
EL PSICÓLOGO ANÁHUAC, número especial, febrero 2016, es una publicación anual editada por Investigaciones y Estudios Superiores, S.C. a través de la Dirección Académica Especializada, por la Facultad de Psicología. Av. Universidad Anáhuac 46, Huixquilucan, 52786, Estado de México, tel. 5627-0210.

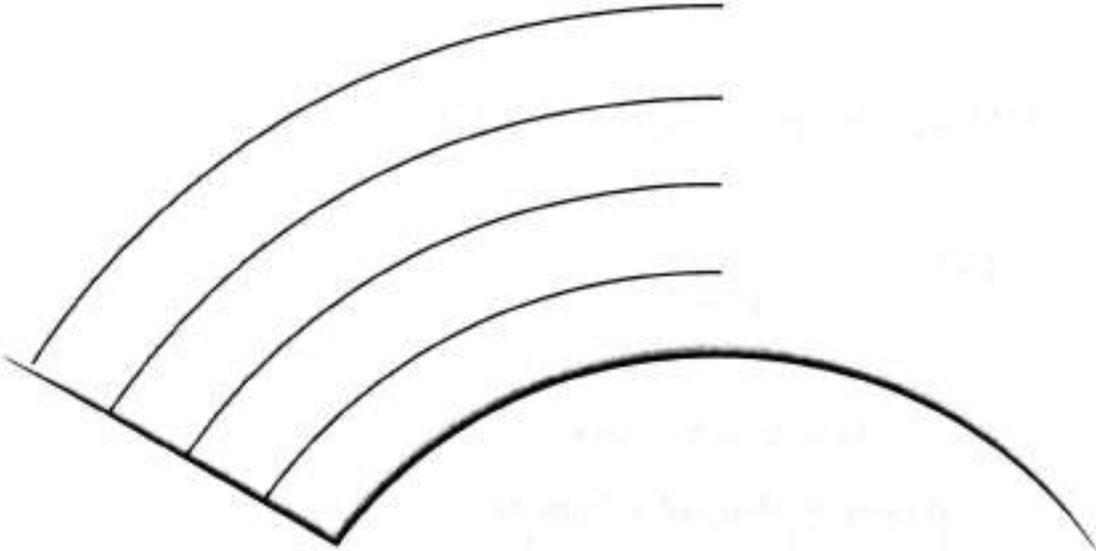
Editora responsable: Patricia Martínez Lanz. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 0404-2010-072310284400-102.

ISSN: 2007-3429. Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 15066, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Impresa por Castellanos Impresión S.A., Ganaderos 149, col. Granjas Esmeralda, 09810, delegación Izta-palapa, Ciudad de México, tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

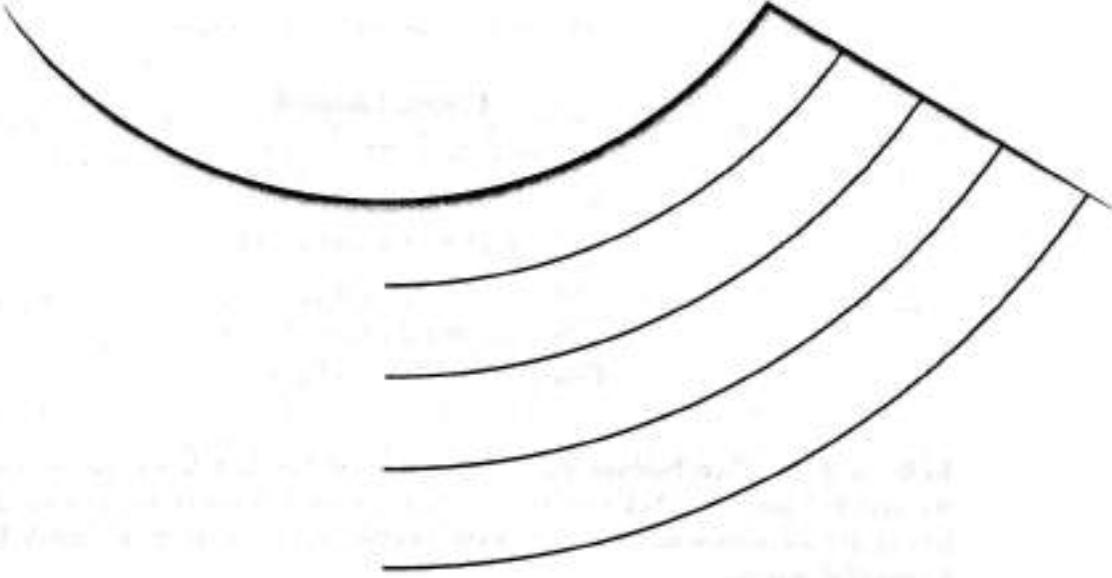
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de Investigaciones y Estudios Superiores, Facultad de Psicología.



ISSN 2007-3429

EL PSICÓLOGO ANÁHUAC

Número especial • 2016



DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC

DR. CIPRIANO SÁNCHEZ GARCÍA L.C.
Rector

DRA. SONIA BARNETCHE FRÍAS
Vicerrectora Académica

Director de la Facultad de Psicología
Mtro. José María López Landiribar

Director de Comunicación Institucional
Lic. Abelardo Somuano Rojas

Coordinadora de Publicaciones Académicas
Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

DIRECTORIO DE *EL PSICÓLOGO ANÁHUAC*

Coordinadora Editorial
Dra. Patricia Martínez Lanz

Asistente Editorial
Dra. Diana Betancourt Ocampo

Comité Editorial
Dr. Alejandro González González
Dra. Diana Betancourt Ocampo
Dr. José Damián Carrillo Ruiz
Dra. Marcela Tiburcio
Dra. Shoshana Berenzon Gorn
Dra. Patricia Martínez Lanz

La Revista *El Psicólogo Anáhuac* es un medio de difusión dirigido a alumnos, profesores y egresados de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac. Las opiniones vertidas en los artículos son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la posición de la Facultad de Psicología ni de la Universidad Anáhuac.

CONTENIDO



NOTA EDITORIAL.	7
José María López Landiribar	
RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN UN SECTOR POBLACIONAL DEL ESTADO DE MÉXICO	9
Patricia Martínez Lanz, Alejandro González-González y Diana Betancourt Ocampo	
TRATAMIENTO DE ADICCIONES: LAS DISCREPANCIAS ENTRE EL SISTEMA DE SALUD Y LA PROCURACIÓN DE JUSTICIA PENAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.	23
Pablo Puig Flores y Anaid Varela Varela	
ESCALA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN JÓVENES.	45
Patricia Martínez Lanz, Diana Betancourt Ocampo y Alejandro González-González	
ESPIRITUALIDAD, CULTURA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO	61
Cecilia Ojeda Cortés y Patricia Martínez Lanz	
ESCALA DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y RESISTENCIA A LA PRESIÓN DE PARES ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL	73
Maribel Méndez Llamas	
SÍNTESIS	89



De acuerdo con fuentes internacionales, en el mundo mueren alrededor de 250 mil personas al año a consecuencia del consumo de drogas ilícitas, mientras que 2.5 millones de personas fallecen debido al consumo de alcohol y 6 millones a causa del consumo de tabaco. En México, según diferentes investigaciones (Medina-Mora, 2012;* Villatoro, 2009**) el uso y abuso de sustancias puede considerarse como uno de los principales problemas de salud pública. Esta problemática afecta a hombres y a mujeres de todas las edades y estratos sociales; sin embargo, existe una mayor prevalencia en población joven.

Por lo anterior surge la necesidad de unir esfuerzos entre diferentes instituciones para responder a esta problemática social mundial. La Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac y el Centro Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP) coordinaron la creación de la Cátedra en Adicciones "Jesús Kumate Rodríguez" y, en colaboración con la Facultad de Ciencias de la Salud, el Instituto de Salud Pública Anáhuac (ISPA), los Centros de Integración Juvenil, A.C., y la Secretaría de Salud del Estado de México, con el patrocinio del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA), buscaron de manera articulada el estudio de los elementos que subyacen al consumo de drogas.

* MEDINA-MORA, M. E., VILLATORO-VELÁZQUEZ, J. A., FLEIZ-BAUTISTA, C., TÉLLEZ-ROJO, M. M., MENDOZA-ALVARADO, L. R., ROMERO-MARTÍNEZ, M., GUTIÉRREZ-REYES, J. P., CASTRO-TINOCO, M., HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., TENA-TAMAYO, C., ALVEAR-SEVILLA, C., & GUIZA-CRUZ, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, INPRFM.

** VILLATORO, V. J. A., GUTIÉRREZ, L. M. D., QUIROZ DEL VALLE, N., MORENO, L. M., GAYTÁN, L.L., GAYTÁN, F. I., & MEDINA-MORA, M. E. (2009). *Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas*. (4), 287-297.

Con la finalidad de generar información que apoye el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento específicos y culturalmente sensibles para la población del Estado de México se analizaron los factores de riesgo identificables en la población de la entidad, así como las condiciones contextuales en las que tiene lugar el surgimiento de conductas adictivas.

Asimismo, dentro de esa cátedra se capacitó a profesionales del campo de la salud a través de diversos programas de posgrado y diplomados dirigidos a fomentar sus capacidades y conocimientos para la investigación y para la atención del problema de las adicciones, todo dentro de un esquema en el que la formación académica y la investigación se nutren mutuamente y se traducen en el desarrollo y evaluación de programas de intervención eficaces.

Como parte de la Cátedra en Adicciones "Jesús Kumate Rodríguez", se publica este número especial de la revista, el cual tiene como propósito presentar algunos de los hallazgos de los diferentes proyectos de investigación que se desarrollaron en la cátedra.

Entre los trabajos que se publican, el primero muestra un panorama sobre el consumo de sustancias en el Estado de México; dos de los artículos realizan una revisión de la obra publicada en cuanto a factores asociados al consumo de sustancias y dos más presentan herramientas de medición que pueden utilizarse en futuras investigaciones para analizar el factor de la violencia intrafamiliar y las habilidades para la vida que se relacionan con el consumo de sustancias.

MTRO. JOSÉ MARÍA LÓPEZ LANDIRIBAR
Director de la Facultad de Psicología de la
Universidad Anáhuac México Norte

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN UN SECTOR POBLACIONAL DEL ESTADO DE MÉXICO



PATRICIA MARTÍNEZ LANZ*
ALEJANDRO GONZÁLEZ-GONZÁLEZ
DIANA BETANCOURT OCAMPO
Universidad Anáhuac México Norte

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito identificar y describir los patrones de consumo de drogas legales e ilegales en una población de adolescentes y adultos de cinco municipios del Estado de México, a través de una encuesta realizada con una muestra no probabilística de 1,050 sujetos, con un rango de edad de 15 a 50 años ($M = 24.66$, $DE = .499$), 37.1% fueron hombres y 62.8% mujeres. Se utilizó el cuestionario sobre consumo de sustancias y conductas de riesgo (Martínez-Lanz, 2013), del cual, para evaluar el patrón de consumo, se utilizaron 22 indicadores de frecuencia y cantidad, cuatro indicadores sobre tabaco, cinco de alcohol (vino, cerveza, destilados y alcohol puro) y nueve sobre consumo de drogas ilegales (inhalables, marihuana o *hashish*, alucinógenos, cocaína, heroína u opio). Los resultados mostraron que 39.8% de los participantes informaron que han consumido tabaco alguna vez en su vida, 66.3% alcohol y 18.7% algún tipo de droga ilegal. Al realizar análisis de consumo por sexo, los hallazgos mostraron que una mayor proporción de hombres indicó que ha consumido tanto tabaco como alcohol y drogas ilegales. Estos resultados se obtuvieron cuando se analizó el consumo por grupo de edad; un mayor número de adultos reportaron que han consumido este tipo de sustancias. Los resultados permiten concluir que un índice importante de los participantes consumen drogas tanto legales como ilegales; sin embargo, los hallazgos de consumo tanto de tabaco como de drogas ilegales fueron mayores

* pmlanz@anahuac.mx

a los reportados en encuestas nacionales, lo cual subraya la importancia de tomar medidas en esta población, como incrementar programas de intervención con la población adulta y programas de prevención en niños y adolescentes.

Palabras clave: *Alcohol, Tabaco, Drogas ilegales, Adolescentes, Adultos*

Results of a survey on substance use in the population sector of the State of Mexico

Abstract

This study aimed to identify and describe patterns of use of legal and illegal drugs in a population of adolescents and adults in five municipalities in the State of Mexico through a survey with a probabilistic sample of 1050 subjects, ranging age of 15-50 years ($M = 24.66$, $SD = .499$), 37.1% were men and 62.8% women. The questionnaire on substance use and risk behavior (Martínez-Lanz, 2013), which, to assess the consumption pattern was used, 22 frequency and quantity indicators, four indicators on snuff, five of alcohol (wine, used beer, spirits and pure alcohol) and nine about illegal drugs (inhalants, marijuana or *hashish*, hallucinogens, cocaine, heroin or opium). The results showed that 39.8% of the participants reported that they have used snuff sometime in their life, 66.3% have used alcohol and 18.7% some type of illegal drug. When scanning consumption by sex, the findings showed that a greater proportion of men indicated they have consumed snuff, alcohol and illegal drugs; these same results were found when consumption is analyzed by age group, where more adults reported they had consumed these substances. The results suggest that a significant number of participants consume legal and illegal drugs, however, the findings of both snuff and illegal drugs were higher than those reported in national surveys, which underscores the importance of taking action in this population, in which intervention programs for the adult population and prevention programs for children and adolescents should increase.

Keywords: *Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs, Adolescents, Adults*

Introducción

De acuerdo con lo referido en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, nuestro país presenta amplia experiencia en investigaciones sobre el consumo de drogas, las cuales se han desarrollado con diferentes perspectivas, que van desde aspectos epidemiológicos hasta estudios de corte cualitativo, todas con el propósito de buscar una mejor comprensión de este fenómeno y generar información que favorezca el desarrollo de políticas públicas en materia de prevención y abordaje de esta problemática (Medina-Mora *et al.*, 2012a).

Desde los años setenta se han llevado a cabo estudios de carácter epidemiológico que han permitido conocer el panorama global del fenómeno del consumo de drogas en distintos escenarios, tales como el hogar (Fleiz *et al.*, 2007; Medina-Mora, Fleiz & Villatoro, 2006) y las escuelas (Villatoro, Martínez, López & Becerra, 2004; Villatoro, Gutiérrez, Quiroz & Juárez, 2007; Villatoro *et al.*, 2009), así como los cambios en el contexto nacional de las adicciones.

Los diferentes estudios (p.e. Medina-Mora *et al.*, 2012a; Villatoro *et al.*, 2009) indican que en la actualidad el uso y abuso de sustancias psicotrópicas constituye uno de los principales problemas de salud pública en México. Este fenómeno afecta, en su prevalencia y evolución, tanto a hombres como a mujeres de todas las edades y estratos sociales, aunque se muestra una mayor presencia en jóvenes y con sustancias más dañinas. Asimismo, existe un aumento en el uso de drogas legales e ilegales; en el ámbito nacional, esto ocurre en diversos estados y, de manera particular, en las grandes urbes.

Específicamente sobre el consumo de tabaco, la ENA (2011) señala que en la población nacional de 12 a 65 años se estima que 21.7% son fumadores activos (31.4% hombres y 12.6% mujeres); 26.4% son exfumadores (30.9% hombres y 22.2% mujeres) y 51.9% nunca han fumado (37.8% hombres y 65.2% mujeres). En términos absolutos, se calcula que 17.3 millones de mexicanos entre 12 y 65 años son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres), 21 millones son exfumadores y cerca de 41.3 millones nunca han fumado (Medina-Mora *et al.*, 2012a).

Respecto a la ingesta de alcohol, la ENA (2011) reporta un incremento significativo en las prevalencias de consumo de las mediciones de 2002 a 2011, de modo que la prevalencia de una vez en la vida pasó de 64.9 a 71.3%, la prevalencia de los últimos meses de 46.3 a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes, al ascender de 19.2 a 31.6%. Al analizar los datos por sexo se observó la misma tendencia, con un crecimiento de 78.6 a 80.6% en hombres y de 53.6 a 62.6% en mujeres. En la población adolescente los resultados mostraron que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen alcohol a diario se mantuvo estable,

que el consumo consuetudinario disminuyó y que el índice de dependientes registró un incremento significativo de 2.1 a 4.1%. El uso de alcohol entre la población adulta fue mayor que en la adolescente y aumentó significativamente de 2001 a 2011 (Medina-Mora *et al.*, 2012b).

Por lo que se refiere al consumo de drogas ilegales, en el último año tan sólo 18.4% ha asistido a tratamiento (19.8% hombres y 8.9% mujeres). En 2010 se registró uso de cualquier droga ilegal en la población mexicana de 1.5% (2.6% hombres y 0.4% mujeres); de este porcentaje, 1.2% consume marihuana y 0.5% cocaína. El consumo de otras drogas ilegales (alucinógenos, inhalables y estimulantes tipo anfetaminas) presenta prevalencias iguales o inferiores a 0.2%. De acuerdo con la ENA (2011), 14% de los adolescentes entre 12 y 19 años han probado alguna droga ilegal (marihuana, cocaína, crack, alucinógenos y estimulantes tipo anfetamínico); el promedio de edad del primer consumo fue a los 18.8 años (18.5 en hombres y 20.1 en mujeres). La droga más recurrida en este sector poblacional fue la marihuana, con un 1.6% de prevalencia, seguida por la cocaína, con un 0.5%, y los inhalables, con un 0.4% (Medina-Mora *et al.*, 2012c). Si bien los datos que reportan encuestas como la ENA nos muestran un panorama nacional, es importante señalar que el consumo de drogas presenta ciertas variaciones a lo largo de nuestro país, esto debido a factores que van desde la ubicación geográfica hasta aspectos particulares de alguna región, lo cual justifica la existencia de una serie de estudios regionales respecto a situaciones particulares del consumo, tal como se ha venido realizando (Villatoro *et al.*, 2009).

De acuerdo con estudios sobre la situación regional (Villatoro *et al.*, 2009), es posible mencionar que la frontera norte del país tiene un comportamiento diferente del resto del país de manera más notable, incluso dentro de ella. Mientras que en Matamoros el consumo es menor que en las otras ciudades fronterizas, Nuevo Laredo, Reynosa y Ciudad Juárez muestran alto consumo de cocaína y alta problemática de consumo de heroína. Por otra parte, los estados fronterizos como Sonora y Baja California también han mostrado problemas en el uso de estas sustancias, pero presentan ya altos índices de consumo de metanfetaminas, tanto en aquellas personas que asisten a un servicio de salud en adicciones como en la población abierta y escolar de la entidad. En el caso de Sonora, incluso, está documentado un alto porcentaje de esta sustancia en la ciudad capital; esto coincide con lo que ocurre en Estados Unidos, donde el mercado natural de las metanfetaminas es California junto con algunos condados de Arizona.

Por lo que se refiere al centro del país, de acuerdo con los resultados obtenidos en una encuesta del Estado de México, realizada en 2009 a estudiantes (Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud & Instituto Mexiquense

contra las Adicciones, 2009), 20.2% de los jóvenes han consumido cierta droga alguna vez en la vida. Respecto a las diferencias por sexo los datos son consistentes con lo reportado en el resto del país, ya que el consumo de drogas fue mayor en hombres (22.0%) que en mujeres (18.5%). Las drogas de preferencia, tanto en hombres como en mujeres, fueron los inhalables (11.2 y 9.5%) y la mariguana (10.9 y 6.4%). En relación con el consumo de alcohol alguna vez, la prevalencia fue de 70.8%; las mujeres son quienes registran un mayor consumo de alcohol (71.9%), en relación con los hombres (69.7%).

Cabe señalar que los datos de la encuesta del Estado de México se refieren a población estudiantil, lo cual sólo nos aportaría información de este grupo, no de la población en general. En este mismo sentido, la ENA (2011) realizó un análisis por zona geográfica y dentro de los resultados de la zona centro pudo mencionarse que, en cuanto al consumo de alcohol, es la zona del país con el porcentaje más alto de la población (de 12 a 65 años) que ha reportado ingesta de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida (76.9%) y en el año previo a la encuesta (57%), incluso cuando se hizo el análisis por sexo, la zona centro sigue siendo la de mayor consumo (Medina-Mora *et al.*, 2012b). Por otro lado, los hallazgos en cuanto al consumo de drogas ilegales muestran que esta región del país no es donde se ubican los porcentajes más altos de consumo (Medina-Mora *et al.*, 2012c).

Como puede apreciarse, todos estos esfuerzos por conocer la situación del consumo de sustancias en nuestro país permiten comprender de manera más específica la situación que se presenta en un grupo poblacional definido y de qué forma dichos resultados se enmarcan en una realidad global de nuestro país; por lo tanto, resulta importante realizar este tipo de estudios con el objetivo de conocer la situación de estos grupos, debido a la necesidad de desarrollar e instrumentar programas locales de prevención para la disminución del consumo de sustancias. El propósito del presente estudio fue describir los resultados de una encuesta sobre consumo de drogas legales e ilegales en una población de adolescentes y adultos de cinco municipios del Estado de México.

Método

Participantes

Los participantes fueron seleccionados a través de una muestra no probabilística de 1,050 sujetos, con un rango de edad entre 15 y 50 años ($M = 24.66$, $DE = .499$), 53% de los participantes fueron adolescentes y 47% adultos; 37.1% fueron hombres y 62.8% mujeres. Por lo que respecta al estado

civil de los participantes, 53.8% reportaron que eran solteros, 22% casados, 15.3% vivía en unión libre, 4.1% estaban separados, 2.3% divorciados y 2% viudos. En cuanto a escolaridad se registró que 50.8% de los encuestados cursó educación secundaria, 18.2% educación primaria, 8.8% preparatoria incompleta, 6.6% licenciatura incompleta, 7% carrera técnica, 4.3% preparatoria completa y 4.4% licenciatura incompleta.

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario sobre consumo de sustancias y conductas de riesgo (Martínez-Lanz, 2013), del cual, para evaluar el patrón de ingesta, se obtuvieron 22 indicadores en función de la frecuencia y cantidad, cuatro indicadores sobre tabaco, cinco de alcohol (vino, cerveza, destilados y alcohol puro) y nueve sobre consumo de drogas ilegales (inhalables, marihuana o *hashish*, alucinógenos, cocaína, heroína u opio).

Procedimiento

Se llevaron a cabo brigadas médicas en cinco municipios del Estado de México (Amecameca, Atlautla, Chalco, Huixquilucan y Lerma de Villada), con la participación de 12 estudiantes del último año de la Licenciatura de Médico Cirujano, quienes, previa capacitación en la aplicación del cuestionario, tuvieron contacto con los habitantes de las comunidades mencionadas en las instalaciones destinadas para la realización de dichas brigadas (consultorios, espacios públicos, gimnasios), quienes acudieron a recibir atención médica como parte de las actividades de las brigadas; de esta forma, se tuvo contacto con los sujetos a quienes se les invitó a participar en el estudio. El instrumento fue administrado de manera individual, anónima y autoaplicable a los sujetos, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, resolviendo dudas y enfatizando que los resultados serían utilizados únicamente con propósitos de investigación.

