

Stephenson *et al.* (2003) realizaron un estudio para el que reportaron correlaciones significativas entre la búsqueda de sensaciones y varios indicadores del consumo de tabaco en población adolescente, tales como el consumo diario, durante los 30 días previos al estudio y las actitudes favorables sobre esta actividad.

Otro estudio, mismo que fue realizado por Willis, Windle y Cleary (1998), se enfocó en analizar el rol de los pares en adolescentes y se reportó evidencia de la asociación entre la búsqueda de novedad y el consumo de sustancias, entre ellas el tabaco. En el reporte de ese estudio, se sugirió que la búsqueda de novedad tiene un efecto directo en la afiliación con

pares que presentan conductas de riesgo, ya que comparten una inclinación por la vivencia de experiencias emocionantes (Wills, Windle & Cleary, 1998).

Por otro lado, Urbán (2010) llevó a cabo una investigación para analizar el efecto de la búsqueda de sensaciones sobre el consumo de tabaco en población adolescente. El autor encontró que dicho factor explica 64% de la varianza del consumo de tabaco de los adolescentes de los que obtuvo información.

Por su parte, Latorre, Cámara y García (2014) realizaron un estudio en el que analizaron la relación entre la búsqueda de sensaciones, el consumo de alcohol y tabaco y la práctica deportiva en población adolescente. Los autores encontraron que la edad fue un factor de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco, en tanto que el sexo de los adolescentes no resultó ser un factor predictivo del consumo de estas sustancias en la población estudiada. Además, los autores reportaron que la búsqueda de sensaciones fue un factor predictivo del consumo de tabaco.

Pokhrel, Sussman y Stacy (2014) realizaron un estudio en adolescentes y uno de los aspectos que analizaron fue la relación entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de tabaco. Los autores encontraron relaciones positivas y significativas entre estas variables.

En México existen pocos estudios que han abordado el consumo de tabaco y la búsqueda de sensaciones. Uno de ellos es el realizado por Palacios y Cañas (2011), quienes analizaron la relación de algunas características psicosociales, entre ellas la búsqueda de sensaciones en población adolescente, con el consumo de sustancias, incluido el tabaco. Sus resultados corroboraron lo reportado en otros estudios; es decir, se encontró una relación significativa entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de tabaco, en este caso su frecuencia; de tal modo que los jóvenes que puntuaron más alto en la búsqueda de sensaciones fueron quienes reportaron fumar con más frecuencia.

Como se puede apreciar, la evidencia empírica ha vinculado la búsqueda de sensaciones con el consumo de tabaco. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han realizado en otros países y en México es poca la evidencia en torno a estas variables, por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar si hay diferencias significativas en la búsqueda de sensaciones con distintos niveles de consumo de tabaco entre jóvenes.

Método

A. Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 200 estudiantes de nivel licenciatura de una institución particular del Estado de México, de los cuales, 35.5% fueron hombres y 64.5% mujeres, con un promedio de edad de 20.7 años ($DE = 2.03$). El mayor porcentaje de los participantes (56%) reportó que estaba cursando estudios de psicología o medicina; el resto de los estudiantes (44%) reportó otras carreras.

B. Instrumentos

Para evaluar la búsqueda de sensaciones se utilizó la escala de Sánchez-Xicoténcatl (2015), tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (desde “Nunca” hasta “Siempre”) y que consta de 14 reactivos que evalúan dos dimensiones: *Búsqueda de aventuras y riesgos* ($\alpha = 0.727$) y *Cautela* ($\alpha = 0.720$). Para evaluar el consumo de tabaco se utilizaron cinco indicadores del Cuestionario de Conductas de Riesgo para Adolescentes (Andrade & Betancourt, 2008), que miden la frecuencia y cantidad de consumo de esta sustancia.

Procedimiento

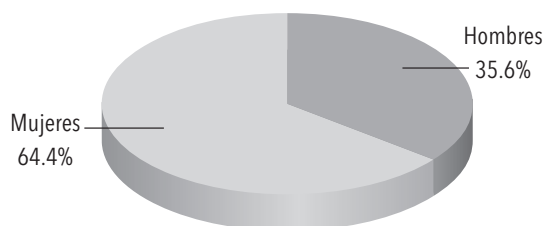
A los participantes se les explicó el objetivo del estudio, también se les solicitó su participación voluntaria, se les indicó que la información sería utilizada para fines de investigación y se les hizo hincapié en la confidencialidad de la información. Los instrumentos fueron aplicados de manera individual dentro de las instalaciones de la institución educativa.

Resultados

A. Patrón de consumo de tabaco

Los resultados mostraron que del total de los participantes, 73 % indicó que ha consumido tabaco alguna vez en su vida. Al hacer el análisis por sexo, los resultados no mostraron una relación significativa entre esta variable y el consumo ($p > 0.05$). Sin embargo, como se puede observar en la figura 1, fue mayor la proporción de mujeres que reportó haber consumido tabaco.

FIGURA 1.
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PARTICIPANTES QUE HAN
CONSUMIDO TABACO ($N = 200$)



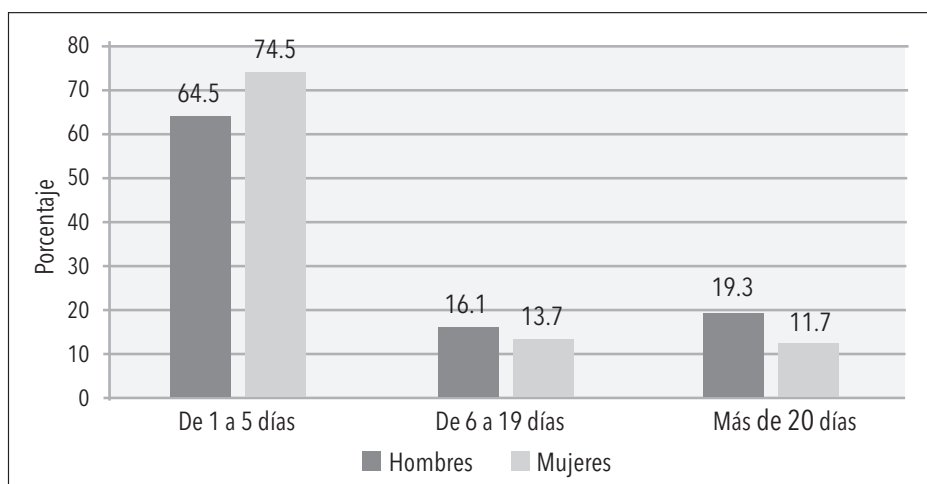
Por lo que respecta a la edad del primer consumo, el promedio en la muestra total fue de 16.35 años ($DE = 2.19$). Se realizó una prueba *t* de *Student* para comparar la edad del primer consumo por sexo. Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significa-

tiva [$t(1, 142) = -2.28, p < 0.05$]: los hombres iniciaron su consumo a una edad más temprana ($M = 15.80, DE = 2.03$), en comparación con las mujeres ($M = 16.66, DE = 2.22$).

