


Portada Externa de Tesis

<p>Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas, asociado a Locus de control en estudiantes de secundarias públicas</p> <p>2020</p>	<p style="text-align: center;">Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Psicología Campus San Juan del Río</p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas, asociado a locus de control en estudiantes de secundarias públicas</p> <p style="text-align: center;">Tesis</p> <p style="text-align: center;">Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra En Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia</p> <p style="text-align: center;">Presenta</p> <p style="text-align: center;">Marco Antonio Angel Ruiz</p> <div style="text-align: center;"></div> <p style="text-align: right;">San Juan del Río, Qro</p>
---	--



Portada Interna de Tesis

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la
adolescencia

NOMBRE DE LA TESIS

Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas, asociado a locus de control en estudiantes de secundarias públicas

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.

Presenta:

Marco Antonio Angel Ruiz

Dirigido por:

Dra. Pamela Garbus

SINODALES

Pamela Garbus

Presidente

Firma

Mtro. Guillermo Hernández González

Secretario

Firma

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Vocal

Firma

Mtro. José Alberto Jiménez

Suplente

Firma

Dr. David Alberto Rodríguez Medina

Suplente

Firma

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Fecha

México

RESUMEN

El consumo de alcohol, tabaco y drogas se ha configurado actualmente como un problema de salud pública, tanto como por la magnitud del problema, como por las consecuencias sociales y personales que esto conlleva. Debido a que la adolescencia es la etapa de desarrollo donde se tiene mayor probabilidad de iniciar el consumo, así como la posibilidad de desarrollar un perfil de policonsumo, esta población se vuelve un foco de atención particularmente importante si se busca comprender y abordar este fenómeno. Con la finalidad de generar conocimiento en la materia, se realizó un estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en 649 adolescentes de secundarias públicas en Cadereyta de Montes. El objetivo fue medir la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas, así como el identificar su asociación con la variable intrapersonal de locus de control. La prevalencia de consumo de por lo menos una droga “alguna vez en la vida” fue de 30.2%, y el 10.6% han consumido 3 o más drogas. Las drogas de mayor consumo son el alcohol, con un 51.9%, seguido del tabaco con 25.3% y la marihuana con un 10% al igual que los inhalables. En cuanto a Locus de control, 18.8% de los adolescentes tienen un locus atribuido a la suerte, 16.4% atribuido a la afectividad y un 42% atribuido a la internalidad, así mismo se encontró una asociación significativa en el locus de control atribuido a la afectividad y el consumo de inhalables.

Palabras clave: Prevalencias, drogas, adolescencia y locus de control.

ABSTRACT

The consumption of alcohol, tobacco and drugs has currently been selected as a public health problem, both because of the magnitude of the problem and because of the social and personal consequences that this entails. Due to the fact that adolescence is the stage of development where there is a greater probability of initiating use, as well as the possibility of developing a profile of polydrug use, this population becomes a particularly important focus of attention if one seeks to understand and address this phenomenon. In order to generate knowledge on the subject, an epidemiological study was carried out on drug use in 649 adolescents from public high schools in Cadereyta de Montes. The objective was to measure the prevalence of alcohol, tobacco, and other drug use, as well as to identify its association with the intrapersonal variable of locus of control. The prevalence of consumption of at least one drug "once in a lifetime" was 30.2%, and 10.6% have consumed 3 or more drugs. The drugs most consumed are alcohol, with 51.9%, followed by tobacco with 25.3% and marijuana with 10%, as well as inhalants. Regarding Locus of control, 18.8% of adolescents have a locus attributed to luck, 16.4% attributed to affectivity and 42% attributed to internality, likewise a significant association was found in the locus of control attributed to affectivity and the consumption of inhalants.

Keywords: Prevalences, drugs, adolescence and locus of control.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Descripción del problema.....	8
1.2 Justificación.....	11
2.REVISIÓN DE LITERATURA	13
2.1 ADOLESCENCIA.....	13
2.1.1 Adolescencia temprana.....	14
2.1.2 Adolescencia tardía.....	15
2.2 DROGAS.....	16
2.2.1. Factores asociados al consumo de drogas	16
2.2.2. Drogas legales e ilegales en el contexto internacional y nacional	19
2.2.3. Drogas legales.....	23
2.2.3.1. Alcohol.....	23
2.2.3.2. Tabaco.....	28
2.2.4. Drogas ilegales.....	31
2.2.4.1. Marihuana.....	31
2.2.4.2. Cocaína.....	32
2.2.4.3. Crack o piedra.....	35
2.2.4.4. Inhalantes o solventes volátiles.....	36
2.2.4.5. Metanfetaminas, hielo, cristal, éxtasis, tachas o MDMA...	38
2.2.5. Consumo de drogas y sexo.....	40
2.2.6. Consumo de drogas y marginación.....	41
2.3 LOCUS DE CONTROL.....	43
2.3.1. Historia y Locus de control.....	42
2.3.2 Locus de control interno y externo.....	45
2.3.3 Locus de control y consumo de drogas.....	47
2.4 CONTEXTUALIZACIÓN EN CADEREYTA DE MOENTES.....	48
3.METODOLOGÍA.....	50
3.1 Objetivos.....	50
3.2 Material y métodos	50
3.2.1 Tipo de investigación.....	51
3.2.2 Población.....	51
3.2.3 Muestra.....	51
3.2.4 Instrumento.....	52
3.2.5 Procedimiento.....	52
3.2.6 Consideraciones éticas.....	53

4. RESULTADOS.....	54
4.1. Prevalencia de consumo de drogas legales en Cadereyta.....	54
4.1.1. Prevalencia general de consumo de drogas alguna vez en la vida y en el último mes.....	54
4.1.2. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida y en el último mes por sexo.....	56
4.1.3. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida y en el último mes por tipo de escuela	58
4.1.4. Consumo de drogas por grado de marginación.....	60
4.2. Distribución de Locus de control.....	62
4.2.1. Distribución de Locus de control por sexo.....	62
4.2.2. Distribución de Locus de control por tipo de escuela.....	61
4.2.3. Distribución de Locus de control por grado de marginación.....	63
4.2.4. Relación entre consumo de drogas y locus de control.....	65
5. Discusión y conclusiones	69
5.1 Objetivo general.....	69
5.1.1 Prevalencia de consumo de drogas.....	69
5.1.2 Asociación de consumo de drogas y locus de control.....	71
5.2. Objetivos específicos.....	73
5.2.1. Consumo de drogas por sexo.....	73
5.2.2 Consumo de drogas por tipo de escuela.....	73
5.3. Conclusiones.....	73
6. Bibliografía.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Estratificación de la muestra.....	51
Tabla 2 – Escalas utilizadas.....	52
Tabla 3 – Edad promedio de consumo por sustancia.....	55
Tabla 4 – Pruebas de chi cuadrada por sexo y consumo de drogas alguna vez en la vida.....	57
Tabla 5 – Pruebas de chi cuadrada por sexo y consumo de cada droga en el último mes en mujeres y hombres.....	57
Tabla 6 – Pruebas de chi cuadrada por tipo de escuela y consumo de drogas alguna vez en la vida.....	59
Tabla 7 – Pruebas de chi cuadrada por tipo de escuela y consumo de drogas en el último mes.....	60
Tabla 8 – Consumo de drogas alguna vez en la vida por grado de marginación.....	60
Tabla 9 – Pruebas de chi cuadrada de consumo de drogas alguna vez en la vida por grado de marginación.....	61

Tabla 10 – Consumo de drogas en el último mes por grado de marginación.....	61
Tabla 11 – Pruebas de chi cuadrada de consumo en el último mes por grado de marginación	61
Tabla 12 – Distribución de Locus de control en adolescentes de Cadereyta.....	61
Tabla 13 – Pruebas de chi cuadrada por sexo y locus de control.....	63
Tabla 14 – Chi cuadrada por tipo de escuela y locus de control.....	64
Tabla 15 – Distribución de locus de control por grado de marginación.....	64
Tabla 16 – Pruebas de chi cuadrada y locus de control por grado de marginación.....	64
Tabla 17 – Pruebas de chi cuadrada y locus de control de suerte por droga alguna vez en la vida.....	65
Tabla 18 – Chi cuadrada y locus de control de afectividad por droga consumida alguna vez en la vida.....	66
Tabla 19 – Chi cuadrada y locus de control interno por droga consumida alguna vez en la vida.....	66
Tabla 20 – Chi cuadrada y locus de control de suerte por droga consumida en el último mes.....	67
Tabla 21 – Chi cuadrada y locus de control de afectividad por droga consumida en el último mes	67
Tabla 22 – Chi cuadrada y locus de control interno por droga consumida en el último mes.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Consumo de drogas alguna vez en la vida de adolescentes de Cadereyta.....	56
Figura 2 – Consumo de drogas en el último mes en adolescentes de Cadereyta.....	55
Figura 3 – Consumo de drogas alguna vez en la vida por sexo en adolescentes de Cadereyta.....	55
Figura 4 – Consumo en el último mes por sexo en adolescentes de Cadereyta	57
Figura 5 – Consumo de drogas por tipo de escuela y consumo de drogas alguna vez en la vida.....	58
Figura 6 – Consumo de drogas en el último mes por tipo de escuela....	59
Figura 7 – Distribución de locus de control por sexo.....	62
Figura 8 – Distribución de locus de control por tipo de escuela.....	63

1.INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción del problema

El consumo de alcohol, tabaco y drogas constituye en la actualidad un fenómeno que afecta a la población mundial, tanto por la magnitud del problema, como por las consecuencias sociales y personales que esto conlleva. Se calcula que en 2016 aproximadamente 275 millones de personas en todo el mundo (5.6% de la población mundial) en edades de entre 15 y 64 años consumieron drogas por lo menos una vez en su vida. Y en 2015, se calcula alrededor de 450.000 muertes asociadas por consumo (UNODC, 2018). Es por ello que el consumo de drogas ha dejado de ser algo exclusivo de una minoría y ha pasado a configurarse como un problema de salud pública.

El inicio de consumo suele describirse a partir del término droga de inicio (gateway drug), la cual suele abrir el camino al consumo de otra sustancia, esta última es considerada normalmente como más problemática (OMS, 1994). Este proceso de consumo suele ser considerado secuencial, donde se describen tres etapas: en primer lugar, el usuario se introduce al consumo a través del tabaco y alcohol; seguido del cannabis, y, por último, el resto de las drogas. No obstante, el consumir una sustancia no implica que deban pasar necesariamente a la siguiente, sin embargo, la mayoría de los usuarios que se encuentran en una etapa superior, suelen haber consumido las drogas de las etapas previas (López, 2003).

Desafortunadamente, la adolescencia suele ser la etapa de desarrollo donde se tiene mayor probabilidad de iniciar el consumo de drogas, así como la posibilidad de desarrollar un perfil de poli consumo, es decir, experimentar más de una droga (López, 2003). En general, el consumo de drogas se vuelve atractivo para los usuarios gracias a los efectos que tienen sobre el sistema nervioso, ya que constituye una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos de malestar emocional, disminuir las tensiones, así como el afrontar los cambios y las presiones que se presentan en el entorno (Torres, 2007).

Sin embargo, existen características propias de la adolescencia que predisponen a iniciarse en el consumo experimental, a lo largo de este desarrollo se van intensificando los procesos de individuación que conducen a la consolidación de la personalidad. De modo que los retos de esta etapa son: la reestructuración y consolidación de su imagen corporal, el establecimiento de la identidad, el desarrollo y asunción de un sistema de valores y el desarrollo de su identidad psicosexual (Arias, 2013).

Esto supone que los adolescentes tienen que hacer frente a una variedad de situaciones estresantes de tipo biológico, psicológico y social que los ubica frente a algún elemento de riesgo como el deterioro de la autoestima, la interrupción del rendimiento escolar y una probabilidad mayor de que incrementen los comportamientos que comprometan su salud integral, especialmente durante la adolescencia temprana (Sánchez, 1998).

En el caso particular del desarrollo biológico, durante esta etapa el lóbulo frontal continúa su proceso de desarrollo, esta región del cerebro es importante ya que influye en la planeación y la toma de decisiones, por lo que durante la adolescencia se tiene la tendencia a actuar de manera impulsiva y a presentar cambios emocionales bruscos. Estas características brindan al adolescente la predisposición a un rasgo común: las conductas de riesgo, que son todas aquellas conductas que comprometen tanto su integridad física, como psicológica (UNICEF, 2011).

El consumo de drogas se presenta como una de las conductas de riesgo más comunes entre los adolescentes. Sumado a ello, la identidad continúa en formación, se experimenta una reorganización psicosocial, existe una tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones, la posibilidad de presión para consumir de personas de la misma edad, así como la posibilidad del mantenimiento del consumo no solo por las características propias de la etapa, sino que puede ser reforzado por la función recreativa de la misma droga (Jurado, 2017).

El uso o predisposición de cualquier droga entre los adolescentes debe ser motivo de preocupación para cualquier país, ya que, entre más joven

comience el consumo, mayores serán los riesgos y las consecuencias para la integridad y salud de los usuarios (UNDOC, 2019). Existen diversas consecuencias a las que se pueden exponer los consumidores dependiendo el tipo de droga a la que se tenga acceso, como problemas escolares o disminución del rendimiento escolar, o intoxicación, a mayor cantidad de consumo, mayor probabilidad de presentar falta de coordinación motora, agresividad o episodios de pérdida de conocimiento (Espada, 2003):

El control que los adolescentes pueden tener sobre la naturaleza de estas conductas depende de diversos factores, como el entorno social y familiar, ya que estos contextos proporcionan una base para internalizar normas, valores y actitudes. Y por otro lado, los aspectos que se van adquiriendo a lo largo del desarrollo de su personalidad, como lo puede ser la localización del control (Castro, 1988).

Existen dos formas de percibir y controlar las circunstancias que rodean a las personas, quienes atribuyen sus resultados en su vida al propio comportamiento, y quienes atribuyen los resultados en la vida a factores ajenos a su propia conducta, como la suerte o el azar. Quienes atribuyen los resultados a sí mismos se caracterizan por contar con mayor capacidad de adaptarse a enfrentar situaciones de riesgo, mientras que quienes atribuyen los resultados a factores aparentemente incontrolables mostraran mayor dificultad para afrontar esta clase de situaciones (Basañez, 2015).

Desde esta perspectiva existen ciertas características individuales y factores de vulnerabilidad personal que pueden predisponer al consumo o disminuirlo (Fantin, 2006). Es común que factores externos al adolescente sean los responsables del inicio y mantenimiento del consumo de drogas, es decir, se dificulta internalizar aspectos que permitan mediar entre la decisión de evitar el consumo y mantenerlo (Castro, 1988).

1.2. JUSTIFICACIÓN

La población adolescente representa un importante capital de desarrollo para nuestro país, en México residen 13.7 millones de adolescentes de 12 a 17 años, de los cuales 6.7 millones son hombres y 6.5 millones mujeres, lo que representa 34.5% de la población total de menores de 18 años en el país (INEGI, 2019). Esta situación subraya la necesidad de realizar investigaciones que permitan conocer las problemáticas que pueden afectar a esta población, tal como el inicio temprano y mantenimiento del consumo de drogas. Así como la necesidad de investigar posibles factores que puedan explicar y amortiguar esta problemática, ejemplo de ello; la localización de la atribución de control.

El monitoreo del consumo de drogas suele estar basado en encuestas nacionales provenientes de diferentes organismos, por ejemplo, a nivel mundial la UNDOC (Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) remarca que el daño asociado al consumo de drogas es mayor en adolescentes en comparación con los adultos (UNDOC, 2018a). Esta problemática se reafirma en México a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), quien señala que la adolescencia es la población con mayor índice de consumo, y donde se suele tomar la decisión para experimentar, o no, con alguna droga (CONADIC, 2017). Así mismo la secretaría de salud describe que el consumo de alcohol suele iniciar antes de los 17 años, en el caso del tabaco, 684 mil adolescentes de 12 a 17 años ya presentan consumo. Mientras que el inicio de consumo de drogas en general suele situarse alrededor de los 17.8 años de edad (Secretaría de Salud, 2016^a).

El consumo de alcohol, tabaco y drogas plantea un reto considerable para los estados, sus gobiernos y la población en general. Podemos observar que la adolescencia se vuelve un foco importante para abordar de manera oportuna la atención y prevención del consumo. Ya que durante esta etapa se desarrollan las habilidades para gestionar las emociones, control e inhibición de conductas, el desarrollo sano de relaciones interpersonales y la búsqueda de estrategias para la resolución de problemas (OMS, 2019). Sin embargo, las dificultades en la capacidad de los adolescentes para planear y manejar sus emociones, así

como la normalización de la toma de riesgos, puede llegar a tener un impacto negativo en su bienestar físico y mental (OMS, 2018b).

Desde luego existen grupos de adolescentes que han desarrollado un control interno, y junto con ello, la posibilidad de disminuir los riesgos que conllevan las drogas. El identificar de manera oportuna la tendencia del consumo, así como sus posibles factores asociados, permitirá establecer estrategias preventivas adecuadas para las necesidades de la población. Ya que, al abordar esta problemática, las cifras de alcohol, tabaco y drogas no siempre presentan una situación uniforme en el país. Este proceso es particularmente importante durante la adolescencia, ya que, si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que se los adquiera una vez alcanzada la etapa adulta. Es muy probable que un adolescente que se mantiene activo físicamente y con hábitos saludables conserve esta línea durante la adultez (Zamarripa, 2012).

En esta misma línea, el estudio de factores individuales determina una mayor o menor vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas (Calleja, Señorán, Mar, González, & Salvador, 1996). Ejemplo de ello pueden ser variables sociodemográficas tales como: sexo, tipo de escuela y nivel de marginación, cada una de ellas con diferentes niveles de privaciones padecidas por la población y siendo más intensas en los grados de marginación alto y muy alto.

La adolescencia frecuentemente está inmersa en diversas problemáticas: salud física-mental, familia, economía, violencia, adicciones, delincuencia, desempleo y baja cobertura escolar. Ante este escenario plegado de problemáticas sociales, esta población es susceptible a experimentar estresores que impactan de manera significativa en ellos, generando una sensación de desesperanza y apatía ante situaciones aparentemente inciertas o incontrolables (Cruz, 2012). Esta clase de situaciones quedan vinculados al foco de control de los sucesos diarios, la propia conducta y las deducciones que se hacen respecto a los éxitos y fracasos.

La relación entre los patrones de consumo puede describirse en función del autocontrol y la atribución de causalidad, variables que son importantes en la fase de mantenimiento e inicio del consumo, pues provee al adolescente de herramientas personales para disminuir el riesgo de consumo (López, 2003). Por ejemplo, los adolescentes que consideran que los resultados en la vida son a consecuencia de situaciones ajenas a sus actos, son más influenciados por las amistades, situación que favorece y aumenta la probabilidad del consumo de drogas (Calleja et al., 1996).

Por ello se vuelve necesario estudiar, recolectar y analizar de manera sistemática la información que esclarezca la magnitud del problema. Los estudios epidemiológicos tienen como objetivo conocer estas características, así como el identificar la extensión y las variaciones de la problemática entre grupos, regiones del país y las tendencias durante diversos periodos de tiempo. Por ello el presente trabajo es un estudio de corte epidemiológico que explora Locus de control y su asociación con el consumo de drogas en estudiantes de secundarias públicas del municipio de Cadereyta de Montes, Qro. Donde la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas es incierta, en especial en población adolescente (Garbus y Martínez, 2014).