Resultados

Consumo de tabaco

De acuerdo con los resultados obtenidos, 39.8% de los participantes informaron que han consumido tabaco alguna vez en su vida, de los cuales 49.4%

son hombres y 34% mujeres. En cuanto a los grupos de edad, 47.2% de los consumidores de tabaco fueron adultos y el resto (29.5%) adolescentes.

Respecto a cuándo fue el último consumo de los participantes, en la tabla 1 se puede observar que aproximadamente la mitad del total de los participantes lo llevaron a cabo en los 30 días previos a la encuesta; al hacer el análisis por sexo, tanto en hombres como en mujeres se mantiene el mayor porcentaje en el consumo durante el último mes; no obstante, es ligeramente mayor la proporción de mujeres que de hombres.

Tabla 1
Distribución de los participantes en cuanto al último consumo de tabaco por total y por sexo

Último consumo de tabaco	Total %	Mujeres %	Hombres %
Últimos 30 días	47.1	40.8	53.3
Últimos 6 meses	11.7	12.9	10.6
Último año	12.5	11.9	13.1
1 y 3 años	7.7	9.0	6.5
Más de 3 años	20.9	25.4	16.6

Tabla 2
Distribución de los participantes en cuanto al último consumo de tabaco por grupo de edad

Último consumo de tabaco	Adolescentes %	Adultos %
Últimos 30 días	42.1	52.0
Últimos 6 meses	17.6	7.9
Último año	15.1	9.3
Uno a tres años	9.4	6.6
Más de tres años	15.7	24.2

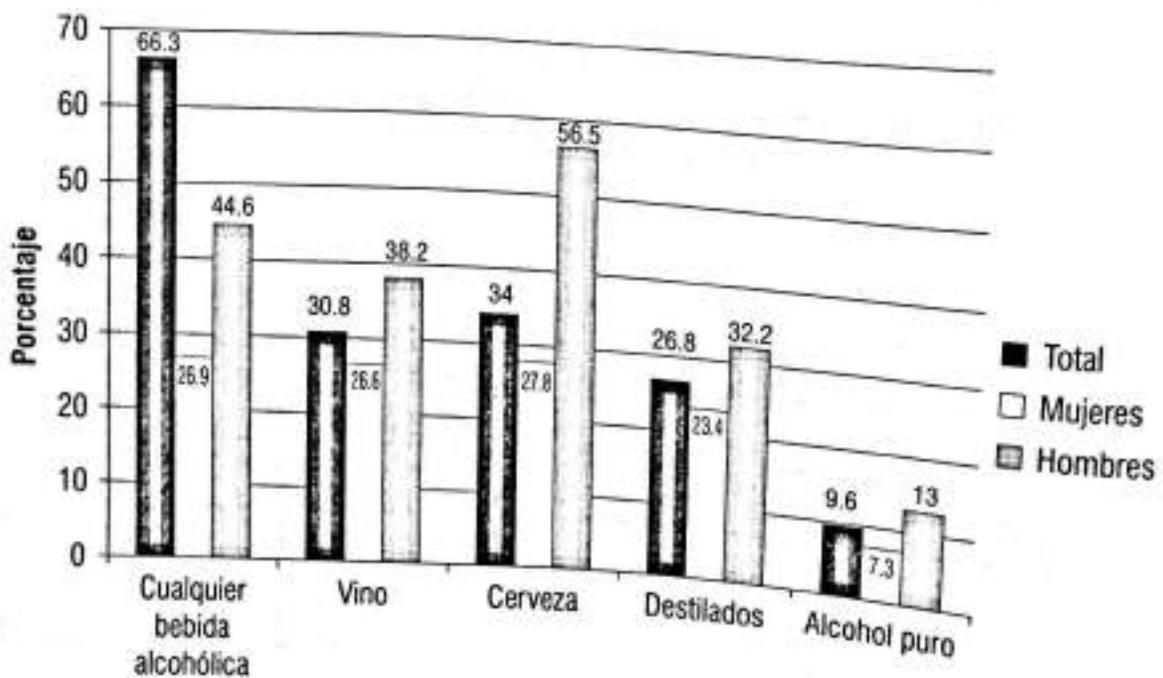
En la tabla 2 se presentan los resultados de la distribución de los participantes en cuanto al último consumo de tabaco por grupo de edad. Como puede observarse, tanto en adolescentes como en adultos fue mayor la proporción de participantes que informaron que su último consumo de tabaco ocurrió en el mes previo a la encuesta; fue mayor el porcentaje en adultos.

Consumo de alcohol

Como puede observarse en la Gráfica 1, 66.3% del total de los participantes reportaron el consumo de alguna bebida alcohólica por lo menos una vez en la vida. Al hacer el análisis por género se encontró que un mayor número de hombres reportaron el consumo de esta sustancia.

El estudio de consumo de alcohol por tipo de bebida mostró que la cerveza fue la bebida de mayor consumo; asimismo, la proporción de hombres que indicó la ingesta de esta sustancia fue el doble que el de las mujeres. En segundo lugar se ubicó el consumo de vino, seguido de los destilados y en último lugar el de alcohol puro. En este tipo de bebidas fue ligeramente mayor la proporción de hombres que reportaron el consumo, en contraste con las mujeres, pero no resultaron mayores las diferencias.

Gráfica 1
Distribución de los participantes en cuanto al consumo de alcohol por total y por sexo



Por lo que respecta al consumo de alcohol por grupo de edad (ver tabla 3), los hallazgos indicaron un mayor consumo de cualquier bebida alcohólica en adultos que en adolescentes.

La bebida que más se consume es la cerveza en ambos grupos de edad; en segundo lugar se encontró el vino de mesa. La bebida que se ingiere con menor frecuencia, tanto en adolescentes como en adultos, es el alcohol puro.

Tabla 3
Distribución de los participantes en cuanto al consumo de alcohol por grupo de edad

	Adolescentes %	Adultos %
Cualquier bebida alcohólica	37.0	63.3
Vino	23.4	50.0
Cerveza	27.6	53.7
Destilados	20.8	46.9
Alcohol puro	13.0	25.7

Consumo de drogas ilegales

18.7% del total de los participantes indicaron que alguna vez en su vida han consumido alguna droga ilegal; en cuanto al análisis por sexo, los datos mostraron que en el caso de las mujeres un 16.8% reportó que sí ha consumido este tipo de sustancias y en el caso de los varones, 26%. En cuanto a la distribución de los participantes que reportaron consumo de drogas ilegales por frecuencia de consumo y por sustancia, en la Tabla 4 puede observarse que en la mayoría de las sustancias evaluadas (excepto en la heroína u opio) la mayor proporción de los participantes mencionaron que las han consumido de una a 10 veces.

Al llevar a cabo el análisis de la distribución de los participantes por frecuencia de consumo por grupo de edad, en la Tabla 5 puede advertirse que un mayor número de adolescentes y adultos reportaron un consumo de una a diez veces en la vida en casi todas las sustancias, excepto heroína u opio; sin embargo, al comparar estos porcentajes por grupo de edad es ligeramente más alto el porcentaje de adolescentes que informan uso de las sustancias en no más de 10 ocasiones en inhalables y mariguana y en las otras sustancias es ligeramente mayor el consumo en los adultos con esta misma frecuencia.

Tabla 4
Distribución de los participantes en cuanto a la frecuencia de consumo de drogas ilegales por total y por sexo

	Total %	Mujeres %	Hombres %
Inhalables			
1 a 10 veces	80.0	91.6	71.0
11 a 50 veces	10.9	4.1	16.1
50 veces o más	9.0	4.1	12.9
Mariguana o hashish			
1 a 10 veces	68.7	82.1	65.0
11 a 50 veces	18.75	17.8	20.0
50 veces o más	12.5	–	15.0
Alucinógenos			
1 a 10 veces	52.3	61.1	57.1
11 a 50 veces	19.0	22.2	21.4
50 veces o más	14.2	16.6	21.4
Cocaína			
1 a 10 veces	78.9	78.9	63.6
11 a 50 veces	5.2	5.2	9.0
50 veces o más	15.78	15.7	27.2
Heroína u opio			
1 a 10 veces	30.0	30.0	33.3
11 a 50 veces	40.0	40.0	33.3
50 veces o más	30.0	30.0	33.3

Tabla 5
Distribución de los participantes en cuanto a la frecuencia
de consumo de drogas ilegales por grupo de edad

	Adolescentes %	Adultos %
Inhalables		
1 a 10 veces	82.8	70.5
11 a 50 veces	11.4	11.7
50 veces o más	5.7	17.6
Mariguana o hashish		
1 a 10 veces	83.8	60.0
11 a 50 veces	12.9	25.7
50 veces o más	3.2	14.2
Alucinógenos		
1 a 10 veces	50.0	75.0
11 a 50 veces	30.0	12.5
50 veces o más	20.0	12.5
Cocaína		
1 a 10 veces	75.0	85.7
11 a 50 veces	8.3	—
50 veces o más	16.6	14.2
Heroína u opio		
1 a 10 veces	20.0	40.0
11 a 50 veces	40.0	20.0
50 veces o más	40.0	20.0

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue describir el consumo de drogas legales e ilegales en población adolescente y adulta de cinco municipios del Estado de México. Si bien los datos reportados permiten describir sólo algunas características de este fenómeno, particularmente en lo que se refiere a prevalencias y diferencias por sexo su relevancia radica en la posibilidad de contar con mayor información específica de un grupo poblacional determinado, como lo es el Estado de México, para de esta forma comparar en la medida de lo posible dicha problemática y situarla en el contexto nacional.

Por lo que respecta al consumo de tabaco, los resultados del presente estudio mostraron que la proporción de participantes que informaron que han consumido esta sustancia es mayor a la reportada en otros estudios (Medina-Mora *et al.*, 2012a); asimismo, los hallazgos indicaron que fue mayor el porcentaje de adultos que fuman, y mayor el número de hombres que el de mujeres. Esto último concuerda con lo reportado en la ENA (2011) (Medina-Mora *et al.*, 2012a), en la que los hombres tienen un consumo mayor que las mujeres. Además, es importante señalar que de los participantes que informaron haber consumido tabaco alguna vez, aproximadamente la mitad de ellos señalaron que han consumido esta sustancia en el mes previo a la encuesta.

En cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas, de acuerdo con los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora *et al.*, 2012b), 71.3% de la población ha consumido alguna vez este tipo de sustancias; dicho porcentaje es ligeramente mayor al obtenido en el presente estudio. En este mismo rubro, los datos muestran que la bebida de mayor preferencia es la cerveza; en segundo lugar se ubicó el vino de mesa. Dichos hallazgos se encontraron también al realizar el análisis por sexo y por grupo de edad; a pesar de que se registró un mayor porcentaje de hombres y de adultos que consumen este tipo de bebidas alcohólicas; se mantienen dichas proporciones en mujeres y en adolescentes.

Por otro lado, en cuanto al consumo de drogas ilegales, los resultados de la presente investigación mostraron mayores prevalencias de uso de estas sustancias, en contraste con lo reportado por la ENA (2011) (Medina-Mora *et al.*, 2012c); asimismo, los resultados evidenciaron que es mayor la proporción de varones que informaron consumirlas en contraste con las mujeres. Los datos obtenidos en este estudio son similares a lo reportado por el gobierno del Estado de México, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexiquense contra las Adicciones (2009) y que, comparado con el resto del país, ubica a esta población con un índice de problemática intermedio, de acuerdo con los criterios

de la ENA (2011). En lo que se refiere a las diferencias por sexo, en este estudio se encontró que el consumo en mujeres fue más bajo que lo reportado por la encuesta realizada en el Estado de México (Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud & Instituto Mexiquense contra las Adicciones, 2009), 16.8% comparado con 18.5%; pero en el caso de los hombres, el porcentaje fue mayor: 26% comparado con 22% encontrado por dicha encuesta, aunque cabe señalar que ésta se realizó con una muestra de hogares.

Al realizar el análisis de la frecuencia de consumo por tipo de droga ilegal, de manera general se registró que la mayor proporción de los participantes que informaron consumir drogas ilegales lo han realizado entre una y diez veces, información que puede indicar que no hay una dependencia a estas sustancias.

Como puede apreciarse, un número importante de los participantes consumen tanto drogas legales como ilegales; sin embargo, los hallazgos de tabaco y de drogas ilegales fueron mayores a los reportados en encuestas nacionales, lo cual subraya la importancia de tomar medidas en esta población, en la que se deberían incrementar programas de intervención con la población adulta y programas de prevención en niños y adolescentes. La necesidad de implementación de estrategias de prevención e intervención es imperativa, ya que los daños a la salud que pueden provocar estas sustancias se han incrementado de manera considerable; además, las drogas ilícitas están siendo consumidas por sujetos cada vez más jóvenes, lo que limita su desarrollo y crecimiento correcto.

Referencias

- FLEIZ, C., MEDINA-MORA, M. E., VILLATORO, J., JUÁREZ, F., ROJAS, E. *et al.* (2007). *Encuesta de Adicciones y Seguridad en el Distrito Federal, 2006. Reporte ejecutivo*. México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud & Instituto Mexiquense contra las Adicciones (2009). *Encuesta del Estado de México sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes, 2009*. Recuperado de: <http://salud.edomex.gob.mx/imca/>
- MARTÍN DEL CAMPO, VILLATORO, J. A., MOSQUEDA, GAYTÁN, LÓPEZ, *et al.* (2009). *Encuesta del Estado de México sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes 2009*. México: Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud.
- Martínez-Lanz, P. (2013). *Informe de Estudio Piloto de la Cátedra de Adicciones "Jesús Kumate"*. México: Universidad Anáhuac.
- MEDINA-MORA, M. E., FLEIZ, C. & VILLATORO, J. (2006). *Encuesta de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas, 2005. Ciudad Juárez, Monterrey, Tijuana y Querétaro. Reporte ejecutivo. Drogas*. México: Secretaría de Salud; Consejo Nacional contra

- las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología.
- MEDINA-MORA, M. E., VILLATORO-VELÁZQUEZ, J. A., FLEIZ-BAUTISTA, C., TÉLLEZ-ROJO, M. M., MENDOZA-ALVARADO, L. R., ROMERO-MARTÍNEZ, M., GUTIÉRREZ-REYES, J. P., CASTRO-TINOCO, M., HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., TENA-TAMAYO, C., ALVEAR-SEVILLA, C. & GUIZA-CRUZ, V. (2012a). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, INPRFM.
- MEDINA-MORA, M. E., VILLATORO-VELÁZQUEZ, J. A., FLEIZ-BAUTISTA, C., TÉLLEZ-ROJO, M. M., MENDOZA-ALVARADO, L. R., ROMERO-MARTÍNEZ, M., GUTIÉRREZ-REYES, J. P., CASTRO-TINOCO, M., HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., TENA-TAMAYO, C., ALVEAR-SEVILLA, C. & GUIZA-CRUZ, V. (2012b). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, INPRFM.
- MEDINA-MORA, M. E., VILLATORO-VELÁZQUEZ, J. A., FLEIZ-BAUTISTA, C., TÉLLEZ-ROJO, M. M., MENDOZA-ALVARADO, L. R., ROMERO-MARTÍNEZ, M., GUTIÉRREZ-REYES, J. P., CASTRO-TINOCO, M., HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., TENA-TAMAYO, C., ALVEAR-SEVILLA, C. & GUIZA-CRUZ, V. (2012c). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas ilegales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, INPRFM.
- VILLATORO, J. A., GUTIÉRREZ, M., QUIROZ, N., JUÁREZ, F. & MEDINA-MORA, M. E. (2007). *Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Nuevo León, 2006*. México: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- VILLATORO, J. A., MARTÍNEZ, M. A., LÓPEZ, J. & BECERRA, E. (2004). Tendencias del consumo en estudiantes de nivel medio y medio superior del Estado de Querétaro. En: *Observatorio epidemiológico en drogas 2003: El fenómeno de las adicciones en México*. México: CONADIC, SSA.
- VILLATORO, J. A., GUTIÉRREZ, L. M. D., QUIROZ DEL VALLE, N., MORENO, L. M., GAYTÁN, L. L., GAYTÁN, F. I. & MEDINA-MORA, M. E. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32(4), 287-297.

TRATAMIENTO DE ADICCIONES: LAS DISCREPANCIAS ENTRE EL SISTEMA DE SALUD Y LA PROCURACIÓN DE JUSTICIA PENAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO



PABLO PUIG FLORES

Centros de Integración Juvenil, A.C.

ANAID VARELA VARELA

Universidad Autónoma Metropolitana

Resumen

El presente artículo analiza las discrepancias provocadas por la estrecha relación entre el sistema de salud y el sistema de justicia penal en lo concerniente a la prevención y el tratamiento de adicciones en la Ciudad de México. Se abordan aspectos que contribuyen a mostrar una visión amplia que sirva a los profesionales de la salud como base para la articulación de un estudio integral y funcional entre el sistema de salud y el sistema de justicia penal, y se agrupan en un solo texto y de forma interdisciplinaria los principales fundamentos de la legislación en materia de salud, así como evidencia científica relacionada con el tratamiento de pacientes adictos a sustancias ilegales. En un primer análisis se dimensiona la afectación que tienen las adicciones en la sociedad, en términos de salud mental. Se describe el origen del actual modelo de atención a las adicciones, sus antecedentes en la legislación internacional conocida como prohibicionismo y se presenta como un artículo de consulta el conjunto de leyes, reglamentos y normas de una manera accesible al personal de salud no experto en la materia. El siguiente apartado analiza la repercusión de la política nacional de drogas durante el sexenio 2006-2012 y el inicio del actual. Finalmente, se discute cómo estos factores externos toman forma en los modelos y procedimientos de atención a las adicciones en la Ciudad de México. El panorama que se plantea nos advierte sobre los efectos que tienen la legislación y las políticas públicas que procesan a las personas consumidoras

* puig_pablo@hotmail.com

de drogas ilegales por medio del sistema de justicia penal, condicionando a los sistemas de salud para rehabilitar a los consumidores tanto en el ámbito individual como familiar, al tratarse de un conocido problema de salud pública que afecta las dinámicas sociales y daña el tejido comunitario. Es necesario que los profesionales de la salud mental tomen conciencia de las circunstancias jurídico-sanitarias que determinan su labor, con el propósito de idear modelos de tratamiento innovadores e integrales que busquen ayudar a los consumidores, no sólo criminalizarlos.

Palabras clave: *Adicciones, Legislación, Sistema de Salud, Sistema de Justicia Penal, Tratamiento.*

Addiction treatment: the disparities between the health system and criminal justice in Mexico

Abstract

This paper explores the disparities caused by the close relationship between the healthcare system and the criminal justice system when it comes to drug dependence prevention and treatment in Mexico City. It addresses the elements that help present a broad vision that could serve healthcare providers with a base for the planning of a comprehensive and functional drug policy, and it puts together in a single document and with an interdisciplinary model the main health law grounds for it, along with all the scientific evidence related to the treatment of patients addicted to illegal substances. In an introductory analysis, the toll of addictions in our society is framed in terms of mental health. We trace the origins of the current drug dependence treatment model back to its roots in international policies known today as prohibitionist, and we present as consultation material the set of laws, regulations and norms for it to reach in an accessible way the healthcare providers who are not well versed in the subject. The next section deals with the impact of the national drug policy during the presidential term of 2006-2012 and the beginning of the current one. Finally, we discuss how these external factors come about in the local models and proceedings in Mexico City. This image that we paint warns us against the effects of legislation and public policies that focus on processing people with drug dependence issues with a criminal law system bound with the healthcare one, to rehabilitate patients both in an individual level as in the familial one, since this well-known public health issue impairs social dynamics and its interconnectivity. Mental health practitioners must be aware of the

health-law circumstances that determine their work, in order to design treatment models that are innovative, comprehensive and look to help the patient rather than criminalize him.

Keywords: *Drug dependence, Legislation, Healthcare System, Criminal Justice System, Treatment*

Introducción

La legislación en salud y el tratamiento de las adicciones en nuestro país es un tema fundamental, aunque pareciera escaparse del campo disciplinario de las ciencias de la salud, como la psicología. En el futuro es probable que esta relación se constituya en un nuevo modelo, en algunos casos denominado "justicia terapéutica" o "tribunales de drogas", los cuales son programas ya implementados en algunos estados, como Nuevo León, Morelos y Estado de México.

Por eso el presente documento intenta conformarse como un artículo de consulta básica para cualquier profesional del ámbito de la salud y pueda emplearlo para conocer de forma sencilla la legislación básica en materia de atención a las adicciones.

Las drogas ilegales y sus representaciones sociales son un tema coyuntural que transita en la información nacional día a día, sobre todo por su asociación con el crimen organizado. Sin embargo, es sencillo perder de vista que cada año los trastornos mentales, incluidas las adicciones, son responsables de un gran número de incapacidades y muertes en la población mexicana: prácticamente una tercera parte de la población adulta que habita en comunidades urbanas las han padecido en algún momento de su vida (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova & Aguilar-Gaxiola, 2003). Constituyen uno de los problemas de salud más importantes en México, un reto tanto en términos de planeación de políticas de salud como en la implementación de los servicios de atención a las adicciones. Uno de los más grandes obstáculos en los programas de tratamiento y rehabilitación es la falta de un sistema articulado, integral y con una visión interdisciplinaria, en el que converjan las disciplinas de las ciencias de la salud y las ciencias jurídicas a fin de que propicien una atención oportuna, eficiente y de calidad, respetuosa de la dignidad humana y basada en evidencia científica.

Los trastornos de salud mental relacionados con las adicciones más frecuentes son la ansiedad, depresión y los problemas de conducta (Medina-Mora *et al.*, 2003). Estos datos confirman el grave problema de salud pública

que constituyen, ya que implican un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, niveles socio-económicos o culturales. En términos epidemiológicos, la salud mental participa en la carga global de las enfermedades con alrededor de 12%, afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años debido al suicidio.

La disfunción familiar, las carencias afectivas, la falta de soporte social, así como la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos de riesgo, dan como resultado una mayor prevalencia de daños en la salud mental, que se agravan con la pobreza, la exclusión social y, en los últimos años, la violencia y la inseguridad, aunadas a políticas presupuestales insuficientes que son reacias a resanar las estructuras que los perpetúan.

En ese sentido, uno de los principales determinantes de riesgo para el surgimiento de problemas de salud mental es el uso, abuso y dependencia de sustancias. Actualmente, el tema del consumo de drogas y la prevención se encuentra en el centro de la atención nacional e internacional. Cada vez son más patentes los daños que el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas generan en individuos, familias, comunidades y naciones.