En cuanto al consumo dentro del último año, del total de los estudiantes que indicó que alguna vez había consumido tabaco, 48.7% reportó que lo ha consumido en el último año, de los cuales 36.1% son hombres y 63.9% mujeres. De los universitarios que indicaron que han consumido tabaco en el último año, 84.53% mencionó que lo ha consumido en el último mes y, de ellos, 70.7% de uno a cinco días; 14.6% de seis a 19 días y 14.6% más de 20 días.

Al hacer el análisis del consumo de tabaco en el último mes entre hombres y mujeres, no se encontró una relación significativa ($p > 0.05$). Como se puede observar en la figura 2, la mayor proporción de los estudiantes, tanto hombres como mujeres, informó que ha consumido esta sustancia en un rango de uno a cinco días. Sin embargo, fue mayor el porcentaje de mujeres que de hombres que reportaron que han consumido tabaco 20 o más días en el último mes.

FIGURA 2.
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PARTICIPANTES POR DÍAS
DE CONSUMO DE TABACO EN EL ÚLTIMO MES ($N = 200$)

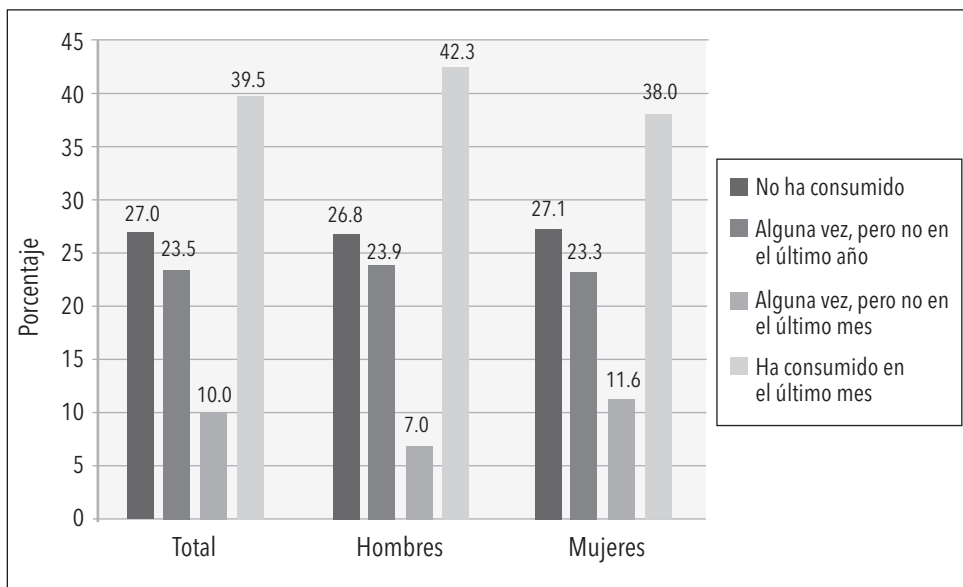


El último de los indicadores del consumo de tabaco de los que se obtuvo información fue el número de cigarros que los jóvenes reportaron fumar al día. De la muestra total que reportó este consumo, el promedio de cigarros fue de 2.94 ($DE = 4.16$). Al realizar una prueba *t* de *Student* para comparar este dato por sexo. Los resultados mostraron una diferencia significativa [$t(1, 108) = 3.03, p < 0.01$], los hombres presentaron un mayor consumo de tabaco ($M = 4.51, DE = 5.84$) en comparación con las mujeres ($M = 2.08, DE = 2.51$).

B. Búsqueda de sensaciones y consumo de tabaco

Para analizar las diferencias en la búsqueda de sensaciones por consumo de tabaco, inicialmente se calculó un indicador que quedó de la siguiente forma: 0 = Nunca ha consumido tabaco, 1 = Alguna vez ha consumido, pero no en el último año, 2 = Alguna vez ha consumido, sí en el último año pero no en el último mes, 3 = Ha consumido en el último mes.

FIGURA 3.
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PARTICIPANTES
POR INDICADOR DE CONSUMO DE TABACO



Como se aprecia en la figura 3, el mayor porcentaje de los jóvenes reportó que tiene un consumo actual de tabaco, con el menor porcentaje para aquellos estudiantes que reportaron que sí han tenido un consumo alguna vez, pero no en el último mes. Cabe señalar que la distribución en las diferentes categorías fue similar tanto para hombres como para mujeres. Con base en este indicador, se realizó un análisis de varianza para comparar los resultados de las dos dimensiones de la búsqueda de sensaciones y las distintas categorías de consumo (tabla 1).

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas sólo para la dimensión de búsqueda de aventuras y riesgos; para la cual, de acuerdo con las pruebas Post Hoc *Scheffé*, los jóvenes que reportaron que alguna vez consumieron tabaco, pero no en el último año y los que indicaron que no han consumido tabaco en el último mes fueron diferentes, al presentar estos últimos una mayor búsqueda de aventuras y riesgos (tabla 1). Por lo que respecta a la dimensión de cautela, si bien los hallazgos mostraron que no hay diferencias

significativas, el grupo que puntuó ligeramente más alto fue el de aquellos que informaron que nunca han utilizado el tabaco y los estudiantes que reportaron consumo en el mes previo al estudio puntuaron más bajo.

TABLA I.
DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE BÚSQUEDA DE SENSACIONES
POR CATEGORÍA DE CONSUMO

	NUNCA HA CONSUMIDO		ALGUNA VEZ, PERO NO EN EL ÚLTIMO AÑO		ALGUNA VEZ, PERO NO EN EL ÚLTIMO MES		HA CONSUMIDO EN EL ÚLTIMO MES		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>
Búsqueda de aventuras y riesgos	2.50	0.44	2.47	0.46	2.81	0.55	2.68	0.40	4.27*
Cautela	3.00	0.53	2.97	0.61	2.90	0.59	2.80	0.51	1.72

* $p < 0.01$

Discusión

Los datos encontrados en el presente estudio acerca de la proporción de jóvenes que informaron que alguna vez han consumido tabaco corrobora lo reportado en la población universitaria por Villatoro *et al.* (2012). Asimismo, en la presente investigación se encontró que el porcentaje de mujeres que reportaron haber consumido tabaco fue ligeramente mayor que el de los hombres; lo cual es contrario a lo reportado por el ENA (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” *et al.*, 2012) donde se indica que en la población adolescente es mayor la proporción de hombres que ha consumido tabaco que de mujeres, sin embargo, es diferente el rango de edad analizada.

Respecto a la edad promedio del inicio del consumo de tabaco, los hallazgos de esta investigación mostraron que la edad de inicio indicada por la muestra estudiada fue menor a la reportada a nivel nacional (ENA, 2012). Además, los hombres reportaron un promedio de edad más joven que el de las mujeres para su inicio de consumo de tabaco, lo cual resulta interesante, ya que si bien, en la presente investigación fue ligeramente mayor la proporción de mujeres que reportaron que alguna vez han consumido tabaco, son los varones los que inician a una edad más temprana, lo cual podría tomarse en consideración para el desarrollo de programas de prevención.