2. Revisión de literatura

2.1 Adolescencia

Etimológicamente, “adolescencia” proviene de la voz latina *alescere*, que significa crecer o aumentar”. A partir de esta última, y por la unión del prefijo *ad*, se formó el verbo *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse (Vignoli, 2010). En general, en la adolescencia se forman y empiezan a consolidar aspectos de la identidad, autonomía y la capacidad para cuestionar los sistemas de referencia. Es un período clave en el desarrollo humano ya que se estructura y reestructura la relación que se tiene con uno mismo y con el mundo (UNICEF, 2013).

Desde una perspectiva más técnica, el concepto fue introducido en la literatura científica en 1904 por el psicólogo F. Stanley Hall (1846-1924), a partir

de ello la adolescencia es comprendida como una etapa entre la infancia y la edad adulta (Vignoli, 2010). Se caracteriza por una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, este proceso de cambio es profundo y trae consigo una serie de crisis, conflictos y contradicciones para el adolescente; ya que no solo es un proceso de cambios corporales, también es el proceso sobre el cual se empieza a construir una independencia psicológica y social (Pérez & Santiago, 2002).

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida. Definir la adolescencia con un rango determinado permite reunir datos basados en la edad y analizar sus características particulares (UNICEF, 2011). Podemos dividir esta etapa del desarrollo en dos periodos: adolescencia temprana y tardía, cada una de ellas con sus correspondientes características.

2.1.1. Adolescencia temprana

Es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años. Su comienzo queda particularmente caracterizado por un acelerado proceso de cambios físicos, un desarrollo de los órganos sexuales y características sexuales secundarias (UNICEF, 2011). Los cambios físicos en ocasiones suelen generar una torpeza motora, situación que puede detonar una preocupación para quienes experimentan cambios que son nuevos para su persona, y como consecuencia de ello se hacen frecuentes los cambios bruscos emocionales y de la conducta (Susana et al., 2002).

El cerebro también experimenta un fuerte desarrollo eléctrico y fisiológico, el número de células cerebrales puede llegar casi a duplicarse, tanto, que las redes neuronales comienzan a reorganizarse de manera que existen modificaciones sobre la capacidad emocional, cognitiva y conductual. Por ejemplo, el lóbulo frontal (región del cerebro que poya el razonamiento y la toma de decisiones) empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana y comienza más tarde y toma más tiempo en varones, es por ello su tendencia de a actuar impulsivamente. Las limitaciones orgánicas para la capacidad de

planear y manejar las emociones, situación que normaliza la toma de decisiones impulsivas y acerca al adolescente a predisponerse a las conductas de riesgo (UNICEF, 2011).

Estas conductas y experiencias declinan durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes (UNICEF, 2011). Por lo que la adolescencia temprana se vuelve un foco a considerar cuando se busca comprender el consumo de drogas, así como su oportuna prevención.

2.1.2 Adolescencia tardía

Es el período que se extiende entre los 15 y 19 años, se caracteriza en por haber finalizado gran parte del crecimiento, aunque el cuerpo sigue desarrollándose (Susana et al., 2002). El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, sin embargo, se logra un mayor control sobre los impulsos y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente (UNICEF, 2011).

En la adolescencia tardía las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones (UNICEF, 2011). También comienza a tomar decisiones sobre el perfil de desarrollo educativo profesional (Susana et al., 2002).

El conocer y comprender cada una de las características y particularidades de cada etapa de la adolescencia permite el identificar áreas de oportunidad que puedan ser aprovechadas para la búsqueda de un sano desarrollo integral, así como el poder focalizar en aquellos factores de riesgo que puedan evitar lograrlo, tal es el caso del consumo de drogas.

2.2 Drogas

Comprendemos por drogas aquellas sustancias químicas que pueden ejercer efectos sobre el sistema nervioso central. Pese a que las drogas tienen efectos en común, existe una considerable variabilidad entre las clases de drogas en términos de efectos físicos y psicológicos, mecanismos de acción, desarrollo de tolerancia, abstinencia y efectos a largo plazo. Según la referencia, algunos autores aplican el término a medicamentos que se utilizan en el tratamiento de los trastornos mentales, tales como: ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, etc. Otros utilizan este término para referirse a las sustancias que tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conducta y la conciencia, como: depresores, estimulantes o alucinógenos (OMS, 1994).

Como podemos observar, el uso del término droga depende del contexto en el que se desenvuelva, de ahí que surjan otras definiciones alternas como fármacos, psicoactivos, o bien: drogas legales e ilegales. Sin embargo, cabe señalar que pese al estatus social en que la droga se encuentre, se reconoce que para los adolescentes (menores de edad) ambas categorías quedan restringidas para su venta y consumo.

2.2.1 Factores asociados al consumo:

Desafortunadamente, como se mencionó anteriormente, la adolescencia es la etapa de desarrollo donde suele iniciar el consumo, esta situación suele implicar la presencia de al menos tres factores condicionantes: la elección o impulso del consumo, los efectos sobre el organismo y el contexto o escenarios sociales (Diez, 2008):

1. Elección o impulso del consumo: en general, la gente utiliza drogas porque espera beneficiarse de su uso, ya sea para tener una experiencia placentera o para evitar el dolor (OMS, 2005). A pesar de que los beneficios reales o aparentes del consumo, esto conlleva un potencial daño tanto a corto, como largo plazo.

2.Efectos sobre el organismo: una vez ingerida la sustancia se despliega un estado que da lugar a perturbaciones en el organismo a nivel cognitivo, perceptual, afectivo y motor (OMS, 1994). La preferencia se una sustancia sobre otra puede variar según los efectos e intensidad de la sustancia, así como la vía de administración y el posible patrón de consumo, es decir, que tan frecuente se puede administrar la sustancia. No obstante, el fin último del consumo siempre son los efectos que ejerce la droga sobre el organismo (OMS, 2005).

3. Contexto o escenarios sociales: desde el nacimiento, los procesos de socialización influyen en el aprendizaje de normas y comportamientos socialmente aceptados, desde la familia, la escuela, los amigos/pares, hasta las diversas instituciones. El consumo de drogas implica un proceso similar, un ejemplo de ello puede verse a través de los medios de comunicación, los cuales bombardean constantemente al consumidor hasta habituarlo y normalizar el comportamiento de consumo. La misma situación puede irse matizando con sus correspondientes particularidades en cada esfera social (Becoña, 2002).

El origen del consumo de drogas ha buscado ser explicado desde diferentes teorías, una de las que tiene mayor relevancia en la actualidad es el enfoque de factores de riesgo, el cual, fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido hacia la identificación de aquellos factores biopsicosociales que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud en particular (Bustos, 2010).

Clayton (1992) define un factor de riesgo como un atributo, característica individual, situación o contexto ambiental que incrementa la probabilidad o predisposición de que se produzca un determinado fenómeno, en este caso particular, el inicio de consumo, su mantenimiento y la transición de aumento de frecuencia y cantidad de uso (Moreno, 2003). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la aparición de uno o múltiples factores no determina la aparición del fenómeno en sí, pero, a mayor cantidad de factores de riesgo a los que esté expuesto el individuo, más probabilidad habrá de que se suscite (Guiot, 1999).

A pesar de que las leyes en México prohíben la venta de alcohol y tabaco a menores de 18 años, se ha demostrado que el inicio del consumo de estas

sustancias se produce antes de alcanzar esta edad (Herrera, 2004). Se han identificado numerosos factores de riesgo que predisponen al adolescente a incidir sobre el consumo, los cuales podemos dividir en (Espada, 2003):

1. Factores personales: desinformación, curiosidad o sitio de control intrapersonal.

2. Factores micro sociales: ambigüedad y contradicción en las normas familiares, falta de comunicación y clima familiar conflictivo, influencia de familia o grupos de amistad.

3. Factores macro sociales: disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, institucionalización y aprobación social de ciertas drogas, publicidad, asociación de drogas con el ocio y la recreación.

Desde esta concepción integral, podemos afirmar que existen multitud de variables que pueden predecir el aumento de consumo (Aróstegi, 2004). En cuanto a los factores de protección, son aquellas variables características o situaciones que contribuyen a prevenir, reducir o modular el comportamiento desviado y sus consecuencias negativas (Bustos, 2010).

La presencia o ausencia de los diversos factores de riesgo y de protección permitirán comprender mejor qué personas tienen mayor riesgo de consumir drogas y aquéllas que tienen mayor protección para no consumir. Se puede afirmar que los factores de riesgo y los factores de protección no son posiciones opuestas, sino dos factores que interactúan entre sí.

Estas teorías toman relevancia para el estudio del consumo de drogas, ya que pese a los diversos contextos y modalidades sobre los que se desenvuelven las drogas, es evidente que su uso puede llegar a significar un daño a la salud pública. Para ejemplificar esta situación, suelen ser cuatro las categorías principales donde el impacto de las drogas puede manifestarse en la salud (OMS, 2005) :

-Efectos biológicos: la sustancia tiene efectos sobre la coordinación física, procesos cognitivos como: la memoria, atención, razonamiento. Circunstancia

que incapacita al usuario a reaccionar debidamente durante el tiempo de intoxicación a diversas tareas o actividades.

-Dependencia de una sustancia: es el término técnico que actualmente se emplea para el concepto de “adicción”. Se caracteriza por una disminución o incluso la pérdida del control y la voluntad que el usuario tiene sobre la capacidad de gestionar el uso de la droga, ya que, en estos casos, ya no solo se buscan los aparentes beneficios o sensaciones que genera la droga; ahora se presentan síntomas de ansiedad durante los periodos de abstinencia, situación que lleva al usuario a la búsqueda reiterada del consumo.

-Efectos crónicos en la salud: son aquellas enfermedades que se instalan en el usuario cuando se mantienen una frecuencia de consumo alta, así como las cantidades. En el caso del alcohol podemos poner como ejemplo la cirrosis; y en el cigarro el cáncer pulmonar o enfisema.

-Consecuencias sociales: son aquellos problemas que se desprenden del consumo, pero que tienen impacto en las esferas sociales: como la familia, amistades, trabajo, vías públicas o con instituciones. Ejemplo de ello puede ser la ruptura de relaciones, ausentismo laboral o en las funciones familiares, accidente de tráfico o arrestos.

Esta situación vuelve necesario comprender, profundizar y generar conocimiento que permita dar respuesta al panorama que supone el consumo de drogas. Ya que cada sustancia tiene sus particulares variaciones en cuanto a dosis promedio de consumo, efectos y posibles consecuencias de mayor o menor impacto sobre la salud, no obstante, cual fuese la sustancia de preferencia del usuario, no se debe pasar por alto que todas tienen un impacto en el deterioro de las condiciones de vida de los consumidores, en el desarrollo de sus comunidades y por supuesto, en la vulneración del tejido social (Secretaría de Salud, 2015).

2.2.2 Drogas legales e ilegales en el contexto internacional y nacional

La problemática de regulación a nivel internacional se ha centrado en la producción, tráfico y consumo de drogas, temas que afectan e influyen en la

sociedad en todas sus dimensiones; lo político, sistemas de salud, comunidades, familias y por supuesto al individuo.

En el caso de la política, las leyes por lo general prohíben o reglamentan la posesión, el uso, la distribución y la producción de estas sustancias. Para asegurar el cumplimiento de estas prohibiciones se establecen sanciones que suelen ir desde el encarcelamiento o la paga de tarifas económicas según sea la gravedad del caso (OPS, 2010). Sin embargo, como se afirma en el Informe de la Comisión Global sobre Políticas de Drogas del 2014: abunda evidencia sobre la incapacidad del enfoque punitivo para cumplir con el objetivo de regular el mercado de las drogas, incluso se señala que ha llegado a generar graves problemas sociales y sanitarios (Zedillo, Correa, Madrazo, & Alonso, 2018).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea coordina las acciones sanitarias, sus esfuerzos se dirigen a la búsqueda de estrategias que contrarresten el problema mundial de las drogas, así como la carga de morbilidad y mortalidad implicadas en la materia. Para ello, se delinean acciones que buscan el fortalecimiento de los sistemas de salud, promoción del bienestar social, recopilación de información, investigación, etc. La OMS participa en una coordinación con las instituciones de las Naciones Unidas: como la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). En conjunto, estos y otros organismos internacionales dirigen sus esfuerzos para reducir la violencia, las enfermedades y el sufrimiento que desencadena a nivel mundial el consumo de drogas (JIFE, 2016).

Si alguna de las entidades asociadas a la OMS identificara una sustancia que no está sujeta a fiscalización internacional, y comprueba que puede inducir un estado de estimulación, dependencia, depresión, alucinaciones, trastornos de la función motora, del juicio, del comportamiento, de la percepción o del estado de ánimo, es decir, que existan pruebas suficientes para comprobar que la sustancia puede ser objeto de uso indebido y que puede constituir un problema sanitario social, se justificara la fiscalización de la sustancia para quedar bajo los lineamientos internacionales de regulación (UNODC, 2014).

Una vez reconocida la problemática que desprende una sustancia en particular, se agrega a la lista de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional, la cual es emitida por la JIFE. El documento legal donde se anexan estas sustancias es conocido como “la lista verde” o Lista de Sustancias Psicotrópicas Bajo Control Internacional. Este documento clasifica las sustancias controladas de acuerdo a su valor terapéutico percibido y riesgo potencial de abuso en 4 listas. También contiene información sobre los sinónimos y nombres comerciales que se le puedan atribuir a las sustancias, los factores de conversión para calcular el contenido de drogas puras de bases y sales, así como las prohibiciones y restricciones de importación y exportación a las que quedarán sujetas dependiendo la lista en la que entren (JIFE, 2016).

Cabe señalar que estas instituciones no emiten la obligación específica de tipificar como delito el uso de drogas, los tratados no exigen a los países “prohibir” ninguna de las sustancias clasificadas en sí, ya que queda a reserva de los principios constitucionales particulares de los estados miembros, así como sus conceptos fundamentales de orden jurídico. En cambio, se establece un sistema estricto control legal de la producción y suministro de todas las drogas controladas para fines médicos y científicos, a la vez que introducen sanciones para luchar contra la producción y la distribución de esas mismas sustancias que puedan ser utilizadas para otros fines, consideradas de esta manera ilícitas (Jelsma & Armenta, 2015) .

A partir de estos organismos, los acuerdos internacionales y las disposiciones legales de cada gobierno, se configuran las políticas públicas que regulan los lineamientos sobre los cuales operan las instituciones a cargo de la salud pública y los programas que se implementan para la atención, prevención y promoción de salud en materia de drogas.

En el caso particular de México, para comprender su respuesta ante la problemática de las drogas en términos de políticas públicas, podríamos comenzar su análisis a partir del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se dictamina que; “toda persona tiene el derecho a la protección de la salud: “toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar”. La Ley General de Salud es el

instrumento jurídico que establece las bases para hacer efectivo este derecho, y donde se garantiza la participación de los sectores público, privado y social.

Esta ley, establece la regulación jurídica y administrativa sobre la producción, comercialización, siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, adquisición, posesión, comercio, transporte, suministro, empleo y consumo de drogas, así como los ejes de acción para la prevención, tratamiento y la rehabilitación necesarios para el consumo de drogas. Así mismo, se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones y los consejos estatales contra las adicciones, para la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el consumo de psicoactivos.

A partir del panorama anteriormente mencionado México cuenta con diversas entidades que realizan funciones de autoridad nacional en cuanto al consumo de drogas, entre ellas: la Procuraduría General de la República (PGR) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Ambas entidades tienen un fundamento legal y un presupuesto. La PGR coordina las áreas de reducción de la oferta, cooperación internacional y delitos conexos. Mientras que CONADIC coordina las áreas de reducción de la demanda, programas de desarrollo alternativo integral y sostenible, evaluación de programas, observatorio de drogas y cooperación Internacional.

Por su parte, la Secretaría de Salud reconoce el consumo de drogas un importante problema de salud pública, por lo que se emite el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018, considerando la prevención, la reducción de factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y la promoción de estilos de vida saludables acciones esenciales para disminuir la demanda de drogas con potencial adictivo (S. de Salud, 2015).

El programa de acción está determinado por el marco jurídico normativo establecido en: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, las leyes Federales, Reglamentos de la Ley General de Salud, los Convenios Internacionales, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de

adicciones), el Código Penal, las Leyes Federales, Decretos de Salud, las instituciones del Sector salud y los Manuales de Organización de la Secretaría de Salud. A continuación, se puntualizan sus principales objetivos, algunas estrategias y líneas de acción:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en grupos vulnerables.
2. Fortalecer la cobertura de servicios de tratamiento para la atención integral de personas con uso, abuso y dependencia de drogas.
3. Promover el desarrollo y cumplimiento de la normatividad en materia de adicciones para contar con un marco regulatorio moderno- eficiente.
4. Fortalecer la presencia de México en el contexto internacional sobre temas relacionados con la atención integral de las adicciones.
5. Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación sustentados en evidencias científicas que permitan orientar las políticas públicas y la toma de decisiones.

Con afinidad al punto cinco anteriormente mencionado y la finalidad de colaborar en la recopilación y producción de información en materia de drogas, la presente investigación se centrará en las siguientes sustancias:

2.2.3 Drogas legales

2.2.3.1 Alcohol

Las bebidas alcohólicas suelen consumirse con propósitos recreativos y religiosos, su vía de administración es oral, esto permite se absorba rápidamente en el torrente sanguínea a través del intestino delgado (Colab., 2000). La acción psicofisiológica y fármaco-dinámica del alcohol actúa principalmente como un depresor, esto es gracias a la disminución de la transmisión sináptica que causa sobre el sistema nervioso (Arias, 2005).

El principal componente psicoactivo del alcohol es el etanol, esta sustancia es la responsable de generar la necesidad de consumo y con ello la

dependencia, ya que el cerebro es altamente sensible a su acción. Después de haber consumido una copa, el organismo puede comenzar a resentir sus efectos aproximadamente 30 segundos después (Cáceres, 2004). Entre algunos de los efectos generales podemos resaltar la alteración del ritmo cardíaco, elevación de la presión sanguínea, pérdida de memoria a corto plazo, baja concentración y disminución de la coordinación motora (Rojas, 2012).

No obstante, los efectos conductuales agudos del etanol pueden variar de un individuo a otro, esto puede ser debido a múltiples factores como: dosis ingerida, el ritmo de la ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y el tiempo transcurrido desde la dosis anterior. En el caso de las dosis bajas los primeros efectos que se observan son desinhibición de la conducta y el pensamiento y así como una mayor actividad en general; en cambio, en dosis más elevadas las funciones perceptivas, motoras y cognitivas disminuyen considerablemente (OMS, 2005).

A nivel biológico los problemas médicos más frecuentes relacionados al consumo de alcohol son la hipertensión, la gastritis y la diabetes (Babor et al., 2001). A nivel hepático puede producir un hígado graso, lo que aumenta su tamaño y termina en inflamación grave del hígado; esto se llama hepatitis alcohólica, y si se sigue consumiendo alcohol durante periodos largos de tiempo, se corre el riesgo de desarrollar cirrosis, enfermedad crónica e irreversible (Arias, 2005).

Si bien, el consumo de alcohol puede ser moderado, en proporciones dañinas el consumo excesivo de alcohol causa una disfunción aguda y crónica del cerebro, produciendo trastornos en el sistema nervioso central, donde se suelen presentar alteraciones en la memoria y en diversas funciones intelectuales como; cálculo, comprensión y aprendizaje. El uso prolongado también conlleva deficiencias en las funciones de la corteza prefrontal, por lo que es posible que se comprometa la toma de decisiones y la regulación emocional, una de las causas orgánicas que impiden reducir el consumo de alcohol, ya que el juicio se compromete (Pfefferbaum, 1998).