En todos los foros del mundo se insta a los gobiernos a fortalecer acciones dirigidas no sólo al control de la oferta, sino también a la reducción de la demanda, en un marco de atención integral de la problemática. El uso, abuso y dependencia de drogas, así como sus consecuencias, son crecientes en el mundo, exacerbados por la cuestión de que tanto los países productores de drogas como los de tránsito se convierten en consumidores, agregándose a los países de gran consumo, con el consecuente crecimiento de los problemas de salud, gobernabilidad y fragilidad del Estado de derecho, la convivencia y la paz social.

Mientras que 2.3 millones de personas fallecen anualmente a consecuencia del uso dañino del alcohol y 6 millones por tabaco (World Health Organization, 2011), aproximadamente una de cada cien muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las adicciones (ya sean a drogas lícitas, ilícitas o controladas) afectan al menos a 15 millones de personas en el mundo y a 5.7% de la población entre 15 y 64 años que consumen sustancias psicoactivas —en orden de prevalencia— *cannabis*, anfetaminas, cocaína y opioides, entre otros (World Health Organization, 2014). Entre los costos monetarios podemos cuantificar entre 200 y 250 mil millones de dólares necesarios con la finalidad de cubrir los gastos de tratamiento para padecimientos relacionados con el consumo de drogas; además de entre un 0,3% y un 0,4% del PIB de valor en pérdidas por productividad (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012).

En nuestro país el consumo de drogas es uno de los principales problemas de salud pública, y en recientes estudios se refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado es observable la reducción en la edad de inicio en el consumo, lo que significa que niños y jóvenes empiezan a consumir sustancias psicoactivas a edades cada vez más tempranas. Por otro lado, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización por parte de la delincuencia organizada, en una figura conocida como “narcomenudeo”. Los estimados en México sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias — que no se actualizan con la debida frecuencia— revelan que 1.8% de la población en el mismo rango de edad había consumido alguna droga en 2010; el consumo que refiere 1.5% de la misma población es de tipo ilegal (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012).

Estos problemas, aunados al incremento del consumo de drogas y de la violencia, repercuten cada vez más en la esfera psicosocial y poco se hace con la identificación y modificación de factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas, fundamentales para la implementación de programas de tratamiento y prevención eficaces. Los factores de riesgo mutan sorprendentemente rápido debido a su naturaleza social, y los de protección deben adecuarse a esto para funcionar correctamente a través de programas preventivos y psicoeducativos.

Como se observa, la salud mental —en particular la atención a las adicciones— sigue siendo una de las demandas insatisfechas de la población afectada, por lo que ha sido objeto de reflexión para los especialistas del campo de la salud mental desde hace tiempo y ahora también del ámbito legal en el intento de encontrar modelos de atención que ofrezcan al mismo tiempo vanguardia científica, sensibilidad humana y conciliación de las políticas de salud y del sistema de procuración de justicia. Sin embargo, debido a factores que describiremos a continuación, otro campo disciplinario se ha sumado a la discusión: el jurídico-penal.

A partir del recuento histórico de la formulación global de la política de drogas realizamos una revisión de la legislación nacional en el tema para, finalmente, contrastarla con la legislación local de la Ciudad de México.

Política internacional

A partir del siglo XX diversos Estados-nación se dieron cuenta de que la naturaleza de los problemas de producción, tráfico y consumo de sustancias

ilícitas trasciende sus fronteras y requiere de acuerdos regionales, incluso globales, para articular sus políticas de acción y modelos de atención en materia de drogas. Se ha puesto cada vez más énfasis en atender *el problema de la oferta*, lo que a su vez ha extendido medidas de tipo prohibicionistas que son ejecutadas por fuerzas militares y policiacas en gran parte del mundo (Levine, 2003). La búsqueda de consenso ha sido impulsada principalmente por Estados Unidos y la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Esta última cuenta con tres tratados (ver tabla 1), cuyo propósito es agrupar los intereses y preocupaciones de los países involucrados, así como ofrecerles asistencia en la persecución criminal de las actividades relacionadas con las drogas que se consideren ilícitas (según el criterio de “falta de valor terapéutico”).

Tabla 1
Tratados de la ONU en materia de drogas

Tratado	Adherencia de México	Puntos importantes
Convención Única sobre Estupefacientes, modificada por el Protocolo de 1972 (Nueva York, 1961)	Ratificación en 1977	La convención busca combatir el abuso de drogas a través de la acción internacional coordinada con dos formas de intervención y control que trabajan juntas. Primero, busca limitar la posesión, uso, venta, distribución, importación, exportación, manufactura y producción de drogas exclusivamente para propósitos médicos y científicos. Segundo, combate el tráfico de drogas a través de la cooperación internacional para desalentar a quienes lo cometen.
Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (Viena, 1971)	Adhesión en 1975	El convenio establece un sistema de control internacional para sustancias psicotrópicas. Responde a la diversificación y expansión del espectro de drogas de abuso e introduce controles sobre un número de drogas sintéticas de acuerdo con su potencial de abuso, por un lado, y su valor terapéutico, por el otro.
Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (Viena, 1988)	Ratificación en 1990	La convención provee medidas amplias contra el tráfico de drogas, incluyendo provisiones en contra del lavado de dinero y el desvío de precursores químicos. Permite la cooperación internacional con mecanismos como la extradición de traficantes, entregas controladas y transferencia de procedimientos.

Fuente: United Nations Office on Drugs and Crime (s. f.).

En 1997, la ONU estableció la Oficina contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), que se ha convertido en el órgano que dicta la política de drogas desde Occidente para el mundo.

En nuestro continente, la Organización de los Estados Americanos (OEA) ha sido la encargada de coordinar la política de drogas de una manera transversal, a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), establecida en 1986. Sirve como foro político, investiga y promueve lineamientos para la atención y el control; además, prepara planes de acción para los Estados. Adicionalmente ha desarrollado un complejo Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) para ofrecer un diagnóstico y posteriores recursos técnicos, financieros y de entrenamiento que ayuden a los países a registrar avances en el tema (ver tabla 2).

En contraste, diversas organizaciones civiles han criticado la actual legislación internacional por la repercusión negativa que ha tenido en la población, por lo cual instan a los gobiernos a incorporar una perspectiva de derechos humanos transversal en sus instituciones encargadas de lidiar con la materia (tabla 3).

El documento más ampliamente referido en el tema, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (Naciones Unidas, 1948), contiene, entre otros, los siguientes artículos que los Estados deben considerar en la articulación de sus políticas sobre drogas:

- **Artículo 5.** Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- **Artículo 7.** Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
- **Artículo 9.** Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.
- **Artículo 22.** Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.
- **Artículo 25, apartado 1.** Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica

y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Tabla 2
Mecanismo de Evaluación Multilateral a México 2007-2009

Recomendaciones importantes	Avances
1. Ampliar la cobertura de los programas de prevención dirigidos a grupos vulnerables de la población, como los niños de la calle.	Del total de nueve recomendaciones asignadas, México ha cumplido tres, registra avances en cuatro y ha iniciado esfuerzos para implementar dos.
2. Incrementar la oferta de capacitación de los profesionales que trabajan en las áreas de prevención, tratamiento e investigación sobre drogodependencias.	Se ha ampliado la cobertura de los programas de prevención dirigidos a poblaciones vulnerables; se debe incrementar en niños en situación de calle.
3. Implementar un sistema que permita evaluar la eficacia de los modelos de tratamiento de drogas existentes en instituciones públicas y privadas.	El país reporta pocos avances en la implementación de un sistema que permita la evaluación de la eficacia de los modelos de tratamiento en las instituciones públicas y privadas.
4. Actualizar la legislación sobre sustancias químicas controladas.	Hay avances en la implementación del Sistema Interinstitucional de Información Estadística (SIIIE) que permite contar con la información sobre personas formalmente acusadas y personas condenadas. Queda pendiente la aprobación de la obligatoriedad del ingreso de la información.
5. Establecer mecanismos de información que registren el número de personas formalmente acusadas, procesadas y condenadas por tráfico y por posesión ilícita de drogas.	

Fuente: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Mecanismo de Evaluación Multilateral, "México: Informe de seguimiento a la implementación de recomendaciones" en *Quinta ronda de evaluación 2007-2009*, 2011.

Tabla 3
Cuestionamientos a la política de drogas

Organización	Principales observaciones/demandas
Human Rights Watch (McFarland Sánchez-Moreno, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> * Despenalizar el uso y la posesión de drogas para consumo personal. * Encontrar alternativas para regular la producción, la distribución y disminuir las ganancias generadas con las drogas ilícitas. * Eliminar los abusos (asesinatos, sentencias desproporcionadas, tortura) que los gobiernos cometen en nombre de la lucha contra las drogas. * Asegurar que el tratamiento y cuidado se lleven a cabo respetando los derechos humanos.
Transnational Institute (Jansema, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> *Promover la despenalización del uso, la tenencia para uso personal y los delitos menores de tráfico, además del principio de la proporcionalidad. *Abogar por la reducción de daños y la diferenciación entre sustancias en función de consideraciones de salud. *Defender los derechos humanos de todas las personas implicadas en el mercado ilícito de las drogas —ya sean campesinos, comerciantes o usuarios.

La reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de derechos humanos de 2011 (presidencia de la República, 2011) establece en su artículo primero que:

todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en *los tratados internacionales* de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. *Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en*

todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Estos derechos se han visto afectados por prácticas como la detención arbitraria a consumidores y personas con adicción (Notimex, 2009), sobornos, corrupción, atropellos contra poblaciones vulnerables (Armenta, 2014), arrestos basados en actitudes discriminatorias (Feller, 2009), uso desmedido de la fuerza y tratamientos abusivos y/o forzados (*Count the Costs*, 2011), sólo por mencionar algunos.

Como puede apreciarse, el *ethos* de la política de drogas deriva en gran parte —si no es que en su totalidad— de una mentalidad occidentalista, en detrimento de zonas y culturas del globo históricamente marginadas como “menos civilizadas”. El liderazgo de Estados Unidos en el continente americano respecto a la ejecución de la política de drogas ha institucionalizado una polarización entre los gobiernos latinoamericanos que comparten los objetivos del país del Norte o ceden ante sus presiones y aquellos que abiertamente rechazan su influencia en la política nacional. Otra de las particularidades de América Latina proviene del carácter dictatorial que delimitó la acción de la mayoría de los gobiernos durante el siglo pasado y que aún afecta al continente en algunos aparatos gubernamentales.

Ya que la discusión en torno a las drogas se ha polarizado por su aspecto criminal —es decir, entre quienes consideran injusta la política de drogas y quienes insisten en sus bondades—, se han presentado propuestas en el papel y en la práctica para mitigar los problemas particulares de cada Estado relacionados con el uso de drogas. De un lado del espectro tenemos a los países asiáticos que castigan fuertemente los crímenes que involucran algún punto de la cadena de la oferta de drogas, incluso con la pena de muerte. Del otro lado presenciamos iniciativas recientes que buscan legalizar la comercialización de alguno o todos los eslabones de la cadena, como en Estados Unidos o Uruguay —en el caso de este último país, ni siquiera se cuenta con el respaldo de la mayoría de la población—. En medio, encontramos todas las escalas

posibles, desde el famoso caso de Holanda y sus *coffee shops* (donde, al contrario de la creencia popular, no se legalizaron algunas drogas, sino que se adoptó una política de no ejecución de las leyes existentes) hasta el de Portugal (que despenalizó el consumo de todas las drogas), y el caso de México, con su tabla de dosis permitidas para consumo personal (ver Tabla 4).

A pesar de todos los mecanismos, alternativas y pedidos de justicia, ninguna de las propuestas —teóricas o prácticas— parecen satisfacer a los sectores del debate, especialmente entre la clase política adentro y afuera de los países, víctimas a su vez de etiquetas divisivas como nación “productora”, “exportadora”, “de tránsito” o “consumidora”.

Tabla 4

Tabla de orientación de dosis máximas para consumo personal e inmediato

Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato
Opio	2 gr
Diacetilmorfina o heroína	50 mg
<i>Cannabis sativa</i> , Índica o mariguana	5 gr
Cocaína (incluye crack)	500 mg
Lisérgida (LSD)	0.015 mg
MDA, Metilendioxiánfetamina	Polvo, granulado, tabletas o cápsulas Cristal 40 mg Una unidad con peso no mayor a 200 mg
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg Una unidad con peso no mayor a 200 mg
Metanfetamina	40 mg Una unidad con peso no mayor a 200 mg

Que el demonizado tema de las drogas y las adicciones sea concebido, por un lado, como un problema de salud pública y, por otro, como de seguridad pública —responsabilidad del aparato penal— no ha traído resultados determinantes en la aplicación de ninguna política, en lo que concierne a la disminución de las tasas de población afectadas por las adicciones, control efectivo de acceso sólo a mayores de edad y disminución de tasas de crímenes relacionados con las drogas.

La discusión vuelve incuestionable la urgencia de una política de drogas, entendida tanto como control de la oferta como de la demanda, replanteada desde una perspectiva basada en el derecho a la salud y a los derechos humanos, sin la intromisión de fuerzas internacionales de corte político o comercial.

Normatividad nacional

Nuestro país ha suscrito importantes acuerdos, convenios y tratados para fortalecer la lucha contra las drogas, colabora con acciones para el control de la oferta y promueve la aplicación y el intercambio de experiencias exitosas en materia de reducción de la demanda, enfocadas en modelos para la prevención y el tratamiento basados en evidencias científicas. Derivadas de las políticas internacionales del siglo pasado, en México se ha establecido un marco para regir la atención a los problemas de la oferta y la demanda de drogas, legales e ilegales. De entrada, así lo establece el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se consagra el derecho a la protección de la salud, el cual comprende el acceso a servicios de salud y la persecución de delitos que atenten contra ésta.

Cualquier tendencia internacional en la materia se ha visto reflejada en nuestra Ley General de Salud (título décimo primero: Programa contra las adicciones), el propio Código Penal Federal (título séptimo: Delitos contra la Salud, capítulo I: De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos) o nuestras normas (Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009-Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones), así como en los modelos de atención públicos y privados, como cuando a finales de la década de 1960 del siglo pasado, cuando se volvía imperante dejar de enfocar los esfuerzos de persecución del delito hacia los consumidores para pasar a las modalidades de tráfico. Las modalidades de despenalización han ido evolucionando en las reformas del Código Penal Federal de 1968, 1974, 1978, 1994 y, finalmente, la de 2009, que incluía además modificaciones a la Ley General de Salud y al Código Federal de Procedimientos Penales, conocida como la Ley contra el Narcomenudeo.

Como puede asumirse, además de responder a las tendencias internacionales, la legislación nacional también lo hace a la coyuntura nacional y al *estilo personal de gobernar* que cada presidente instaura para su sexenio. La llegada del Partido Acción Nacional a la presidencia de la República en el año 2000 significó un fortalecimiento de “la lucha contra las drogas”, principalmente en el frente de la demanda. Sin embargo, para 2006 el enfoque se cambiaría al

problema de la oferta, con la estrategia fuertemente militarizada para combatir a la delincuencia organizada dedicada al narcotráfico, que resultó en la expansión y exacerbación de la violencia ocasionada por ello. Específicamente, la Ley contra el Narcomenudeo incluyó una tabla de orientación de dosis máximas y consumo personal, cuyo propósito era evitar penas de cárcel por posesión de sustancias ilícitas. Al rebasarse las cantidades indicadas (por no más de mil veces), la posesión sería considerada como narcomenudeo y caería en competencia de las entidades federativas; de superarse más de mil veces, se consideraría narcotráfico y quedaría en el ámbito de competencia de la federación.

La reforma ha sido muy controvertida desde su aparición en el discurso público en 2009, principalmente porque —como refieren las investigadoras Catalina Pérez y Karen Silva (2014)— criminaliza a los consumidores al implicar su detención y la intervención de las instituciones penales: dice buscar canalizar a consumidores o farmacodependientes a la autoridad sanitaria, para lo cual es necesario que el Ministerio Público (MP) inicie una averiguación previa en su contra que determine el No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP).

El MP informará sobre instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación con el propósito de conminar al consumidor a tomar parte en sus programas voluntariamente, o forzosamente, una vez registrados tres reportes de NEAP. Los criminaliza, además, al referir dosis máximas tan bajas que en su aplicación los inculpa *de facto* de narcomenudistas.

Otra de las críticas que hacen Pérez y Silva (2014) a la Ley contra el Narcomenudeo y el subsistema de adicciones en general es su incapacidad o falta de voluntad para distinguir entre tipos de consumo. La Ley General de Salud (LGS) se ocupa del tema en su título décimo primero: Programa contra las adicciones, el cual establece la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (artículo 184 bis) y articula los lineamientos para combatir el alcoholismo y la farmacodependencia (capítulos II y IV). El artículo 192 hace **una diferenciación entre farmacodependientes y consumidores**; los segundos son un grupo que no presenta signos de dependencia. La Norma Oficial Mexicana 028 de la Secretaría de Salud, “Para la prevención, tratamiento y control de adicciones” (NOM-028-SSA2-2009), pretende mostrarse más clara al respecto, al definir dependencia o adicción como “el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación”.

Tabla 5
Eventos que han influido en la atención de las adicciones
en el Sistema Integral de Salud Mexicano

Año	Evento
1969	Surge la asociación civil Centros de Integración Juvenil (CIJ), respaldada por el Gobierno Federal debido al impacto social del consumo de drogas en los jóvenes.
1972	Se conforma el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), que desarrolla las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas sobre sustancias adictivas en el país.
1979	El Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM) absorbe las funciones del CEMEF.
1984	La Ley General de Salud establece los programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, Tabaquismo y la Farmacodependencia.
1985	Se crean los Consejos Nacionales contra la Farmacodependencia y contra el Alcoholismo por decreto presidencial.
1986	Se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) por decreto presidencial.
1998	Se lleva a cabo la primera encuesta sobre adicciones de cobertura nacional. La Encuesta Nacional de Adicciones se ha realizado en 1988, 1993, 1998, 2002, 2008 y 2011.
2000-2006	El Consejo Nacional contra las Adicciones se reestructura y toma más relevancia en las planificaciones del sector salud.
2010	Creación del Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México (IAPA). Su propósito es establecer las políticas públicas en materia de atención al consumo de sustancias psicoactivas.
2011	El presidente de la República crea la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), dotada con facultades y atribuciones para impulsar política pública y encargada del uso de los recursos decomisados al narcotráfico. Se crea, además, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), encargado de instrumentar y coordinar la ejecución del contenido de las estrategias del CONADIC.

Fuente: Comisionado Nacional Contra las Adicciones (2012).

Otros descubrimientos de su estudio reflejan que, de acuerdo con la Procuraduría General de la República, de 2009 hasta mayo de 2013 habían sido detenidas en todo el país 140,860 personas por consumo de drogas. Si bien ha

habido un constante descenso en la detención de personas por consumo, es notorio que siga habiendo un gran número de estas detenciones a pesar de que no son competencia del orden federal, ni el consumo un delito. Por su parte, los estados reportaron 4,708 detenidos por consumo y 889 averiguaciones previas durante el mismo periodo (aunque solamente 16 de éstos proporcionaron la información solicitada por las autoras de la investigación, seis refirieron al narcomenudeo y otros cuatro manifestaron desconocer los datos requeridos). En el ámbito federal, durante 2009-2012 se han emitido 89,086 resoluciones de NEAP a farmacodependientes o consumidores, con una reducción de 70% en su emisión para 2012, respecto del año de inicio.

Lo mismo sucede con los 29,867 casos de tratamientos forzados, con una reducción de 43% entre 2009 y 2012. A pesar de las modificaciones a la ley en 2009, se encontraron 34 casos de sentencias condenatorias en contra de consumidores, lo que da cuenta de la inercia que aún motiva el actuar ministerial y judicial. De acuerdo con Pérez y Silva (2014), la inconsistencia en la información proporcionada por las entidades federativas indica opacidad u omisión en el trato al consumo de drogas ilícitas, posiblemente por falta de sistematización institucional, falta de claridad sobre las obligaciones en la materia o la dependencia de algunas entidades en la Procuraduría General de Justicia para procesar dichos casos.

Sin lugar a dudas, el contexto se ha modificado desde esta nueva administración (2012-2018), que ha intentado resarcir el daño causado a la imagen internacional de México con la “Guerra contra el narco”, al enfocarse en otras acciones de gobierno. El discurso del presidente Enrique Peña Nieto se ha mantenido en lo políticamente correcto y aceptado, mientras que las acciones de persecución del crimen, si bien no son abismalmente diferentes de su predecesor, no han recibido menor promoción institucional mediática. Un punto que arroja luz sobre la perspectiva del gobierno en materia de adicciones se localiza en el Programa Sectorial de Salud (Gobierno de la República, 2013) del actual gobierno, el cual refiere, en su estrategia 1.4, “Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones” a través del siguiente conjunto de líneas de acción:

- Impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.
- Reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- Consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación.

- Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.
- Ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna.
- Incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo.
- Promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley.
- Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes.

Como puede observarse, a partir de las iniciativas emprendidas el sexenio pasado (2006-2012), en comparación con las del presente, existe un pronunciado contraste entre las visiones de cada administración federal. La del expresidente Felipe Calderón —guiada por un interés en la sociedad y la familia— buscó proteger a la población de las adicciones y el narcotráfico, en una ofensiva altamente publicitada como eje integral de una batalla moral. Mientras que el presidente Peña Nieto es mucho más pragmático en su enfoque al buscar conciliar recursos con demandas ciudadanas y empresariales, así como al decidir no publicitar de manera exagerada las acciones militares y policíacas en contra del narcotráfico.

Independientemente de las perspectivas federales para el presente sexenio, una tendencia a observar es la implementación en los estados de las llamadas “cortes de drogas” o Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA), que se encuentran en operación en Nuevo León y Morelos (Comisión Nacional de Tribunales Superiores de Justicia de los Estados Unidos Mexicanos, 2014), además están aprobadas para comenzar en Durango (Poder Judicial del Estado de Durango, 2014) y el Estado de México, y en fase de estudio para muchas otras entidades federativas, incluida la Ciudad de México (Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones del Distrito Federal, s. f.).

De inspiración estadounidense, los TTA funcionan de acuerdo con una figura de “perdón condicionado” que suspende el proceso penal de aquellas personas cuyos delitos estén relacionados con el abuso de sustancias, mientras reciben tratamiento para sus padecimientos; sus resultados están por verse.

Modelos y procedimientos locales: la Ciudad de México

Como en todas las temáticas, la Ciudad de México funciona de una manera diferente del resto de la república en materia de adicciones. No sólo en las

maneras de prevenir y tratar adicciones, sino también en cuestiones tan fundamentales como qué drogas deben considerarse legales o ilegales. En tal ambiente, las instituciones públicas y privadas involucradas en la atención de problemas con sustancias tienen que conciliar su actuar entre la legislación nacional y el discurso local.

Tan recientemente, como finales de 2010, se decretó por parte del gobierno del entonces Distrito Federal —en el marco de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal— la creación del Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México (IAPA). Su propósito es establecer la política pública en materia de atención al consumo de sustancias psicoactivas y está basado en un modelo preventivo de “irrestricto respeto a los derechos humanos y que atienda las necesidades diferenciadas en función del género” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2010). Este modelo articula a instituciones dependientes y auxiliares en las cuales se prestan servicios de atención integral a personas con consumo de sustancias psicoactivas y a la población en general en materia de prevención.

La Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas reconoce, en teoría, que “las personas usuarias de los servicios de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas cuyo ingreso sea voluntario o en cumplimiento a la imposición de una medida alternativa al proceso judicial a un establecimiento especializado en adicciones, cuentan con los mismos derechos y obligaciones reconocidos en la presente Ley” (que incluyen, paradójicamente, el acceso voluntario y la posibilidad de suspender el tratamiento). Esto pone a los usuarios sometidos a proceso judicial entre la espada y la pared al ser prácticamente amenazados por el Código Penal Federal con contar con antecedentes, incluso en el caso del Ejercicio de la Acción Penal, si rechazan la “opción” del tratamiento.

Debido a su relativa reciente creación, el IAPA y los Centros Nueva Vida no siempre tienen la experiencia, alcance e infraestructura con la que cuentan otros organismos públicos y privados, por lo cual —aunado a la inercia— jueces, agentes del ministerio público y autoridades sanitarias refieren a personas en su custodia a instituciones privadas y asociaciones de la sociedad civil afiliadas a la Secretaría de Salud, con la esperanza de descongestionar sus propios sistemas.

La Ciudad de México es, tal vez, el ejemplo más contrastante de la política de drogas en nuestro país, atrapada entre la legislación local y la federal, así como entre el discurso ideológico y el quehacer diario del sistema de salud y el sistema de justicia.

Conclusiones

La reforma penal y la visión constitucional en materia de derechos humanos introducen cambios que no se han adecuado concretamente a la actual política de drogas. Las respuestas penales del Estado al consumo y posesión de sustancias psicoactivas no están justificadas, así como tampoco el direccionamiento del sistema jurídico-penal hacia esta tarea. Por otra parte, las perspectivas de tratamiento disminuyen la probabilidad de éxito para los pacientes, lo que implica gastos innecesarios para el sector público y una clara violación a la libertad de los consumidores para aceptar o rechazar servicios médicos. Y, si bien no existen datos segregados al respecto, es sencillo imaginarse que —como en otros países— los costos en arrestos relacionados con drogas y falta de tratamiento afectan desproporcionadamente a personas de niveles socioeconómicos bajos y a las de características étnicas, como son los grupos indígenas.

Mientras que la reforma penal reconoce los derechos humanos de los tratados internacionales de los que México forma parte, es pronta en aclarar su interpretación de acuerdo con el sentido de la propia Constitución, pero ateniéndose al principio *pro persona*.

Figura 1
Los derechos humanos en una pirámide invertida de Kelsen



De acuerdo con el principio *pro homine*, nuestra legislación en materia de adicciones debe siempre buscar el mayor beneficio para quienes se encuentren en los frentes tanto de demanda como de oferta.

La tendencia en el incremento del consumo de drogas, particularmente en el caso del *cannabis*, ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones; sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales. Por esta razón, es necesario desarrollar un sistema integral para el tratamiento de las adicciones mediante el establecimiento de una red de servicios especializados, que sumará los esfuerzos de los diferentes sistemas de atención, incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, a los servicios de desintoxicación en hospitales generales o centros de salud de referencia y a las unidades que brinden tratamiento a complicaciones médicas severas relacionadas con uso de drogas en los servicios de salud.

Asimismo, se deben impulsar programas de detección temprana y canalización oportuna a servicios especializados para los consumidores, brindar tratamientos residenciales que incluyan la desintoxicación en los casos de consumidores con dependencia severa, así como programas orientados a lograr la disposición a recibir tratamiento por parte de los consumidores de drogas en conflicto con la ley, además generar conciencia de la enfermedad en los consumidores con dependencia leve o moderada para favorecer su rehabilitación y reinserción social, siempre apegados al respeto de los derechos humanos.

Referencias

- ARMENTA, A. (2014, 4 de septiembre). Colombia, más de tres décadas de fumigaciones tóxicas. ¡Ya basta! En *Drogas y Democracia*, Transnational Institute. Recuperado de: <http://www.tni.org/es/article/colombia-mas-de-tres-decadas-de-fumigaciones-toxicas-ya-basta>
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2010, 29 de diciembre) Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal. En *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, pp. 1, 5-6.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas & Mecanismo de Evaluación Multilateral (2011). México: Informe de seguimiento a la implementación de recomendaciones. En *Quinta ronda de evaluación 2007-2009*. Recuperado de: http://ciCAD.oas.org/mem/reports/5/Follow_up/Mexico%20-%20Follow-up%205th%20Round%20-%20ESP.pdf
- Comisión Nacional de Tribunales Superiores de Justicia de los Estados Unidos Mexicanos (2014, 29 de mayo). Morelos inaugura Tribunal de Tratamiento de Adicciones. Recuperado de: <http://conatrib.org.mx/morelos-inaugura-tribunal-de-tratamiento-de-adicciones/>
- Comisionado Nacional contra las Adicciones (2012). *Manual de Organización Específico del Comisionado Nacional contra las Adicciones*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/manual_organizacion_especifico.pdf

- Count the Costs (2011). *La guerra contra las drogas: Socavando los derechos humanos*. Recuperado de: http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Human_rights_Spanish.pdf
- FELLER, J. (2009). Race, Drugs and Law Enforcement in the United States. En *Stanford Law and Policy Review*, 20(2), p. 257-292.
- Gobierno de la República (2013). III. Objetivos, estrategias y líneas de acción. En *Programa Sectorial de Salud*, p. 49.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM, p. 27.
- Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones del Distrito Federal (s. f.). Anteproyecto de Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal. Recuperado de: <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/anteproyecto>
- JANSEMA, E. (2013, 15 de octubre). Derechos humanos y política de drogas: guía básica. En *Transnational Institute: Drugs and Democracy*. Recuperado de: <http://www.tni.org/es/briefing/derechos-humanos-y-politicas-de-drogas>
- LEVINE, H. G. (2003). Global drug prohibition: it uses and its crises. En *International Journal of Drug Policy*, 12(2), p. 145.
- McFARLAND SÁNCHEZ-MORENO, M. (2014). Por qué el respeto a los derechos humanos exige reformas a las políticas de drogas. En *Informe Mundial 2014 Human Rights Watch*.
- MEDINA-MORA, M. E., BORGES, G., LARA MUÑOZ, C., BENJET, C., BLANCO JAIMES, J., FLEIZ BAUTISTA, C., VILLATORO VELÁZQUEZ, J., ROJAS GUIOT, E., ZAMBRANO RUIZ, J., CASANOVA RODAS, L. & AGUILAR-GAXIOLA, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. En *Salud mental*, 26(4), p. 2.
- Naciones Unidas (1948), *Declaración Universal de Derechos Humanos*, París.
- Notimex (2009, 8 de septiembre). Criminalización de usuarios de drogas, asunto delicado: CDHDF. *La Crónica*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). *Informe mundial sobre las drogas 2012*, Viena, pp. 1 y 6.
- PÉREZ CORREA, C. & SILVA MORA, K. (2014). *El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México*. Programa de Política de Drogas, Centro de Investigación y Docencia Económicas Región Centro, pp. 11-12, 44-54, 56.
- Poder Judicial del Estado de Durango (2014, 5 de marzo). Se creará el primer tribunal de tratamiento de adicciones para Durango. Recuperado de <http://tsjdgo.gob.mx/CGI-BIN/2014/03/05/se-creara-el-primer-tribunal-de-tratamiento-de-adicciones-para-durango/>
- Presidencia de la República (2011). Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En *Diario Oficial de la Federación*.

- United Nations Office on Drugs and Crime (s. f.). *Resources: Treaties*. Recuperado de <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html?ref=menu>
- World Health Organization (2011), *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Ginebra: WHO Press, pp. 1-2.
- World Health Organization, *Facts and Figures: Other psychoactive substances*, consultado el 28 de octubre de 2014 en http://www.who.int/substance_abuse/facts/psychoactives/en/

ESCALA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN JÓVENES



PATRICIA MARTÍNEZ LANZ*
DIANA BETANCOURT OCAMPO
ALEJANDRO GONZÁLEZ-GONZÁLEZ
Universidad Anáhuac México Norte

Resumen

El objetivo de la presente investigación es determinar las propiedades psicométricas de la versión adaptada de la Escala de Violencia Intrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol y drogas ilegales en adolescentes y jóvenes del Estado de México. Se seleccionó, de manera no probabilística, a 632 adolescentes y jóvenes, con un rango de edad de 15 a 25 años ($M = 15.7$, $DE = 3.7$). 43.3% fueron hombres y 56.7% mujeres. Se utilizó una escala de 16 reactivos que evalúan la violencia intrafamiliar; es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de Nunca a Siempre). Para evaluar el consumo de sustancias se utilizaron 14 indicadores de frecuencia y cantidad para cada una de las sustancias evaluadas (bebidas alcohólicas y drogas ilegales). Los resultados mostraron que los reactivos se agruparon en tres dimensiones: *Violencia verbal*, *Respeto* y *Humillación*; los coeficientes de confiabilidad mostraron valores adecuados. En cuanto al consumo de sustancias, los hallazgos indicaron que más de la mitad de los participantes informaron que han consumido alguna vez en su vida bebidas alcohólicas, y en el caso de las drogas ilegales, sólo 12.2% manifestó que las ha consumido. Posteriormente se realizaron pruebas *t* de Student para determinar las diferencias en las dimensiones de violencia intrafamiliar en los jóvenes que han y no han consumido las sustancias evaluadas. Los resultados mostraron, en general, diferencias significativas, donde los

* pmlanz@anahuac.mx

participantes que han consumido alcohol y drogas ilegales reportaron mayores niveles de violencia que quienes no las han consumido.

Palabras clave: *Medición, Violencia, Familia, Alcohol, Drogas ilegales.*

Scale of Domestic Violence and its relationship to substance use in young

Abstract

The objective of this research was to determine the psychometric properties of the adapted version Scale Family Violence and its association with the consumption of alcohol and illegal drugs among adolescents and young of the State of Mexico. The participants were selected by a non-random sample of 632 adolescents and young, with an age range of 15-25 years ($M = 15.7$, $SD = 3.7$). 43.3% were man and 56.7% women. It was used a measurement scale of 16 items that comprise domestic violence in a Likert scale with four response options (from Never to Always). To evaluate the substances consumption, 14 indicators were applied on frequency and quantity for each kind of substance (alcohol and illegal drugs). The results showed the aggrupation of the items in three dimensions: verbal violence, respect, and humiliation; reliability coefficients showed appropriate values. About the substance consumption, more than a half of the participants informed once in life alcohol consumption, in the case of illegal drugs, only 12.2% manifested a regular consumption. Student t measurement were used to determine the differences between domestic violence in young people who have and have not consumed the evaluated substances. When participants have consumed alcohol and illegal drugs the analysis showed significant differences, reporting higher level of domestic violence.

Keywords: *Measurement, Violence, Family, Alcohol, Illegal drugs*

Introducción

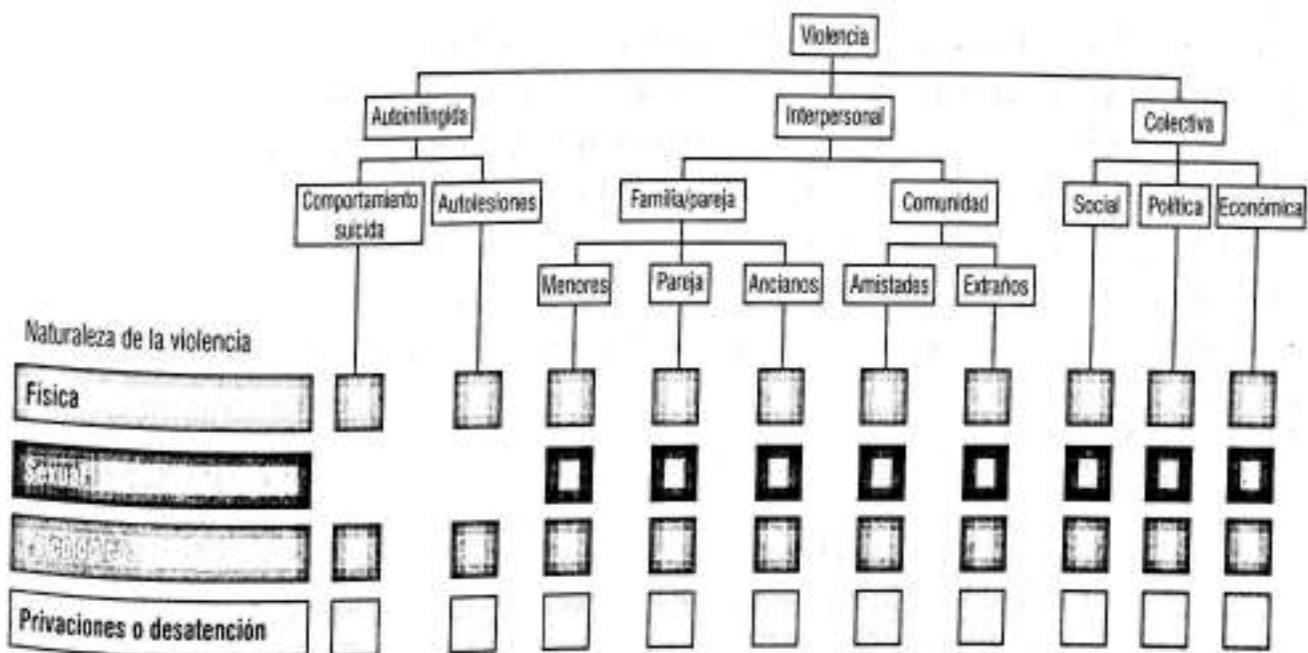
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), uno de los aspectos por los cuales llevó tiempo considerar a la violencia como una cuestión de salud pública fue la falta de una definición clara del problema debido a la naturaleza compleja del fenómeno. La OMS (World Health Organization, 1996) define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza

física o de poder, ya sea en grado de amenaza o en efectivo contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002) establece que la violencia puede clasificarse en tres grandes categorías, de acuerdo con el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Estas tres grandes categorías se subdividen a su vez en tipos más específicos de violencia (ver figura 1).

Como puede observarse en la Figura 1, la violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. Por otro lado, la violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo con el propósito de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. La violencia interpersonal se divide en violencia comunitaria e intrafamiliar, la primera de éstas se lleva a cabo entre individuos no relacionados entre sí, que pueden o no conocerse, y que por lo regular se lleva a cabo fuera del hogar. Finalmente, la violencia intrafamiliar, que es en la que se enfoca la presente investigación. Esta violencia se refiere a aquella que en la mayor parte de los casos se produce entre los miembros de la familia o entre compañeros sentimentales y suele presentarse en el hogar, aunque no exclusivamente.

Figura 1
Clasificación de la violencia



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2002).

Cuando se habla de violencia, no hay que perder de vista que se trata de dos formas fundamentales: la exposición directa, en la que un individuo es víctima de violencia, y la exposición indirecta, en la que es testigo de dicha violencia (Buka, Stichick, Birdthistle & Earls, 2001). Desde hace tiempo se considera que la exposición a la violencia, en sus varias formas, constituye un factor potente a través del cual niños, niñas y adolescentes aprenden conductas agresivas a través de la imitación de modelos agresivos, el refuerzo operante directo de los actos agresivos y el reforzamiento vicario a través del aprendizaje observacional (Bandura, 1973, 1986). Esto se ve apoyado por los numerosos estudios que han encontrado una asociación positiva entre la exposición a la violencia en distintos contextos (colegio, vecindario, casa y TV) y el desarrollo de conductas agresivas en la infancia y adolescencia (por ejemplo, Anderson, Berkowitz, Donnerstein *et al.*, 2003; Anderson *et al.*, 2010; De Wall, Anderson & Bushman, 2011; Swing & Anderson, 2014).

Diversos metaanálisis se centran en la relación entre la exposición a la violencia doméstica y la presencia de problemas en niños y adolescentes; por ejemplo, Kitzman, Gaylord, Holt y Kenny (2003) realizaron un análisis con 118 estudios en niños. Los autores encontraron asociaciones significativas entre la exposición a la violencia doméstica y la presencia de problemas en los menores, tales como conflictos internalizados y externalizados, problemas sociales y de tipo académico.

Por otro lado, Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith y Jaffe (2003) analizaron 41 estudios realizados en niños y adolescentes. Los resultados mostraron que 40 de los 41 estudios presentaron relaciones significativas en cuanto a la exposición de la violencia intrafamiliar con la presencia de problemas, tanto internalizados como externalizados, aunque, de acuerdo con estos autores, las relaciones en general fueron débiles; sin embargo, las relaciones fueron más fuertes cuando los niños, además de haber sido expuestos a la violencia, vivieron experiencias de abuso físico. Esto concuerda con lo reportado por Gershoff (2002), quien encontró en otro metaanálisis una relación positiva entre el castigo corporal y la conducta agresiva. Por otro lado, Evans, Davies y DiLillo (2008) realizaron un metaanálisis con 60 estudios en niños y adolescentes, en el cual encontraron asociaciones moderadas entre la relación de la violencia intrafamiliar y la presencia de síntomas internalizados y externalizados.

En este mismo sentido existen estudios que indican una asociación entre la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias; por ejemplo, De Campos *et al.*, (2011) llevaron a cabo un estudio en el que encontraron una relación entre la violencia, física y psicológica, con el consumo de alcohol en población de 12 a 65 años de edad; también observaron con mayor frecuencia (50%)

actos de violencia bajo los efectos del consumo de bebidas alcohólicas. Además, estos autores reportan que de la población estudiada se ubicó un mayor número de hombres como agresores, y un mayor número de mujeres como víctimas de violencia. En otro estudio (Saravia, Gutiérrez & Frech, 2014) se encontró que, dentro de los factores asociados al inicio del consumo de drogas ilegales en población adolescente, la violencia dentro del contexto familiar (tanto en exposición como en el rol de víctima) fue uno de los elementos más importantes para que los adolescentes iniciaran el consumo de este tipo de sustancias.

De acuerdo con la obra publicada sobre el particular, la violencia interpersonal en sus diferentes modalidades comparte muchos factores de riesgo; algunos de los que han sido más consistentes son, entre otros: bajo control conductual, baja autoestima, trastornos de la personalidad y de la conducta, falta de lazos emocionales y de apoyo, un contacto temprano con la violencia dentro del hogar, abuso de sustancias como drogas y alcohol, niveles socioeconómicos bajos y desigualdad entre géneros (Renner & Whitney, 2012; Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López & De Castro, 2015). Asimismo se ha encontrado que los distintos tipos de violencia están íntimamente relacionados; por ejemplo, un niño que ha sufrido castigos físicos severos dentro de su ámbito familiar tiene mayor probabilidad de involucrarse en comportamientos agresivos y antisociales, incluso de tener conductas violentas cuando sea adulto (Ehrensaft & Cohen, 2012; Sousa *et al.*, 2011; Thornberry *et al.*, 2014).

En nuestro país, el Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve) reportó que, de acuerdo con datos de 2007, en 21% de los hogares donde habitan jóvenes se presentan con frecuencia insultos constantes y en 9% de los casos hay violencia física; además, esta misma encuesta reporta que de cada cien hogares donde el jefe de familia es hombre, 33 registran algún tipo de violencia, y de éstos 22 son dirigidos hacia las mujeres. Asimismo, el Imjuve (2007) indicó que el jefe de familia (49.5%) y el cónyuge (44.1%) son los agresores más frecuentes dentro de los miembros de la familia. Las expresiones de maltrato emocional más reiteradas son los gritos y los enojos mayores; 86% de los hogares con presencia de agresiones de tipo emocional sufrieron gritos, y 41% enojos mayores. Las formas de maltrato que con más frecuencia se presentan en la violencia física son los golpes con el puño, 42%; bofetadas, 40%; y golpes con objetos, 23%.

Como puede apreciarse, la violencia es un suceso complejo y en la actualidad está reconocida como un problema de salud pública, por eso resulta necesario buscar las mejores estrategias de medición para disponer de datos

precisos sobre la violencia, ya que si no se cuenta con una adecuada medición, se podría incurrir en tomar decisiones erróneas.

Respecto a los instrumentos que se han diseñado para la evaluación de la violencia intrafamiliar, con frecuencia se utilizan adaptaciones de las Escalas de Tácticas de Conflicto (*Conflict Tactics Scales*, en inglés) de Straus y colaboradores (Straus, 1979; Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). No obstante, a pesar del gran uso que se ha dado a dichas escalas, éstas se enfocan en evaluar violencia dentro de la pareja; otra de las versiones mide el maltrato físico y psicológico, así como la negligencia de los padres hacia los hijos (CTS-Parent-Child; Straus, Hamby, Finkelhor, Moore & Runyan, 1998). Otro de los instrumentos que se han empleado para evaluar violencia intrafamiliar es el Inventario de Conflictos Familiares (*Family Conflict Inventory*) de Hetherington, Parke y Locke (1999); éste consiste en una serie de preguntas realizadas a las madres de los niños sobre la exposición del niño a conflictos en casa.

La violencia intrafamiliar ha sido calculada también a través del Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV) de Orue y Calvete (2010); sin embargo, evalúa la exposición a la violencia en diferentes contextos, y uno de ellos es dentro del ambiente familiar. El diseño original del CEV contempla evaluar tanto la observación de la violencia como la victimización, a través de 21 reactivos enfocados en la agresividad física y verbal en escolares de 8 a 17 años. Por medio de un análisis confirmatorio se comprueba que el instrumento se conforma de siete dimensiones: Exposición a la violencia en la escuela, observación de violencia en la escuela; Victimización en la escuela; Exposición a la violencia en la casa, observación de violencia en la casa; Victimización en la casa; Exposición a la violencia en el vecindario, observación de violencia en el vecindario; Victimización en el vecindario; y Exposición a la violencia en TV. Cada una de éstas contempla tres reactivos, los índices de confiabilidad reportados por los autores son adecuados.

En México existen diversas investigaciones que se han aproximado al estudio de la violencia; sin embargo, sólo algunas cuentan con instrumentos diseñados para nuestra población. Por ejemplo, Natera, Juárez y Tiburcio (2004) diseñaron una escala que evalúa la violencia de pareja. Por otro lado, hay estudios que utilizan algunos indicadores generales que ayudan a la evaluación de la violencia intrafamiliar, como es el caso de Castillo-Manzano y Arankowsky-Sandoval (2008), quienes emplean los indicadores de la Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares, diseñada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Es importante aclarar que dicho instrumento se enfoca en evaluar la violencia dentro de las modali-

dades: maltrato psicológico, físico, económico y sexual, pero desde el punto de vista de la mujer, además, en alguno de los apartados de los indicadores, evalúa de forma retrospectiva la presencia de violencia intrafamiliar en la niñez, lo cual ha mostrado que no es de las medidas más adecuadas en otro tipo de evaluaciones.