Por lo que respecta a la relación entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de tabaco, los resultados de la presente investigación mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que indicaron que han consumido tabaco en el último mes, quienes presentaron una mayor búsqueda de aventuras y riesgos, y aquellos que no han consumido tabaco en el último año. Estos resultados corroboran los reportados por investigaciones previas sobre el vínculo entre el rasgo de personalidad de la búsqueda de sensaciones y el consumo de tabaco (Latorre *et al.*, 2014; Palacios & Cañas, 2011; Pokhrel *et al.*, 2014; Stephenson *et al.*, 2003; Urbán, 2010; Wills *et al.*, 1998).

A pesar de los resultados, se recomienda seguir realizando estudios alrededor de estas variables para corroborar los hallazgos, debido a algunas características de los participantes; por ejemplo, el tamaño de la muestra y el hecho de que corresponden a una sola institución educativa, que todos son estudiantes y se tendría que considerar qué pasa con aquellos que no estudian, entre otros aspectos.

Implicaciones prácticas

Si bien, como se comentó previamente, los resultados de este estudio tienen algunas limitaciones, éstos son congruentes con lo reportado en investigaciones previas. Es por ello que se considera que el constructo de búsqueda de sensaciones podría ser un elemento fundamental en el desarrollo de programas de prevención del consumo de tabaco.

Un aspecto adicional a tomar en consideración, es que la búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad, lo cual no debe perderse de vista debido a que podría ser un factor que no se modifique fácilmente, pero se puede enseñar a los jóvenes con puntuaciones altas en esta variable a buscar alternativas que satisfagan su búsqueda de sensaciones, sin poner en riesgo su salud.

Referencias

- Andrade, P. P. & Betancourt, O. D. (2008). "Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes". En: P. P. Andrade, M. J. L. Cañas & O. D. Betancourt (comp.). *Investigaciones psicosociales en adolescentes*, México: UNICACH, pp. 181-213.
- Dinn, W. M.; Ayciceggis, A. & Harris, C. L. (2004). "Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates". *Addictive Behaviors*, 29, pp. 107-126.
- Frankenberger, K. D. (2004). "Adolescent egocentrism, risk perceptions, and sensation seeking among smoking and nonsmoking youth". *Journal of Adolescent Research*, 19, pp. 576-590.
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*, México: INPRFM. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

- Kopstein, A. N.; Crum, R. M.; Celentano, D. D. & Martin, S. S. (2001). "Sensation seeking needs among 8th and 11th graders: Characteristics associated with cigarette and marijuana use". *Drug and Alcohol Dependence*, 62, pp. 195-203.
- Latorre, P. Á.; Cámara, J. C. & García, F. (2014). "Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de educación secundaria". *Salud Mental*, 37(2), pp. 145-152.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Tabaco* (Mensaje del centro de prensa). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Palacios, D. J. R. & Cañas, M. J. L. (2011). "Características psicosociales asociadas al consumo de drogas". En J. R. D. Palacios (ed.), *Las conductas de riesgo del adolescente. Investigaciones y soluciones*, México: Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial, A. C., pp. 89-108.
- Pokhrel, P.; Sussman, S. & Stacy, A. (2014). "Relative effects of social self-control, sensation seeking, and impulsivity on future cigarette use in a sample of high-risk adolescents". *Substance Use & Misuse*, 49(4), pp. 343-351.
- Reynales-Shigematsu, L. M.; Valdés-Salgado, R.; Rodríguez-Bolaños, R.; Lazcano-Ponce, E. & Hernández-Ávila, M. (2009). *Encuesta de tabaquismo en jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Roberti, J. W. (2004). "A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking". *Journal of Research in Personality*, 38, pp. 256-279.
- Sánchez-Xicoténcatl, C. O. (2015). "Factores de protección/riesgo en adolescentes consumidores de alcohol (Tesis doctoral)". México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Stephenson, M. T.; Hoyle, R. H.; Palmgreen, P. & Slater, M. D. (2003). "Brief measures of sensation seeking for the screening and large-scale surveys". *Drug and Alcohol Dependence*, 72, pp. 279-286.
- Urbán, R. (2010). "Smoking outcome expectancies mediate the association between sensation seeking, peer smoking, and smoking among young adolescents". *Nicotine & Tobacco Research*, 12(1), pp. 59-68.
- Villatoro, J.; Moreno, M.; Gutiérrez, M. L.; Sánchez, V.; Bretón, M.; Gaytán, F. & Amador, N. (2012). "Consumo de drogas, alcohol, tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios". En L. M. Reidl (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*, México: Porrúa Hnos., pp. 121-139.
- Wills, T. A.; Windle, M. & Cleary, S. D. (1998). "Temperament and novelty seeking in adolescent substance use: Convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's theory". *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 387-406.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking*. Hillsdale, EUA: Lawrence Erlbaum Association.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Nueva York, EUA: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (2007). "The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid". *Personality and Individual Differences*, 43(5), pp. 1303-1305.
- Zuckerman, M. & Kuhlman, D. M. (2000). "Personality and risk-taking: common biosocial factors". *Journal of Personality*, 68(6), pp. 999-1029.

CAPÍTULO VI

Modulación del consumo de drogas y autorregulación intencional

ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DIANA BETANCOURT OCAMPO

LORRAINE VALANCI HOP

PABLO FREYSSINIER ISOARD

VICTORIA MIZRAHI CHALON

Introducción

Actualmente, el término “adolescencia” ya no se considera únicamente una etapa biológica, sino un sistema histórico-cultural-sociológico de cambio e integración a los grupos, así como una situación contextual del desarrollo de la identidad (Monsiváis, 2004). Durante esta etapa ocurren importantes procesos de maduración psíquica, física y social, que conllevan la formación del rol sexual, la adquisición de habilidades para el desempeño laboral y la búsqueda por establecer una relación estable de pareja.

Es normal que en este periodo se presente una crisis de identidad, con rápidos cambios en la autopercepción y que la opinión que el adolescente tiene sobre sí mismo discrepe de la de quienes le rodean (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Por lo que respecta a los procesos psicológicos, se desarrolla la capacidad de tolerancia y expresión de la frustración. A la vez, el adolescente busca un mejor entendimiento de lo que le rodea y trata de discernir entre lo real y lo imaginario. En esta etapa aumenta igualmente la capacidad de razonamiento abstracto y se presta gran atención a los procesos encaminados a la construcción de la identidad, ya que se dan cambios a nivel afectivo, sexual y social (Nateras, 2004).

En la adolescencia cambian las relaciones con la familia, los profesores y compañeros, lo que influye en todos los aspectos del desarrollo de la persona joven. Esto implica un proceso de modificación en el manejo de diferentes demandas, tanto internas como externas, frente a las cuales el adolescente tendrá que echar mano de diversos recursos y estrategias (Lerner, 1982; Lerner, Freund, DeStefanis & Habermas, 2001). Para este propósito, la autorregulación, entendida como una competencia que permite a los adolescentes activar las estrategias de aprendizaje necesarias para alcanzar los objetivos establecidos, juega un papel fundamental.