En el caso de la abstinencia, es decir, cuando una persona consumió durante periodos prolongados y para la ingesta, puede llegar a presentar síntomas como: temblores severos, sudoración, debilidad, agitación, dolor de cabeza, náusea y vómito, además de ritmo cardíaco acelerado. Estos síntomas pueden presentarse transcurridas solo 24 horas después de haber dejado de beber, incluso pueden iniciarse convulsiones (Jacobs, 1987). Sin tratamiento, el síndrome de abstinencia dura de 5 a 7 días, por lo que generalmente se usan benzodiazepinas para reducir la severidad de la abstinencia (OMS, 2005).

Para identificar los niveles de consumo y sus correspondientes características, la OMS emite el cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), el cual es un método simple de evaluación e identificación breve, entre sus escalas encontramos (Babor et al., 2001):

1. Consumo de riesgo: es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, si se mantiene durante algún tiempo puede llegar a darse el caso.
- 2 Consumo perjudicial: conlleva consecuencias para la salud física, mental y social del consumidor y de terceros.
- 3 Dependencia: se caracteriza por un deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo y su persistencia a pesar de las consecuencias perjudiciales que conlleva. En estos casos se le suele dar mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, así como un aumento de la tolerancia hacia el alcohol. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado.

A nivel mundial el consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo que perjudican la salud (OMS, 2010). Así como una de las principales causas para una muerte prematura, se calcula que el uso nocivo de alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes, siendo la población joven participen en estas cifras (OMS, 2018a).

Desafortunadamente, solo en 2016, se reporta que más de una cuarta parte (26.5%) de la población mundial de adolescentes entre 15 y 19 años son bebedores (155 millones de adolescentes). Sin embargo las cifras de prevalencia de episodios de consumo excesivo es inferior en esta población, pero alcanza su punto máximo a la edad de 20 a 24 años, momento en el que el consumo es mayor que en la población total (OMS, 2018a). Por lo que el inicio del consumo de alcohol se sitúa principalmente en la adolescencia temprana para la mayoría de las personas, iniciando principalmente como una etapa de consumo experimental y, a partir de ahí, se detiene, se mantiene, o tiene la posibilidad de avanzar a niveles de consumo excesivo o dependiente (Ahumada, 2017).

En la población adolescente de las Américas, más del 50% de los estudiantes abordados en el informe sobre el consumo de drogas en las Américas (2019) informaron haber consumido alcohol durante el último mes, así como su participación en el consumo excesivo (este fenómeno sigue siendo constante en todos los países). Otro dato notable en esta población, es que el uso de alcohol entre hombres y mujeres es casi igual. Las modificaciones en las normas sociales y el cierre de la brecha de género están comenzando a reflejarse en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (CICAD, 2019).

A partir de las conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol (el inicio temprano y consumo excesivo), los principales desafíos para el control del consumo de alcohol en las Américas son (Peruga, 2002):

1. Reducir la producción y el consumo de bebidas no controladas, a manera que se garantice la salubridad de sus contenidos.
2. Reducir la asequibilidad de estas bebidas: el precio de las bebidas alcohólicas legales determina la proporción de las personas que consumen. Los adolescentes son la población en la que más repercute las subidas de precios, por lo que mediante el incremento de impuestos la proporción de adolescentes que consume disminuye, a comparación de los adultos que suele mantener el consumo pese al aumento de precio.

3. Evitar la promoción de las bebidas alcohólicas: los jóvenes de las Américas experimentan constantemente una presión directa e indirecta para iniciar el consumo de alcohol. Esta presión se ejerce indirectamente a través de los medios de propaganda tradicionales, pero sobre todo mediante el patrocinio de espectáculos deportivos y culturales, así como de otras técnicas de difusión cuyo objetivo es e integrar el consumo de bebidas alcohólicas como parte integral de la vida cotidiana y los hábitos de los jóvenes. Por lo que las respuestas actuales no han servido para controlar el marketing de productos alcohólicos.

Es fácil que las personas de cualquier edad, incluso los adolescentes consigan fácilmente las bebidas alcohólicas y a bajo precio, están disponibles en cualquier establecimiento, los cuales en muchas ocasiones permiten la venta sin exigir ser mayor de edad. De esta manera, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas tiene una incidencia especial en el inicio de consumo; cuanto mayor sea la cantidad presente en el medio social, mayor será proporción de consumidores experimentales, habituales y dependientes (Ahumada, 2017).

En el caso particular de México, el alcohol es responsable del 6.5% de muertes prematuras y 1.5% de los días vividos sin salud. La ENCODAT 2016-2017 señala que la edad de inicio del consumo de alcohol es a los 17 años o menos, este estudio obtuvo prevalencias de consumo en estudiantes de quinto y sexto de primaria, así como estudiantes de secundaria y bachillerato. El 41.9% de los hombres y el 39.4% en las mujeres de nivel secundaria han consumido alcohol alguna vez en la vida, el porcentaje de estudiantes de secundarias que han bebido de manera excesiva (5 copas o más en el último mes en una sola ocasión) fue de 14.5%. Cabe resaltar que, en primaria, cerca del 17% de la población estudiantil indicó haber probado alguna bebida alcohólica y 2.4% de los estudiantes presentó consumo excesivo (Salud, 2017b).

En cuanto a atención y tratamiento, según la ENCODAT, los datos de los consumidores con dependencia en el último año indican que el 21.8% acude a grupos de autoayuda o ayuda mutua, 20.3% con un psicólogo y 16.6% con un consejero espiritual. De las personas que acuden con un profesional de la salud y han consumido alcohol en los últimos 12 meses, 22% completó el tratamiento con algún profesional (Salud, 2017a). Por otro lado, el tratamiento recibido por

los usuarios con dependencia en el último año, se observa que la mayoría ha estado en un anexo (32.4%), seguido de tratamiento por desintoxicación (24.8%) y tratamiento psiquiátrico o residencial (13.2%) (Salud, 2017a).

Esta panorámica de la población adolescente en México da pie a la necesidad de identificar las causas por las cuales se inicia el consumo de alcohol, para ello la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2016) señala que las personas inician con el consumo de alcohol por diversas causas, principalmente: la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

Dado el alto consumo en adolescentes en México, es necesario resaltar que en cuanto antes se comienza a beber, mayor es el riesgo de padecer un problema relacionado con el consumo de alcohol: los adolescentes que se inician en la bebida antes de los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de sufrir trastornos por consumo de alcohol, cuatro veces más de desarrollar dependencia etílica y casi siete veces más de sufrir lesiones como consecuencia de un accidente automovilístico o de una pelea (OPS, 2015).

Los datos anteriormente mencionados muestran que no se debe pasar por alto el impacto negativo que el consumo de alcohol tiene en la vida del consumidor, principalmente debido a que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre mayormente durante las etapas productivas de la vida. Así como en el tejido social: el trabajo, la familia, los amigos, el carácter público, gastos médicos son consecuencias negativas que también causan daño al bienestar y a la salud de los demás (Ahumada, 2017).

2.2.3.2 Tabaco

El tabaco contiene múltiples sustancias químicas, pero las más estudiadas son: la nicotina, el monóxido de carbono, el alquitrán y el amoniaco (CONADIC, 2017). De todas ellas, la nicotina es el principal componente psicoactivo, agente altamente adictivo, por lo que queda asociado a la

dependencia (OMS, 2005). La nicotina puede actuar como sedante y estimulante, su consumo estimula el sistema nervioso central y algunas glándulas endocrinas, lo que causa una liberación de glucosa; una vez ingerido, estos efectos pueden ser seguidos de depresión y fatiga, situación que lleva a generar la necesidad de consumir más (Rojas, 2012).

A nivel cardiovascular, el consumo de tabaco contrae las venas y las arterias, lo que fuerza al corazón a trabajar más duro, despliega un aumento en el ritmo cardiaco, o bien, una posible arritmia. Si el consumo se mantiene de manera constante puede llegar a endurecer el corazón, lo que tiene como consecuencia una disminución en la capacidad de irrigación sanguínea, y en el peor de los casos, un ataque al corazón (Rojas, 2012). Es por ello que el consumo de tabaco queda asociado a enfermedades cardiovasculares, así como pulmonares (Cáceres, 2004).

Sus efectos observables sobre el comportamiento son cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y la ansiedad, supresión del apetito, así como mejorase en el rendimiento de la memoria y la atención. Sin embargo, durante el curso del día se desarrolla tolerancia a los efectos subjetivos de la nicotina, por lo que los fumadores suelen considerar que el primer cigarrillo del día es el más placentero, lo que puede deberse a la tolerancia o al alivio de la abstinencia desarrollada durante la noche (OMS, 2005). Desde esta premisa, se ha identificado como indicador de dependencia el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día, por ejemplo: más de 1.8 millones de fumadores mexicanos de 12 a 65 años (12.3%) fuman su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos (Salud, 2017).

Una vez establecido el consumo de tabaco, la abstinencia puede verse acompañada por síntomas como: ansiedad, depresión, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, sensaciones poco placenteras, un menor ritmo cardiaco y mayor apetito. El ansia de fumar se relaciona con bajos niveles de nicotina en la sangre, lo que indica que el fumar tiene como función primordial mantener una cierta concentración de nicotina en la sangre, con el fin de evitar los síntomas de la abstinencia. Es por ello que los signos y síntomas pueden reducirse en gran

medida mediante la administración de nicotina pura en varias formas, por ejemplo; chicles, parches, administración nasal (Hughes, 1990).

Se estima que más de un millón de personas han sido tratadas efectivamente para la dependencia de nicotina, desde la introducción de los chicles de nicotina y parches transdérmicos. Sin embargo, tratar la dependencia solamente con medicación es mucho menos efectivo que cuando ésta última se combina con el tratamiento conductual. En este caso, la nicotina puede prevenir los efectos físicos de la abstinencia, mientras que el individuo intenta manejar la conducta de búsqueda, la cual se ha hecho habitual. (OMS, 2005).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco mata a más de la mitad de sus usuarios y más de siete millones de personas anualmente. En América del Norte los Estados Unidos muestra el registro más alto de consumo general, con el 19,1%, seguido de México con el 17,6%. Entre estudiantes de secundaria, México presenta la prevalencia del último mes más alta (13,4%) seguido de los Estados Unidos (5,9%). Situación problemática ya que, cuanto más temprano comience el consumo, mayor será el daño potencial a largo plazo para la salud. Esta situación se ha vuelto particularmente alarmante hoy en día, ya que en los últimos años el consumo tradicional de tabaco (cigarro), ha tenido un cambio y un aumento hacia nuevos productos, tales como los cigarrillos electrónicos o vaporizadores (UNDOC, 2019).

Es por ello que los principales desafíos para el control del tabaquismo en las Américas se han centrado en los siguientes puntos (Peruga, 2002):

1. Disminuir la adquisición de los productos tabacaleros.
2. Evitar la exposición de la población a las prácticas de consumo a través de los medios de comunicación.
3. Proteger a los no fumadores del humo de los fumadores.

En cuanto a México, aunque el alcohol es la mayor droga de impacto entre la población sin importar su escolaridad, se identificó que el tabaco es la principal droga de inicio (25%), seguida por el alcohol (24.2%) y la marihuana (19.9%). El promedio de la edad de inicio de consumo del tabaco fue de 13.6 años. En cuanto

a la población adolescente en México, se estima que el consumo de tabaco corresponde a 684 mil adolescentes mexicanos, (4.9%). Entre los cuales, el 3% (210 mil) son mujeres y el 6.7% (474 mil) son hombres, es decir el consumo de tabaco es mayor en hombres que en mujeres (Salud, 2017).

2.2.4 Drogas ilegales

2.2.4.1 Marihuana

La marihuana o cannabis contiene más de 400 ingredientes químicos con propiedades psicotrópicas que varían dependiendo de la forma de preparación, la dosis, la vía de administración y la personalidad de quien consume. Su principal componente es el delta -9- tetrahidrocannabinol o THC, y su principal componente psicoactivo (OMS, 1994).

Los cannabinoides generalmente se administran fumando, aunque puede llegarse a comer, la intoxicación máxima al fumar se alcanza 15 a 30 minutos después y los efectos pueden durar de 2 a 6 horas. Entre sus efectos encontramos que la percepción del tiempo se hace más lenta, sensación de relajación, agudeza sensorial, disminución en la memoria a corto plazo y la coordinación motora (OMS, 2005).

La tolerancia a los efectos aparece rápidamente, por lo que existe poca evidencia de síntomas de abstinencia asociada con el uso de cannabinoides, de hecho, pocas veces se han reportado reacciones de abstinencia tras su uso prolongado. Probablemente esto se deba a la vida media de estas sustancias, lo cual impide el surgimiento de síntomas tras la abstinencia, los cannabinoides permanecen en el cuerpo durante periodos prolongados y se acumulan tras el uso repetido, se pueden hallar cannabinoides en la orina a los 2 o 3 días de haber fumado un solo cigarrillo y, en usuarios intensos, hasta 6 semanas después del último uso (OMS, 2005).

En diversos estudios se ha demostrado que la exposición a largo plazo a cannabis es susceptible de producir problemas cognitivos duraderos, desde problemas de concentración e incluso dificultades para filtrar información irrelevante, mismos que se incrementan con los años de uso, aunque esto no se

relaciona con la frecuencia. La velocidad del procesado de información se retarda significativamente con una mayor frecuencia del consumo, pero no es afectada por la duración en sí del uso. En general, los datos fundamentan un efecto de los residuos de la droga sobre la atención, tareas psicomotoras y memoria a corto plazo durante un periodo de 12 a 24 horas después del consumo de cannabis; pero hasta ahora las evidencias son insuficientes para reafirmar o refutar un efecto más prolongado de los residuos de la droga o un efecto tóxico sobre el sistema nervioso central que persista aún después de que el cuerpo elimine los residuos (OMS, 2005).

La percepción del riesgo se considera un factor importante en la decisión de consumir drogas, a medida que disminuye la percepción del riesgo, el uso de drogas tiende a aumentar. Los países que comienzan a disminuir la percepción de riesgo ante el consumo deben considerar un posible aumento en el consumo de cannabis o cualquier otra droga (UNDOC, 2019).

En México la droga ilegal de mayor consumo es la marihuana, en población general el 12.9% en hombres consumen, mientras que el 8.4% de la población que consumen son mujeres. Por nivel educativo, el consumo de marihuana se triplicó de secundaria a bachillerato, pasando de 6.1% a 18.1% el total de consumidores (Salud, 2017).

Junto a tales aumentos, también se observa el consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas, así como cambios en la forma en que se usa. Desde el vapeo (cigarro electrónico) de marihuana se ha vuelto más común en América del Norte, así como la comercialización de su uso medicinal, si bien esto supone una manera más segura y saludable para su uso, los riesgos y las consecuencias de su uso a largo plazo podrían no estar claras para el público en general (UNDOC, 2019).

2.2.4.2 Cocaína

La cocaína se considera un poderoso estimulante del sistema nervioso, su consumo puede ser a través de diferentes vías: puede aspirarse nasalmente, inyectarse vía intravenosa o fumarse. Se obtiene a través de las hojas de coca,

estas se han consumido durante miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha utilizado durante más de cien años (Drogas, 2019).

La cocaína fue aislada de las hojas de la planta por Albert Niemann en 1859, mientras que 1863, el químico Angelo Mariani (1838-1914) comenzó la fabricación de pastillas, elixires e infusiones de cocaína. Todos estos productos se comercializaron con diversas indicaciones terapéuticas, particularmente para mejorar el estado de ánimo y reducir el cansancio (del Bosque et al., 2014). Sin embargo, se empezó a observar que su consumo diario provocaba alteraciones en el sueño, pérdida del apetito, y si la persona no la consumía, podía entrar en un estado de desesperación. A raíz de ello se estableció la asociación entre el consumo y los efectos adversos (Conyer, 2003).

Los consumidores de cocaína suelen utilizar esta sustancia por el efecto estimulante y la sensación de autoconfianza, por ello es clasificada por algunos como una “ego droga” (del Bosque et al., 2014). Entre sus efectos generales encontramos: un estado mental de alerta, sensación de bienestar y euforia, aumento de la energía y la actividad motora, sensación de vigor y la capacidad sexual. Conforme disminuyen los efectos, el usuario experimenta un estado disfórico, cansancio, irritable y una sensación de depresión, resultado que puede incitar al usuario a buscar nuevamente la sustancia para su consumo y así recuperar la experiencia inicial (O’Brien, 2001).

Los usuarios también experimentan un aumento en el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, y en dosis altas, puede provocar temblores, arritmias, convulsiones, hasta la probabilidad de un infarto (Rojas, 2012). Este panorama vuelve a la cocaína un estimulante altamente adictivo, por lo que su consumo repetido suele provocar dependencia, los usuarios dependientes suelen tener dificultades en las funciones ejecutivas; particularmente en la toma de decisiones y el juicio, así como un menor desempeño en pruebas de funcionamiento del sistema motor y tiempos de reacción más lentos que los usuarios no dependientes. Desafortunadamente una vez instalada y superada la dependencia, pueden existir recaídas en los usuarios aún después de tres años de abstinencia (OMS, 2005).

Si bien, la cocaína y sus derivados son de las drogas más utilizadas en América del Sur, también son de las sustancias más adulteradas, es decir, se agregan sustancias químicas similares para potenciar su efecto, en el caso de la cocaína, los adulterantes más comunes en América Latina son la cafeína, la lidocaína y el levamisol (UNDOC, 2019). También se pueden agregar agentes que no tienen propiedades directas sobre el efecto, pero sí sobre el volumen de las dosis que se ofrecen en el mercado, es decir, se rebaja o altera la sustancia original para volverla más económica en el proceso de venta. En el mercado se considera que por lo menos el 40% de los casos el producto es impuro, encontrándose adulterada comúnmente con talco, maicena, azúcar, procaína o anfetaminas (del Bosque et al., 2014). Esta situación no suele verse de manera directa, por lo que conserva el mismo aspecto, color e incluso textura, sin embargo pueden provocar que el usuario reaccione de manera diferente, ya sea por un aumento de la naturaleza adictiva de la droga, o bien, su toxicidad (UNDOC, 2019).

Hasta principios de los años 70, el consumo de cocaína en México no era considerado como un problema de salud pública importante, debido principalmente a los bajos índices de prevalencia de consumo (menores de 1%). Fue hasta 1980 que esta droga comenzó a extenderse gradualmente por las zonas fronterizas y lugares turísticos, situación que llegó a afectar a grupos considerados vulnerables, como los jóvenes. En 1990 se desarrollaban nuevas vías de acceso para su venta a través del narcotráfico, fue cuando su consumo de incrementó considerablemente en el país, por lo que su disponibilidad, cantidad comenzaron a transformarse en un problema de salud pública (Unikel et al., 1998).

En 2016 el consumo nacional de cocaína en México llegó a duplicarse de 0.4% en 2008 a 0.8% en 2016. El estado Querétaro presenta una tendencia al aumento de consumo (0.1% a 1%). Y por nivel educativo, el consumo de cocaína creció de 2.3% en secundaria a 4.9% en bachillerato (Salud, 2017). Si bien, el consumo de cocaína se consideraba solo para las clases socioeconómicas favorecidas, la rápida expansión y popularidad de la cocaína aumentó la permisividad de la sociedad hacia su consumo, esto debido a la asociación entre

su consumo y el adquirir cierto poder y estatus social. Otra de las razones que facilitaron su acceso a la sociedad, fue la distribución de cocaína de menor pureza (adulteradas), y, por ende, de menor precio. Esta situación ha tenido como consecuencias una modificación de los perfiles y patrones de consumo, llegando a evolucionar más rápido en su uso, abuso y dependencia en todo sector población (Conyer, 2003).

2.2.4.3 Crack o piedra

El nombre de “crack” proviene del sonido que hace el compuesto al calentarse, mientras que la piedra proviene de la forma última de su producción: que son pequeñas piedras solidificadas que se obtienen de la combinación de cocaína con amoníaco o con bicarbonato de sodio, y una solución acuosa (del Bosque et al., 2014).