Por otro lado, Vladimírsky, Martínez Lanz, Sánchez y Marín (2003) diseñaron una escala compuesta por 16 reactivos que evalúan la agresión verbal, agresión física, humillación y respeto dentro del contexto familiar; dicho instrumento fue desarrollado para niños y mostró índices psicométricos adecuados. Tomando en consideración que éste se desarrolló con población mexicana y que mostró índices de validez y confiabilidad adecuados, se adaptó para adolescentes y jóvenes; adaptación que se ha probado en diferentes poblaciones y ha mostrado coeficientes de confiabilidad y validez adecuados (Martínez Lanz, Betancourt & González-González, 2013; Martínez Lanz, González & Betancourt, 2014).

En oposición a las teorías que proponían entender la violencia focalizándose en un solo factor, se debe partir de aquellas tendencias que comprenden que las causas de la violencia son muchas y están combinadas entre las espesas capas que hay que remover para intervenir eficazmente (la pregunta relevante no sería cuál(es) son las causas de la violencia, sino qué conjugación de causas hace posible su aparición, desarrollo y mantenimiento).

Este posicionamiento torna complejo su abordaje (en el sentido de tener que atender a varios niveles al mismo tiempo), pero hace justicia al abandono de una perspectiva lineal y simplista que buscaba la causalidad únicamente en características del agresor/a, o bien del agredido/a, o en el patriarcado, o en otro factor único y excluyente (Christiansen, 2012, 2013).

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de la presente investigación es determinar las propiedades psicométricas de la versión adaptada de la Escala de Violencia Intrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol y drogas ilegales en adolescentes y jóvenes del Estado de México.

Método

Participantes

Se seleccionó de manera no probabilística a 632 adolescentes y jóvenes, con un rango de edad de 15 a 25 años ($M = 15.7$, $DE = 3.7$). 43.3% fueron hombres y 56.7% mujeres, de los cuales 79.4% reportaron vivir con sus pa-

dres, 7.6% con su pareja, 7.3% con algún familiar, 2.2% solos, 0.6% con amigos y 2.8% con otros.

Instrumento

Se utilizó la versión adaptada de la Escala de Violencia Intrafamiliar (Vladimirski *et al.*, 2003), dicho instrumento está compuesto por 16 reactivos que miden las siguientes áreas: agresión verbal, agresión física, humillación y respeto. Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de Nunca a Siempre). A fin de evaluar el consumo de sustancias se utilizaron 14 indicadores de frecuencia y cantidad para cada una de las sustancias evaluadas (bebidas alcohólicas y drogas ilegales) del cuestionario sobre consumo de sustancias (Martínez-Lanz *et al.*, 2013).

Procedimiento

Se realizaron brigadas médicas en tres municipios del Estado de México, con la colaboración de 12 estudiantes del último año de la Licenciatura de Médico Cirujano, quienes, previa capacitación en la aplicación del cuestionario, tuvieron contacto con los habitantes de las comunidades mencionadas en las instalaciones destinadas para la realización de dichas brigadas (consultorios, espacios públicos, gimnasios). Estas personas acudieron a recibir atención médica, como parte de las actividades de las brigadas; de esta forma se tuvo contacto con los sujetos a quienes se les invitó a participar en el estudio. El instrumento fue administrado de manera individual, anónima y autoaplicable a los sujetos, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, resolviendo dudas y enfatizando que los resultados serían utilizados únicamente con propósitos de investigación.

Resultados

Con el propósito de determinar la dimensionalidad del constructo se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal. El criterio que se siguió para considerar un reactivo dentro de un factor fue que presentara carga factorial mayor a 0.40 y sin una carga factorial similar en otro factor. Posteriormente, para determinar el número de factores que componían la escala se consideró la claridad conceptual y que como mínimo tuvieran tres reactivos; además, se obtuvo el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de cada factor (véase tabla 1).

Tabla 1
Análisis factorial y consistencia interna de la Escala de Violencia Intrafamiliar

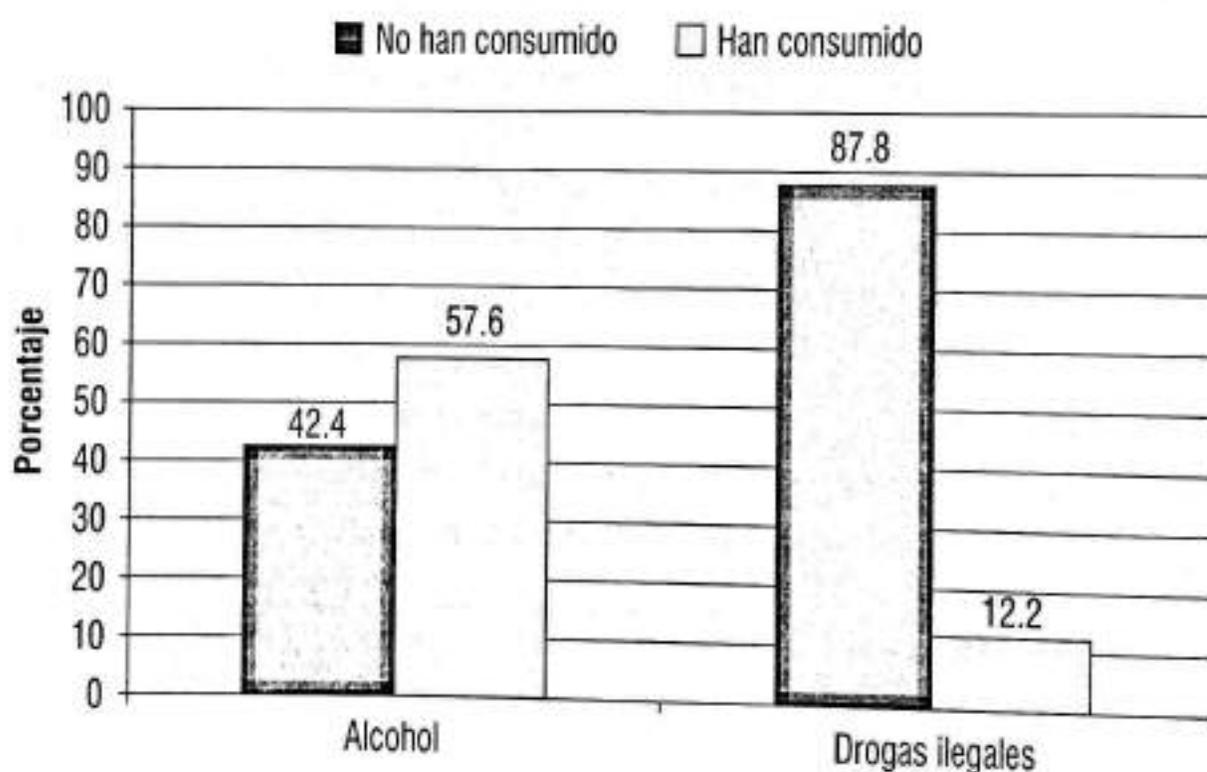
	Reactivo	Peso factorial
Factor 1	Cuando te llaman la atención en tu hogar, ¿acostumbran a agredirte verbalmente?	.778
	¿Son frecuentes los maltratos verbales en tu hogar?	.721
	¿Discutes con frecuencia con tus padres, hermanos o personas con quienes vives?	.659
	¿Alguno de tus padres acostumbra decirte palabras humillantes?	.567
	¿Alguien de tu familia te dice o le dice a otro miembro de la familia palabras que sientes que ofenden?	.545
	¿Alguno de tus padres te ridiculiza frente a tus amigos?	.484
	¿Son frecuentes los maltratos físicos dentro de tu familia?	.483
	Alfa de Cronbach =	.759
Factor 2	¿Consideras que dentro de tu familia el respeto es un valor que se cumple?	.829
	¿Te sientes a gusto y seguro dentro de tu familia?	.808
	Los halagos, el cariño y el afecto, ¿son comunes en tu hogar?	.755
	Cuando te llaman la atención en tu casa, ¿lo hacen hablando contigo?	.722
		Alfa de Cronbach =
Factor 3	¿Alguien en tu familia te mira de tal manera que te incomoda?	.806
	¿Alguien de tu familia suele acariciarte de tal manera que te molesta?	.799
	¿Alguno de tus padres suele maltratarte físicamente frente a tus amigos?	.575
	¿Alguno de tus padres suele pedirte que tomes parte en sus pleitos?	.543
		Alfa de Cronbach =

El análisis factorial arrojó tres factores que explicaron 52.69% de la varianza. En el primer factor se agruparon siete reactivos que evalúan el uso de maltratos verbales dentro del contexto familiar, así como el uso de palabras humillantes u ofensas, motivo por el cual se le nombró *violencia verbal*. Para el segundo factor se agruparon cuatro reactivos que se refieren a vinculación afectiva y de respeto dentro de la familia, por lo cual se denominó *respeto*. Finalmente, el tercer factor concentró cuatro reactivos que tienen que ver con situaciones en las cuales el joven pudiera ser humillado dentro de su contexto

familiar; a este factor se le nombró *humillación*. Tanto en las tres dimensiones como en el total de la escala ($\alpha = .743$) se encontraron coeficientes de confiabilidad adecuados.

Aunado a esto, y en lo que se refiere al tema de consumo analizado en este estudio, se observó si existían diferencias significativas entre los jóvenes que han consumido alcohol y drogas ilegales y los que no los han consumido. Inicialmente se realizaron análisis de frecuencias para determinar la proporción de participantes que habían consumido dichas sustancias. Como puede observarse en la Gráfica 1, más de la mitad de los participantes informaron que han ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; no obstante, en el caso de las drogas ilegales, sólo 12.2% manifestó haberlas consumido.

Gráfica 1
Distribución de los participantes por consumo de alcohol y de drogas ilegales



Posteriormente, para determinar si existían diferencias en las dimensiones de la escala entre los consumidores y los no consumidores de alcohol y drogas ilegales se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes. Por lo que respecta al consumo de alcohol (véase Tabla 2), los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones de la escala de violencia intrafamiliar, donde los jóvenes que informaron haber consumido dicha sustancia puntuaron más alto en las tres dimensiones, en contraste con los que no han consumido.

Tabla 2

Diferencias en violencia intrafamiliar entre jóvenes con y sin consumo de alcohol.

	Han consumido		No han consumido		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Violencia verbal	0.46	0.49	0.29	0.35	4.57**
Respeto	1.22	0.96	1.03	0.93	2.41*
Humillación	0.23	0.44	0.11	0.28	3.91**

* $p < .05$ ** $p < .001$

En cuanto a los resultados por consumo de drogas ilegales, los hallazgos indicaron diferencias estadísticamente significativas en dos de las dimensiones del instrumento de violencia intrafamiliar, donde los participantes que reportaron haber consumido alguna droga ilegal puntuaron más alto en violencia verbal y humillación dentro de su contexto familiar, en comparación con aquellos que informaron que no han probado este tipo de sustancias (Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias en violencia intrafamiliar entre jóvenes con y sin consumo de drogas ilegales.

	Han consumido		No han consumido		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Violencia verbal	0.57	0.53	0.33	0.40	4.26**
Respeto	1.00	0.75	1.06	0.96	-0.50
Humillación	0.37	0.65	0.12	0.30	5.03**

** $p < .001$

Discusión y conclusiones

Uno de los objetivos del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la versión adaptada de la Escala de Violencia Intrafamiliar (Vladimirski *et al.*, 2003) en un grupo de adolescentes y jóvenes. Los resultados mostraron que el instrumento se conformó por tres factores: *violencia verbal*,

respeto y humillación, lo cual concuerda parcialmente con lo planteado originalmente con el instrumento, ya que además de las dimensiones encontradas en este estudio, en la escala original se plantea una cuarta dimensión: *violencia física*, la cual desaparece en esta investigación. A pesar de que no se mantienen las cuatro dimensiones originales, la forma en la que se agrupan los reactivos tiene una claridad teórica; aunado a esto, los coeficientes de confiabilidad encontrados fueron aceptables para cada una de las dimensiones y para el puntaje total del instrumento (Alfa = .715). Los resultados sobre la validez de constructo de la Escala de Violencia Intrafamiliar expuestos en este artículo son adecuados; sin embargo, se recomienda revisar la redacción de algunos de los reactivos que presentaron los pesos factoriales más bajos a fin de obtener un mejor puntaje global del instrumento y, por tanto, mejorar su nivel de validez.

Asimismo, se analizaron las diferencias en las dimensiones de la escala de violencia entre los jóvenes que han consumido alcohol y drogas ilegales, y los que no los han consumido; se encontraron, de manera general, diferencias significativas (excepto en la dimensión de respeto por consumo de drogas ilegales). En lo que se refiere a las diferencias por consumo de alcohol, los jóvenes que reportaron haber consumido alguna bebida alcohólica obtuvieron mayores puntajes en las tres dimensiones, en contraste con quienes no las han consumido, lo cual es congruente con lo reportado por De Campo *et al.* (2011), quienes reportan una relación significativa entre la violencia y el consumo de bebidas alcohólicas. Sin embargo, se encontró que los jóvenes con ingesta de alcohol puntuaron también más alto en la dimensión de respeto, lo cual podría ser contradictorio con lo esperado. Debido a lo anterior, se recomienda realizar futuras investigaciones en las que puedan corroborarse los resultados aquí encontrados.

En cuanto a las diferencias por consumo de drogas ilegales, los hallazgos mostraron diferencias en dos de las dimensiones, en las que los adolescentes y jóvenes con consumo de drogas ilegales puntuaron más alto en violencia verbal y humillación, en contraste con los que no han consumido. En la dimensión de respeto no se encontraron diferencias significativas; no obstante, en este análisis, en comparación con el consumo de alcohol, los jóvenes con consumo puntuaron más bajo que quienes no han consumido, lo que sería congruente con otros estudios. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por la obra publicada previa (Saravia *et al.*, 2014), quienes sugieren que la violencia intrafamiliar es un factor relevante en el inicio del consumo de drogas ilegales.

Los resultados encontrados entre el consumo de alcohol y drogas ilegales y la violencia intrafamiliar mostraron asociaciones relevantes y significativas

entre los jóvenes consumidores y las dimensiones de la violencia intrafamiliar, es decir, que los jóvenes consumidores, tanto de alcohol como de drogas ilegales, perciben una mayor violencia dentro de su contexto familiar, en contraste con quienes informaron que no han consumido estas sustancias. Lo anterior plantea la relevancia de establecer nuevas normas, programas y políticas que conduzcan a informar a padres, educadores y a la sociedad en general sobre la problemática aquí señalada, a fin de que tomen conciencia de la situación y lleven a cabo las acciones que correspondan.

Referencias

- ANDERSON, C. A., BERKOWITZ, L., DONNERSTEIN, E., HUESMANN, L. R., JOHNSON, J. D., LINZ, D., & WARTTELLA, E. (2003). "The influence of media violence on youth". *Psychological Science in the Public Interest*, 4(3), 81-110.
- ANDERSON, C. A., SHIBUYA, A., IHORI, N., SWING, E. L., BUSHMAN, B. J., SAKAMOTO, A. SALEEM, M. (2010). "Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries". *Psychological Bulletin*, 136, 151-173.
- BANDURA, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive view*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BUKA, S. L., STICHICK, T. L., BIRDTTHISTLE, I. & EARLS, F. J. (2001). "Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences". *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 298.
- CASTILLO-MANZANO, R. M. & ARANKOWSKY-SANDOVAL, G. (2008). "Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles". *Revista Biomédica*, 19, 128-136.
- CHRISTIANSEN, M. L. (2012). "Las relaciones de poder desde una epistemología sistémica". *European Scientific Journal*, 8(20), 141-162.
- CHRISTIANSEN, M. L. (2013). "Violence and Maltreatment in Relational Ecologies: Toward an Epistemology of Corresponsability". *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 7(1), 150-163.
- DE CAMPOS MOREIRA, T., FERIGOLO, M., FERNANDES, S., BARROS, X., MAZONI, C. G., NOTO, A. R., & BARROS, H. M. (2011). "Alcohol and domestic violence: A cross-over study in residences of individuals in Brazil". *Journal of Family Violence*, 26(6), 465-471.
- DEWALL, C. N., ANDERSON, C. A. & BUSHMAN, B. J. (2011). "The General Aggression Model: Theoretical extensions to violence". *Psychology of Violence*, 1, 245-258.
- EHRENSAFT, M. K. & COHEN, P. (2012). "Contribution of family violence to the intergenerational transmission of externalizing behavior". *Prevention Science*, 13(4), 370-383.

- EVANS, S. E., DAVIES, C. & DiLILLO, D. (2008). "Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes". *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140.
- GERSHOFF, E. T. (2002). "Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review". *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579.
- HETHERINGTON, E. M., PARKE, R. D. & LOCKE, V. O. (1999). *Child Psychology: a contemporary viewpoint*. New York: McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano de la Juventud, Imjuve (2007). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo*, en: http://www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_violencia_2007.pdf
- KITZMANN, K. M., GAYLORD, N. K., HOLT, A. R. & KENNY, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- MARTÍNEZ LANZ P., BETANCOURT, O. D. & GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, A. (2013). "Uso de videojuegos, agresión, sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en adolescentes y jóvenes". *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 161-174.
- MARTÍNEZ LANZ P., GONZÁLEZ, G. A. & BETANCOURT, O. D. (2014). "Domestic violence and alcohol and illegal drugs consumption in Mexican youth". *Journal of Health Science*, 2, 476-486.
- NATERA, R. G., JUÁREZ, G. F. & TIBURCIO, S. M. (2004). "Validez factorial de una escala de violencia hacia la pareja en una muestra nacional mexicana". *Salud Mental*, 27(2), 31-38.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- ORUE, I. & CALVETE, E. (2010). "Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 279-292.
- RENNER, L. M. & WHITNEY, S. D. (2012). "Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults". *Child abuse & Neglect*, 36(1), 40-52.
- RIVERA-RIVERA, L., RIVERA-HERNÁNDEZ, P., PÉREZ-AMEZCUA, B., LEYVA-LÓPEZ, A. & DE CASTRO, E. (2015). "Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México". *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226.
- SARAVIA, J. C., GUTIÉRREZ, C. & FRECH, H. (2014). "Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria". *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7.
- SOUSA, C., HERRENKOHL, T. I., MOYLAN, C. A., TAJIMA, E. A., KLIKA, J. B., HERRENKOHL, R. C. & RUSSO, M. J. (2011). "Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attach-

- ments, and antisocial behavior in adolescence". *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 111-136.
- STRAUS, M. A. (1979). "Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales". *Journal of Marriage and the Family*, 75-88.
- STRAUS, M. A., HAMBY, S. L., BONEY-McCOY, S. & SUGARMAN, D. B. (1996). "The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data". *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- STRAUS, M. A., HAMBY, S. L., FINKELHOR, D., MOORE, D. W. & RUNYAN, D. (1998). "Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents". *Child Abuse and Neglect*, 2(4), 249-270.
- SWING, E. L. & ANDERSON, C. A. (2014). "The role of attention problems and impulsiveness in media violence effects on aggression". *Aggressive behavior*, 4(3), 197-203.
- THORNBERRY, T. P., MATSUDA, M., GREENMAN, S. J., AUGUSTYN, M. B., HENRY, K. L., SMITH, C. A. & IRELAND, T. O. (2014). "Adolescent risk factors for child maltreatment". *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 706-722.
- VLADIMIRSKY, G., MARTÍNEZ LANZ, P., SÁNCHEZ, M. O. P. & MARÍN, C. A. E. (2003). *Consecuencias del maltrato infantil en la autoestima y desempeño escolar*. Tesina de licenciatura, Universidad Anáhuac, México.
- WOLFE, D. A., CROOKS, C. V., LEE, V., McINTYRE-SMITH, A. & JAFFE, P. G. (2003). "The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 171-187.
- World Health Organization (1996). *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ESPIRITUALIDAD, CULTURA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO



CECILIA OJEDA CORTÉS*

Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA) y CAPA Valle de Chalco

PATRICIA MARTÍNEZ LANZ

Universidad Anáhuac México Norte

Resumen

En el presente trabajo se realiza un análisis de información acerca de la espiritualidad y de los aspectos culturales que se encuentran relacionados con el consumo de alcohol en México. Puesto que existen diversas aproximaciones que intentan explicar y abordar el asunto, resulta importante identificar y analizar el tipo de intervenciones que los consumidores de alcohol requieren para lograr el proceso de recuperación. Debido a lo anterior es importante y necesario identificar y estudiar los factores asociados con la espiritualidad y la cultura respecto del consumo de alcohol; por lo tanto, es preciso considerar su existencia para tener una visión integral. La espiritualidad es un concepto que cada vez recibe mayor atención científica; su exploración ha permitido conocer que puede desempeñar un papel importante en la salud física y mental de los individuos y en el proceso de recuperación de los consumidores. Aunado a esto, las condiciones relacionadas con la cultura son aspectos que siempre están presentes en el desarrollo de los individuos y, en este sentido, los usos y costumbres, también se encuentran vertidos en la problemática del consumo de alcohol. Considerando los aspectos anteriores es importante mencionar que existen consumidores que recurren a modelos de tratamiento de corte empírico o científico y hay otros consumidores y familias que optan por tratamientos o manejos de índole no médica. Dentro de este grupo pueden mencionarse las llamadas terapias alternativas, como son: la acupuntura, la homeo-

* ceciliaojeda@hotmail.com

patía, la meditación trascendental y el Zen; de la logoterapia y de otros muchos tratamientos en los que el énfasis normalmente se coloca en los fenómenos culturales, etnográficos, sociales y antropológicos (OMS, 1993). En México existen diferentes alternativas místicas y míticas, propias de la híbrida cultura indígenocristiana, y se cuenta con una larga lista alternativa de medios de curación basada en la herbolaria, la magia, la hechicería, las "curas", las "limpias" y los "trabajos" (Galindo Cáceres, 1999). Dentro de este espectro existe una práctica muy recurrida: el juramento, esta condición permite a algunas personas mantenerse sin beber. El consumo de alcohol es un fenómeno con diferentes aristas, las cuales requieren reconocerse y atenderse; por eso la identificación y análisis de los factores asociados a la espiritualidad y a la cultura respecto al consumo de alcohol necesitan atención por parte de los profesionales de la salud, pues la conjunción de estos elementos podría generar un abordaje integral.