En línea con lo anterior, Shah y Kruglanski (2003) presentan una teoría estructurada del funcionamiento de las metas en la autorregulación, destacando la importancia de asociar dichas metas con numerosos fenómenos de autorregulación, tales como la conceptualización de éstas, el compromiso para cumplirlas y el conocimiento de nuestras alternativas.

Puede decirse que en todos los individuos están incorporados los mecanismos autorreguladores del comportamiento. Éstos son externos cuando están determinados como producto de la interrelación con los otros, por la sociedad y por la cultura, y son internos cuando se basan en componentes neurobiológicos y la asimilación que cada persona hace de todos los factores externos en los que se ve inmerso en diferentes momentos.

Es a partir de estos fundamentos que se plantea la existencia de una autorregulación intencional, que puede ser conceptualizada como la habilidad de un ser humano para monitorear, perseverar, inhibir y/o adaptar algunos comportamientos, emociones y estrategias cognoscitivas en respuesta a estímulos internos y del ambiente, así como a la retroalimentación de los demás, para lograr metas personales relevantes (Gestsdottir & Lerner, 2008).

La autorregulación intencional le brinda a cada persona la capacidad de fijarse metas y su seguimiento es muy importante para confirmar que aquéllas están siendo alcanzadas conforme a las propias expectativas (Gestsdottir & Lerner, 2008).

La regulación intencional es, además, un proceso complejo que se desarrolla junto con otros cambios importantes en la adolescencia, que pueden aumentar las habilidades que son fundamentales para el éxito de la autorregulación intencional, y ofrecer contextos para que ésta se manifieste o se ponga a prueba, e incrementar, a la vez, las expectativas de que el joven es responsable de su propio camino de desarrollo.

A medida que los adolescentes interiorizan las normas y los mecanismos de quienes les rodean, pueden cambiar las bases externas que modulan su comportamiento por otras, internas, fortaleciendo así su autorregulación.

Dicho de otra manera, la autorregulación intencional consiste en el sentido que un individuo le da a su contexto, influye en éste y se comporta en él (Gestsdottir & Lerner, 2008). En breve, este proceso nos ayuda a tomar decisiones, y nos permite observar un panorama amplio para tener la capacidad de corregir nuestros errores (Gestsdottir & Lerner).

Sin embargo, cabe destacar que la autorregulación no siempre involucra pensamientos conscientes. No obstante, lo anterior, este proceso está más fácilmente disponible al conocimiento que la regulación por el organismo, que consiste en los atributos constantes de un individuo que implican estructuras biológicas, fisiológicas y funciones que contribuyen a la relación del individuo con el entorno.

Modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC)

Baltes y Baltes (1990) propusieron el modelo Selección, Optimización y Compensación (SOC) para describir los procesos de fijación de metas y seguimiento de objetivos dentro de un periodo de vida (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990; Freund & Baltes, 2002; Wiese, Freund & Baltes, 2000; véase también Boerner & Jopp, 2007).

El modelo SOC es uno de los varios modelos teóricos clave para el estudio contemporáneo del desarrollo humano y se enfoca en los objetivos del comportamiento y los intentos de las personas por controlar la dirección de su propio desarrollo (Boerner & Jopp, 2007; Brandtstädter, 1998, 1999, 2006).

De acuerdo con este modelo, a lo largo de su vida las personas encuentran una mezcla de acontecimientos inesperados, controlados e incontrolables, haciendo de la vida una historia de éxito, logros, derrotas y pérdidas (Brandtstädter, 1998).

En línea con esto, la capacidad de una persona de elegir entre los recursos que tiene disponibles dentro de sí misma y en el contexto es lo que constituye la autorregulación (Baltes & Baltes, 1990). Es decir, la persona debe examinar sus propias habilidades y evaluar los recursos internos y externos que están disponibles y, con base en estas consideraciones, elegir objetivos y formas de maximizar el uso de sus recursos y minimizar los efectos de sus déficits correspondientes.

La selección, optimización y compensación se refieren a las estrategias, relacionadas con metas, que las personas usan para regular sus relaciones con el contexto y la gestión de sus recursos internos y externos (por ejemplo, tiempo y energía) para promover su desarrollo exitoso (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2002).

La selección de objetivos que, en sí mismos, pueden estar dirigidos a estados deseados (selección electiva) o implicar la reconstrucción de alguno de ellos en respuesta a la disminución de los recursos disponibles (selección con base en la pérdida), puede ser definida como el desarrollo, la elaboración y el compromiso con metas personales. Una vez elegidos los objetivos, éstos guían la atención y organizan los comportamientos en secuencias de acción, lo que reduce la complejidad de una situación dada, facilitando interacciones eficientes dentro de un entorno.

La selección representa un primer paso hacia la autorregulación exitosa, ya que se construye un sistema objetivo y los medios aplicados para su logro deben ser adecuados.

Cuando se debe elegir entre distintas maneras de alcanzar una meta determinada, la persona suele utilizar procesos de optimización para buscar estrategias o recursos que son compatibles con sus valores, así como con sus habilidades personales y sociales para lograr un objetivo particular, de manera que pueda tener éxito en un mayor nivel de funcionamiento (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990; Freund & Baltes, 2002).

Las diferentes instancias de este proceso de optimización son: la persistencia, el ser centro de atención, la demora de la gratificación y la práctica de habilidades, todos los cuales se expresan en una inversión diferenciada de tiempo y energía (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990; Freund & Baltes, 2002).

Con este proceso, la persona debe vigilar de manera constante, sea consciente o inconscientemente, la discrepancia entre la meta y el estado presente, para aplicar y perfeccionar los medios utilizados para asegurar el logro de sus metas.

Las personas pueden usar la selección para ajustar objetivos cuando hay una pérdida o disminución de los medios para lograr una meta. Sin embargo, si la pérdida de funcionamiento no es demasiado generalizada, las metas a menudo pueden ser mantenidas mediante el proceso de compensación. Éste implica medios similares a la optimización, tales como la práctica, pero, en contraste con aquélla, las acciones de compensación están dirigidas a contrarrestar o evitar pérdidas de medios, en lugar de buscar el acercamiento a estados positivos (Freund & Baltes, 2002; Wiese *et al.*, 2000).

Es dentro de este desarrollo que el adolescente se ve inmerso en diversos riesgos y/o demandas que muchas veces implican el involucramiento en conductas que comprometen su salud. Tal es el caso del consumo de sustancias legales e ilegales.

Consumo de sustancias

Los datos epidemiológicos muestran que el consumo de sustancias es un fenómeno cambiante, marcado por un aumento en grupos vulnerables y regiones particulares, muchas de ellas con fuertes desventajas sociales, por lo que resulta prioritario reducir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con este fenómeno.

Los datos aportados por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2011 (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012), muestran que 31.6% de la población ha consumido bebidas alcohólicas en el último mes. Específicamente en los adolescentes, hubo un aumento del 2008 al 2011, pasando de 7.1 a 14.5%. Respecto a la edad de inicio, ésta se encuentra en 17.7 años; sin embargo, en los hombres hubo una disminución respecto al 2008 (16.6 años).