Su consumo puede ser fumada o inhalada, 5 o 10 segundos después de ingerirse el habla se acelera al grado de parecer incoherente, también se experimenta una sensación inmediata de euforia, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima, estas sensaciones producen una alteración del juicio, por tanto, el consumidor tiene la tendencia a realizar actividades que ponen en riesgo su propia integridad como la de terceros. Los efectos placenteros duran alrededor de 5 o 7 minutos, al descender el consumidor se siente obligado a repetir el proceso para recuperar los efectos eufóricos, por lo que cabe señalar que las sobredosis son más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína (OMS,2011).

En el caso de su producción, se utilizan diversos productos que emiten efectos tóxicos durante su elaboración, como el keroseno, que puede tener efectos negativos sobre la mielina. Otro producto utilizado para su elaboración es el ácido sulfúrico, su inhalación puede tener como consecuencia enfisema y cáncer pulmonar. Es por ello que el crack es una droga altamente peligrosa, tanto para quienes la producen como para quienes la consumen, ya que sus procesos le permiten distribirse a precios y su farmacocinética es de rápida absorción, pues se elimina aproximadamente cinco minutos después de su ingesta. Las

drogas con mayor capacidad adictiva son justamente aquellas se eliminan con mayor rapidez (del Bosque et al., 2014).

2.2.4.4 Inhalables o solventes volátiles

Los inhalables incluyen una amplia variedad de sustancias químicas con diferentes usos y efectos psicoactivos, podemos encontrar estos agentes en productos como: pegamentos, gasolina, removedores de pinturas y uñas, así como otros productos a los que se puede tener un fácil acceso en comercios e incluso hasta el hogar. Esta disponibilidad se ha reportado principalmente entre adolescentes, personas que viven en comunidades alejadas y ocupaciones que permiten contacto con estas sustancias (OMS 2005).

Si bien, el uso de inhalables rara vez es un tema central en la política a nivel nacional e internacional en temas asociados a las drogas, sin embargo, deben considerarse debido a su disposición, el daño a la salud y su potencial para provocar una muerte súbita. A partir de ello ha surgido la necesidad de identificar las principales clases de inhalables, entre los que podemos encontrar (UNDOC, 2019):

1. Aerosoles: son un tipo de spray que contienen propulsores por presión y disolventes, por ejemplo: desodorantes, aerosoles de cocina y aire comprimido que se utiliza para la limpieza de productos electrónicos.
2. Gases: se encuentran en productos caseros o comerciales, como butano y propano, también se pueden utilizar en anestésicos con propósitos médicos.
3. Solventes: son líquidos industriales o caseros que se vaporizan a temperatura ambiente, por ejemplo: removedores de pintura, tolueno, colas y correctores líquidos.
4. Nitritos: se usan principalmente para intensificar el placer sexual y se venden comercialmente como “poppers”.

Los inhalables generalmente contienen varias combinaciones de estas cuatro clases, sin embargo, la intoxicación inducida por estas sustancias produce efectos conductuales similares a los del alcohol. Para ello, estos compuestos se

aspiran, ya sea de manera directa a través del contenedor, o inhalando a través de un trapo empapado en la sustancia. Pocos minutos después de la inhalación se experimenta mareo, desorientación, un breve periodo de excitación con euforia, seguido de una sensación de ligereza y un periodo más prolongado de depresión de la conciencia. Estos efectos conductuales van acompañados de perturbaciones visuales, dificultades para hablar, caminar, planear y movimientos oculares involuntarios (Evans, 1987).

Estas drogas restan oxígeno al organismo, teniendo la posibilidad de dañar ciertas regiones del cerebro (hipoxia), como el hipocampo, área importante en el proceso de memoria, situación que puede comprometer la capacidad de aprendizaje del usuario. A largo plazo, el consumo de inhalables afecta la mielina al igual que en el caso del crack, por lo que se pueden originar espasmos, temblores, e incluso dificultad permanente en actividades básicas como el hablar o caminar (Caceres, 2004). La tolerancia puede ocurrir, pero se considera poco probable y difícil de estimar en humanos, parece establecerse tras de 1 a 2 meses de exposición repetitiva (OMS, 2005).

En 16 países del Hemisferio la prevalencia del último año en cuanto a los patrones de consumo por sexo, las mujeres usan inhalables a tasas más altas que los hombres. Este es el caso no solo entre los estudiantes de enseñanza secundaria sino, en varios países, entre los estudiantes universitarios y en la población general (UNDOC, 2019).

En México, los inhalables son la segunda droga más consumida en el país: 5.9% en hombres y 5.8% en mujeres. Por grupo de edad, los inhalables como droga de impacto disminuye conforme aumenta la edad, por lo que al igual que en el contexto internacional, en México la población adolescente es particularmente vulnerable, situación contraria en el caso de la heroína y la cocaína, donde el impacto aumenta conforme se aumenta de edad (Salud, 2017).

Si bien, los inhalables no son ilícitos, se estudian con parámetros similares a los de las drogas ilícitas por su alto nivel adictivo y por estar asociadas al policonsumo. A pesar de que son sustancias no controladas, existen intentos de

minimizar la disponibilidad de los mismos, particularmente el uso de inhalables entre las personas más jóvenes (UNDOC, 2019).

2.2.4.5 Metanfetaminas, hielo, cristal, éxtasis, tachas o MDMA

Las metanfetaminas se consideran una variante de la droga original: las anfetaminas, ambas cuentan con efectos similares, sin embargo, la metanfetamina se distingue de la anfetamina por la dosis, las cantidades de metanfetamina que llegan al cerebro son mucho mayores, por lo que es un estimulante más potente (NIDA, 2019).

Las metanfetaminas existen desde 1914, sin embargo, su existencia no era ampliamente conocida por la sociedad, hasta 1960 cuando empezó a utilizarse con fines médicos, y a partir de 1985 comenzó su uso para el tratamiento de algunos trastornos mentales en el campo de la psiquiatra, sin embargo, su uso se abandonó en estos procedimientos debido a los severos daños que causa. Su uso recreativo se popularizó en la década de los 80 en países europeos, desde allí se expandió a los Estados Unidos y luego al resto del mundo. Hacia fines de los 2000 la pureza del éxtasis declinó en Europa, impactado por el surgimiento de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) con efectos similares. (Ledo, 2004).

Generalmente se consume en forma oral en tabletas, cápsulas (pueden imitar la apariencia de ciertos medicamentos) o polvo, aunque también puede inyectarse diluido. Algunos consumidores la combinan con metadona (heroína sintética), LSD, heroína, o algunos anestésicos como la ketamina. La dosis típica que se consume es de una a dos cápsulas, cada una contiene entre 60 y 120 mg, y sus efectos tienen una duración de cuatro a seis horas aproximadamente (Ledo, 2004).

Las metanfetaminas son principalmente estimulantes del sistema nervioso central, sus efectos producen una sensación general de bienestar, acompañada de: lucidez, excitación, energía, mayor confianza, concentración y pérdida del apetito. Estos efectos causan un intenso placer inmediato, por lo que la posibilidad de adicción es alta. En dosis más elevadas estos efectos se

intensifican, por lo que hay reducción de la fatiga y somnolencia, ritmo cardíaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca, también se han observado pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones. Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral e incluso la muerte (OMS, 2005).

Actualmente la metanfetamina está clasificada como un fármaco de la Lista II de acuerdo a la Ley sobre Sustancias Controladas y se puede obtener sólo por medio de prescripción médica no renovable, por lo que son sustancias procesadas en laboratorios farmacéuticos y recetadas por psiquiatras para un consumo controlado. Se utilizan para el tratamiento de la narcolepsia (un trastorno del sueño), trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de personalidad: bipolaridad, alimentación, sobrepeso, estrés y falta de energía. Sin embargo, estos usos médicos son limitados y las dosis son mucho más bajas que las que se usan típicamente cuando la droga es consumida fuera del uso medicinal (Bosas, 2017).

Para el uso y venta ilegal de metanfetaminas, estas se producen en laboratorios clandestinos con el método de reducción de efedrina, suele distribuirse en envoltorios pequeños de plástico, los cuales contienen un polvo fino de coloraciones distintas o bien en cristales incoloros. Según su presentación puede variar de nombre, por ejemplo: globos, cristal, ice, éxtasis o tacha. Por lo general esta droga es preferida por los consumidores por su bajo costo, accesibilidad y la duración prolongada de sus efectos (Silvestre, 2011). Y una de las razones de su rápida expansión fue la facilidad de elaboración y de tráfico (Ledo, 2004).

Actualmente, la mayor parte de la metanfetamina que hay en Estados Unidos se fabrica en México, su elaboración está a cargo de organizaciones criminales transnacionales. Su producción tiene como resultado sustancias altamente puras y potentes, así como un precio bajo. Por lo que la producción es fácilmente de elaborar en laboratorios clandestinos, para ello se utilizan ingredientes de venta libre, como la pseudoefedrina, un ingrediente común en los medicamentos para el resfrío (NIDA, 2019).

Las metanfetaminas son las drogas sintéticas más consumidos en el mundo y en los países de América Latina, como también uno de los más consumidos en las Américas en general. La preocupación por su consumo ha aumentado, principalmente entre los estudiantes de secundaria y universitarios. (UNDOC, 2019).

2.2.5. Consumo de drogas y sexo

El consumo de alcohol, tabaco y drogas son acontecimientos que suelen iniciarse durante la adolescencia, y aunque son los adultos los que más consumen estas sustancias, los adolescentes suelen consumir con mayor intensidad y frecuencia en un breve periodo de tiempo. Existen múltiples razones por las que el consumo de drogas puede llegar a variar, esto podemos encontrarlo en las diferencias de los perfiles de consumo entre hombres y mujeres, por ejemplo, en, en el caso del alcohol los hombres muestran mayores consumos intensivos de alcohol y tabaco, mientras que las mujeres tienen una menor frecuencia de consumo de alcohol con forme avanza la edad (Meneses et al., 2013).

Históricamente el tema del consumo de drogas ha centrado su vista en las problemáticas consecuentes a ello particularmente en hombres, sin embargo, estadísticas actuales muestran que las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres, este patrón no solo es válido en población general, sino también en estudiantes de secundaria. En el caso particular de estos estudiantes, la prevalencia de consumo de drogas tiene mayor similitud entre hombres y mujeres en el uso de alcohol e inhalables, en contraste, la cocaína tiende a ser más utilizada entre hombres que por las mujeres (UNDOC, 2019).

Aunque hay variaciones importantes en el consumo de drogas entre hombres y mujeres, la mayoría de las investigaciones enfocadas a sexo se centran en los países desarrollados; por lo que hay pocos estudios sobre el tema en otras partes del mundo. Los mercados de las drogas están creciendo y diversificándose como nunca antes y la variedad de las sustancias que pueden

adquirirse es cada vez mayor. Este acelerado crecimiento ha hecho que sea cada vez menor la línea que divide el consumo entre hombres y mujeres, especialmente entre la población más joven, sin embargo, es necesario realizar investigaciones contextualizadas que nos permiten conocer claramente las diferencias en los perfiles por sexo.

Por ejemplo, existen desigualdades en la oportunidad de acceso a las drogas ilícitas, esta es una de las razones que marca la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres. Esta puede ser una de las razones por las cuales la mujer suele iniciarse en el consumo de drogas más tarde que los hombres, a quienes tienen más control sobre cómo y de quien adquirir sus drogas. Por el contrario, en las mujeres influye el hecho de que la pareja también consuma drogas, ya que en las mujeres es más probable que el consumo de drogas esté vinculado a la relación de pareja, mientras que los hombres tienden más a consumir drogas con sus amigos varones (UNDOC, 2018b)

2.2.6. Consumo de drogas y marginación

La marginación es un fenómeno multidimensional y estructural originado por el modelo de producción económica, el cual se expresa en carencias, desigualdades y en la exclusión que padecen diversos grupos de la población. De esta manera la marginación se asocia a la carencia de oportunidades y accesibilidad de bienes y servicios fundamentales para el bienestar. En consecuencia, las comunidades marginadas enfrentan escenarios de elevada vulnerabilidad que escapa del control personal o familiar, pues esta clase de situaciones no son el resultado de elecciones individuales, sino de un modelo productivo que no brinda a toda la población las mismas oportunidades (CONAPO, 2015).

En este sentido, el índice de marginación es una medida-resumen que permite diferenciar las distintas unidades geográficas del país según las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a través de 9 formas de exclusión agrupadas en 4 dimensiones: educación, vivienda, distribución de población e ingresos monetarios. La dimensión educación está conformada por indicadores de analfabetismo y de no conclusión de la educación

primaria. La de vivienda, por indicadores sobre la inexistencia de servicios: drenaje, excusado, energía eléctrica, agua entubada, y los indicadores de piso de tierra y hacinamiento. La de distribución territorial, por la población residente en localidades menores de 5000 habitantes; y la de ingresos, por la población con ingresos de hasta dos salarios mínimos (CONAPO, 2015).

El perfil epidemiológico en México muestra que alrededor de un 40% de los adolescentes presenta algún problema de salud mental: el primer lugar lo ocupan los trastornos de ansiedad; el segundo, los de control de impulsos; el tercero, los trastornos de ánimo, y el cuarto, los trastornos por consumo de sustancias. La CONAPO (Consejo Nacional de la Población) calcula que, en 2012, aproximadamente el 55% de los jóvenes en México viven en contextos de marginación, según el modelo ecológico transaccional, este factor macro estructural puede llegar a afectar el desarrollo general del adolescente, comportándose al igual que ciertas variables de personalidad como un factor de protección o de riesgo (Eguiarte et al., 2016).

En las áreas marginadas se concentra tanto la población marginada de las ciudades como la que llega a migrar de diversas áreas rurales, ya sea por falta de empleo como de posibilidades de desarrollo. Estos sectores pueden llegar a vivir en condiciones de estrés social, manifestado por la privación de recursos y servicios, inestabilidad familiar, insalubridad e inseguridad (Reyes, et al., 2009). La población que se concentra en las áreas de extrema pobreza, en particular grupos vulnerables como los adolescentes, enfrentan condiciones de vida adversas que pueden incrementar los riesgos de salud (Gómez, 2008). Es decir, contextos específicos pueden detonar conductas de riesgo en los adolescentes, tal como el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Quiñones, 2012).

La exposición a la marginalidad es un riesgo para la salud de estos habitantes, ya que, en muchos casos, no solo no cuentan con los recursos indispensables, si no que no son atendidos e identificados debido a la falta de acceso a los servicios de salud. Por lo que una de los principales obstáculos para la formulación de acciones destinadas a la promoción de la salud, es la carencia

de información que describa las necesidades de salud de estos núcleos poblacionales (Reyes, et al., 2009).

2.3 LOCUS DE CONTROL

Si bien, podemos observar que existe una amplia lista de posibilidades a la hora de determinar la relación entre consumo y diversas variables, la presente investigación se centra en la relación entre “Locus de Control” y consumo de drogas.

2.3.1 Historia y Locus de Control

La palabra locus proviene del latín “sitio”, por lo que la traducción lineal del término podría ser “sitio de control” (Mojena & García, 2002). Esta línea de estudio e investigación surge del supuesto de que la percepción de control en el individuo es considerado un predictor de bienestar físico y mental, es decir, guarda una estrecha relación en los procesos de salud y enfermedad (Linares, 2001). Para profundizar en esta línea, podemos encontrar cuatro paradigmas principales:

Tanto el paradigma como el concepto fueron introducidos en los años 60 por Julian B. Rotter en su teoría del aprendizaje social. Rotter consideraba que el individuo posee una creencia personal acerca de los factores que controlan los resultados obtenidos a lo largo de la vida (Barragán, 2011), así como la capacidad propia de influir y controlar estos factores (Vivas, 2011).

El segundo paradigma surge en la década de los 70 a través de la teoría de la indefensión aprendida de Sleigman. Sus estudios iniciaron en laboratorio con animales, donde se sometió a perros a situaciones donde sus acciones no presentaban contingencia alguna, es decir, no importaba cual fuese su respuesta ante un problema o tarea, el resultado (descargas eléctricas) sería controlado por el investigador y no por las respuestas de los perros en sí. Este protocolo tuvo como resultado el desarrollo de la respuesta de indefensión o desamparo, donde después de reiterados fracasos ante el intento de resolver o influenciar sobre un resultado específico, se comienza a optar por no modificar el comportamiento para obtener un resultado alternativo (Linares, 2001).

Cuando los perros eran sometidos a una situación donde podían escapar de las descargas eléctricas, ya no intentaban hacerlo, Seligman llamó a esto “resignación pasiva o desamparo aprendido”. A partir de esto surgió el presupuesto de que la percepción constante de una falta de contingencia ante las acciones propias y los resultados en un evento, inhiben o disminuye la adaptación del comportamiento para resolver la situación (Oros, 2005).

Posteriormente este paradigma se aplicó en humanos, planteando que la sensación de no poder controlar un evento genera estados anímicos depresivos (Linares, 2001) así como un estado que inhabilita a las personas para alcanzar sus metas propuestas, déficit cognitivo, motivacional y emocional (Oros, 2005). Es decir, cuando una persona es sometida constantemente a situaciones donde existe una ausencia o falta de contingencia entre la acción del individuo y el resultado, éste desarrolla respuestas de indefensión, no hace nada por modificar la situación aun teniendo la posibilidad (Vázquez, 2010).

El tercer paradigma surgió en los años 80 con la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, quien señala que las creencias de control se basan en la representación subjetiva que se tiene de las propias habilidades para controlar o modificar hechos importantes en la vida (Bandura, 1999), estas creencias configuran la base del comportamiento, ya que constituyen un paso previo para la planificación y ejecución de acciones orientadas a una meta u objetivo, al mismo tiempo que determinan las reacciones afectivas consecuentes a las acciones (Flammer, 1999).

Conforme una persona percibe que sus acciones no modifican aspectos de su medio, o que es incapaz de predecir un acontecimiento futuro, va perdiendo el deseo, la voluntad y la creencia de poder cambiar su propio comportamiento y esos aspectos del medio que son viables de modificar. Esto tiene como consecuencia un proceso cognitivo y conductual con dificultades para adaptarse, es decir, la personas se vuelve inflexible con el paso del tiempo para resolver diversas situaciones en diversos contextos (Oros, 2005).

Por último, el cuarto paradigma se refiere a las Teorías Psicosociales de Afrontamiento ante situaciones estresantes (Vázquez, 2010). Folkman (1984)

es considerado pionero en este modelo, ya que planteó que la percepción de control puede influir en la evaluación primaria de la situación, es decir, la interpretación de la gravedad ante una amenaza o pérdida en una situación determinada. Esta evaluación es fundamental para la evaluación secundaria, que consiste en identificar los recursos y opciones con los que se cuenta para afrontar la situación (Linares, 2001).

A partir de lo mencionado anteriormente, podemos concluir que el concepto de Locus de control implica un proceso más allá de la percepción de control, este concepto supone un capital que permite a la persona a adaptarse y modificar su comportamiento. Panorama importante si se contextualiza esto en términos de adaptación que pueda implicar un beneficio o un daño para la salud física y mental de la persona.

2.3.2 Locus de control interno y externo

Locus de control es una variable intrapersonal o de personalidad (Mojena & García, 2002), Rotter consideró que el grado en que el sujeto cree que su vida se encuentra bajo su propio control o bajo control de otros constituye una dimensión importante de la variabilidad individual (Barragán, 2011). Según este concepto, las creencias de control pueden atribuirse a resultados provenientes de dos posibilidades: a las acciones propias o a situaciones ajenas a las acciones propias. Esto sitúa el control como algo propio de la persona o como algo fuera de ella (Linares, 2001).