Palabras clave: *Consumo de alcohol, Espiritualidad, Cultura, Juramento, Historia.*

Spirituality, culture and drinking in Mexico

Abstract

In this paper a review about the phenomenon of spirituality and cultural aspects that are related to alcohol consumption in Mexico is performed. This requires different approaches that will generate interventions to clearly identify what consumers require alcohol to achieve the recovery process. Because of this it is important and necessary to identify and analyze the factors associated with spirituality and culture regarding alcohol, so it is necessary to consider its existence to take a holistic view. Spirituality is a concept that is increasingly receiving greater attention in the scientific literature; exploration has revealed that it can play an important role in physical and mental health of individuals and the recovery of consumers. Added to this the conditions related to culture are aspects that are always present in the development of individuals and in this respect the customs and are discharged into the problem of alcohol consumption. Considering the above aspects is important to mention that there are consumers who use treatment models cut empirical or scientific; and there are other consumers and families who opt for treatment or handling non-medical nature. Within this group we can mention the so-called alternative therapies like: acupuncture, homeopathy, transcendental meditation and Zen; of logotherapy and many others, where the emphasis is

usually placed on cultural, ethnographic, social and anthropological phenomena (OMS, 1993). In Mexico there are different mystical and mythical, hybrid indígenocristiana own alternative culture, and has a long list of alternative means of healing based on herbal, magic, sorcery, the "cures", "clean" and "Jobs" (Galindo Cáceres, 1999). Within this range there is a very practical appeal as is the oath, this condition allows some people remain without power consumption. Alcohol consumption is a phenomenon with different aspects which need to be recognized and addressed; this is why the identification and analysis of factors associated with spirituality and culture regarding alcohol consumption require attention by health professionals as the combination of these elements could create a comprehensive approach.

Keywords: *Alcohol, Spirituality, Culture, Oath, History*

Introducción

Fray Bernardino de Sahagún habló por primera vez en 1577 sobre la embriaguez a la que eran afectos los nativos. Describió problemas como el adulterio, la desintegración familiar y la violencia a causa del abuso del alcohol (FISAC, 1998). Era la etapa de la Colonia. Los indígenas recibían salarios bajísimos (dos a tres reales), pero aun así tenían la capacidad de adquirir medio litro de pulque por medio real. El consumo del pulque se socializó y fueron los españoles quienes más tarde, con el apoyo del Estado, comenzaron el cultivo del agave, así como a impulsar su producción y comercio.

Un asunto que no puede perderse de vista es la influencia mágico-religiosa que ha envuelto a la bebida alcohólica fundacional de México, la cual aún puede observarse en el comportamiento alcohólico de nuestros días. Éste es un elemento cultural que impregna la psicología de los grupos, su identidad social y determina hasta la posibilidad de ofrecer tratamiento y cura. Esta visión divina y de religiosidad tradicional es el eje sobre el que descansa el proceso curativo. El maguey fue deificado como la diosa Mayahuel, quien simbolizaba la madre capaz de amamantar a la humanidad (Tapia Conyer, 2001).

El consumo de alcohol es un proceso aceptado culturalmente en la sociedad contemporánea y acotado por la edad y el sexo. Salvo razones que se basan en principios religiosos, filosóficos o nutricionales, el uso del alcohol en diversos aspectos de la socialización del ser humano es promovido y considerado como una práctica aceptada. Sin embargo, también es bien conocido que su abuso se asocia con graves problemas de salud y altos costos sociales (Tapia Conyer, 2001).

Después de convertirse en una bebida laica gracias al dominio del catolicismo tras la Conquista, el individuo perdió el control sobre el pulque y transitó hacia su abuso. En esta etapa los conquistadores aprovecharon la relación hombre-alcohol para convertirlo en un instrumento de control social, que sobrevive hasta nuestros días: se trabaja a cambio de pulque (Castillo Fuentes & Leyva Piña, 2005). En nuestro país esto se reflejó más tarde en las tiendas de raya, donde se acostumbraba pagar con aguardiente y artículos básicos.

El vínculo entre la relación y el trabajo rebasó la costumbre y se ha transformado en un modelo de comportamiento social producto de la alteración en las relaciones laborales. Considerando lo anterior, en la actualidad puede registrarse en México un patrón esporádico y explosivo en el consumo de alcohol. Esto es, el mexicano bebe grandes cantidades de alcohol los fines de semana al concluir las actividades laborales. Previo a estos días, el consumo es escaso o nulo, inexistente en algunas ocasiones. En este sentido, algunas experiencias en el servicio médico dan constancias del papel tan importante que tiene el contexto sociocultural para moldear ciertas pautas de conducta. Por ejemplo, mediante la hospitalización puede lograrse el control de pacientes con cirrosis hepática y casi restablecerlos a la vida normal. Pero la normalidad para ellos es integrarse al ambiente social donde el consumo de alcohol es la regla. En este ir y venir se conforman círculos viciosos que se convierten en prácticas rituales; elementos de la organización y autorregulación de sistemas como el familiar y la comunidad (García Rosete, 1996).

Este patrón de consumo abusivo y la dependencia al consumo de alcohol es lo que en la actualidad está considerado como un problema de salud pública tanto por los costos que genera a la sociedad como por sus efectos en los individuos y las familias. Se ha estimado que en México el abuso de alcohol, por sí solo, representa 9% del peso total de la enfermedad (Echeverría San Vicente, Ruiz Torres, Salazar Garza & Tiburcio Sainz, 2008).

Este problema ha generado que varias perspectivas se sumen para tratar de encontrar soluciones para la población y desarrollar estrategias a fin de disminuir el consumo de alcohol, así como las consecuencias negativas que acompañan la ingesta (Zabicky & Solís, 2003).

Antecedentes, objetivos y justificación de trabajo

Existen diversas aproximaciones sobre el consumo, las cuales se refieren a sus propios postulados; dentro de éstas podemos mencionar el psicoanálisis y las escuelas metástasis, como la hipnosis y la psicoterapia psicodinámica, así como los métodos cognitivos, conductuales y aversivos. Se han diseñado tratamientos médicos con disulfiram, naltrexona, acamprosato, antidepresivos,

bloqueadores dopaminérgicos y hasta con terapia electro-convulsiva y psicocirugía. Se han creado líneas novedosas de tratamiento, producto de la síntesis de filosofías y experiencias personales de enfermos aglutinados en grupos de autoayuda, conocidos también como programas de "12 pasos", que representan la plataforma de Alcohólicos Anónimos (AA). Los terapeutas han tratado de incidir sobre las familias, las parejas, los ambientes laborales y jurídico-legales; hemos visto aparecer "Anexos AA", comunidades terapéuticas, internados, casas de medio camino y hospitales, tratando de proporcionar espacios físicos aptos para la recuperación y la sobriedad de los alcohólicos. Sin embargo, considerando lo ya comentado, estos esfuerzos multidisciplinarios han carecido de efectividad (Washton, 1995).

En México las personas involucradas en el tratamiento de esta problemática, como personal de salud, consejeros, familiares, pacientes y comunidad, tienen conocimiento acerca de que algunos consumidores a lo largo de su peregrinar en busca de una solución para su consumo de alcohol, acuden a los diferentes templos de la religión católica del país a jurar ante la Virgen. Este acto consiste en establecer un tiempo determinado en el que el usuario no consumirá alcohol, para lo cual hacen penitencia, elevan plegarias propias de la fe católica e incluso firman un formato de compromiso en donde escriben el tiempo en que dejarán de consumir; en muchas ocasiones este formato sirve como una herramienta para rehusarse al consumo. México es uno de los países del mundo con más católicos y con mayor proporción de ellos en su población (Instituto Nacional de Estadística, 2010). Por otro lado, es notable la influencia que la Iglesia católica ha tenido en todo el mundo y, particularmente, en la historia, los hitos, los íconos y la religiosidad en México.

Las experiencias en las que la fe y el compromiso con un ser supremo desempeñan un papel determinante en el ámbito de lo terapéutico no se limitan exclusivamente a nuestro país. Por ejemplo, en Tailandia los dependientes del opio ingresan a un monasterio budista para someterse a un tratamiento médico y espiritual en el que se les aplica un régimen de purgas, vómitos, meditación y purificación, que incluye un juramento a Buda para no volver a consumir opio (Kaplan, 1995).

Existen estudios de corte no médico en los que se critican los métodos generales actuales para controlar el problema de las dependencias, por considerar que no prestan suficiente atención a los elementos de tipo humano, sociológico y antropológico, que son integrantes de la problemática y de la solución (Carolyn & Sargent, 1996).

Algunos de los fundamentos del paradigma médico del alcoholismo siguen sin determinarse, de la misma manera que otras patologías. Es evidente la presencia y la proyección de otros elementos humanos en este escenario; éstos atañen más a su cultura, cosmovisión, educación e historia.

Dentro de la investigación sobre el consumo de alcohol se atribuye gran importancia a la espiritualidad. Algunos investigadores guardan distancia respecto a este concepto; sin embargo, otros coinciden en señalar que ésta y otras variables protegen a los individuos de la adicción, favorecen el proceso de tratamiento y son mediadores de largos periodos de abstinencia. La suposición de un vínculo entre la espiritualidad y el alcoholismo se debe a la existencia de los grupos de Alcohólicos Anónimos (Gutiérrez Reynaga, Andrade-Palos, Jiménez Tapia & Juárez García, 2007).

Sharma (2001) menciona que hay diferentes términos que se utilizan indistintamente para hablar de espiritualidad; sin embargo, éstos no deben ser intercambiados, pues se refieren a elementos diferentes, puesto que la espiritualidad se refiere a los elementos considerados dentro del alma y de la mente; ésta no es una experiencia tangible y posee elementos altamente subjetivos. La divinidad es acerca de la presencia de un poder divino. La fe puede existir sin la creencia del poder divino y es la confianza incondicional en algo. La religión es un sistema de creencias unificado por la aceptación de una divinidad o poder sobrehumano.

La naturaleza de la espiritualidad es singular, específica, personal (Emblem, 1992), es incluso una dimensión que trasciende lo biológico, psicológico y social de la vida (Mauritzen, 1988). Del mismo modo, Mytko y Knight (1999) citan a James (1919), quien conceptualizó lo espiritual como el conjunto de sentimientos, actos y experiencias de los hombres individuales en su soledad, cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran divino. Lo espiritual ha sido definido como un estado interno caracterizado por un sentimiento de la integración con la vida y el mundo (Soeken & Carson, 1987) de manera dinámica; como un proceso funcional dinámico (Wulff, 1996), que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social. Se trata del elemento dinámico y estático del mismo fenómeno. En tanto el primero nutre y da sentido a la experiencia, el segundo contiene, protege y proporciona una dirección formal. El segundo es estructural, y el primero proceso (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2005). El National Institute for Healthcare Research (NIHR, 1977) define la espiritualidad como la búsqueda de lo sacro o lo divino a través de cualquier ruta o experiencia de vida. Así, la espiritualidad se asume como la experiencia de lo divino.

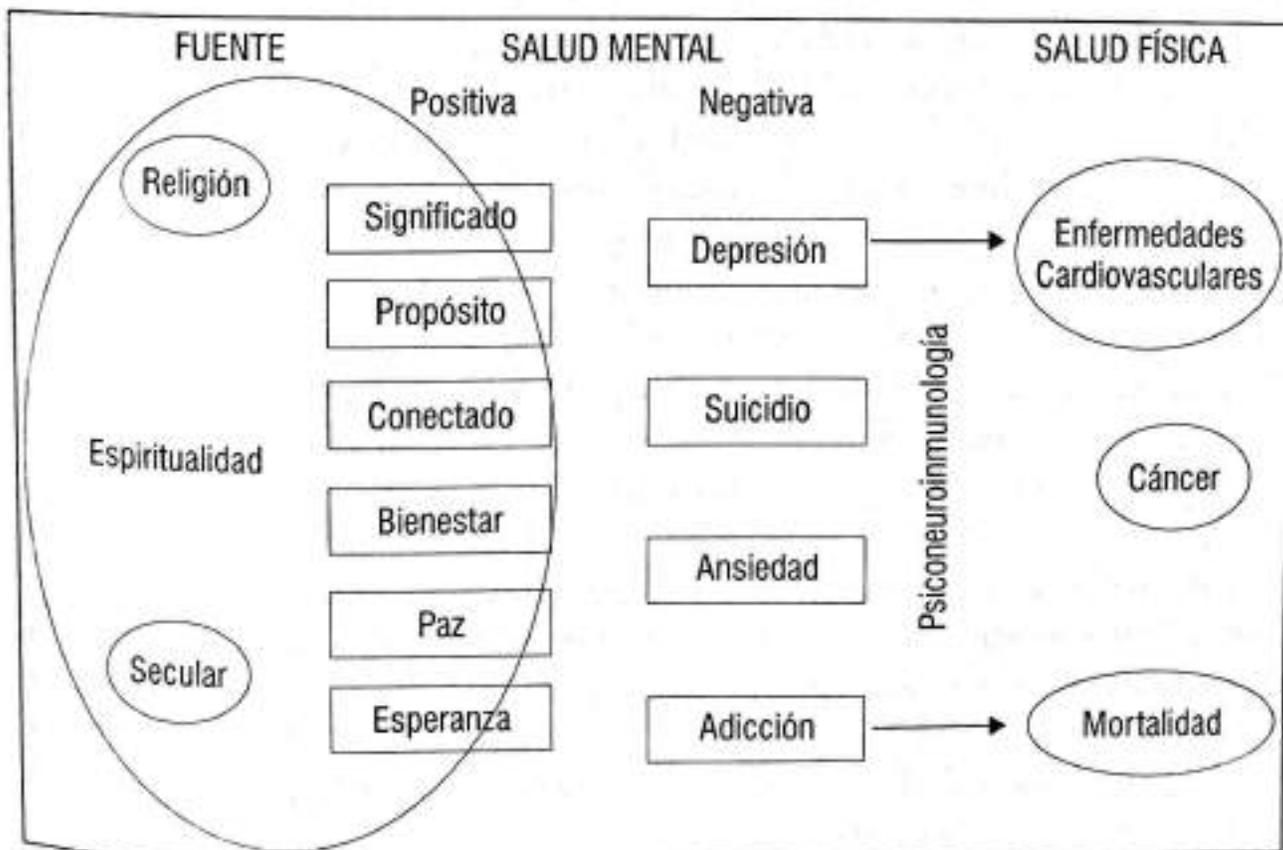
La espiritualidad es un concepto que cada vez recibe mayor atención en la bibliografía científica; su exploración ha permitido conocer que puede desempeñar un papel importante en la salud física y mental de los individuos y en el proceso de recuperación de los adictos (Gutiérrez Reynaga, Andrade-Palos, Jiménez Tapia & Juárez García, 2007).

Por otro lado, la espiritualidad se relaciona con el significado personal del sentido de la vida y de la relación con un ser supremo, y es el resultado de un estado interno basado en las experiencias personales, asociado con la dimensión de conciencia y trascendencia de la vida, no necesariamente vinculado con lo social o con algún dogma en particular. De esta manera, pueden identificarse a quienes se consideran espirituales pero no religiosos (Peterson & Seligman, 2004, citado en Sánchez Estrada, González Forteza, Robles García & Andrade-Palos, 2012).

Koenig (2008) establece un modelo acerca de la espiritualidad “versión clínica moderna” y afirma que el concepto de espiritualidad está integrado por varias variables, dentro de las cuales se encuentran la religión y los aspectos seculares, así como los aspectos positivos de la salud mental, que son: propósito, significado, bienestar, paz, esperanza y estar conectado consigo mismo. Considerando lo anterior, la espiritualidad no es un concepto exclusivo de la religión, pues se encuentra relacionada también con los aspectos cotidianos de la existencia del ser humano y está mimetizada con actividades como realizar una caminata, disfrutar la lectura de un libro, reflexionar acerca de los acontecimientos de la vida del ser humano, hacer ejercicio, etcétera.

Figura 1

Adaptado de Koenig (2008) “Versión clínica moderna”. Espiritualidad



En la figura 1 se muestra el modelo de Koenig, en el cual puede observarse el espacio en donde contempla a la espiritualidad y como ésta se retroalimenta de diferentes aspectos de elementos positivos implicados en la salud mental.

Considerando la complejidad que engloba el ser humano, resulta de interés e importancia la exploración, el análisis y el acercamiento de los elementos espirituales, pues, como mencionan Rivera-Ledesma y Montero-López (2007), el papel asumido por cada disciplina ante las necesidades espirituales del paciente se ha definido de diferentes maneras. Evidentemente, las funciones o tareas asumidas por un grupo profesional pueden traslaparse en algunos casos con las del otro; algunas funciones, debido a su grado de especialidad, permanecen en el dominio de una profesión específica.

La inclusión de lo espiritual en el tratamiento psicológico es un esfuerzo reciente, cuya consolidación se encuentra todavía lejos de alcanzarse (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007). El medio académico ha aceptado lo espiritual con mayor lentitud que el ámbito clínico; los psicólogos se encuentran en las primeras etapas de reconocimiento de este importante factor; muchos se esfuerzan por encontrar el lugar de lo espiritual en la naturaleza humana (Watts, 2001). En este proceso de reconocimiento, Zinnbauer y Pargament (2000) han sugerido que existen cuatro distintas aproximaciones respecto a lo religioso y espiritual en la bibliografía del ámbito clínico, basadas en distintas suposiciones ontológicas y diferentes visiones acerca del papel de la religión en la consejería. Los autores denominaron a estas aproximaciones como rechacista, exclusivista, constructivista y pluralista.

1. Rechacista. Lo central en esta aproximación es la negación de las realidades sagradas, como la existencia de Dios o del cielo, que son fundamentales en las creencias religiosas o espirituales de sus adherentes. Se arguye, por ejemplo, desde el psicoanálisis, que la religión es una idealización primitiva defensiva, así como el anhelo de un cuidador omnipotente (Zinnbauer y Pargament, 2000, citados por Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007) o, desde el campo conductual, que las creencias religiosas son pensamientos irracionales, producto de trastornos emocionales, o un funcionamiento mental y emocional alterado. Esta aproximación reduce la religión a una defensa o alteración psicológica.

2. Exclusivista. Se basa en la realidad ontológica de la dimensión religiosa o espiritual de la existencia. En esta aproximación están incluidas afirmaciones como: "Dios existe", "Las experiencias espirituales influyen en la conducta humana", "los valores absolutos existen y están basados en las escrituras o en textos religiosos", "los consejeros deben poseer la misma visión de sus pacientes para ser efectivos". Desde esta aproximación, la "palabra de Dios" en las escrituras ofrece la única verdadera concepción de la naturaleza y de la con-

ducta humana, la manera de vivir la propia vida, la moralidad y los problemas humanos. La única intervención realmente efectiva se lleva a cabo a través del Espíritu Santo.

3. **Constructivista.** Esta aproximación niega la existencia de una realidad absoluta, pero reconoce la habilidad de los individuos para construir sus propias realidades y significados. La realidad absoluta es construida por los humanos en sus interacciones, interpretaciones o esfuerzos por entender información, contextos, situaciones y a otros seres humanos. Dichas construcciones están enraizadas en experiencias, sistemas de creencias, valores, miedos, prejuicios, esperanzas, decepciones y éxitos del constructor, y en el contexto social en el cual existe éste (Zinnbauer & Pargament, 2000, citados en Rivera-Ledesma & Montero-López, 2007). El clínico puede trabajar eficientemente tanto con los clientes religiosos como seculares. El trabajo terapéutico es conducido dentro del sistema de creencias del cliente. Zinnbauer y Pargament señalan que las creencias personales del constructivista pueden diferir sustancialmente de las del cliente, haciendo que la manipulación de los símbolos y metáforas sagradas del cliente sean útiles para un fin secular.

4. **Pluralista.** Esta aproximación reconoce una realidad absoluta espiritual y permite múltiples interpretaciones y formas de acceder a ella. Acepta que esa realidad se expresa en diferentes culturas, por diferentes personas y de varias maneras. El clínico y el cliente necesitan estar conscientes de sus propias historias religiosas o espirituales, marcos conceptuales y valores. Negocian su realidad social de acuerdo con la creencia compartida en una realidad absoluta espiritual y trabajan para definir las metas de la terapia. El pluralista trae su propio ecosistema de creencias, experiencias y valores en contacto con los del cliente, creando un nuevo sistema. El pluralista puede usar múltiples índices de patología y salud, como los modelos de patología y salud religiosa (Zinnbauer y Pargament, 2000, citados en Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007).

La revisión de estas cuatro aproximaciones ofrece un panorama que permite identificar las diferentes posturas de los clínicos hacia la espiritualidad o a los elementos anclados en la "divinidad", que van desde la negación de las realidades sagradas hasta la integración de estas variables en las intervenciones. Teniendo en cuenta lo anterior es necesario reflexionar acerca de la integración de estos elementos para llevar a cabo estudios terapéuticos integrales.

Reflexiones finales

El consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país representa un serio problema de salud pública y es parte de un proceso global que implica activi-

dades relacionadas con su producción y distribución: la vida social alrededor del consumo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o lo inadecuado de la ingestión, las razones para beber y no hacerlo, el consumo moderado o problemático y la dependencia, las consecuencias sociales derivadas del abuso, la morbi-mortalidad por el alcohol y la percepción de la sociedad civil.

A este proceso complejo se le puede definir como la alcoholización de una sociedad (Tapia Conyer, 2001), suceso que va de lo individual a lo social, por lo que es imposible aislar sus componentes. Los bebedores son la punta del iceberg de la alcoholización sustentada no sólo por los consumidores de baja frecuencia, sino también por toda la sociedad que normaliza el consumo, lo promueve y frecuentemente presiona para que se realice. La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto.

Por estas mismas condiciones es necesario incluir y considerar el lado espiritual y entender el trasfondo cultural que estos elementos tienen, para de esta manera incidir de manera adecuada e integral en la recuperación del alcohólico.

El uso, abuso y dependencia en el consumo de alcohol se encuentra conformado por diferentes aristas. Esta problemática requiere una visión interdisciplinaria, pues a través del tiempo se ha observado que, para que pueda establecerse la recuperación del alcoholismo, es necesario tomar en cuenta todos los elementos que integran el fenómeno, y así, entonces, ser observado desde diferentes ópticas. Los elementos espirituales son una de esas aristas que es necesario considerar para aproximarnos a estos elementos, incluso subjetivos y poco explorados, a fin de dejar de ver al ser humano como algo parcializado y asumirlo en su totalidad.

Existen estudios de corte no médico en los que se critican los métodos generales actuales para resolver el problema de las dependencias, por considerar que no prestan suficiente atención a los elementos de tipo humano, sociológico y antropológico, que son integrantes de la problemática y de la solución (Carolyn y Sargent, 1996).

En el estudio sobre alcoholismo se atribuye gran importancia a la espiritualidad. Algunos investigadores guardan distancia respecto a este concepto; sin embargo, otros coinciden en señalar que ésta y otras variables protegen a los individuos de la adicción, favorecen el proceso de tratamiento y son mediadores de largos periodos de abstinencia.

Sin duda, los acontecimientos dentro de los cuales se ve inmiscuido el ser humano generan problemáticas complejas, y una de éstas es el consumo de alcohol. En él encontramos elementos individuales, familiares, sociales, cultu-

rales e incluso históricos. Considerando lo anterior, resulta necesario acercarse a cada una de estas perspectivas para conocer las diferentes ópticas y, de esta manera, generar una visión que no sólo sume más información, sino que además complementa el entendimiento acerca del consumo de alcohol.