En cuanto a las drogas ilegales, 1.5% de la población las ha consumido alguna vez en su vida, dato similar al encontrado en 2008. Entre ellas, la mariguana sigue siendo la de mayor prevalencia (1.2%). La edad de inicio en el consumo de esta droga se mantiene estable respecto a lo encontrado en la encuesta del 2008, siendo de 20 años para las mujeres y 18 años en los hombres.

Si bien, el consumo de sustancias ha sido asociado con diversos factores sociales e individuales, específicamente en lo que respecta a la autorregulación y al consumo, se ha encontrado una asociación importante en el campo de la neuropsicología, referida al control inhibitorio y toma de decisiones, aspectos fundamentales en las adicciones.

Algunos autores se han interesado por la posible relación inversa entre el autocontrol y el consumo de sustancias. En los escritos de muchos de ellos, sin embargo, las diferencias entre ese proceso y la autorregulación no son claros, ya que los dos implican esfuerzos, particularmente cognoscitivos, por involucrarse o no en alguna conducta.

Respecto del autocontrol, en específico, diversos autores (Room, 1989; Satacreu & Froján, 1992; Wills & Shiffman, 1985; Sterling *et al.*, 1996; Wills, 1994: citado en López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas & Godoy, 2003) refieren que éste es determinante para el consumo moderado de alcohol o drogas, evitando que salga de control, en tanto su ausencia lleva a excesos.

Otros autores han definido a la autorregulación como un proceso mediante el cual el individuo asume un papel activo en la construcción de su destino (Reider y de Wit, 2006), a través de la activación, monitorización, inhibición, preservación y adaptación del comportamiento, emociones y estrategias cognoscitivas para alcanzar los objetivos deseados (Barkley, 1997, 2004; Díaz y Fruhauf, 1991; Novak y Clayton, 2001).

Respecto a la relación entre la autorregulación y el consumo de sustancias, algunos estudios han encontrado que los individuos bajos en esta competencia tienden a beber alcohol de manera habitual (Brown, Miller y Lewandowski, 1999), en cantidades mayores, con una frecuencia más alta y con consecuencias más negativas (Aubrey, Brown y Miller, 1994). Algo similar parece ocurrir con el consumo de marihuana y tabaco (Brown, Baumann, Smith & Etheridge, 1997). Sin embargo, también existe evidencia contradictoria, ya que algunos estudios no han encontrado relación entre la autorregulación y el consumo (Carey, Neal y Collins, 2004; Neal y Carey, 2005).

De igual manera, Hull y Slone (2004) destacan que los individuos con bajas competencias de autorregulación son menos capaces de controlar sus consumos de alcohol e intentan regular sus experiencias personales y sociales mediante éstos.

Finalmente, cabe mencionar que desde el campo de la neuropsicología se le ha dado importancia a la relación entre determinadas funciones ejecutivas del cerebro y la presencia o no de diversas conductas de riesgo. Sobre este particular, cabe destacar que el control inhibitorio se encuentra vinculado con la capacidad de detectar riesgos; es decir, aquellas selecciones que pudieran representar pérdidas o castigos (Flores-Lázaro, Castillo-Preciado y Jiménez-Miramonte, 2014). Se trata, por tanto, de diversos comportamientos relacionados con la autorregulación, como pudieran ser la conducta sexual de riesgo o la conducta agresiva. Particularmente en el consumo de alcohol, hay evidencia de su relación inversa con el autocontrol (Hull y Slone, 2004; Sayette y Griffin, 2010; Herman y Polivy, 2004). Por ello, resulta importante analizar la manera como se asocia el consumo de sustancias con la autorregulación, específicamente bajo la propuesta de Lerner (2008), la cual implica analizar los tres componentes de este constructo, es decir: selección, optimización y compensación.

Método

A. Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 299 estudiantes de nivel bachillerato y licenciatura, de los cuales 46.3 % fueron hombres y 53.6% mujeres, con un promedio de edad de 17.3 años ($DE = 2.79$).

B. Instrumentos

Se utilizó la versión adaptada al español del Cuestionario sobre Selección, Optimización y Compensación (SOC), desarrollado por Freund y Baltes (2002), que consta de 48 ítems agrupados en cuatro dimensiones. En este estudio no se utilizó la escala de selección selectiva debido a su índice de confiabilidad bajo. Sí se usó, en cambio: optimización (12 reactivos, $\alpha = 0.712$), compensación (12 reactivos, $\alpha = 0.783$) y selección basada en pérdidas (12 reactivos, $\alpha = 0.727$).

Procedimiento

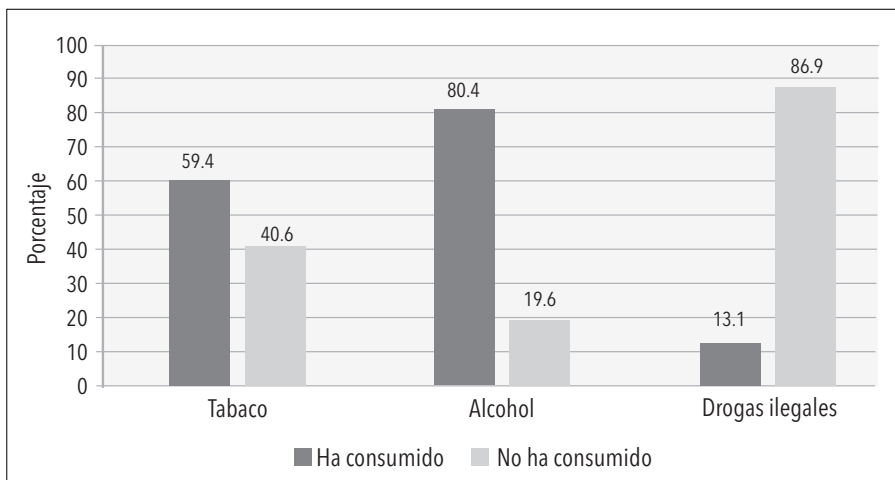
A los participantes se les explicó el objetivo del estudio, solicitó su participación voluntaria e indicó que la información sería utilizada para fines de investigación, haciendo hincapié en la confidencialidad. El instrumento fue aplicado de manera individual dentro de las instalaciones de las instituciones educativas correspondientes.

Resultados

A. Patrón de consumo de sustancias

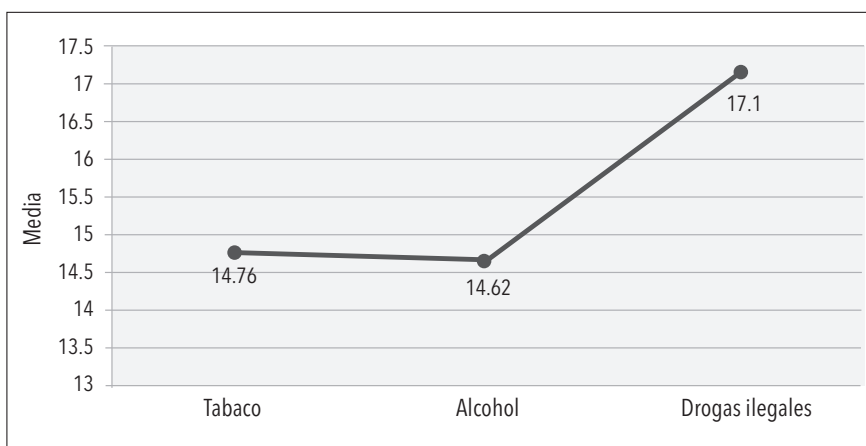
Se realizó un análisis de frecuencias para determinar el consumo de sustancias entre los participantes. Como se puede observar en la figura 1, más de 80% de los estudiantes reportó que alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas; en segundo lugar se encontró el consumo de tabaco y, en tercero, el de drogas ilegales.