Cuando un evento no es completamente contingente con la conducta propia, es decir los resultados son ajenos a las acciones propias, por ejemplo: la suerte, el destino, el poder o la influencia de terceros, a esto se le denomina "Locus de Control externo". Existen dos formas de manifestar creencias externas: una percepción azarosa del mundo donde no hay relación entre acción y refuerzo, y una percepción ordenada del mundo donde los sujetos con poder controlan el micro y macro sistema social (Stefanoni, 2013). Cual fuese el caso, esto genera en la persona un estado de inhabilitación para alcanzar sus objetivos o reaccionar frente a situaciones de emergencia, desastres o estrés, es decir, las

personas con un locus de control externo desarrollan estrategias de afrontamiento inadaptadas (Belmar, 2012).

En cambio, cuando la persona percibe que los resultados ante un evento son contingentes a su propia conducta y habilidades, esto es asociados a un "Locus de Control interno". Rotter sostiene que las personas que piensan que puede tener el control sobre su ambiente, también creen que pueden controlar su propio comportamiento (Vivas, 2011). He de aquí que los individuos con un locus de control interno tienden a ser más responsables en su comportamiento, y asumen un rol más activo en la planificación de sus acciones (Navarro, 2003). También se perciben a sí mismos como capaces y motivados de transformar situaciones adversas y aumentar su probabilidad de éxito (Stefanoni, 2013).

Dependiendo la atribución de causalidad que opere (interno o externo), los resultados se evaluarán subjetivamente para permitir (o no) al individuo anticiparse a un acontecimiento y modificar su comportamiento (Barragán, 2011). De esta manera el constructo psicológico media entre factores afectivos, cognitivos y conductuales que gobiernan el comportamiento y el grado de control que se tiene sobre la propia vida y las propias acciones (Mariscal, 2000).

Rotter consideraba el constructo como unidimensional, es decir, el locus de control está representado por dos polos opuestos: cuanto más interna es una persona, menos externa será, aplicando la misma situación a la inversa. Sin embargo, La Rosa defiende la multidimensionalidad del concepto, haciendo posible el percibir a una persona simultáneamente tanto en un locus de control interno como en uno externo (Mariscal, 2000).

Rotter consideró que la atribución de causalidad no solo está influida por la internalidad y la externalidad, las expectativas también son un factor importante en la adaptabilidad, para ello surgieron dos posibilidades: las "expectativas específicas", es decir; aquellas dadas en una situación determinada, como lo que se espera solo de un familiar o una amistad. Y las "expectativas generalizadas", que son aquellas que se mantienen a través de diversas situaciones, como el deseo de logro, reconocimiento o vinculación en más de un contexto social (Sorondo, 2011).

Así, el Locus de Control está influido por la expectativa ante una recompensa (reforzador) o un castigo que se puede recibir si se produce una determinada conducta, estos dos factores predeterminarán en medida parte del comportamiento (Laborín et al., 2008). Cabe señalar que los refuerzos de la conducta podrán provenir tanto del interior como del exterior (Mariscal, 2000), así como la existencia de preferencias individuales respecto a los reforzadores disponibles (Luciano, 2006).

La importancia del concepto radica en la posibilidad que tienen las personas de generalizar las respuestas que operen sobre un locus interno o externo a diversas situaciones de la vida, así como la capacidad de anticiparse a situaciones a partir de las experiencias anteriormente reforzadas. Esta generalización puede afectar de manera individual o a grupos que comparten características culturales y medioambientales (Stefanoni, 2013). Heines contribuye a este último enfoque planteando que las necesidades y deseos de las personas se encuentran moldeados por las teorías y concepciones que tienen sobre el funcionamiento del mundo, así como el control que pueden tener sobre el ambiente que los rodea. De esta manera, las atribuciones individuales estarán mediadas también por los reforzadores socioculturales a los que están expuestos (Stefanoni, 2013).

2.3.3 Locus de control y consumo de drogas

En cuanto a la asociación entre Locus de control y Consumo de drogas, se han realizado múltiples estudios, ejemplo de ello es el caso de D'Elío quien trabajó con adolescentes de 11 años que consumían alcohol, hachís y cocaína, concluyendo que la percepción de acontecimientos incontrolables aumenta el riesgo de consumir (López, 2003).

En la misma línea, Echeburúa y Elizondo estudiaron el locus de control comparando dos grupos, uno constituido por personas con dependencia al alcohol, y otro sin dependencia. Entre los resultados se destaca que el grupo con dependencia presenta un locus de control más externo e inestable ante el éxito, y más interno ante los fracasos (López, 2003).

Como podemos observar, la psicología del control se presta a aplicaciones prácticas y tiene un papel importante en diferentes campos de la problemática social. El estudio del locus de control significa un importante constructo teórico ya que se denota que un locus de control predominantemente externo supone un factor de riesgo que predispone al consumo de drogas. No obstante, existen otros factores de riesgo que se han descrito en diversos estudios, estos varían según los grupos sociales, el contexto histórico y sociocultural, donde el uso y abuso de drogas adquiere características y significados particulares.

2.4 Contextualización en Cadereyta de Montes

Cadereyta de Montes es un municipio dentro de la zona semidesértica en Querétaro, registra una población total de 69,549 (SEDESOL, 2017). Las principales actividades productivas son la agricultura y el comercio, y en los últimos años el sector industrial ha tenido un incremento significativo. De acuerdo al Anuario Estadístico del Estado de Querétaro existen 94212 hectáreas de uso pecuario, 5725 hectáreas de uso forestal, 9770 hectáreas de uso agrícola y 3393 de otros usos (INAFED, 2017).

Según el Portal de Querétaro, las condiciones semiáridas de Cadereyta hacen imposible el desarrollo agrícola intensivo, por lo que se siembra maíz, frijol, sorgo, alverjón, y haba que son utilizados generalmente para autoconsumo. En el área industrial, el 70% de las empresas establecidas pertenecen a la rama textil, el 25% a la marmolera y el 5% restante a la piedra caliza. La actividad marmolera tiene más de 30 talleres produciendo unas 3 mil toneladas diarias de mármol y sus derivados distribuidas a diferentes puntos del país y al extranjero.

Cadereyta de Montes es también reconocido en el ámbito internacional por el trabajo de sus artesanos, la minería y trabajo con maderas. El proceso de transformación de las materias primas requiere del uso de múltiples sustancias, entre ellas se encuentran los denominados solventes orgánicos, los cuales se incorporan como componentes en pinturas, pegamentos, barnices, murales, tratamientos de la madera y la construcción. Estos agentes pueden suponer un riesgo a la seguridad y la salud tanto de los trabajadores como los familiares que

puedan tener contacto con su área de trabajo, ya que en muchas ocasiones estos sectores se desenvuelven en el sector informal y no cuentan con las medidas y restricciones necesarias. Situación que puede exponer a quienes tengan acceso a estas sustancias, ya sea directa o indirectamente a una depresión sobre el sistema nervioso central, mareos, confusión e incluso pérdida del conocimiento (Díaz, 2012).

El contexto laboral y familiar puede exponer a la población adolescente directa o indirectamente a caer sobre el efecto de ciertas sustancias, en este caso los solventes. Otro de los factores que puede influir en el consumo de drogas son las características socioeconómicas tanto de la familia, personales y del municipio (Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga, 2014). Tal como lo señala el Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017, publicado por la Secretaría De Desarrollo Social (SEDESOL), el municipio de Cadereyta ocupa el lugar 13 de 18 municipios en la escala estatal de rezago social, donde cabe destacar que el 10.8% de la población de 15 años o más es analfabeta, el 3.58% de 6 a 14 años no asiste a la escuela y el 51% de la población de 15 años y más cuenta con una educación básica incompleta. Estas estadísticas que suponen un factor de riesgo tanto para la población estudiantil como para población general, ya que el consumo de sustancias psicoactivas es menor si se está en la escuela y se cuenta con las condiciones sociodemográficas adecuadas para un sano desarrollo (Rojas, 2003).

Si bien estos y otros factores denotan la importancia de abordar el problema del consumo de drogas en Cadereyta de Montes, es necesario conocer las particularidades del contexto a través de cifras que reflejen cuales son las principales drogas que se están consumiendo en la región, ya que abunda la escasez de información en este tema, particularmente en la población adolescente. Por ello la presente investigación busca generar información en materia de drogas y adolescencia que sirva como línea de partida para el desarrollo de actividades dirigidas a la promoción, prevención e intervención de la Salud.

3. MÉTODO

3.1 Objetivos

Objetivo general

Identificar la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas y su asociación con locus de control en adolescentes de secundarias públicas en Cadereyta de Montes, Querétaro.

Objetivos específicos:

-Describir la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack y tachas alguna vez en la vida y en el último mes.

-Identificar la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack y tachas por sexo, tipo de escuela y nivel de marginación.

-Analizar la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas alguna vez en la vida y en el último mes con cada tipo de Locus de Control.

-Describir las categorías de Locus control: internalidad, suerte y afectividad por sexo, tipo de escuela y nivel de marginación.

3.2 Material y métodos

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación de la Doctora Pamela Garbus llamado "Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río y Cadereyta de Montes".

A partir de esta investigación se deriva el presente estudio, el cual indaga acerca de la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, drogas y locus de control, haciendo un recorte de los datos específicamente en el municipio de Cadereyta de Montes. A su vez, el presente estudio tiene finalidad la elaboración de tesis, requerida para obtener el grado de Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.

Cabe señalar que el estudio se realizó con el apoyo del “Fondo para el Fortalecimiento de la Investigación en la Universidad Autónoma de Querétaro” (FOFIUAQ). Fondo que tiene como objetivo impulsar y consolidar el desarrollo científico, social y tecnológico a través de la organización, promoción, apoyo y desarrollo de actividades de investigación humanística, científica y artística en todas las áreas del conocimiento dentro de la Universidad Autónoma de Querétaro. Así mismo, la investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la UAQ.

3.2.1 Tipo de investigación: Este trabajo es un estudio de corte epidemiológico con enfoque cuantitativo y de corte transversal, cuyo diseño y alcance es exploratorio y descriptivo.

3.2.2 Población: 3762 adolescentes estudiantes de secundarias públicas en Cadereyta de Montes, QRO.

3.2.3 Muestra: La muestra está conformada por 649 adolescentes de secundarias del municipio de Cadereyta de Montes, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente a través de un sorteo, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 3.5%. A su vez, la muestra fue estratificada por niveles de marginación (bajo, medio y alto) y tipo de escuela (general y telesecundaria) (Tabla 1).

Tabla 1
Estratificación de la muestra

Nivel de marginación	Cuota por tipo de escuela		Cuota por nivel de marginación	Cuota total
	General	Telesecundaria		
Bajo	66	0	66	649
Medio	288	98	386	
Alto	0	181	181	
Muy alto	0	16	16	

Nota: esta tabla muestra los cuatro niveles de marginación, la cuota por tipo de escuela (general y telesecundaria), así como la cuota por cada uno de ellos.

3.2.4 Instrumento: el instrumento utilizado fue la Cedula de Consumo de Drogas, que evalúa: frecuencia de consumo, consumo alguna vez en la vida, en el último mes y la edad de primer consumo. Así mismo, se utilizó el CIP-DERS (González, C. et al., 2003), específicamente, se utilizaron las sub escalas de locus de control. Ambos validados para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato.

La cedula de consumo de drogas no cuenta por si misma con una validación, ya que se trata de un conjunto de preguntas extraídas de encuestas validadas a nivel nacional. Tanto en la escala sobre consumo y locus de control, se componen por escalas tipo Likert. Las escalas utilizadas en el presente estudio se describen a continuación (Tabla 2):

Tabla 2.
Escalas utilizadas

Instrumento	Escala	Autor	Validez
Cedula de consumo de drogas	Consumo de alcohol y drogas	González-Forteza, et al., (2015)	
CIP-DERS	Locus de control	La Rosa (1986)	.75

Notas: se muestran los dos instrumentos utilizados dentro del estudio, su sub escala correspondiente, autor y validez.

3.2.5 Procedimiento:

Para llevar a cabo este estudio se contó con el apoyo de un equipo conformado por estudiantes de licenciatura, compañeros de la maestría en Educación para la Ciudadanía, así como compañeros de la maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, quienes realizan su tesis a partir de un recorte del estudio macro del que parte esta investigación. También se contó con el apoyo de USEBEQ, organismo que facilitó los datos para el muestreo, los permisos pertinentes para ingresar a las escuelas, y la coordinación con directores, docentes, servicio social y personal administrativo dentro de las instituciones escolares.

A continuación, se describen las actividades realizadas a lo largo de la investigación:

Selección de la muestra: identificar número de secundarias públicas por modalidad de estudio, ubicación geográfica, actualización de datos por grupos y selección de muestra aleatoria, escuelas y backups. Planificación de trabajo de campo: planeación del recorrido de escuelas seleccionadas y elaboración de cronograma de trabajo.

Reunión informativa: se llevó a cabo una reunión con directivos de escuelas secundarias en Cadereyta, con el fin de presentar el plan de trabajo y el objetivo de este estudio. Una vez finalizado esto, se llegó a un acuerdo con ellos acerca de los días en los que se visitaría cada una de las escuelas, buscando interferir lo menos posible con sus actividades.

Trabajo de campo: una vez informados los directores sobre las fechas de visita, el equipo se dividió en sub grupos, con la finalidad de entregar a los estudiantes de los grupos seleccionados un consentimiento informado. En ellos se recabo la autorización de los padres para la participación de sus hijos, la cual consistió en responder el cuestionario anteriormente mencionado. Para recolectar los consentimientos, se contó con el apoyo de directores, maestros y el área de servicio social para recabar los consentimientos y llevar un control de los consentimientos requeridos para la aplicación. Una vez cumplida la cuota necesaria. Un sub grupo del equipo asistió a la secundaria, con la finalidad de aplicar el instrumento. Cabe señalar que los estudiantes solo podrían realizar la aplicación del instrumento si su nombre tenía la autorización para participar.

Una vez realizada la aplicación del instrumento, se realizó su vaciado en el software estadístico SPSS, con la finalidad de llevar un control de los datos adquiridos, y para un análisis de las variables que competen a la investigación.

3.2.6 Consideraciones éticas:

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico, y no de evaluación psicológica, la aplicación se realizó de manera anónima, y, por ende, no se cuenta con la posibilidad de entregar a cada familia o escuela los resultados de

un participante en particular. La información obtenida tendrá como refleja la situación general en los estudiantes de escuelas secundarias públicas en Cadereyta, y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes. En especial, esta información será utilizada para el diseño y aplicación de talleres para maestros y directivos sobre el abordaje de las problemáticas en salud mental prevalentes en la población de estudio.

La participación fue voluntaria y se solicitó el asentimiento de cada alumno una vez que se explicó el propósito de su participación y la naturaleza de investigación de la que será parte, de esta manera se garantizó su principio de libertad.

4. Resultados

La muestra estuvo constituida de 649 estudiantes de secundaria, la media de edad es de 13.5 años con una desviación estándar de 1.05, de los cuales el 41.8% son hombres y 58.2% mujeres. Del total de la muestra, el 54.5% pertenece a secundarias de tipo general, mientras que el 45.5% son de telesecundarias. Por último, respecto al nivel de marginación la muestra es 10.3% de nivel bajo, 59.3% medio, 27.9% alto y 2.5% muy alto.

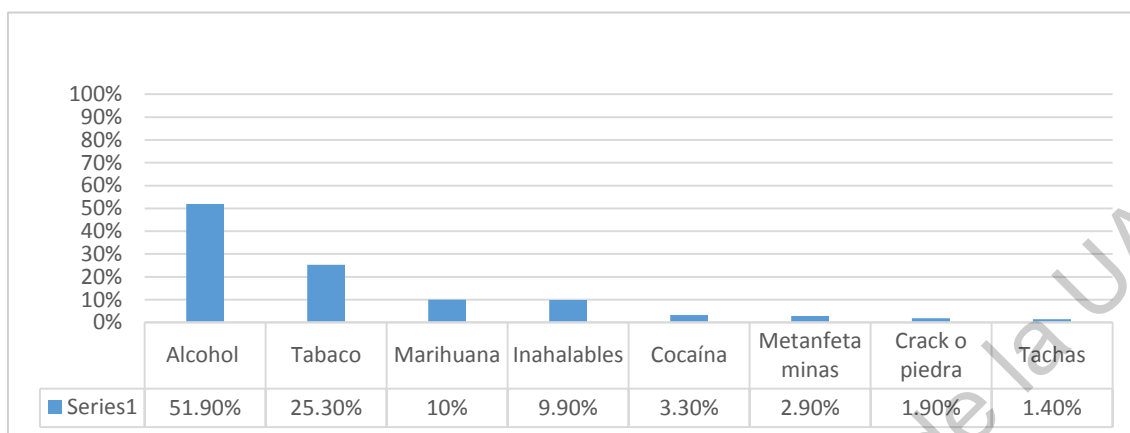
4.1 Prevalencia de consumo de drogas en adolescentes de Cadereyta

4.1.1 Prevalencia general de consumo de drogas alguna vez en la vida y en el último mes

En consumo **alguna vez en la vida** se encontró que el 30.2% de los adolescentes consumieron por lo menos una droga en su vida, y el 10.6% consumieron 3 o más drogas. Las drogas de mayor consumo en esta población son el alcohol con un 51.9%, seguido del tabaco con 25.3% y la marihuana con un 10% al igual que los inhalables, lo que las convierte en las drogas más consumidas (Figura 1).

Figura 1.

Consumo de drogas alguna vez en la vida en adolescentes de Cadereyta



Nota: se muestra la distribución del consumo de drogas alguna vez en la vida de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, metanfetaminas, crack y tachas.

El rango de edad de **primer consumo** para todas las drogas oscila entre los 12 y 13 años de edad, siendo el alcohol la sustancia que se presenta a menor edad (12.1 años), y el crack la que se consumió con una media de edad mayor a las demás (13.5 años) (Tabla 3).

Tabla 3.

Edad promedio de consumo por sustancia

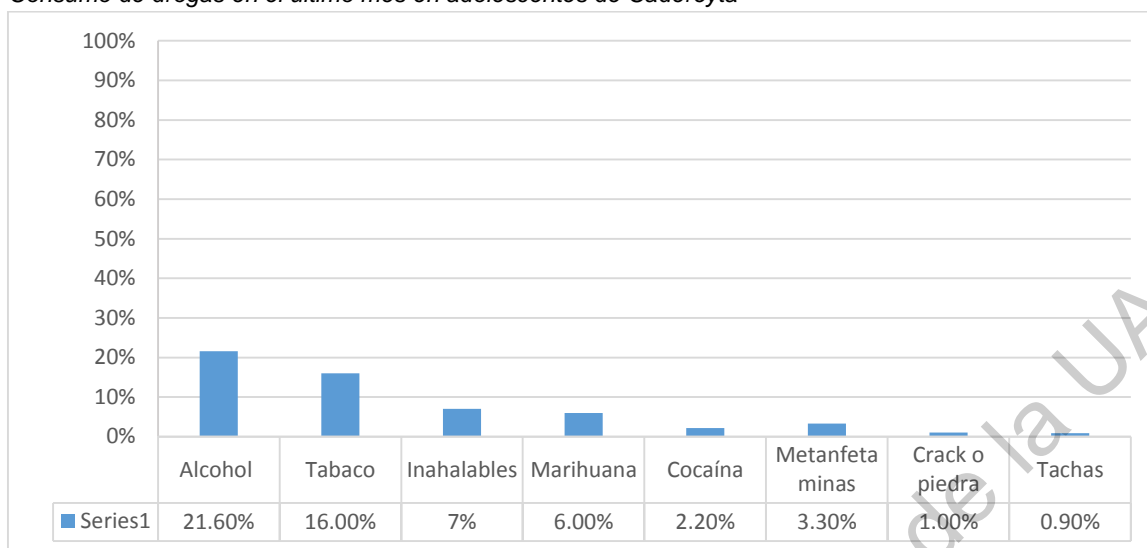
Sustancia	Edad media de primer consumo general	Edad media de primer consumo hombres	Edad media de primer consumo mujeres
Alcohol	12.1 años	12.1 años	12.2 años
Tabaco	12.7 años	12.6 años	12.8 años
Marihuana	12.8 años	12.9 años	12.8 años
Inhalables	12.3 años	12.2 años	12.3 años
Cocaína	13 años	13 años	13 años
Crack o piedra	13.5 años	13.8 años	13.4 años
Metanfetaminas	13.1 años	13.7 años	12.7 años
Tachas	12.5 años	12.3 años	12.6 años

Nota: se identifica la edad media de primer consumo por cada una de las drogas abordadas.