Referencias

- CAROLYN F. SARGENT, T. M. (1996). *Handbook of Medical Anthropology*. Greenwood.
- CASTILLO FUENTES, M. & LEYVA PIÑA, M. (julio-agosto de 2005). "Alcoholismo: del despojo de una herencia cultural a la caricatura del poder". (U. A. Azcapotzalco, Ed.) *El Cotidiano*, 20(132), 64-7.
- ECHVERRÍA SAN VICENTE, L., RUIZ TORRES, G., SALAZAR GARZA, M. L. & TIBURCIO SAINZ, M. A. (2008). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. México: Secretaría de Salud.
- EMBLEM, J. D. (1992). Religion and Spirituality defined according to current use nursing literature. *Journal of Professional Nursing* (8), 41-47.
- Fundación de Investigaciones Sociales, FISAC (1998). *El pulque, la cultura y la salud. Cultura e historia del consumo de alcohol*. 1. México: FISAC.
- GALINDO CÁCERES, J. G. (1999). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Prentice Hall.
- GARCÍA ROSETE, J. (1996). Consumo de drogas, adicciones y ámbitos laborales. *Addictus*, 10, 19-20.
- GUTIÉRREZ REYNAGA, R., ANDRADE-PALOS, P., JIMÉNEZ TAPIA, A. & JUÁREZ GARCÍA, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos. *Salud Mental*, 30 (4), 62-68.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi (2010). *Panorama de las religiones en México*. México: Inegi.
- KAPLAN, H. (1995). *Comprehensive textbook of Psychiatry in Opioid Related Disorders* (Sexta edición). Baltimore: W & W.
- KAPLAN, R., (1995). "Informational issues: A perspective on human needs and inclinations". En G. A. Bradley (Ed.) *Urban forest landscapes: Integrating multidisciplinary perspectives*. Seattle: University of Washington Press.
- KOENIG, H. G. (2008). "Concerns about measuring 'spirituality' in research". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349-355.
- MAURITZEN, J. (1988). "Pastoral care for the dying and bereaved". *Death Studies*, 12(2), 111-122.
- MYTKO, J. & KNIGHT, S. (1999). "Body, mind, and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research". *Psycho-Oncology*, 8(5), 439-450.
- National Institute for Healthcare Research, NIHR (1977). *Final Report, Scientific progress in spiritual research*. Rockville, MD.

- Organización Mundial de la Salud, OMS (1993). *Programme on Substance Abuse: ATLAS report*.
- RIVERA-LEDESMA, A. & MONTERO-LÓPEZ, L. M. (2005). "Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos". *Salud Mental*, 6(28), 51-58.
- RIVERA-LEDESMA, A. & MONTERO-LÓPEZ, M. (2007). "Ejercicio clínico y espiritualidad". *Anales de Psicología*, 23(1), 125-136.
- SÁNCHEZ ESTRADA, M., GONZÁLEZ FORTEZA, C., ROBLES GARCÍA, R. & ANDRADE-PALOS, P. (2012). "Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México". *Psicología Iberoamericana*, 20(2), 41-48.
- SARGENT, C. F. & JOHNSON, T. M. (1996). *Handbook of Medical Anthropology*. Westport, Conn: Greenwood Press.
- SARGENT, C. F. & JOHNSON, T. M. (1998). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Greenwood Press.
- SHARMA, M. (2001). "Religiosity and Substance Abuse: Need for Systematic Research". *Journal of Alcohol & Drug Education*, 50(1), 1-3.
- SOEKEN, K. & CARSON, V. (1987). "Responding to the spiritual needs of the chronically ill". *The Nursing Clinics of North America*, 22(3), 603-611.
- TAPIA CONYER, R. (2001). *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- WASHTON, A. M. (1995). *Psychotherapy and substance abuse. A Practitioners Handbook*. New York: Guilford Press.
- WATTS, E. (2001). "Addressing spiritual issues in secular counseling and psychotherapy: Response to Helminiak's views". *Counseling and Values*, 45(3), 207 -217.
- WULFF, D. M. (1996). *Psychology of religion: Classic and contemporary*. New York: John Wiley & Sons.
- ZABICKY, G. & SOLÍS, L. (2003). "El juramento: maniobra no médica, coadyuvante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial". *Salud Mental* 23(4), 22-27.
- ZINNBAUER, B. & PARGAMENT, K. (2000). "Working with the sacred: four approaches to religious and spiritual issues in counseling". *Journal of Counseling & Development*, 78(2), 162-171.

ESCALA DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y RESISTENCIA A LA PRESIÓN DE PARES ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL



MARIBEL MÉNDEZ LLAMAS*
Centros de Integración Juvenil, A.C.

Resumen

El enfoque de habilidades para la vida (*Life Skills Training*) ha demostrado su eficacia para resistir influencias sociales respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Botvin, 1995; Jones *et al.*, 2007). Fundamentado en la teoría del aprendizaje social, teoría de la conducta problema, comunicación persuasiva, presión del grupo de pares y búsqueda de sensaciones (OMS, 1993; Botvin, 1995), este trabajo tiene el objetivo de describir las características psicométricas de confiabilidad y validez de una escala (piloto) que mide habilidades para la vida y resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol. El muestreo fue no probabilístico y la muestra se compone de 61 adolescentes (31 hombres y 29 mujeres), estudiantes de una secundaria pública de la Ciudad de México, el promedio de edad fue de 15 años. El cuestionario consta de 76 reactivos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, dividido en cuatro subescalas. Las subescalas *Resistencia a la presión de pares al consumo de alcohol* y *Toma de decisiones* obtuvieron los coeficientes de consistencia interna más altos ($\alpha = .828$; $\alpha = .887$), seguidas por las subescalas *Resistencia a la presión de pares ante conductas sexuales de riesgo* y *Asertividad* ($\alpha = .738$; $\alpha = .739$). Las sub-escalas *Reconocimiento y expresión de emociones* y *Manejo del estrés* ($\alpha = .683$; $\alpha = .714$) obtuvieron niveles más bajos de consistencia interna. 58 ítems superaron los análisis estadísticos de discriminación de reactivos, con los cuales se exploró la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio.

* maribel.mendez@cij.gob.mx

Con base en estos resultados se pretende desarrollar un programa de prevención del consumo de alcohol dirigido a estudiantes de secundaria.

Palabras clave: *Prevención, Habilidades para la vida, Alcohol, Adolescentes, Presión de pares.*

Scale of life skills and peer pressure resistance wing to alcohol

Abstract

The Skills for Life demonstrate effective in teaching skills to resist social influences to consume alcohol, tobacco and other drugs (Botvin, 1995; Jones et al., 2007). Based on the Social Learning Theory, Problem Behavior Theory, persuasive communications, peer pressure and sensation seeking (OMS, 1993; Botvin, 1995), this paper aims to describe the psychometric characteristic of reliability and validity of a scale (pilot) measuring life skills and resistance to peer pressure to alcohol. The sampling was composed of a non-probabilistic sample made up 61 adolescents, 31 men and 29 women, students from a public high school at Mexico City, which average age was 15 years. The questionnaire consists of 76 items, Likert response options, divided into four sub-scales. *Resistance to peer pressure to alcohol* and *Decision making* obtained the highest coefficients internal consistency ($\alpha = .828$; $\alpha = .887$), followed by the subscales: *Resistance to peer pressure behavior sexual risk* and *Assertiveness* ($\alpha = .738$; $\alpha = .739$). The subscales *Recognition and expression of emotions* and *Stress management* ($\alpha = .683$; $\alpha = .714$) which obtained the lowest levels of internal consistency. 58 items exceed the statistical analysis of discrimination, with which construct validity was explored using an exploratory factor analysis. Based on these results, we intend to develop a prevention program of alcohol, aimed at high school students.

Keywords: *Prevention, Life skills, Alcohol, Teenagers, Peer pressure*

Introducción

Las *habilidades para la vida* son aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud, cuya función esencial es permitir que la persona enfrente de manera efectiva las demandas y desafíos de la vida diaria

mediante comportamientos positivos y adaptativos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) categoriza las habilidades para la vida en tres áreas: sociales, cognitivas y para el manejo de emociones (OPS, 2001).

En la prevención del consumo de drogas, Botvin (1995) define el entrenamiento de habilidades para la vida como aquel que enseña a adolescentes habilidades para resistir las influencias sociales para consumir drogas, así como habilidades generales de automanejo e interpersonales (1995: 333).

La habilidad de *resistencia a la presión de pares* se define como la resistencia del joven ante la expresión abierta de conductas que incitan al consumo, como burlas, peticiones o acciones manifiestas realizadas por los pares (Donalson, Graham, Piccinin & Hanser, 1995; citados en Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez & López, 2009).

Esta habilidad hace referencia tanto a la presión de amigos como a la de la pareja, en la que se considera la importante influencia que representa esta figura en la adolescencia (Andrade *et al.*, 2009). En el campo de la prevención del consumo de drogas existe evidencia de que la habilidad para resistir la presión de pares, aunada a otras habilidades sociales, como la comunicación asertiva, negociación, toma de decisiones y solución de conflictos, ayudan a retrasar el consumo de drogas en adolescentes (Botvin, 1995; Botvin & Griffin, 2010; Spaeth, Weichold & Silbereisen, 2010).

En México se han realizado diversos estudios con estudiantes de nivel medio y medio superior que evalúan la relación entre las habilidades para la vida y consumo de drogas (Andrade *et al.*, 2009; Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez & Montes de Oca, 2010; Sánchez-Xicoténcatl, Andrade, Betancourt & Vital, 2013). Los hallazgos indican diferencias significativas en las habilidades para la vida que reportan adolescentes no consumidores de tabaco y alcohol y adolescentes consumidores de estas sustancias. Quienes no fuman ni beben alcohol presentan puntuaciones más altas en habilidades de planeación del futuro, autocontrol, manejo del enojo y solución de problemas; por tanto, se consideran como habilidades protectoras del consumo de drogas durante la adolescencia (Alfaro *et al.*, 2010).

La resistencia a la presión de pares es una de las habilidades más relacionadas con el consumo de drogas durante la adolescencia. Andrade *et al.* (2009) desarrollaron y validaron un instrumento que mide la resistencia a la presión; encontraron mayores puntajes de esta habilidad en estudiantes no consumidores de alcohol y tabaco, a diferencia de estudiantes que reportaron consumo de estas sustancias en el último mes. Además, mediante un análisis identificaron

tres factores: aceptación de la presión de amigos, aceptación de la presión de pareja y resistencia a la presión de amigos o de la pareja.

Los estudios anteriores indican que el fortalecimiento de habilidades cognitivas (planeación del futuro, autocontrol y solución de conflictos), emocionales (expresión de emociones y manejo del enojo) y sociales (asertividad relacionada con la resistencia a la presión de pares) debe incorporarse en los programas de prevención del consumo de drogas, de manera que la promoción de estas habilidades durante la adolescencia permita respuestas más efectivas y comportamientos adaptativos ante los riesgos inherentes en esta etapa de vida.

Al respecto, se busca diseñar y pilotear una escala que mida habilidades para la vida y resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol. Para la construcción de esta escala se consideraron los trabajos precedentes, en los que las habilidades para la vida y la resistencia a la presión de pares reportadas por adolescentes se diferencian entre quienes no consumen y consumen alcohol y tabaco (Andrade *et al.*, 2009; Alfaro *et al.*, 2010; Sánchez-Xicoténcatl *et al.*, 2013). Para la construcción de esta escala se consideraron las siguientes habilidades para la vida:

a) Toma de decisiones

Facilita manejar de manera constructiva las decisiones respecto a la vida propia y la de los demás. Esto puede tener consecuencias para la salud y el bienestar, si se toman decisiones en forma activa acerca de los estilos de vida, evaluación de opciones y consecuencias que podrían tener (OMS, 1993).

También se considera como la habilidad para reflexionar cuidadosamente sobre lo que se hará ante una situación nueva, sopesando las ventajas y desventajas y proyectando posibles resultados. Existen factores condicionantes, como la influencia de otras personas, el manejo de información y las experiencias personales previas, como el nivel educativo, los valores en los que se afirma el adolescente y su personalidad (Pick, 1998).

b) Asertividad

Pick (1998) define la asertividad como la capacidad para defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara en un momento oportuno. En otras palabras, significa hacer frente a las presiones, a los riesgos y la defensa de las opciones.

Lazarus (1973) considera cuatro dimensiones para el entrenamiento de la asertividad (Caballo, 1983): 1) capacidad para decir "No", 2) capacidad para

pedir favores o hacer peticiones, 3) capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos y 4) capacidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.

c) Manejo de emociones

Involucra el reconocimiento de emociones en la propia persona y en los demás, siendo conscientes de cómo las emociones influyen en el comportamiento, además de la capacidad para responder a las emociones de manera apropiada (OMS, 1993).

d) Manejo del estrés

Facilita el reconocimiento de fuentes de estrés y sus efectos en la vida; implica el desarrollo de mayor capacidad para responder a ellas y controlar el grado de estrés; realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés, por ejemplo, haciendo cambios al entorno físico o en el estilo de vida y aprender a relajarse de tal manera que las tensiones creadas por el estrés inevitable no generen problemas de salud (OMS, 1993).

El enfoque de habilidades para la vida (*Life Skills Training*) ha demostrado su eficacia para resistir influencias sociales respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Botvin, 1995; Jones, James, Jefferson *et al.*, 2007). Este enfoque se fundamenta en la teoría del aprendizaje social, teoría de la conducta problema, las comunicaciones persuasivas, grupos de iguales y búsqueda de sensaciones (OMS, 1993; Botvin, 1995).

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 61 estudiantes de tercer grado de secundaria. El cuestionario se aplicó en dos grupos, el primero en una escuela pública y el segundo en una privada; ambas en la misma zona geográfica de la Ciudad de México. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, 31 hombres (50.8%), 29 mujeres (47.5%) y uno no contestó. El promedio de edad fue de 14.7 años ($DE = .65$), con un rango de 14 a 17 años. De los participantes, 10 adolescentes refirieron estudio y trabajo como principal ocupación (16.4%).

Instrumento

Escala de Habilidades para la Vida y Resistencia a la Presión ante el Consumo de Alcohol (HVRPP) desarrollada en este trabajo. Mide habilidades para la vida, que han demostrado resultados favorables para la prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo, como toma de decisiones, asertividad, expresión y reconocimiento de emociones y manejo del estrés, así como habilidades para resistir la presión de pares ante el consumo de alcohol.

Para la delimitación conceptual de los constructos a evaluar se realizó una revisión teórica y conceptual de éstos, así como de algunos instrumentos con temas relacionados, a fin de contar con una definición teórica que incluya elementos o manifestaciones operativas y, en caso necesario, especificar sus dimensiones.

La redacción de los ítems se realizó a partir de la revisión de instrumentos afines al tema de estudio (Escobar, Blanca, Fernández-Baena & Trianes, 2011; Sánchez-Xicotécatl *et al.*, 2013; Andrade *et al.*, 2009) y, considerando las características de la población objetivo, se redactaron los reactivos (al menos diez por cada sub-escala) y las opciones de respuesta.

El cuestionario se conforma de 76 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (Siempre, Muchas veces, Pocas veces y Nunca), dividido en cuatro sub-escalas:

A) Resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol.

B) Resistencia a la presión de pares ante conductas sexuales de riesgo y no deseadas.

C) Habilidades para la vida: toma de decisiones, asertividad, expresión y reconocimiento de emociones y manejo del estrés.

Los reactivos de la sección "A" se basan en la *Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol* (Sánchez-Xicotécatl *et al.*, 2013) y la escala de *Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes* (Andrade *et al.*, 2009).

Procedimiento

- Se contactó a dos escuelas secundarias, ambas en la misma zona geográfica de la Ciudad de México.
- Se acordó la aplicación de cuestionarios a estudiantes del último grado escolar.
- Se realizó con dos grupos, el primero conformado por 28 estudiantes de una escuela pública y el segundo grupo integrado por 33 estudiantes de una escuela privada.

- Al final de la aplicación se solicitó a los estudiantes que señalaran los reactivos confusos y, si era el caso, hacer las observaciones o comentarios correspondientes.

Consideraciones éticas

Se garantizó a los participantes el anonimato de sus respuestas y, posterior a la aplicación, se ofreció la impartición de una actividad preventiva con el objetivo de proporcionar información en torno a los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas.

Resultados

Análisis de discriminación de reactivos

Se realizaron tres tipos de análisis estadísticos para determinar las características psicométricas de los reactivos; los procedimientos estadísticos se llevaron a cabo de manera independiente con cada una de las subescalas. A partir del método de *Análisis de frecuencias*, 76 reactivos se sometieron a este procedimiento y en ningún caso presentaron carga de 90% en una respuesta.

Mediante la *Correlación ítem-total* se obtuvo el coeficiente α de Cronbach, y de 76 reactivos, 58 superaron este análisis. A fin de aumentar la consistencia interna se consideraron correlaciones ítem total superiores a .20 y .30 (tabla 1).

Tabla 1
Análisis de discriminación de reactivos mediante correlación ítem-total

Subescala	No. Reactivos	α
Resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol	11	.84
Resistencia a la presión de pares ante prácticas sexuales de riesgo	10	.76
Toma de decisiones	12	.85
Asertividad	7	.76
Reconocimiento y expresión de emociones	8	.59
Manejo del estrés	10	.76

Otro de los métodos empleados fue la *Contrastación de grupos*, a partir de la prueba de hipótesis de comparación de medias con la prueba *t* de Student (Grupo 1: 25% con puntuaciones menores y Grupo 2: 25% con puntuaciones mayores).

De los 76 reactivos de la versión inicial, 58 superaron los tres procedimientos de análisis estadístico de discriminación de reactivos.

Fiabilidad y validez

A partir de los 58 ítems que superaron el análisis de discriminación de reactivos se exploró la validez de constructo del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio.* Este procedimiento permite probar la agrupación empírica de los ítems (por cada subescala), según lo previsto en la revisión teórica.

Se realizó un análisis factorial exploratorio de *componentes principales* con rotación *varimax*, también se comprobó la relación entre los ítems con las pruebas de esfericidad de Bartlett e índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol, el índice KMO (.726) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 232.3$; $p = .000$) sugirieron continuar con el análisis factorial. El análisis de componentes principales mostró la agrupación de dos factores con un valor superior a 1. El primer factor explica 44.4% de la varianza, agrupa 7 ítems en torno a *Aceptación de la presión de pares*, y el segundo explica 14.6% de la varianza y agrupa 4 ítems sobre *Resistencia a la presión de pares* (tabla 2).

Resistencia a la presión de pares ante prácticas sexuales de riesgo, el índice KMO (.730) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 199.5$; $p = .000$) sugirieron continuar con el análisis factorial. El análisis de componentes principales mostró la agrupación de tres factores con un valor superior a 1. El primer factor explica 36.8% de la varianza, agrupa 4 ítems *Aceptación de la presión por burlas*; el segundo explica 13.7% de la varianza, agrupa 3 ítems sobre *Aceptación de la presión por pertenencia al grupo*; y el tercer factor explica 13.6% de la varianza, agrupa 3 ítems *Resistencia a la presión de pares* (tabla 3).

* El análisis factorial exploratorio se realiza con un número de ítems superior a 20 y con muestras de participantes de al menos 300. Para este documento sólo se llevó a cabo un ejercicio con objetivos didácticos, puesto que el número de reactivos por subescala es menor, así como la muestra de participantes.

Tabla 2
Matriz de componentes rotados para la subescala
Resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol

No.	Ítems	F1	F2
6	Si mis amigos me invitaran a beber alcohol, aceptaría aunque a mí no me gustara beber	0.75	
10	He bebido alcohol sólo por insistencia de alguien	0.733	
2	Si en una fiesta todos estuvieran bebiendo alcohol, me sentiría presionado a beberlo	0.701	
8	En una fiesta bebería refresco aunque la mayoría estuviera tomando alcohol	0.676	0.453
3	Si tus amigos estuvieran bebiendo alcohol, beberías con ellos aunque no quisieras	0.649	
4	Me emborracharía si mis amigos acostumbraran emborracharse	0.635	0.465
9	Puedo rechazar una bebida alcohólica cuando no quiero beber	0.479	0.422
1	En las fiestas o reuniones con mis amigos(as) me niego a beber alcohol, cuando no quiero hacerlo		0.809
11	Cuando mis amigos compiten para ver quién bebe más, yo me niego a participar aunque se burlen de mí		0.76
7	Si mi mejor amigo(a) me pidiera que nos emborracháramos y yo no quiero, le diría que "No"		0.684
5	Cuando mis amigos(as) me presionan para beber alcohol, les digo que no insistan		0.616

Toma de decisiones, $KMO = .804$, el índice KMO (.804) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 299.4$; $p = .000$) sugirieron continuar con el análisis factorial. El análisis de componentes principales mostró la agrupación de dos factores con un valor superior a 1. El primer factor explica 40.7% de la varianza, agrupa 8 ítems que corresponden al *Proceso cognitivo para tomar decisiones*, y el segundo explica 18.4% de la varianza, agrupa 4 ítems sobre *Impulsividad y pasividad en la toma de decisiones* (tabla 4).

Tabla 3
Matriz de componentes rotados para la subescala
Resistencia a la presión de pares ante prácticas sexuales de riesgo

No.	Ítems	F1	F2	F3
12	Si mi novio(a) me insistiera en tener relaciones sexuales, y yo no quisiera, aceptaría para no perderlo(a)	0.808		
17	Tendría sexo sólo por quedar bien con mis amigos	0.805		
16	Aceptaría tener sexo para evitar burlas de mis amigos	0.619	0.549	
13	Quiero esperar más tiempo para tener relaciones sexuales, pero acepto para evitar las burlas de los demás	0.587		
21	Tendría relaciones sexuales sólo para no ser la única persona "virgen" del grupo		0.852	
20	Tendría relaciones sexuales para no sentirme excluido(a) del grupo		0.795	
22	Mis amigos me presionan para que tenga sexo con alguien		0.526	0.489
15	Si mi mejor amigo(a) cree que debo tener relaciones sexuales, yo le contesto que es mi decisión			0.769
14	No aceptaría tener relaciones sexuales sin condón aunque me insistieran			0.700
18	Si no me sintiera preparado(a) para tener sexo, no aceptaría aunque me insistieran	0.515	0.406	0.545

Asertividad, el índice *KMO* (.728) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 107.88.4$; $p = .000$) sugirieron continuar con el análisis factorial. El análisis de componentes principales mostró la agrupación de dos factores con un valor superior a 1. El primer factor explica 43.2% de la varianza, agrupa 5 ítems *Expresión de necesidades e ideas*, y el segundo explica 16.4% de la varianza *Protección y defensa*, sin embargo sólo se constituye por dos ítems (tabla 5).