FIGURA 1.
DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES
POR CONSUMO DE SUSTANCIAS



Respecto a la edad de inicio del consumo de cada una de las sustancias evaluadas, los resultados mostraron medias muy similares entre el inicio de consumo del alcohol y del tabaco (aproximadamente a los 14 años de edad); mientras que en lo que respecta a la edad de inicio del consumo de drogas ilegales, los resultados indicaron una edad mucho más tardía, en contraste con las otras dos sustancias (figura 2).

FIGURA 2.
PROMEDIO DE EDAD DEL INICIO DEL CONSUMO
DE CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS



Del total de los jóvenes que reportaron que han consumido tabaco alguna vez en su vida ($N = 177$), 80.22% mencionó que lo había consumido en el año previo al estudio y 81.69% en el último mes. Por lo que respecta a la cantidad de cigarros consumidos al día, los hallazgos indicaron un rango de 1 a 20, con un promedio de 3.36 ($DE = 3.67$).

En cuanto al consumo de alcohol, uno de los indicadores que proporciona información sobre el uso excesivo de esta sustancia es cuando se les pregunta a los jóvenes la frecuencia con la que se emborrachan. Los resultados mostraron que de los participantes que reportaron que sí han consumido alcohol alguna vez en su vida ($N = 234$), 24.9% informó que en el último año no se ha emborrachado; 23.6% que lo ha hecho una vez en igual periodo; 23.2% una vez en el mes previo al estudio; 21.9% de dos a tres veces en el último mes y 6.3% de una a más veces en la semana previa al estudio.

Finalmente, de los participantes que reportaron que sí han consumido algún tipo de droga ilegal ($N = 39$), 97.4% reportó que la droga que han consumido fue la mariguana.

Consumo de sustancias y autorregulación intencional

Con el propósito de determinar las diferencias en las dimensiones de la autorregulación intencional por consumo de tabaco, se generó un indicador que tuvo las siguientes categorías: 0 = Quien nunca ha consumido tabaco, 1 = Quien no ha consumido tabaco en el último mes, 2 = Quien lo ha consumido de uno a cinco días en el último mes, 3 = Quien lo ha consumido de seis a 19 días en el último mes, 4 = Quien lo ha consumido de 20 a más días en el último mes. Con este indicador se realizaron análisis de varianza de una vía.

Como se observa en la tabla 1, los resultados mostraron que no existen diferencias en las dimensiones de la autorregulación intencional por categoría de consumo de tabaco, aunque los jóvenes que nunca lo han consumido puntuaron ligeramente más alto en la dimensión de optimización, es decir, que son aquellos que presentan una mejor adquisición e inversión de los medios necesarios para alcanzar sus metas. Por lo que respecta a la compensación que se refiere al uso de medios alternativos para mantener un nivel de funcionamiento adecuado, cuando los medios para alcanzar las metas relevantes no están disponibles, los jóvenes que sí han consumido tabaco, pero no en el último mes, fueron quienes puntuaron más alto. En cuanto a la dimensión de la selección basada en pérdidas, los resultados mostraron que los jóvenes que han consumido tabaco de seis a 19 días en el mes previo al estudio, fueron quienes presentaron puntajes ligeramente más altos.

TABLA 1.
DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE LA AUTORREGULACIÓN
INTENCIONAL POR CATEGORÍA DE CONSUMO DE TABACO

CONSUMO DE TABACO	AUTORREGULACIÓN INTENCIONAL					
	OPTIMIZACIÓN		COMPENSACIÓN		SELECCIÓN BASADA EN PÉRDIDAS	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Nunca ha consumido	2.27	0.40	1.83	0.38	1.85	0.39
Sí ha consumido, pero no en el último mes	2.25	0.30	1.90	0.26	1.94	0.42
Ha consumido de uno a cinco días en el último mes	2.15	0.39	1.80	0.30	1.78	0.50
Ha consumido de seis a 19 días en el último mes	2.22	0.32	1.87	0.28	1.99	0.35
Ha consumido de 20 a más días en el último mes	2.26	0.32	1.89	0.35	1.86	0.43
<i>F</i>	1.01		0.62		1.20	

En cuanto a las diferencias en la autorregulación intencional por consumo de alcohol, igual que en el caso del tabaco se realizó un indicador sobre severidad del consumo, el cual quedó con las siguientes categorías: 0 = Nunca ha consumido, 1 = Sí ha consumido, pero no se ha emborrachado en el último año, 2 = Se ha emborrachado al menos una vez en el último año, 3 = Se ha emborrachado una vez en el último mes, 4 = Se ha emborrachado de dos a tres veces en el último mes, 5 = Se ha emborrachado una o más veces en la semana previa al estudio. Con base en este indicador se realizaron análisis de varianza para identificar posibles diferencias.

Los resultados mostraron diferencias significativas en las dimensiones de optimización y selección basada en pérdidas (tabla 2). Sin embargo, las pruebas de múltiples comparaciones no mostraron diferencias significativas. En el caso de la optimización, los jóvenes que puntuaron significativamente más alto fueron aquellos que reportaron que sí han consumido alcohol, pero que no se han emborrachado en el último año. Por otro lado, los jóvenes que puntuaron más bajo fueron los que informaron que se han emborrachado de una a más veces en la última semana.

En el caso de la dimensión de selección basada en pérdidas, los hallazgos mostraron que los jóvenes que presentaron un mayor consumo (se ha emborrachado de una a más veces en la última semana) fueron quienes puntuaron más alto en esta dimensión, en contraste con los que mencionaron se han emborrachado al menos una vez en el último año, los cuales fueron quienes presentaron el menor puntaje (tabla 2).

TABLA 2.
DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE LA AUTORREGULACIÓN INTENCIONAL
POR CATEGORÍA DE CONSUMO DE ALCOHOL

CONSUMO DE TABACO	AUTORREGULACIÓN INTENCIONAL					
	OPTIMIZACIÓN		COMPENSACIÓN		SELECCIÓN BASADA EN PÉRDIDAS	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Nunca ha consumido	2.24	0.35	1.82	0.44	1.86	0.47
Sí ha consumido, pero no se ha emborrachado en el último año	2.38	0.38	1.82	0.29	1.76	0.48
Se ha emborrachado al menos una vez en el último año	2.20	0.39	1.77	0.29	1.75	0.36
Se ha emborrachado al menos una vez en el último mes	2.21	0.32	1.89	0.32	1.95	0.36
Se ha emborrachado de dos a tres veces en el último mes	2.19	0.37	1.93	0.33	1.90	0.43
Se ha emborrachado de una a más veces en la última semana	2.08	0.37	1.75	0.30	2.00	0.34
<i>F</i>	2.54*		1.74		2.35*	

* $p < 0.05$

Finalmente, para analizar las diferencias en la autorregulación intencional entre los jóvenes que han y no han consumido drogas ilegales, se realizaron pruebas *t* de *Student* para muestras independientes. Como se observa en la tabla 3, los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre estos dos grupos. Sin embargo, en la dimensión de optimización se puede apreciar que los jóvenes que no han consumido drogas ilegales puntuaron ligeramente más alto, es decir, son quienes presentan una mejor adquisición e inversión de los medios necesarios para alcanzar sus metas, en contraste con los que sí han consumido drogas

ilegales. En el caso de las otras dos dimensiones, las medias que se encontraron fueron muy similares.