Al preguntar a los participantes que drogas habían consumido en el **último mes**, se encontró que el 17.8% de los adolescentes consumieron por lo menos una droga, mientras que el 6.4% consumieron 3 o más drogas. Las primeras tres drogas que presentan mayor presencia de consumo en el último mes es el alcohol con un 21.6%, seguido del tabaco con 16% y los inhalables un 7% (Figura 2).

Figura 2.

Consumo de drogas en el último mes en adolescentes de Cadereyta



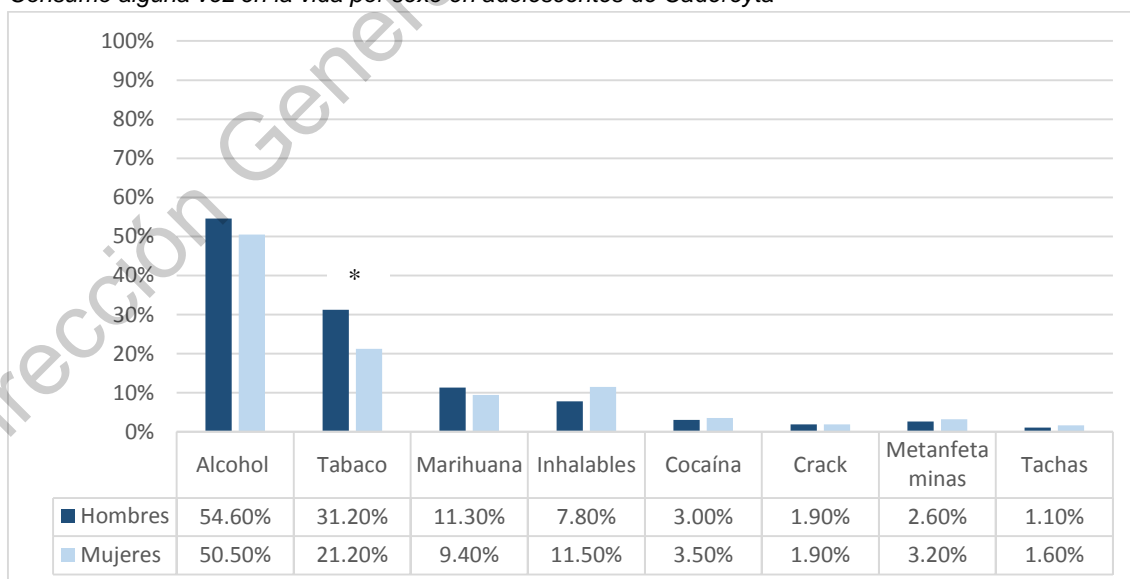
Nota: se muestra la distribución del consumo de drogas estudiadas en el último mes.

4.1.2 Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida y en el último mes por sexo

Por sexo encontramos que el consumo de tabaco **alguna vez en la vida** es de 31.2% en hombres, mientras que en mujeres su consumo es de un 21.5% (Figura 3). Al aplicar pruebas de chi cuadrada se presenta una diferencia significativa únicamente entre el tabaco y sexo ($\chi^2(1) = 7.749, p < 0.05$) (Tabla 4).

Figura 3

Consumo alguna vez en la vida por sexo en adolescentes de Cadereyta



Nota: se hace distinción del porcentaje de consumo de cada droga entre hombres y mujeres, se puede apreciar diferencias significativas en el consumo de tabaco.

Tabla 4.

Pruebas de chi cuadrada por sexo y consumo de drogas alguna vez en la vida

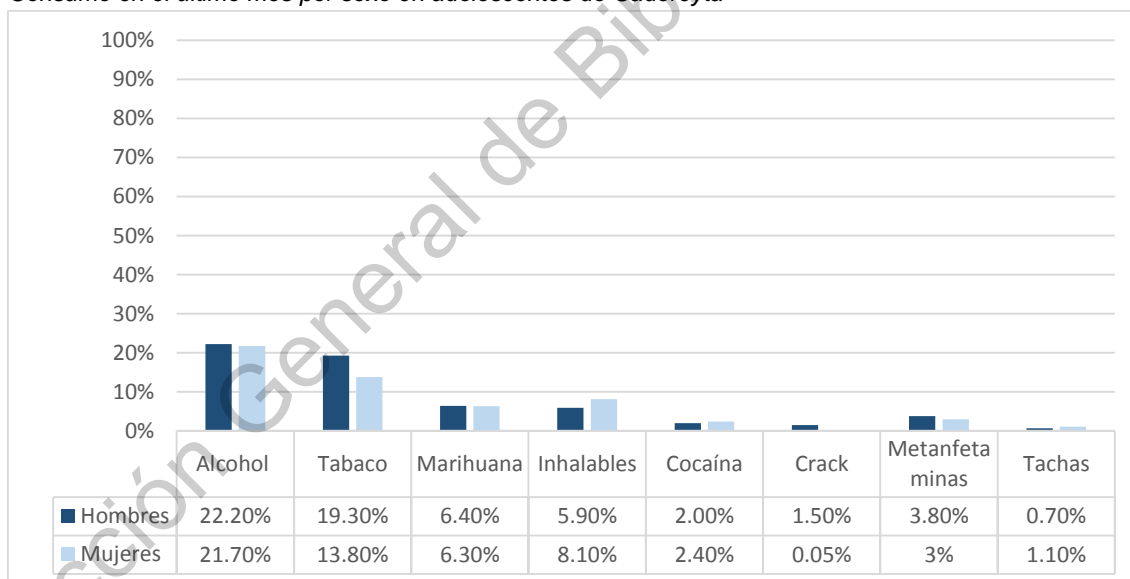
	Valor de X2 para 1 grado de libertad	Sig. (bilateral)
Alcohol	1.057	.304
Tabaco	7.749	.005
Marihuana	.592	.441
Inhalables	2.366	.124
Cocaína	.138	.710
Crack	.000	.992
Tachas	.278	.598
Metanfetaminas	.204	.652

Nota: se identifica el valor, grados de libertad y la significación bilateral obtenida en las pruebas de chi cuadrada para cada droga. Se pone énfasis en la significancia del tabaco, la cual es de .005.

Por sexo en el **último mes** se presenta un consumo de alcohol de un 22.2% y 19.3% de tabaco en hombres. Mientras que en mujeres su consumo es de 21.7% y 13.3% (Figura 4). Así mismo observamos que no existen diferencias significativas en el consumo de alguna droga y sexo (Tabla 5).

Figura 4.

Consumo en el último mes por sexo en adolescentes de Cadereyta



Notas: se observa la distribución del consumo de cada droga en el último mes en mujeres y hombres

Tabla 5.

Pruebas de chi cuadrada por sexo y consumo de drogas en el último mes

	Valor de X2 para 1 grado de libertad	Sig. (bilateral)
Alcohol	.020	.889
Tabaco	3.489	.062
Marihuana	.004	.952
Inhalables	1.088	.297
Cocaína	.239	.625
Crack	1.500	.221

Tachas	1.88	.665
Metanfetaminas	.307	.580

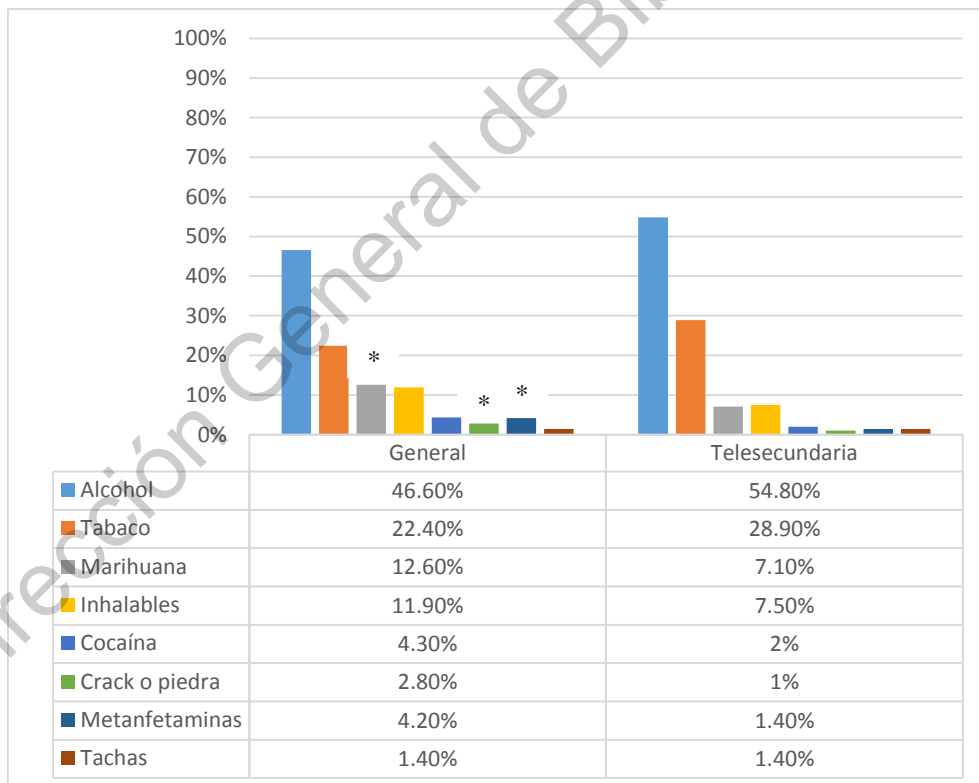
Nota: se identifican el valor, grados de libertad y los resultados obtenidos de la significación bilateral para el consumo de cada droga en el último mes por sexo. No se identifican significativos.

4.1.3 Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida y en el último mes por tipo de escuela

Por tipo de escuela se encontró que el consumo **alguna vez en la vida** de marihuana se presenta en un 12.6% en secundarias generales y 7.1% en telesecundarias, el crack 2.8% en generales y 1% en telesecundarias y las metanfetaminas 4.2% en generales y 1.4% en telesecundarias (Figura 5). Al aplicar pruebas de chi cuadrada se encontraron diferencias significativas entre el tipo de escuela y el consumo de estas mismas drogas ($\chi^2(1) = 5.189$, $p < 0.05$), ($\chi^2(1) = 4.083$, $p < 0.05$), ($\chi^2(1) = 4.665$, $p < 0.05$) (Tabla 6).

Figura 5.

Consumo de drogas por tipo de escuela y consumo de drogas alguna vez en la vida.



Nota: se observa la distribución de consumo para cada droga en secundarias de tipo general y telesecundarias.

Tabla 6.

Pruebas de chi cuadrada por tipo de escuela y consumo de drogas alguna vez en la vida.

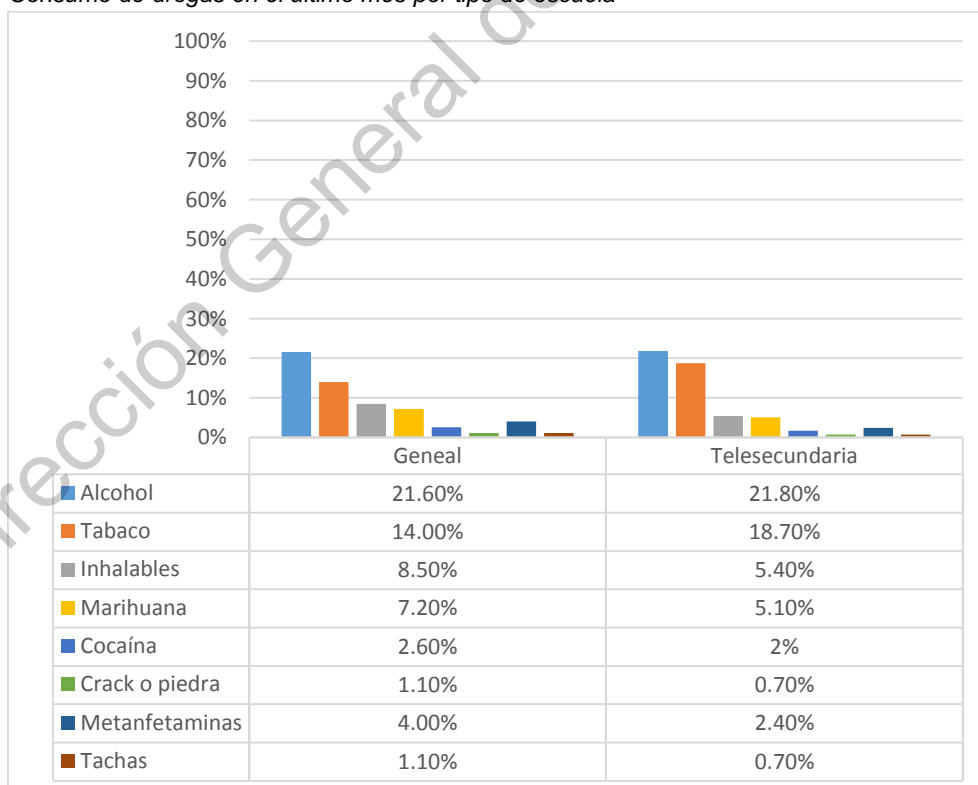
	Valor de X2 para 1 grado de libertad	Sig. (bilateral)
Alcohol	1.545	.214
Tabaco	3.617	.057
Marihuana	5.189	.023
Inhalables	3.508	.061
Cocaína	2.512	.113
Crack	4.083	.043
Tachas	.004	.952
Metanfetaminas	4.665	.031

Notas: se observan los valores, grados de libertad y la significancia bilateral de las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas alguna vez en la vida y tipo de escuela. Se resaltan 3 significativos obtenidos en: marihuana, crack y metanfetaminas.

Por tipo de escuela en consumo de drogas en el **último mes** se encontró que en secundarias de tipo general las tres drogas que más se consumen son el alcohol con un 21.6%, seguido del tabaco con 14% y finalmente los inhalables con un 8.5%. Este orden se mantiene en telesecundarias con un 21.8% en alcohol, 18.7% en tabaco y 5.4% en inhalables (Figura 6). Al aplicar pruebas de chi cuadrada no se encontraron diferencias significativas entre alguna droga y el tipo de escuela (Tabla 7).

Figura 6.

Consumo de drogas en el último mes por tipo de escuela



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7.

Pruebas de chi cuadrada por tipo de escuela y consumo de drogas en el último mes.

	Valor de X2 para 1 grado de libertad	Sig. (bilateral)
Alcohol	.006	.938
Tabaco	2.615	.106
Marihuana	1.159	.282
Inhalables	2.329	.127
Cocaína	.544	.461
Crack	.366	.545
Tachas	.362	.547
Metanfetaminas	1.246	.264

Notas: se muestra el valor, grados de libertad y significancia bilateral obtenidas en las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas en el último mes y tipo de escuela. No se encontraron significativos.

4.1.4 Consumo de drogas por grado de marginación

En cuanto al consumo de drogas **alguna vez en la vida** por grado de marginación, las drogas más consumida es el alcohol en los cuatro grados, seguido del tabaco. La tercera droga más consumida varía entre marihuana e inhalables dependiendo el nivel de marginación, en bajo la tercera droga de mayor consumo son los inhalables, en medio la marihuana, en alto existe un mismo porcentaje de consumo entre marihuana e inhalables (7.7%) y en muy alto sería la marihuana. También se destaca que el consumo de cocaína, crack o piedra, metanfetaminas y tachas se presentan en un 0% en niveles de marginación muy alto (tabla 8).

Tabla 8.

Consumo de drogas alguna vez en la vida por grado de marginación

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables	Cocaína	Piedra	Metanfetaminas	Tachas
Bajo	61.2%	29.9%	6%	10.4%	7.5%	3%	6%	3%
Medio	49.1%	21.7%	11.8%	11%	3.4%	2.3%	3.1%	1%
Alto	56.4%	30.9%	7.7%	7.7%	1.7%	.6%	1.7%	1%
Muy alto	37.5%	31.3%	12.5%	6.3%	0%	0%	0%	0%

Notas: se muestran los cuatro niveles de marginación, así como su correspondiente porcentaje de consumo alguna vez en la vida por cada droga.

Al aplicar pruebas de chi cuadrado no se encontraron diferencias significativas entre el número de veces que se ha consumido cada sustancia **alguna vez en la vida** y el grado de marginación (Tabla 9).

Tabla 9.

Pruebas de chi cuadrada de consumo de drogas alguna vez en la vida por grado de marginación

	Valor de X2 para 3 grado de libertad	Significación (bilateral)
Alcohol	6.293	.098
Tabaco	6.739	.081
Marihuana	3.748	.290
Inhalables	1.702	.636
Cocaína	5.806	.121
Piedra	2.975	.396
Metanfetaminas	3.737	.291
Tachas	1.890	.596

Nota: se muestra el valor, grados de libertad y significación bilateral obtenidas en las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas alguna vez en la vida y el grado de marginación de cada droga. No se identifican significativos.

En consumo de drogas en el **último mes** por grado de marginación, el porcentaje del consumo de tabaco y marihuana en nivel de marginación muy alto se mantiene igual respecto a su consumo alguna vez en la vida. En inhalables se muestra un aumento de porcentaje en marginación muy alto respecto al consumo alguna vez en la vida, pasando de un 6.3% a un 12.5% (Tabla 10).

Tabla 10.

Consumo de drogas en el último mes por grado de marginación

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables	Cocaína	Piedra	Metanfetaminas	Tachas
Bajo	27.3%	17.9%	4.5%	6%	3%	1.5%	1.5%	1.5%
Medio	19.6%	13.2%	7.4%	7.9%	2.6%	1%	3.7%	.08%
Alto	23.9%	20.4%	3.9%	5.5%	1.1%	.6%	3.4%	1%
Muy alto	25%	31.3%	12.5%	12.5%	0%	0%	0%	0%

Notas: se muestran los cuatro niveles de marginación, así como su correspondiente porcentaje de consumo en el último mes por cada droga.

Al aplicar pruebas de chi cuadrado no se encontraron diferencias significativas entre el consumo de cada sustancia por mes y el grado de marginación (Tabla 11.)

Tabla 11.

Pruebas de chi cuadrada de consumo en el último mes por grado de marginación

	Valor de X2 para 3 grado de libertad	Significación asintótica (bilateral)
Alcohol	2.827	.419
Tabaco	7.822	.050
Marihuana	4.008	.261
Inhalables	1.855	.603
Cocaína	1.902	.593
Piedra	.720	.869
Metanfetaminas	1.413	.703
Tachas	.528	.913

Nota: se muestra el valor, grados de libertad y significación bilateral obtenidas en las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas en el último mes y el grado de marginación de cada droga. No se identifican significativos.