Tabla 4
Matriz de componentes rotados para la subescala *Toma de decisiones*

No.	Ítems	F1	F2
27	Pienso en las ventajas y desventajas antes de decidir algo	0.862	
32	Si me enfrento a una decisión importante, busco alternativas	0.812	
31	Considero muchas opciones antes de decidirme por alguna	0.78	
37	Pienso en el futuro antes de tomar una decisión	0.743	0.448
34	Cuando debo decidir algo, tomo el tiempo necesario para elegir la mejor alternativa	0.737	
25	Antes de decidir, considero las consecuencias	0.694	
23	Cuando tomo una decisión importante, pongo en una balanza lo que está a favor y en contra	0.677	
45	Cuando tomo una decisión: busco, evalúo y elijo la mejor opción	0.662	
41	Cuando me emociono, me apresuro a tomar decisiones		0.846
28	Cuando no sé qué hacer, dejo que los demás decidan por mí		0.789
39	Si no sé qué elegir, dejo que el tiempo lo resuelva		0.717
36	Me gusta decidir rápido y sin pensar		0.522

Reconocimiento y expresión de emociones, el índice *KMO* (.612) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 89.667$; $p = .000$) sugirieron continuar con el análisis factorial. El análisis de componentes principales mostró la agrupación de dos factores con un valor superior a 1. El primer factor explica 28.7% de la varianza, agrupa 5 ítems *Reconocimiento y expresión de emociones*, y el segundo explica 23.99% de la varianza, agrupa 3 ítems sobre *Dificultad para reconocer y expresar emociones* (tabla 6).

Tabla 5
Matriz de componentes rotados para la subescala *Asertividad*

No.	Ítems	F1	F2
26	Cuando necesito ayuda, soy capaz de pedir un favor	0.678	
60	Cuando estoy en un lugar nuevo, fácilmente hablo con la gente	0.663	
57	Comparto mis ideas y opiniones	0.652	0.545
40	Soy capaz de decir "No" cuando alguien me pide que haga cosas que no me gustan	0.634	
54	Si necesito ayuda, hablo con quien pueda ayudarme	0.613	0.518
55	Si alguien me dice cosas hirientes, no lo permito		0.877
58	Si algo no me gusta, soy capaz de decirlo a la persona indicada		0.793

Tabla 6
Matriz de componentes rotados para la subescala
Reconocimiento y expresión de emociones

No.	Ítems	F1	F2
63	Soy capaz de reconocer las emociones de otras personas	0.77	
71	Comparto las cosas que me hacen sentir alegre	0.703	
64	Cuando estoy triste, puedo decirlo	0.697	
61	Reconozco cuando estoy enojado (a)	0.627	
66	Me es fácil reconocer cuando alguien está triste	0.538	
70	Doy poca importancia a mis emociones		0.837
68	Se me dificulta expresar con palabras lo que siento		0.826
69	Si estoy triste, me aíso y no hablo con nadie		0.665

Tabla 7
Matriz de componentes rotados para la subescala *Manejo de estrés*

No.	Ítems	F1	F2	F3
47	Si peleo con mi mejor amigo(a), me duele el estómago	0.754		
65	Me "hormiguea el cuerpo" cuando presento un examen importante	0.752		
59	Tartamudeo cuando hablo en público	0.648		
24	Cuando quiero dar una buena impresión, los "nervios" me traicionan y no puedo manejar la situación	0.627		0.419
43	Sudo en exceso cuando estoy con gente nueva	0.534		
33	Cuando me siento estresado(a), hago cosas que dañan mi salud (fumar, beber alcohol, comer en exceso, etc.)		0.832	
51	No logro concentrarme cuando hago una tarea importante		0.692	
62	Cuando tengo mucha tarea, quiero hacer todo a la vez y no termino nada		0.548	0.447
76	Si tengo problemas en mi casa me "pongo de malas" todo el día			0.861
49	Dejo para después las cosas importantes		0.504	0.684

Manejo del estrés, el índice *KMO* (.663) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 128.082$; $p = .000$) sugirieron continuar con el análisis factorial. El análisis de componentes principales mostró la agrupación de tres factores con un valor superior a 1. El primer factor explica 32.6% de la varianza y agrupa 5 ítems *Respuestas fisiológicas*, el segundo factor explica 16.2% de la varianza, agrupa 3 ítems *Dificultad para concentrarse*, y el tercer factor sólo agrupa dos ítems y explica el 10.7% de la varianza (tabla 7).

La fiabilidad del instrumento se obtuvo mediante el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach. Se realizó este análisis a partir de los ítems agrupados mediante el análisis factorial exploratorio en cada una de las subescalas (tabla 8).

Tabla 8
 Fiabilidad del instrumento: Coeficiente de consistencia interna α de Cronbach

Subescala	Factor	α
Resistencia a la presión de pares ante el consumo de alcohol	Aceptación de la presión de pares	.828
	Resistencia de la presión de pares	.699
Resistencia a la presión de pares ante prácticas sexuales de riesgo	Aceptación de la presión por burlas	.738
	Aceptación de la presión por pertenencia al grupo	.786
	Resistencia a la presión de pares	.406
Toma de decisiones	Proceso cognitivo para tomar decisiones	.887
	Impulsividad y pasividad	.674
Asertividad	Expresión de necesidades e ideas	.739
	Protección y defensa	.657
Reconocimiento y expresión de emociones	Reconocimiento y expresión de emociones	.686
	Dificultad para reconocer y expresar emociones	.673
Manejo del estrés	Respuestas fisiológicas	.714
	Dificultad para concentrarse	.581

Discusión y conclusiones

La *Escala de Habilidades para la Vida y Resistencia a la Presión de Pares* obtuvo resultados favorables en la fiabilidad y validez del constructo; dadas las características del constructo que se pretendió medir, se analizaron sus características psicométricas por subescala.

Las subescalas que obtuvieron mayor fiabilidad en la medición del constructo son *Resistencia a la presión de pares* y *Toma de decisiones* ($\alpha = .828$; $\alpha = .887$); se observa que los reactivos que las componen discriminan con precisión las diferencias entre los participantes y, a su vez, discriminan de manera conjunta el constructo que se pretende medir, en este caso, la habilidad para resistir a la presión de pares ante el consumo de alcohol y tomar decisiones de acuerdo con una serie de pasos que componen un proceso cognitivo. Esto último se observa en el análisis factorial, que agrupa definida y claramente los ítems en positivos y negativos de estos constructos.

En este estudio se incluyó la influencia de la presión de pares en la intención de prácticas sexuales, donde a partir del análisis factorial se agruparon tres factores relacionados con la aceptación de la presión asociada con la evitación de burlas, pertenencia al grupo y la resistencia a la presión. Al igual que en otros estudios, destaca la influencia de las amistades y pareja en la aceptación de la presión y toma de decisiones (Andrade *et al.*, 2009; Sánchez-Xicoténcatl *et al.*, 2013).

Al respecto, es necesario profundizar en el análisis de estas habilidades para la vida y resistencia a la presión, mediante la comparación por sexo e incluso su asociación con niveles de consumo de alcohol. En los estudios señalados se encontraron mayores puntajes de habilidades en adolescentes no consumidores en comparación con quienes consumen tabaco y alcohol.

El presente instrumento es un primer acercamiento a la medición de habilidades para la vida en la prevención del consumo de alcohol en jóvenes, particularmente relacionadas con la intervención preventiva denominada "Jóvenes en acción para la prevención". Esta intervención incluye contenidos relacionados con comportamientos de riesgos asociados al consumo de alcohol, prácticas sexuales, conducción de vehículos de motor y violencia en el noviazgo. Por tanto, habilidades como la toma de decisiones y la asertividad relacionada con la resistencia a la presión de pares son la base de comportamientos protectores ante riesgos inherentes en esta etapa de vida.

De esta forma, los resultados obtenidos constituyen un cimiento para el desarrollo de la intervención preventiva antes mencionada, además un instrumento que evalúe con mayor precisión los resultados de ésta.

Referencias

- ALFARO, L.; SÁNCHEZ, M. E.; ANDRADE, P.; PÉREZ, C. & MONTES DE OCA, A. (2010). "Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes". *Revista Española de Drogadependencias*, 35, 1, 67-77.
- ANDRADE, P.; PÉREZ, C.; ALFARO, L.; SÁNCHEZ, M. & LÓPEZ, A. (2009). "Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes". *Adicciones*, 21, 3, 243-250.
- BOTVIN, G. J. (1995). "Entrenamiento en Habilidades para la vida y Prevención del consumo de drogas en Adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos". *Psicología conductual*, 3(3), 333-356.
- BOTVIN, G. & GRIFFIN, K. (2010). "Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents". *Child Adolescent Psychiatry Clinic*, 19, 3, 505-526.
- CABALLO, V. (1983). "Asertividad. Definiciones y dimensiones". *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.

- CARRETERO-DIOS, H. & PÉREZ, C. (2005). "Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales". *Int J Clin Health Psychol*, 5, 3, 521-551.
- ESCOBAR, M.; BLANCA, M.; FERNÁNDEZ-BAENA, F. J. & TRIANES, M. V. (2011). "Adaptación española de la Escala de Manifestaciones de Estrés del Student Stress Inventory (SSI-SM)". *Psicothema*, 23, 3. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925021>
- ECHVERRÍA SAN VICENTE, L., RUIZ TORRES, G. & TIBURCIO SAINZ, M. (2008). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106313&fecha=21/08/2009
- JONES, L., JAMES, M., JEFFERSON, T., LUSHEY, C., MORLEO, M., STOKES, E., SUMNALL, H., WITTY, K. & BELLIS, M. (2007). *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. Final report*. Liverpool: Centre for Public Health.
- LAZARUS, A. A. (1973) On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1993). *Skills for Health: Skill-based health*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2001). *Enfoque de Habilidades para la Vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, D. C.: OPS.
- PICK, S. (1998). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes. Manual para el instructor*. 7ª ed. México: Planeta.
- SÁNCHEZ-XICOTÉNCATL, C., ANDRADE, P., BETANCOURT, D. & VITAL, G. (2013). Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*, 3, 1, 917-929.
- SPAETH, M., WEICHOLD, K. & SILBEREISEN, K. (2010). Examining the differential effectiveness of a life skills program (IPSY) on alcohol use trajectories in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 3, 334-348.

SÍNTESIS



Si bien es cierto que el consumo de drogas en México aún no alcanza las dimensiones que presenta en otros países, la evolución que ha mostrado este fenómeno en nuestro país desde finales del siglo pasado, invita a fortalecer las acciones de educación e investigación en esta materia así como a promover una adecuada articulación entre la investigación y la acción que se traduzca en la implementación de tareas preventivas, de atención curativa y de reinserción social, eficaces y sensibles para la comunidad.

A través de la Cátedra en Adicciones "Jesús Kumate Rodríguez", la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac, el Centro Anáhuac de Investigación en Psicología (CAIP), la Facultad de Ciencias de la Salud, el Instituto de Salud Pública Anáhuac (ISPA), los Centros de Integración Juvenil, A.C. y la Secretaría de Salud del Estado de México, bajo el patrocinio del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA) responden a las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) en un esfuerzo por alcanzar la meta de "salud para todos", la cual contempla, entre otros objetivos, la atención a la población mediante programas de prevención y tratamiento, la identificación de signos de riesgo para prevenir y controlar enfermedades y el desarrollo de tecnología para unidades de servicios de salud y específicamente se responde a las recomendaciones emitidas por las Naciones Unidas en apoyar a los gobiernos en el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la reducción de la demanda de drogas.

La cátedra comprende la formación de profesionales de la salud por medio de un diplomado así como de un programa de Maestría en Ciencias de la Salud, con especialidad en adicciones y un Doctorado en Investigación Interdisciplinaria. Cabe destacar que uno de los logros más importantes de la Cátedra es que eleva a nivel de Facultad la antigua Escuela de Psicología, con la apertura del Doctorado en Investigación Interdisciplinaria. Incluye también el desarrollo de diversas líneas de investigación en adicciones y la realización de múltiples acciones de prevención y tratamiento en comunidades del Estado de México. Contempla además la participación en foros y eventos de difusión y la publicación de investigaciones en medios científicos especializados.

Objetivo de la cátedra

La cátedra en adicciones *Jesús Kumate Rodríguez* tiene como objetivo lograr, de manera articulada, el estudio de los elementos que subyacen al consumo de drogas, particularmente de los factores de riesgo identificables en la población del Estado de México, así como de las condiciones contextuales en las que tiene lugar el surgimiento de conductas adictivas, con la finalidad de generar información que apoye el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento específicas y culturalmente sensibles para la población de la entidad. Asimismo, busca capacitar a profesionales del campo de la salud a través de diversos programas de posgrado y diplomados dirigidos a fomentar sus capacidades y conocimientos para la investigación y la atención del problema de las adicciones, todo lo anterior, en un esquema donde la formación académica y la investigación se nutran mutuamente y se traduzcan en el desarrollo y evaluación de programas de intervención eficaces.

Actividades de la cátedra

Investigación	Investigación Psicosocial y/o clínica	CAIP-ISPA	Factores asociados al consumo de tabaco Factores asociados al consumo de alcohol Factores asociados al consumo de drogas Factores asociados con violencia intrafamiliar
		CIJ	Conducta delictiva y adicciones Prácticas sexuales de riesgo y adicciones
	Investigación Diagnóstica	CIJ	Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO) (CIJ) en los municipios de: <ul style="list-style-type: none"> • Naucalpan (2014) • Toluca (2014) • Tlalnepantla (2014) • Nezahualcóyotl (2014) • Ecatepec (2014) • Valle de Bravo (2015) • Huixquilucan (2016)
		CAIP-ISPA	Diagnóstico de salud Integral en 6 comunidades del Estado de México: <ul style="list-style-type: none"> • Atlauta • Amecameca • Chalco • Huixquilucan • Lerma • Ozumba
Investigación evaluativa	ISPA-CAIP CIJ	Desarrollo y evaluación de estrategias de intervención preventiva y de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados de un programa de tratamiento hospitalario. Estudio longitudinal (CIJ) • Evaluación de estrategia y modelos de intervención en municipios del Estado de México (ISPA) 	

Formación de recursos humanos	CIJ	Diplomado en Terapia Familiar Multidimensional para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar
	Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac	Maestría en Ciencias de la Salud
	Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac	Doctorado en Investigación interdisciplinaria
Intervención en actividades de Prevención y Tratamiento	CIJ-IMCA-CENADIC- ISPA	<p>Actividades de prevención (universal y/o selectiva) y de tratamiento en seis municipios del Estado de México:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toluca • Tlalnepantla • Naucalpan • Nezahualcóyotl • Ecatepec • Chalco <p>Campañas y Brigadas de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campaña de vacunación y educación contra las adicciones a personal académico de la Universidad Anáhuac. Enero-febrero de 2014 • Seminario de Servicio Social con temas contra las adicciones que afectan la salud pública. Febrero 2014. • Campaña de educación contra las adicciones y de vacunación contra la influenza para el personal académico y administrativo del Instituto Irlandés masculino. Febrero 2014. • Participación en la Semana Nacional de Salud, en la colonia Narvarte, D.F. Febrero 2014. • Acción social comunitaria en beneficio de estudiantes de Nepantla, Estado de México. Marzo 2014. • Acción social comunitaria en sistema de transporte colectivo, Ciudad de México. Marzo 2014. • Campaña de vacunación y promoción contra el tabaquismo en la Universidad Anáhuac. Marzo 2014. • Brigada de salud y contra las adicciones municipios de Atlautla y Amecameca del Estado de México. Marzo 2014. • Instalación de la Unidad médica y contra adicciones en Popo Park y Las Delicias, Municipio de Atlautla, Estado de México. • Mega brigada de la salud y contra las adicciones en Amecameca, Atlautla, Ozumba y Tepetlixpa, Estado de México. Abril, 2014

Actividades de difusión	<p>Presentación en congresos nacionales e internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Congreso Internacional de CIJ</i>, presentación de 9 investigaciones en el Cancún, México. Diciembre 2013 • <i>International Association for Cross Cultural y Psychology</i>, Ponencia: Domestic violence and substance use in male and female adolescents. Reims, Francia. Julio 2014. • <i>American Psychology Association 2014</i>. Annual convention, Ponencia: Substance consumption and domestic violence in Mexican adolescents. Washington, D.C. Agosto 2014. • <i>The 14th European Congress of Psychology</i>, Ponencia: Domestic violence in users and nonusers of illegal drugs. Julio de 2015 Milán Italia. Università degli Studi di Milano-Bicocca • <i>XIII Congreso Mexicano de Psicología</i>, Sociedad Mexicana de Psicología. Ponencia: Consumo de sustancias y violencia intrafamiliar en hombres y mujeres adolescentes. Octubre de 2015 Cancún, México • <i>XI Simposio Anáhuac de Investigación, Prioridades Nacionales e Investigación</i>, Carteles: Panorama del consumo de sustancias en un sector poblacional del Estado de México y Escala de espiritualidad en consumidores de alcohol. México, noviembre 2015.
	<p>Participación y organización de eventos científicos y de debate sobre temas de actualidad en adicciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista radio Anáhuac 1670 AM, sobre los riesgos de la legalización de la marihuana. • Foros sobre las repercusiones de la legalización de la marihuana. Marzo 2014
	<p>Publicaciones en medios científicos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados de un programa de tratamiento hospitalario. Artículo concluido para su envío a dictamen a la Revista Panamericana de Salud.

Productos Científicos de Investigaciones del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología CAIP

TÍTULO	AUTORES	PRODUCTO	FECHA
Identificación, capacitación, intervención y prevención de sustancias adictivas: Violencia. <i>International Association for Cross Cultural Psychology</i> , Reims, France, 15-19 julio de 2014. Ponencia: <i>Domestic violence and substance use in male and female adolescents</i> .	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González G.	Ponencia. Congreso Francia	Julio 2014

TITULO	AUTORES	PRODUCTO	FECHA
Identificación, capacitación, intervención y prevención de sustancias adictivas: Alcohol. <i>Estudio sobre alcoholismo y tabaquismo en zonas marginadas del Estado de México.</i>	Patricia Martínez Lanz, Arnulfo L'Gámiz Matuk, Renata Scalabrini Reis.	Informe Técnico	Diciembre 2013
Prevalencia y factores de riesgo de alcoholismo en adolescentes y adultos en poblaciones de escasos recursos del Estado de México en el 2013.	Arturo Torices Dardón, Arnulfo L'Gámiz, Patricia Martínez Lanz.	Informe Técnico	Diciembre 2013
Identificación, capacitación, intervención y prevención de sustancias adictivas: Tabaco.	Arnulfo L'Gámiz Matuk, Renata Scalabrini Reis, Patricia Martínez Lanz.	Informe Técnico	Diciembre 2013
Identificación, capacitación, intervención y prevención de sustancias adictivas: Drogas.	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González G.	Informe Técnico	Diciembre 2013
Identificación, capacitación, intervención y prevención de sustancias adictivas: Drogas. <i>Prevalencia y factores de riesgo asociados al consumo de drogas ilícitas en la población adolescente y adulta de Atlautla, Estado de México.</i>	Stephanie Lizmi Romano, Patricia Martínez Lanz.	Tesis de Maestría	Julio 2014
Estudio diagnóstico del consumo de drogas y su contexto en siete municipios del Estado de México. <i>Substance consumption and domestic violence in mexican adolescents.</i>	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González G., Arnulfo L'Gamiz, Arturo Torices, Stephanie Lizmi Gonzalo Cancino, Jaime Acosta.	Ponencia Congreso APA	Agosto 2014
Prevalencia de violencia intrafamiliar en zonas de escasos recursos del Estado de México en 2014	Arnulfo L'Gámiz Matuk, Jaime Acosta Mantecón, María José López Cruz, Patricia Martínez Lanz.	Cartel X Simposio Anáhuac de Investigación	Septiembre 2014
Domestic violence, alcohol and illegal drugs in mexican youth. Martínez Lanz, P., González-González, A., Betancourt Ocampo, D., (2014) Journal of health science ISSN2328-7136 DOI:10.17265/2328-7136/2014.10.002	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González-González, Diana Betancourt Ocampo.	Artículo publicado en Revista científica	Septiembre 2014

TÍTULO	AUTORES	PRODUCTO	FECHA
Prevalencia de consumo de sustancias adictivas en el Estado de México. Revista Psicología Iberoamericana	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González-González, Diana Betancourt Ocampo, Patricia Hernández V.	Artículo en proceso de arbitraje	Enero 2015
Estudio diagnóstico del consumo de drogas y su contexto en siete municipios del Estado de México.	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González G., Diana Betancourt Ocampo.	Congreso Internacional CIJ	Noviembre 2014
Domestic violence in users and nonusers of illegal drugs.	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González-González, Diana Betancourt Ocampo.	Ponencia en Congreso Europeo de Psicología	Julio de 2015, Milán Italia
Consumo de sustancias y violencia intrafamiliar en hombres y mujeres adolescentes.	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González-González, Diana Betancourt Ocampo.	XIII Congreso Mexicano de Psicología	Octubre 2015
Carteles: • Panorama del consumo de sustancias en un sector poblacional del Estado de México. • Escala de espiritualidad en consumidores de alcohol.	Patricia Martínez Lanz, Cecilia Ojeda.	XI Simposio Anáhuac de Investigación	Noviembre 2015
Volumen especial del <i>Psicólogo Anáhuac</i> . Productos de investigación de la Cátedra de Adicciones Jesús Kumate.	Patricia Martínez Lanz, Alejandro González-González, Diana Betancourt Ocampo, Patricia Hernández V.	En prensa	Enero 2016

INDICACIONES A LOS AUTORES



La revista *El Psicólogo Anáhuac* invita a alumnos, maestros y profesionistas de la Psicología y ciencias afines a colaborar en las publicaciones semestrales de ésta.

Los trabajos serán sometidos a dictamen por el Comité Editorial de la Revista y aquellos que sean aceptados deberán ser inéditos y no estar siendo considerados para publicación en ninguna otra revista.

Se aceptarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, ensayos, etcétera, relacionados con la Psicología y ciencias afines. Los resultados de los trabajos deberán estar debidamente fundamentados y en su caso, apoyados por el análisis estadístico pertinente.

Lineamientos

Los trabajos deberán enviarse a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac escritos en español de forma clara y concisa.

El artículo debe acompañarse de una carta firmada por el autor o los autores del trabajo, solicitando la publicación del mismo en la revista.

Los autores deben enviar el artículo en formato Word, en fuente Arial 12 a doble espacio, con márgenes de 2.5 cm de cada lado. La extensión máxima del trabajo será de 25 cuartillas. Las páginas deberán numerarse en forma consecutiva comenzando con la del título.

Formato

El artículo debe incluir cinco palabras clave, tanto en español como en inglés y serán estructurados de la siguiente forma:

Título del trabajo

Autor(es)

Adscripción institucional

Resumen: con una extensión entre 400 y 500 palabras, presentado en español e inglés.

Introducción: antecedentes, objetivos y justificación del trabajo.

Material y Método: desarrollo experimental, técnicas y métodos utilizados.

Resultados: cuantitativos, gráficos y tablas.

Discusión y conclusiones: síntesis y análisis de los resultados obtenidos.

Referencias bibliográficas: formato APA, sexta edición.