TABLA 3.
DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE LA AUTORREGULACIÓN
INTENCIONAL POR CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

	HAN CONSUMIDO DROGAS ILEGALES		NO HAN CONSUMIDO DROGAS ILEGALES		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Optimización	2.15	0.37	2.25	0.37	1.57
Compensación	1.84	0.32	1.84	0.34	-0.11
Selección basada en pérdidas	1.88	0.41	1.86	0.43	-0.28

Discusión

La presente investigación aborda la relación entre la autorregulación intencional y el consumo. La autorregulación se explica como aquellos pensamientos, emociones y actos intencionales que acompañan al ser humano en cada toma de decisión frente a las posibilidades de elección que vislumbra. Se puede entender a los procesos de autorregulación como sistemas de codificación y de interpretación de la realidad, a través de múltiples intersubjetividades individuales y colectivas. Desde la perspectiva de Gestsdottir y Lerner (2008), estos procesos involucran una relación permanente con el contexto, particularmente en lo que respecta a sus demandas, frente a las cuales el individuo tendrá que echar mano de sus recursos y habilidades; particularmente en lo que respecta a los riesgos y ofertas para el consumo de sustancias. Dada esta situación, resulta importante comprender la manera como, de acuerdo con dicho planteamiento, existe una asociación entre las dimensiones de la autorregulación intencional (optimización, compensación y selección basada en pérdidas) y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

De acuerdo con los resultados observados, se confirma lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012), en donde más de una tercera parte de la población reportaba haber consumido bebidas alcohólicas durante el último mes, aunque respecto a dicha encuesta se observa una notable diferencia en lo que respecta al consumo considerado como riesgoso; es decir, aquellos adolescentes que en esta investigación

refirieron haberse emborrachado una o más veces en la última semana se ubican en 6.3 %, porcentaje muy superior a otros estudios. Este dato en particular resulta significativo, al considerar que además de que esos adolescentes se identifiquen como consumidores actuales, el que presenten este patrón los expone a riesgos mayores, por comparación con el resto de los consumidores, esto es, quienes reportan beber de manera regular, pero sin llegar a la embriaguez.

Otro de los aspectos analizados en este estudio se refiere a la edad de inicio, tanto de alcohol como de otras drogas, que se ubica alrededor de los 14 años, para el caso de alcohol y tabaco, mientras que, para drogas ilegales, el promedio de edad fue de 17 años. Resulta interesante este resultado, que merece ser analizado a la luz de las características propias de la población en el estudio, ya que esta situación pudiera estar relacionada con variables como la disponibilidad comparativa de dichas sustancias.

En lo que respecta a la relación entre la autorregulación y el consumo; si bien, existen pocos estudios con los que se puedan comparar los hallazgos del presente estudio, principalmente por la concepción del concepto de autorregulación y por la manera como ha sido evaluado, llama la atención lo encontrado al analizar el consumo de tabaco y la relación que pudiera tener con las diferentes dimensiones estudiadas. Se hubiese esperado encontrar diferencias; sin embargo, no fue así.

Si bien se encontraron diferencias en los puntajes obtenidos en dichas dimensiones entre los no consumidores y aquellos que consumen tabaco de manera regular, tales diferencias no resultaron significativas. Sin embargo, los hallazgos tienen cierto sentido teórico, ya que quienes consumieron tabaco de 6 a 19 días en el último mes, presentan la mayor media en lo que respecta a la dimensión “selección basada en pérdidas”, lo que implica en ocasiones asumir algunos ajustes en la consecución de metas y, con ello, cierta perseverancia.

Por otra parte, en lo que respecta al consumo de alcohol, de manera consistente con la literatura, se pudo observar que los jóvenes que se encuentran en mayor desventaja en lo referente a la elección de metas y su posterior consecución, son quienes presentaron un patrón de consumo más frecuente, aunado a las cantidades de alcohol que los llevan a la embriaguez. Este hallazgo resulta importante, ya que, de acuerdo con diversos estudios, la capacidad de autorregulación guarda una relación significativa con el consumo de alcohol y otras sustancias (Room, 1989; Satacreu & Froján, 1992; Wills & Shiffman, 1985; Sterling *et al.*, 1996; Wills, 1994 citado en López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas & Godoy, 2003). Específicamente, en el caso de la dimensión de optimización, cabe señalar que pareciera ser que se vincula con la manera como los adolescentes están usando y administrando sus recursos para conseguir sus objetivos. Diversos estudios han referido que aquellos jóvenes que presentan problemas de consumo, tienen ciertos déficits, lo que involucra su esfera académica y social (Aubrey, Brown & Miller, 1994).

De acuerdo con Freund y Baltes (2002), los tres procesos analizados en esta investigación (optimización, compensación y selección basada en pérdidas) suelen utilizarse a lo largo

de la vida y la capacidad de demorar la gratificación es una instancia temprana de la autorregulación intencional. El niño y, posteriormente, el adolescente, debe ser capaz de formar representaciones de dos objetos que compiten por su interés (la presencia de un estímulo tentador y la ausencia de un estado altamente deseado de ser), de las consecuencias de cada opción, y de las operaciones que puede utilizar para desviar la atención de la actual tentación y, en su lugar, centrarse en la recompensa ausente (Demetriou, 2000). Por lo tanto, la decisión de esperar para recibir lo más valioso implica procesos de selección; el adolescente tiene que comparar y organizar sus metas por prioridades, en una jerarquía de objetivos. Entonces, el adolescente tiene que centrar su atención en el objetivo que ha seleccionado y emplear estrategias disponibles para resistir el estímulo (como concentrarse en una representación mental de la recompensa ausente), lo que puede ser entendido en términos de estrategias de optimización. Todo ello resulta importante al analizar la conducta de consumo de sustancias, debido a los procesos de decisión que el adolescente lleva a cabo durante el inicio o no de dicha conducta.

Finalmente, cabe señalar que este estudio aporta evidencia de la relación entre la autorregulación intencional y el consumo, de forma tal que se pueda continuar con la investigación en este campo para, de esta forma, contribuir al enriquecimiento de las diferentes estrategias de prevención y atención del consumo de sustancias por parte de los adolescentes.