4.2 Distribución de Locus de control

Los puntajes sobre los cuales se clasificó a los participantes con un tipo de locus de control determinado, se establecieron a partir de calcular la media menos una desviación estándar. De esta manera el 18.8% de los adolescentes tienen un locus de control atribuido a la suerte, 16.4% atribuido a la afectividad y un 42% atribuido a la internalidad (Tabla 12).

Tabla 12.

Distribución de Locus de control en adolescentes de Cadereyta

	Media	Desviación estándar	Puntuación	Total de alumnos con puntuación	Porcentaje total
Suerte	11.94	3.04	8.9	118	18.8%
Afecividad	10.9	2.83	7.26	108	16.4%
Internalidad	5.91	2.35	3.56	273	45.02%

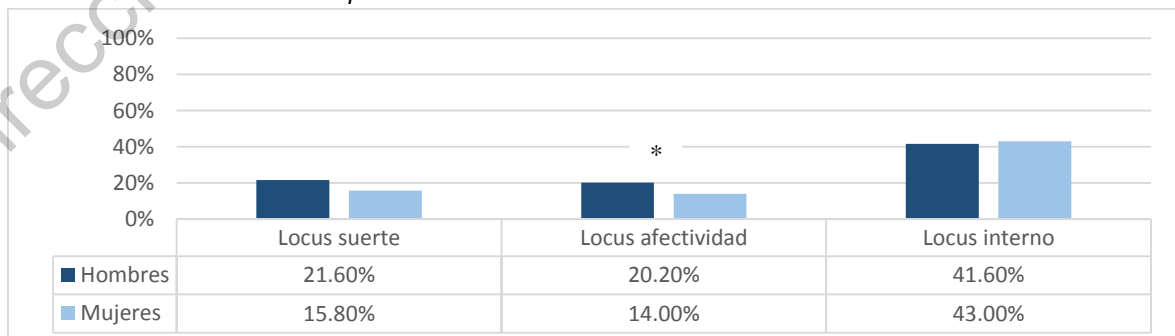
Nota: se muestra la media, desviación estándar, sobre las cuales se obtuvo la puntuación de clasificación para cada locus de control, así como el número de alumnos que presentan dicha puntuación y su representación en porcentaje.

4.2.2 Distribución de Locus de control por sexo

En la distribución de locus de control por sexo, encontramos que del total de hombres de la muestra el 21.6% cuenta con un locus de control atribuido a la suerte, mientras que en las mujeres es de 15.8%. En cuanto al locus de control atribuido a la afectividad en hombres, este es de un 20.2%, mientras que en mujeres es del 14%. Por último, en cuanto al locus de control atribuido a la internalidad, encontramos en hombres un 41.6%, mientras que en mujeres un 43% (Figura 7)

Figura 7.

Distribución de locus de control por sexo



Nota: se muestra la distribución de cada tipo de locus de control tanto en hombres como en mujeres.

Al aplicar pruebas de Chi-cuadrado de Pearson encontramos diferencia significativa en locus de control atribuido a la afectividad entre hombres y mujeres ($\chi^2(1) = 4.026, p < 0.05$) (Tabla 13).

Tabla 13.

Pruebas de Chi cuadrada por sexo y locus de control

	Valor de X2 para 1 grado de libertad	Significación (bilateral)
Suerte	3.519	.061
Afectividad	4.026	.045
Internalidad	.128	.721

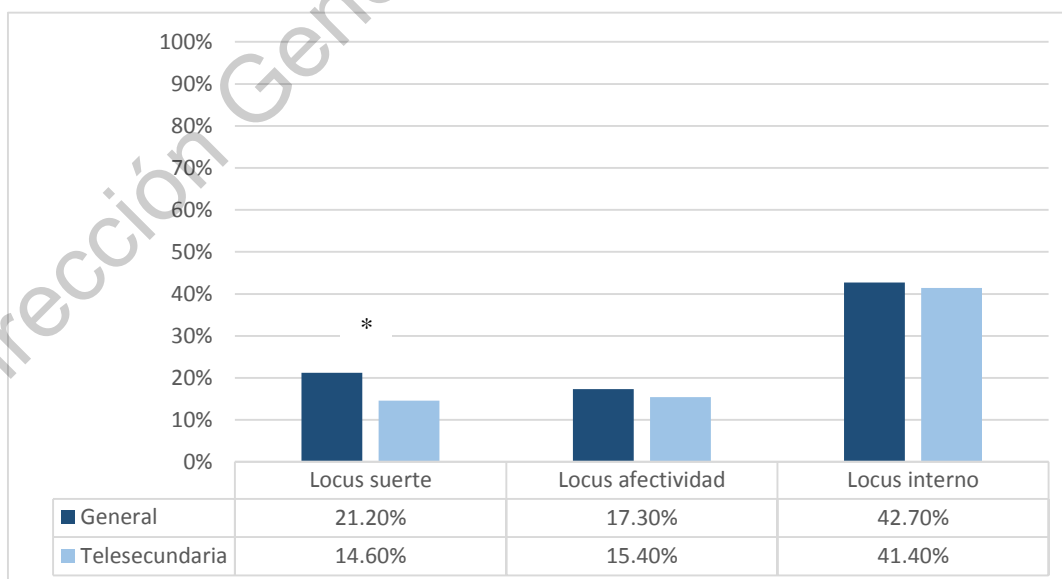
Notas: se muestra el valor, grados de libertad y la significación obtenida en las pruebas de chi cuadrada para cada locus de control y sexo. Se resalta un significativo en locus de control atribuido a la afectividad.

4.2.3 Distribución de locus de control por tipo de escuela

Respecto a la distribución de locus de control por tipo de escuela encontramos que en secundarias generales la muestra presenta un locus de control atribuido a la suerte de un 21.2%, un locus de control atribuido a la afectividad del 17% y un locus de control atribuido a la internalidad de un 42.7%. En cuanto telesecundarias el locus de suerte corresponde a un 14.6%, el locus de afectividad se muestra en un 15.4%, mientras el locus de internalidad tiene un porcentaje del 41.4% (Figura 8).

Figura 8.

Distribución de locus de control por tipo de escuela



Nota: se muestra la distribución de locus de control por cada tipo de escuela.

Al aplicar pruebas de Chi-cuadrado de Pearson encontramos una diferencia significativa en locus de control atribuido a la suerte por tipo de escuela ($\chi^2(1) = 4.726, p < 0.05$) (Tabla 14).

Tabla 14.

Chi cuadrada por tipo de escuela y locus de control

	Valor de X2 para 1 grado de libertad	Significación (bilateral)
Suerte	4.726	.030
Afectividad	.381	.537
Internalidad	.111	.738

Nota: se muestra el valor, grados de libertad y significación en las pruebas de chi cuadrada para cada tipo de locus de control y el tipo de escuela. Se resalta significativo el locus de control atribuido a la suerte y el tipo de escuela.

4.2.4 Distribución de Locus de control por grado de marginación

En la distribución de locus de control por grado de marginación encontramos que el locus de control atribuido a la suerte tienen un porcentaje de 14.9% en grado de marginación bajo, 20.8% en medio, 13.8% en alto y 18.8% en muy alto. En cuando a la afectividad en grado de marginación bajo se encuentra un 20.9%, 17.4% en medio, 12.7% en alto y 18.8% en muy alto. Por último, el locus atribuido a la internalidad se presenta en grado de marginación bajo 41.8%, medio 42.9%, alto 42.5% y muy alto en un 18.8% (Tabla 15).

Tabla 15.

Distribución de locus de control por grado de marginación

	Locus de suerte	Locus de afectividad	Locus de internalidad
Bajo	14.9%	20.9%	41.8%
Medio	20.8%	17.4%	42.9%
Alto	13.8%	12.7%	42.5%
Muy alto	18.8%	18.8%	18.8%

Notas: se muestra la distribución de cada tipo de locus de control por grado de marginación bajo, medio, alto y muy alto

Al aplicar pruebas de Chi-cuadrado de Pearson no se encontraron diferencias significativas entre locus y marginación (Tabla 16).

Tabla 16.

Pruebas de Chi cuadrado y locus de control por grado de marginación

	Valor de X2 para 3 grado de libertad	Significación (bilateral)
Suerte	4.550	.208
Afectividad	2.611	.456
Internalidad	3.687	.297

Notas: se muestra el valor, grados de libertad y significación de las pruebas de chi cuadrada para cada tipo locus de control y el grado de marginación. No se identifican significativos.

4.2.4 Relación entre consumo de drogas y locus de control

En cuanto a la relación entre consumo drogas **alguna vez en la vida** y locus de control encontramos que existen una diferencias estadísticamente significativa entre el locus de control atribuido a la suerte y el consumo de cocaína ($\chi^2(1) = 4.701$, $p < 0.05$), sin embargo no lo consideramos un dato válido ya que se presentan menos de 5 casos que cuenten con el puntaje válido para locus de suerte (Tabla 17).

Tabla 17.

Pruebas de Chi cuadrada y Locus de control de suerte por droga consumida alguna vez en la vida

	Sin puntaje de locus	Con puntaje de locus	Valor de chi cuadrada	Sig
Con consumo de Alcohol	279 (52.6%)	58 (49.6%)	.362	.548
Con consumo de Tabaco	133 (25.1%)	31 (26.5%)	.099	.752
Con consumo de Marihuana	51 (9.6%)	14 (12.2%)	.668	.414
Con consumo de Inhalables	58 (10.9%)	6 (5.1%)	3.636	.057
Con consumo de Cocaína	21 (4%)	0 (0%)	4.701	.030
Con consumo de Crack o piedra	11 (2.1%)	1 (0.9%)	.765	.382
Con consumo de Metanfetaminas	18 (3.4%)	1 (0.9%)	2.141	.143
Con consumo de Tachas	9 (1.7%)	0 (0%)	2.001	.157

Nota: se muestran los resultados obtenidos en las pruebas de chi cuadrada y locus de control atribuido a la suerte en consumo alguna vez en la vida. Se destaca un significativo en el consumo de cocaína.

En consumo **alguna vez** en la vida se encontró una diferencia significativa entre locus de control atribuido a la afectividad y el consumo de inhalables ($\chi^2(1) = 3.636$, $p < 0.05$) y cocaína ($\chi^2(1) = 4.248$, $p < 0.05$), sin embargo, este último no lo consideramos un dato válido ya que hay menos de 5 casos que cuenten con una puntuación de locus de afectividad (Tabla 18).

Tabla 18.

Chi cuadrada y Locus de control afectividad por droga consumida alguna vez en la vida

	Sin puntaje de locus	Con puntaje de locus	Valor de chi cuadrada	Sig.
Con consumo de Alcohol	269 (53%)	43 (43.4%)	3.005	.083
Con consumo de Tabaco	129 (25.4%)	24 (24.2%)	.058	.809
Con consumo de Marihuana	55 (10.9%)	3 (3%)	.246	.620
Con consumo de Inhalables	57 (11.2%)	17 (6.3%)	6.239	.012
Con consumo de Cocaína	21 (4.1%)	0 (0%)	4.248	.039
Con consumo de Crack o piedra	10 (2%)	2 (2%)	.001	.973
Con consumo de Metanfetaminas	17 (3.3%)	2 (2%)	.461	.497
Con consumo de Tachas	8 (1.6%)	1 (1%)	.174	.676

Nota: se muestran los resultados obtenidos en las pruebas de chi cuadrada y locus de control atribuido a la afectividad en consumo alguna vez en la vida. Se destaca un significativo en el consumo de inhalables y cocaína, sin embargo, este último lo consideramos como no valido.

Para finalizar, en consumo **alguna vez** en la vida y locus de control interno no se encontraron diferencia significativa en alguna droga en particular (Tabla 19).

Tabla 19.

Chi cuadrada y Locus de control interno por droga consumida alguna vez en la vida

	Sin puntaje de locus	Con puntaje de locus	Valor de Chi cuadrada	gl	Sig.
Con consumo de Alcohol	201 (53.5%)	136 (50.2%)	.676	1	.411
Con consumo de Tabaco	102 (27.2%)	62 (22.8%)	1.617	1	.203
Con consumo de Marihuana	41 (11%)	65 (8.9%)	.789	1	.374
Con consumo de Inhalables	40 (10.7%)	24 (8.8%)	.601	1	.438
Con consumo de Cocaína	12 3.2%	9 (3.3%)	.007	1	.932
Con consumo de Crack o piedra	6 (1.6%)	6 (2.2%)	.318	1	.573
Con consumo de Metanfetaminas	13 (3.5%)	6 (2.2%)	.890	1	.. 346
Con consumo de Tachas	8 (2.1%)	1 (0.4%)	3.611	1	.. 057

Nota: se muestran los resultados obtenidos en las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas alguna vez en la vida y locus de control interno. No se identifican significativos.

Por otra parte, en el consumo de drogas en el **último mes**, se encontró en locus de control atribuido a la suerte una diferencia significativa con inhalables ($\chi^2(1) = 6.245$, $p < 0.05$), sin embargo, no lo consideramos un dato válido ya que existen menos de 5 casos que cuenten con la puntuación de locus esperada. (Tabla 20).

Tabla 20.

Chi cuadrada y Locus de control se suerte por droga consumida en el último mes

	Sin puntaje de locus	Con puntaje de locus	Valor de Chi cuadrada	Sig.
Con consumo de Alcohol	110 (20.8%)	30 (26.1%)	1.581	.209
Con consumo de Tabaco	87 (16.4%)	17 (14.8%)	.193	.660
Con consumo de Marihuana	31 (5.9%)	9 (7.8%)	.558	.455
Con consumo de Inhalables	44 (8.3%)	2 (1.7%)	6.245	.012
Con consumo de Cocaína	14 (2.6%)	0 (0%)	3.138	.076
Con consumo de Crack o piedra	6 (1.1%)	0 (0%)	1.328	.249
Con consumo de Metanfetaminas	19 (3.6%)	2 (1.7%)	1.033	.309
Con consumo de Tachas	6 (1.1%)	0 (0%)	1.326	.250

Nota: se muestran los resultados obtenidos de chi cuadrada para el consumo de drogas en el último mes y el locus de control atribuido a la suerte. Se destaca un significativo en el consumo de inhalables, sin embargo no lo consideramos un dato válido por falta de casos con puntaje esperado de Locus.

En locus de control atribuido a la afectividad no se encontraron diferencias significativas con alguna droga en particular en el consumo el **último mes** (Tabla 21).

Tabla 21.

Chi cuadrada y Locus de control afectividad por droga consumida en el último mes

	Sin puntaje de locus	Con puntaje de locus	Valor de Chi cuadrada	Sig
Con consumo de Alcohol	110 (21.7%)	19 (19.4%)	.252	.61
Con consumo de Tabaco	84 (16.6%)	14 (14.1%)	.378	.53
Con consumo de Marihuana	32 (6.4%)	7 (7.1%)	.066	.79
Con consumo de Inhalables	39 (7.7%)	4 (4%)	1.686	.19

Con consumo de Cocaína	13 (2.6%)	1 (1%)	.890	..34 5
Con consumo de Crack o piedra	5 (1%)	1 (1%)	.000	..98 4
Con consumo de Metanfetaminas	19 (3.8%)	2 (2%)	.754	..38 5
Con consumo de Tachas	5 (1%)	1 (1%)	.000	. .982

Notas: se muestran los resultados de las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas en el último mes y locus de control atribuido a la afectividad. No se destacan significativos.

Por último, en cuanto a locus de control atribuido a la internalidad y consumo en el **último mes** de drogas se encontró una diferencia significativa con el consumo de alcohol ($\chi^2 (1) = 8.227, p < 0.05$) (Tabla 22).

Tabla 22.

Chi cuadrada y Locus de control interno por droga consumida en el último mes

	Sin puntaje de locus	Con puntaje de locus	Valor de chi cuadrada	Sig.
Con consumo de Alcohol	96 (25.7%)	44 (16.2%)	8.227	.004
Con consumo de Tabaco	67 (18.0%)	37 (13.6%)	2.254	.133
Con consumo de Marihuana	25 (6.7%)	15 (5.6%)	.374	.541
Con consumo de Inhalables	29 (7.8%)	17 (6.3%)	.520	.471
Con consumo de Cocaína	9 2.4%	5 (1.8%)	.245	.621
Con consumo de Crack o piedra	3 (.8%)	3 (1.1%)	.152	.696
Con consumo de Metanfetaminas	16 (4.3%)	5 (1.8%)	2.994	.084
Con consumo de Tachas	5 (1.3%)	1 (0.4%)	1.608	.205

Notas: se muestran los resultados de las pruebas de chi cuadrada para el consumo de drogas en el último mes y locus de control atribuido a la internalidad. Se destacan significativo el consumo de alcohol.

5. Discusión

5.1 Objetivo general

5.1.1 Prevalencia de consumo de drogas

El objetivo general de esta investigación fue conocer la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas y su asociación con locus de control. El principal resultado fue identificar el orden de consumo de mayor a menor porcentaje: 1) el alcohol con un 51.9%, 2) tabaco 25.3%, 3) marihuana 10%, 4) inhalables 9.9%, 5) cocaína 3.3%, 6) metanfetaminas 2.9%, 7) crack o piedra 1.9% y 8) tachas 1.4%. Así como haber identificado la relación entre el locus de control atribuido a la suerte y la afectividad y el consumo de cocaína e inhalables.

Como puede observarse las tres principales drogas que presentan mayor consumo son el alcohol, el tabaco y la marihuana, y en algunos análisis los inhalables. Estos resultados coinciden en general con los presentados por la ENCODAT 2016-2017, en donde se reporta que las tres drogas más consumidas alguna vez en la vida a nivel nacional son: 1) alcohol con 39.8%, 2) marihuana con 5.3% y 3) el tabaco con un 4.9%. Si bien, las tres drogas que presentan mayor consumo son las mismas, a nivel nacional se muestra en segunda posición la marihuana, mientras que en Cadereyta se muestra en segundo lugar el tabaco.

Cada droga es potencialmente dañina para la población adolescente, sin embargo, es necesario poner especial énfasis en la prevención del consumo de alcohol debido a su alto porcentaje de consumo respecto a las otras drogas. Recordemos que el consumo de alcohol se sitúa principalmente en la adolescencia temprana para la mayoría de las personas, iniciando como una etapa de consumo experimental, que de mantenerse, se tiene la posibilidad de avanzar a niveles cada vez más problemáticos, como el consumo excesivo e incluso una dependencia (Ahumada, 2017).

Probablemente el alto consumo de alcohol en la muestra sea a consecuencia de una baja percepción en los riesgos que puede llegar a tener. Los estados y municipios que comienzan a disminuir la percepción de riesgo ante el consumo deben considerar un posible aumento en el consumo de cualquier

droga (UNDOC, 2019). En el caso particular de nuestra cultura, es propio de nuestras sociedades urbanas, rurales e indígena el consumo de alcohol con fines recreativos y religiosos, se tiene una tolerancia por parte de la sociedad hacia su consumo justificada como una actividad social a las que los adolescentes quedan expuestos a través de diversos medios: fiestas, reuniones, medios de comunicación, etc. (Natera, 2005).

De igual manera el tabaco al ser la segunda droga más consumida en la muestra debe ser considerada como de potencial riesgo, particularmente porque el tabaco es la principal droga a nivel nacional con la que se empieza el consumo experimental, seguido del alcohol y la marihuana (Secretaría de Salud, 2017). A pesar de que las leyes en México prohíben la venta de alcohol y tabaco a menores de 18 años, el inicio del consumo de estas sustancias suele darse antes de alcanzar esta edad (Herrera, 2004). Situación problemática ya que el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo para el consumo de marihuana y que en presencia del alcohol este riesgo aumenta (Iglesias, 2007), he de aquí una posibilidad por qué la marihuana podría ser la tercera droga que presenta mayor consumo.