Referencias

- Aubrey, L. L.; Brown, J. M. & Miller, W. R. (1994). "Psychometric properties of a self-regulation questionnaire (SRQ)". *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 18, p. 429 (Abstract).
- Baltes, P. B. (1997). "On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory". *American Psychologist*, 52, pp. 366-380.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). "Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation". In P. B. Baltes & M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, New York, USA: Cambridge University Press, pp. 1-34.
- Barkley, R. A. (1997). "Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD". *Psychological Bulletin*, 121(1), pp. 65-94.
- Barkley, R. A. (2004). "Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments". *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), pp. 38-56.
- Boerner, K. & Jopp, D. (2007). "Improvement/Maintenance and Reorientation as Central Features of Coping with Major Life Change and Loss: Contributions of Three Life-Span Theories". *Human Development*, 50, pp. 171-195. DOI: 10.1159/000103358.
- Brandstädter, J. (1998). "Action perspectives on human development". In W. Damon (Editor-in-Chief) & R. M. Lerner (vol. ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development*, 5th ed., New York, USA: Wiley, pp. 807-866.
- Brandstädter, J. (1999). "Sources of resilience in the aging self". In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (eds.), *Social cognition and aging*, San Diego, USA: Academic Press, pp. 123-141.

- Brandtstädter, J. (2006). "Adaptive Resources in Later Life: Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment". In M. Csikszentmihalyi & I. S. Csikszentmihalyi (eds.), *A life worth living: Contributions to positive psychology*, New York, USA: Oxford University Press, pp. 143-164.
- Brown, J. M.; Baumann, B. D.; Smith, C. D. & Etheridge, S. L. (1997, July, 1997). "Self-regulation, extroversion, and substance abuse among college students". *Paper presented at the Research Society on Alcoholism*, San Francisco, USA.
- Brown, J. M.; Miller, W. R. y Lawendowski, L. A. (1999). "The Self-Regulation Questionnaire". In L. VandeCreek y T. L. Jackson (eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook*, Vol. 17, Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, pp. 281-292.
- Carey, K.B.; Neal, D.J. & Collins, S.E. (2004). "A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire". *Addictive Behaviors*, 29, pp. 253-260.
- Demetriou, A. (2000). "Organization and development of self-understanding and self-regulation: Toward a general theory". In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (eds.), *Handbook of self-regulation*, San Diego, USA: Academic Press, pp. 209-251.
- Díaz, R. M. & Fruhauf, A. G. (1991). "The origins and development of self-regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours". In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (eds.), *Self-control and the addictive behaviours*, Botany, Australia: Maxwell Macmillan, pp. 83-106.
- Flores-Lázaro, J. C.; Castillo-Preciado, R. E. y Jiménez-Miramonte, N. A. (2014). "Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud". *Anales de Psicología*, 30(2), pp. 463-473.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). "Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity". *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), pp. 642-662.
- Gestsdottir, S. & Lerner, R. M. (2008). "Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation". *Human Development*, 51(3), pp. 202-224.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (2004). "The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems". In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, New York, USA: Guilford Press, pp. 492-508.
- Hull, J. G. & Slone, L. B. (2004). "Alcohol and self-regulation". In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, New York, USA: Guilford Press, pp. 466-491.
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). "Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Ciudad de México: INPRM". Recuperado de: <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx>
- Lerner, R. M. (1982). "Children and adolescents as producers of their own development". *Developmental Review*, 2, Lerner & Gestsdottir, pp. 342-370.
- Lerner, R. M.; Freund, A. M.; De Stefanis, I. & Habermas, T. (2001). "Understanding developmental regulation in adolescence: The use of the selection, optimization, and compensation model". *Human Development*, 44, pp. 29-50.
- Nateras, A. (2004). "Trazos y trayectos de lo emergente juvenil contemporáneo". En: Reguillo, R.; Feixa, C.; Valdez, M.; Gómez-Granell, C. y Pérez-Islas, J. (coordinadores, 2004). *Tiempo de Híbridos*, México: Instituto Mexicano de la Juventud, pp. 101-113.
- Neal, D. J. & Carey, K. B. (2005). "A follow-up psychometric analysis of the self-regulation questionnaire". *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(4), pp. 414-422. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.19.4.414>

- Novak, S. P. & Clayton, R. R. (2001). "The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking: A multilevel analysis". *Health Psychology*, 20, pp. 196-207.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. y Feldman, R. D. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*, 11a ed., Ciudad de México: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Room, R. (1989). "Drugs, consciousness and self-control: Popular and medical conceptions. Special Issue: Psychiatry and the addictions". *International Review of Psychiatry*, 1(1-2), pp. 63-70.
- Santacreu, J. y Froján, M. X. (1992). "El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II)". *Revista española de drogodependencias*, 17(4), pp. 253-268.
- Sayette, M. A. & Griffin, K. M. (2010). "Self-regulatory failure and addiction". In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, 2nd ed., New York, USA: Guilford Press, pp. 505-521.
- Shah, J. Y. & Kruglanski, A. W. (2003). "When opportunity knocks: Bottom-up priming of goals by means and its effects on self-regulation". *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), pp. 1109-1122. DOI: 10.1037/0022-3514.84.6.1109 (citados en Carver, 2004).
- Sterling, R. C.; Gottheil, E.; Weinstein, S.; Lundy, A. & Serota, R. D. (1996). "Learned helplessness and cocaine dependence: An investigation". *Journal of Addictive Diseases*, 15, pp. 13-24. DOI: 10.1300/J069v15n02_02.
- Wiese, B. S.; Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2000). "Selection, optimization, and compensation: An action-related approach to work and partnership". *Journal of Vocational Behavior*, 57, pp. 273-300.
- Wills, T. A. (1994). "Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses". *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(4), pp. 223-234. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.8.4.223> (citado en López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003).
- Wills, T.A. & Shiffman, S. (1985). "Coping and substance use: A conceptual framework". In S. Shiffman & T. A. Wills (eds.), *Coping and substance use*, San Diego, USA: Academic Press, pp. 505-521.

Autores

JOSÉ LUIS ALBA ROBLES, Departamento de Psicología Básica de la Facultad de Psicología de la Universitat de València.

DIANA BETANCOURT OCAMPO, Coordinadora de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México.

MARÍA GUADALUPE BOCANEGRA DE GYVES, de la Universidad Anáhuac México.

NANCY L. CASTILLO VITE, Miembro del Departamento de Investigación Psicosocial y Documental de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

JOSÉ LUIS CHACÓN MORENO, Subjefe del Departamento de Investigación Psicosocial y Documental de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES, Directora General de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

PABLO FREYSSINIER ISOARD, de la Universidad Anáhuac México.

V. RAÚL GARCÍA AURRECOECHEA, Jefe del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Director del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología de la Universidad Anáhuac México.

ALMA DELIA GUTIÉRREZ LÓPEZ, Subjefa del Departamento de Investigación Psicosocial y Documental de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

VICTORIA MIZRAHI CHALON, de la Universidad Anáhuac México.

SOLVEIG E. RODRÍGUEZ KURI, Subdirectora de Investigación de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

LORRAINE VALANCI HOP, de la Universidad Anáhuac México.