La marihuana al ser la tercera droga de mayor consumo en la muestra, al igual que a nivel nacional, es la droga ilegal de mayor consumo (Secretaría de Salud, 2017). A diferencia del alcohol, el tabaco y la marihuana presentan actualmente cambios en la forma en la que se usa, principalmente en el vapeo o cigarro electrónico, donde se corre el riesgo de quedar expuesto no solo a las sustancias químicas de estas drogas, también se corre el riesgo de las sustancias no reguladas que se pueden añadir, como es el caso de los saborizantes (UNDOC, 2019).

Es importante señalar también el consumo de inhalables, ya que a pesar de que no se muestran en los primeros tres lugares de consumo de drogas alguna vez en la vida, si se coloca en el tercer puesto en el consumo de drogas en el último mes. Los inhalables suelen encontrarse ser de fácil acceso ya que se encuentran en productos del hogar y comercios, esta disponibilidad se ha reportado principalmente entre adolescentes, personas que viven en comunidades alejadas y ocupaciones que permiten contacto con estas sustancias (OMS 2005).

Para cerrar la discusión en cuanto al objetivo general, otro dato relevante que se encontró en cuanto al consumo de drogas alguna vez en la vida es que el rango de edad de primer consumo para todas las drogas oscila entre los 12.1 y 13.5 años de edad, este dato toma especial importancia, ya que reafirma la adolescencia temprana como un foco importante para el inicio. Por ende, un periodo de desarrollo importante para la prevención de un probable establecimiento de consumo.

Tal como lo señala la UNICEF la adolescencia temprana es un periodo entre los 10 y 14 años de edad, mientras que la adolescencia tardía se extiende entre los 15 y 19 años (UNICEF, 2011), ambos rangos de edad son importantes para implementar estrategias de prevención, sin embargo, la adolescencia temprana puede suponer un capital importante en esta tarea. Ya que los cambios físicos, emocionales y sociales detonan preocupaciones que podrían generar una atracción hacia el consumo de drogas debido a sus efectos sobre el sistema nervioso, ya que constituye una forma de disminuir las tensiones de la vida y modificar los sentimientos de malestar de manera momentánea (Torres, 2007).

En este sentido, conocer la prevalencia de consumo por cada estado y entidad municipal permite trazar las líneas prioritarias tanto de atención como de prevención, por supuesto sin descuidar otros factores que puedan suponer un riesgo para la salud pública.

5.1.2 Asociación de consumo de drogas y locus de control

La adolescencia frecuentemente está inmersa por escenarios donde se involucra conflicto interno y problemáticas en diversos contextos sociales, por lo que son susceptibles a experimentar estresores que generan sensación de desesperanza y apatía ante situaciones aparentemente inciertas o incontrolables (Cruz, 2012). A esa clase de situaciones queda vinculado la atribución de causalidad que los adolescentes puedan hacer sobre los resultados que controlan su vida, incluso pueden llegar a tener un impacto sobre el consumo de drogas, ya que implica un proceso más allá de la percepción de control, dependiendo de la atribución de causalidad que opere (interno o externo), los

resultados se evaluarán subjetivamente para permitir (o no) al individuo anticiparse a un acontecimiento y modificar su comportamiento (Barragán, 2011).

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas alguna vez en la vida se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el locus de control atribuido a la suerte y el consumo de cocaína ($\chi^2(1) = 4.701$, $p < 0.05$). A pesar de que este dato no es válido debido a que no se cuenta con el número de casos suficiente con la puntuación esperada de locus de control atribuido a la suerte, consideramos importante hablar sobre esta sustancia (López, 2003).

La cocaína tuvo una rápida expansión y popularización en México debido al aumento a la permisividad de la sociedad esta droga, así como por la asociación de su consumo a la adquisición de cierto estatus social (Unikel et al., 1998), situación que desde este locus podría reforzar el comportamiento de consumo.

En México hasta la década de 1980 el consumo de cocaína pertenecía generalmente a clases socioeconómicas favorecidas, no obstante su comercialización se vio facilitada por su disminución de precio a través su adulteración, es decir, se agregan sustancias químicas similares para potenciar su efecto o para aumentar su volumen, como talco, maicena, azúcar, procaína o anfetaminas (del Bosque et al., 2014). Esta situación no suele verse de manera directa, ya que la cocaína conserva el mismo aspecto, color y textura, sin embargo, al ser esta clase de cocaína a la que tienen acceso los adolescentes, pueden provocarles reacciones como aumento de la naturaleza adictiva o bien una reacción tóxica alterna al de la cocaína en sí.

En el locus de control atribuido a la afectividad también se encontró una asociación significativa en el consumo de inhalables ($\chi^2(1) = 3.636$, $p < 0.05$) y el consumo alguna vez en la vida. Por otra parte, también se encontró una asociación significativa entre el consumo en el último mes y la cocaína ($\chi^2(1) = 6.245$, $p < 0.05$). Recordemos que los inhalables pueden ser de fácil acceso en comercios y hogar, o bien por el tipo de oficio que se ejerza. Por lo que la

exposición a esta sustancia podría ser por algún contexto social en el que estén inmersos los adolescentes y se vean expuestos a esta sustancia.

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Consumo de drogas por sexo

En cuanto a la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida por sexo, es importante destacar que las mujeres presentan un consumo de tabaco del 21.2%, mientras que los hombres lo presentan en un 31.2%. Este panorama presentó diferencias significativas al aplicar la prueba de chi cuadrada.

5.2.2 Consumo de drogas por tipo de escuela

Por tipo de escuela, las secundarias de tipo general presentan una diferencia significativa en el consumo de tres drogas respecto a las telesecundarias, esta diferencia se encontró a partir de la aplicación de pruebas de chi cuadrada. La primera droga con mayor porcentaje y muestra de diferencia significativa es la marihuana con un 12.6% en escuelas de tipo general y 7.1% en telesecundarias. Seguido las metanfetaminas con un 4.2% en escuelas de tipo general y 1.4% en telesecundarias. Por último, el crack que presenta un 2.8% en escuelas generales y un 1% en telesecundarias. Al aplicar pruebas T para identificar diferencias significativas en el número de veces de consumo por cada droga y tipo de escuela alguna vez en la vida, se reafirman las diferencias significativas en el consumo de dos drogas: la marihuana y la cocaína.

5.3. Conclusiones

1. La implementación de estudios epidemiológicos son necesarios para conocer las problemáticas de salud mental que afectan a la población adolescente, particularmente en municipios donde se desconocen las prevalencias. Esto con la finalidad de contextualizar los modelos de necesarios de prevención, promoción y atención que sean requeridos.

2. El consumo de drogas es un problema que se caracteriza por producir pérdidas económicas y sociales. La adolescencia al ser la etapa de desarrollo donde se inician estas prácticas se vuelve un foco de atención importante para

su prevención oportuna, ya que quienes inician el consumo en esta etapa tienen mayor probabilidad de tener consecuencias adversas en etapas adultas, así como la posibilidad de generar un perfil de policonsumo.

3. Generar estudios que den a conocer variables que puedan ser factores de protección o de riesgo ante el consumo de drogas, abre la posibilidad de realizar modelos de promoción, prevención y atención más eficientes según las necesidades de cada población que se busca abordar, tal como lo puede ser el locus de control interno, ya que promueve conductas adaptables y proactivas ante diversos escenarios que pueden poner en riesgo la integridad física y psicológica de los adolescentes.

La psicología del control se presta para aplicaciones prácticas, ya que puede llegar a tener un papel importante en la toma de decisiones que puedan afectar la integridad física y psicológica de los adolescentes. Como se mencionó a lo largo del documento la importancia del Locus de Control radica en la evaluación subjetiva que hace un individuo ante los eventos y resultados de la vida, y como consecuencia de ello, el poder anticipar, modificar (o no) su comportamiento para alcanzar sus objetivos. En caso de operar un locus de control atribuido a la internalidad existe mayor probabilidad de adaptación mientras que con un locus externo se tiene menor probabilidad.

Bajo esta lógica y los resultados encontrados, se sugiere realizar intervenciones en escuelas secundarias de tipo general para promover un locus de control interno en sus estudiantes, y de esta manera reforzar como factor de protección el que atribuyan los resultados en su vida en sí mismos, y no queden pasivos ante situaciones que puedan poner en riesgo su integridad física o psicológica, esto principalmente en secundarias generales ya que presentan un mayor porcentaje sobre las telesecundarias. Así mismo, buscar reforzar un locus de control interno en los hombres, ya que por causas tanto biológicas como sociales, tienden a actuar de manera más impulsiva.

Podemos observar como la edad de consumo es cada vez más temprana (12 a 13 años de edad), la adolescencia temprana se vuelve un objetivo indispensable en la promoción de conductas saludables y de factores protectores. Comenzar a introducir y reforzar un Locus de Control interno en ellos podría suponer un capital importante para la prevención del consumo.

7. BIBLIOGRAFIA

- Abad, J. R., Ruiz-juan, F., & Zamarripa, I. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia, *2003*(3), 211–220.
- Ahumada-Cortez, G., Enrique, G.-M. M., Valdez-Montero, & Carolina, Y. (2017). El Consumo de Alcohol como Problema de Salud Pública. *Publicación Semestral de Ciencias Sociales*, (1665–0441). <https://doi.org/10.35197/rx.13.02.2017.01.ja>
- Arias Gallegos, W. L. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia, la importancia de la familia. *Av.Psicol*, *21*(1), 23–34.
- Arias, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Perspectivas En Psicología*, *1*(1794–9998), 138–147.
- Aróstegi, T. L. y E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV.
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G., Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., ... Monteiro, M. G. (2001). *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al Consumo de Alcohol*.
- Bandura, A. (1999). Auto-Eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual. *Deslée De Brouwer: España*.
- Barragán, L. F. G. (2011). Locus de Control y Tradicionalismo en el Estado de Guanajuato , México, 72–79.
- Basañez. (2015). *Y tus emociones, ¿Qué dicen?, Aprende a manejarlas*.
- Belmar, D., Bontes, M., Levi, Y., Moreno, J. P., & Rehbein, L. (2012). ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO , LOCUS DE CONTROL Y FATALISMO EN ADULTOS AFECTADOS POR EL TERREMOTO DEL 27 DE FEBRERO EN POST TRAUMATIC STRESS , LOCUS OF CONTROL AND FATALISM IN A SAMPLE OF.
- Bustos, P. F. (2010). Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo

de sustancias en adolescentes. *Departamiento de Psicopedagogía y Educación, Universidad de Alcalá.*

Cáceres, F. (2004). *Mujer y Drogas.* (G. Gráfico, Ed.).

Calleja, G., Señorán, G., Mar, M., González, G., & Salvador, G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema, 8*, 257–267.

Castro. (1988). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos --. *Salud Pública Mex, (1)*.

Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga. (2014). Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio, 146.

Colab., W. G. y. (2000). Regional brain metabolism during alcohol intoxication. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*:822–829.

CONADIC. (2017). Hablemos sobre el alcohol, tabaco y otras drogas, 1–84.

CONAPO. (2015). Resultados 2015 del Índice de Marginación por entidad federativa y municipio.

Conyer. (2003). Historia natural del consumo de la cocaína: El caso de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Salud Mental, 26*(2), 12–21.

Cruz. (2012). Motivación al logro y el locus de control en estudiantes resilientes de bachillerato del Estado de México. *Psicología Iberoamericana, 20*.

Dariana, D., Mendoza, G., & Bosas, J. L. (2017). *Metanfetaminas, un medicamento peligroso. Centro educativo, capmus lagunas, Oax.*

del Bosque, J., Mairena, A. F., Díaz, D. B., Espínola, M., García, N. G., Abdalá, A. L., ... Vázquez, L. (2014). La cocaína: Consumo y consecuencias. *Salud Mental, 37*(5), 381–389.

Díaz, G. G. R. B., & Mendoza, W. G. D. Y. M. (2012). Riesgo De Exposición a Compuestos. *Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia., (1), 105–117.* Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n1/v17n1a08.pdf>

Diez, X. P. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis, 4*(2), 157–186. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006

- Drogas, C. I. para el C. del A. de. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. General Pharmacology: The Vascular System* (Vol. 20). [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0306-3623\(89\)90029-3](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0306-3623(89)90029-3)
- Eguiarte, B., Estela, B., Martínez, L., Quetzali, Y., Maqueo, G., Patiño, D., ... En, A. (2016). Características de personalidad predictores del afrontamiento en adolescentes de contextos marginados. *Acta Colombiana de Psicología*. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.9>
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Botvin, G. J., & Méndez, X. (2003). Adolescencia, consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles Del Psicólogo*, 23(84), 9–17.
- Evans, R. D. (1987). Phenomenology of intoxication with toluenebased adhesives and butane gas. *Ish Journal of Psychiatry*, 769 – 773.
- Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Sección Latinoamericana*, 285–292.
- Flammer, A. (1999). Análisis evolutivo de las creencias de control. *Desclée de Brouwer*. <https://doi.org/10.30552/ejep.v3i2.40>
- Gómez-dantés, H., Pilar, L., & Espinosa-aguilar, A. (2008). Riesgos para la salud de los adolescentes en áreas marginadas, 47(Supl 1), 81–86.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, E., Borges, G., & Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica de Mexico*, 46(2).
- Hughes. (1990). Effects of abstinence from tobacco, a critical review. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems.*, 317 – 398.
- Iglesias Alamos, V., Cavada, G., Silva, C., & Cáceres, D. (2007). Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use. *Revista de Saude Publica*, 41(4), 517–522. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400004>
- INAFED. (2017). Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México.
- INEGI. (2019). Estadística a poropósito del día del niño, datos nacionales, 1–10. Retrieved from <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino20>

Jelsma, A., & Armenta, A. (2015). Las convenciones de drogas de la ONU | Transnational Institute. *ONU*, 30. Retrieved from www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu

JIFE. (2016). La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. *CONSEJO EJECUTIVO 140.^a Reunión - Punto 10.3 Del Orden Del Día Provisional EB140/29*, 8, 1–7. Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf

Laborín, Francisco, J., Noriega, V., Ángel, J., Salas, D., Fernando, F., ... Misael, E. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas.

Ledo, R. V. F. y B. V. M. (2004). *¿qué dice la ciencia? éxtasis (tacha)*.

Linares, J. (2001). Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. *Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT)*. Retrieved from http://www.recolecta.net/buscador/single_page.jsp?id=oai:UAB.es:TDX-1127102-160751

López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. J., & Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127–136.

López López, M. J., Santín Vilariño, C., Torrico Linares, E., & Rodríguez González, J. M. (2003). Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Muestra de Jóvenes Universitarios. *Psicología y Salud*, 13, 5–17.

Luis R. Solís Rojas, A. S. y R. C. F. (2003). *Drogas, las 100 preguntas más frecuentes*. (M. M. C. Andrea Cataño, Martha Mayagoitia, Ed.). Tlaxcala: Centros de Integración Juvenil, A.C.

Maria del Mar Molero-Jurado, Maria del Carmen Pérez-Fuentes, José Jesús Gazquez-Linares, A. B. B.-M. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Universidad de Almería España*, 24(2), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>

- Mariscal, J. Á. V. N. y N. E. C. (2000). Locus de control en una muestra de residentes del noroeste de México.pdf.
- Meneses, C., Marquez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., & Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 525–535. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352013000300005>
- Mojena, G., & García, F. (2002). Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 2(2), 29–42.
- Moreno, M. del R. G. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar.
- Natera. (2005). La difícil identificación del consumo de alcohol en jóvenes en comunidades indígenas. *El Cotidiano*, (132), 92–97.
- National Institute on Drug Abuse. (2019). Abuso y adicción a la metanfetamina Índice.
- Navarro, R. E. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo, 1(2), 1–15.
- O'Brien. (2001). Drug addiction and drug abuse. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10a. Ed., 621 – 667.
- OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.
- OMS. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*.
- OMS. (2018a). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*.
- OMS. (2018b). Salud mental del adolescente.
- OMS. (2019). Salud Mental del Adolescente.
- OPS. (2010). *La política, drogas y el bien publico*. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Neurociencia Del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas-Resumen*, 236–258. <https://doi.org/ISBN 92 4 156235 8>

- Oros, L. (2005). Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, XIV, 89–98. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2005.17338>
- Peruga, A., Rincón, A., & Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 14(2), 227–238.
- Pfefferbaum A y colab. (1998). A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over a 5-year interval. *Archives of General Psychiatry*, (1), 55:905–912.
- Reyes-morales, H., Gómez-dantés, H., Torres-arreola, L. P., Tomé-sandoval, P., Galván-flores, G., González-unzaga, M. A., & Gutiérrez-trujillo, G. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México, 25(4), 328–336.
- Rojas-Guiot E, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME, Morón MA, D.-R. M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo, 22(1), 297–308. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70397-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70397-2)
- Rojas, L. R. (2012). *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*. Tlaxcala: Grupo Gráfico .
- Salud, S. de. (2015). Programa de acción Específico prevención y atención integral de las adicciones. Retrieved from http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Salud, S. de. (2016). ENCODAT Encuesta Nacional del Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco: Drogas 2016-17.
- Salud, S. de. (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*.
- Salud, S. de. (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y Tabaco 2016 - 2017*. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1Iktpvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
- Salud, O. P. de la. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*.
- Sánchez, E. P. (1998). Comportamientos de riesgo adolescente, una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de La PUCP*, XVI(2).

- Silvestre, K. J. (2011). La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana Introducción. *Scielo*, (18703295), 1–31.
- Sorondo, J. (2011). Locus de controls y autoeficacia en emprendedores argentinos. Retrieved from <http://www.inicia.org.ar/Online/Uploads/Galerias/FIL20120717113350.pdf>
- Stefanoni, J. D. S. (2013). La prohibición de las drogas en México (1912-1929), *30*, 381–407.
- Susana, D., Pérez, P., Miriam, D., & Santiago, A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de Prácticas Clínicas Para La Atención Integral a Las Salud de La Adolescencia*, *2*, 460.
- Tapia, F. Q., Gabriela, F., De, O., & Alejandro, I. (2012). La calidad de vida de los adolescentes en municipios marginados, *15*(3), 929–948.
- Teresa, M., Arévalo, V., Cristina, I., & Torres, S. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes : factores psicosociales asociados *, *3*, 31–45.
- UNDOC. (2018a). *Drugs and age*. <https://doi.org/10.18356/dbd47a51-en>
- UNDOC. (2018b). Mujeres y drogas, 1–40.
- UNDOC. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*.
- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia. La adolescencia, una época de oportunidades. La adolescencia. Una época de oportunidades* (Vol. vol.1). Retrieved from www.unicef.org/sowc2011%0Ahttp://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- UNICEF. (2013). Una nueva mirada de la participación adolescente, 17.
- Unikel, C., Galván, J., Soriano, A., Villatoro, J., Ortíz, A., & Rodríguez, E. (1998). Evolucion del consumo de cocaína en Mexico y su presencia entre las clases menos favorecidas. *Salud Mental*.
- UNODC. (2014). Los tratados de fiscalización internacional de drogas, 134. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf

UNODC. (2018). Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. *UNODC Research*, 1–10. Retrieved from http://fileserver.idpc.net/library/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Vázquez, M. E. B. y N. (2010). Análisis Psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter.

Vignoli, J. R. (2010). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina.

Visdómine-Lozano, J. C., & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 729–751.

Vivas, Z. L. Y. E. (2011). Construcción y validación del Inventario de Locus de Control del Peso: resultados preliminares, 21(58), 165–172.

Zedillo, E., Correa, C., Madrazo, A., & Alonso, F. (2018). La política de drogas en México: causa de una tragedia nacional, (septiembre), 44. Retrieved from <https://cdn.lopezdoriga.com/wp-content/uploads/2018/09/mexico-politica-de-drogas-final-9-17-18.pdf>