

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A
DROGAS ILEGALES EN JÓVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES
DE NUEVO LEÓN

POR

MCE. MAYRA SELENE OZUNA ESPINOSA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A
DROGAS ILEGALES EN JÓVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES
DE NUEVO LEÓN

POR

MCE. MAYRA SELENE OZUNA ESPINOSA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

OCTUBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A
DROGAS ILEGALES EN JÓVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES
DE NUEVO LEÓN

POR

MCE. MAYRA SELENE OZUNA ESPINOSA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CO-ASESOR EXTERNO

DR. JOAQUIN SALVADOR LIMA RODRIGUEZ

OCTUBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A
DROGAS ILEGALES EN JÓVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES
DE NUEVO LEÓN

POR

MCE. MAYRA SELENE OZUNA ESPINOSA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PHD

OCTUBRE, 2018

MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A
DROGAS ILEGALES EN JÓVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES
DE NUEVO LEÓN

Aprobación de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Director de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Presidente

Dra. Karla Selene López García
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.
2do. Vocal

Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirección de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A Dios por darme la oportunidad de estar aquí y sobre todo por poner en mi camino a las personas con las que he compartido mi vida, mis metas y mis sueños.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo otorgado a través de una beca para poder efectuar el programa educativo de Doctorado en Ciencias de Enfermería en beneficio de mi superación académica.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y específicamente a la Facultad de Enfermería por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios de doctorado.

En especial a mi Director de Tesis el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo por tenerme paciencia, por guiarme y compartir sus conocimientos conmigo, por confiar en mi y por el apoyo incondicional que me dio durante todo este proceso.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería por la aportación de conocimientos y el apoyo otorgado durante el doctorado, al igual que a la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, directora de ésta facultad.

Al Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez y a su equipo de trabajo por su apoyo, su orientación y su tiempo para ayudarme y hacerme sentir bienvenida y a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, España, por la ayuda proporcionada durante mi estancia.

Al Dr. Vinicio Gómez Meza por la disponibilidad y la ayuda estadística que me brindo para la realización de mi tesis.

A mis compañeros y a todos profesores de doctorado, que me brindaron su apoyo incondicional, por ser grandes personas y darme la oportunidad de compartir ésta etapa de mi vida con todos.

Dedicatoria

A Dios principalmente por darme todo lo que me ha dado, familia, amigos, experiencias, oportunidades y la vida que he podido vivir hasta el día de hoy.

A mis padres Jorge Ozuna Campos y Concepción Espinosa Tamayo, todos estos años han sido el apoyo y confianza que he necesitado, por su amor incondicional y por ayudarme y alentarme para avanzar en cada etapa de mi vida.

A mi hermana Lucero por el gran ejemplo de fuerza y convicción que ha sido para mí, por demostrarme que siempre se puede luchar por lo que se quiere, escucharme, motivarme para superarme siempre y nunca dejarme caer.

A mi familia que siempre me apoyo, mis primas y primos, tías y tíos, a mi abuelita que siempre estuvo pendiente de mí y mis abuelitos que desde el cielo han iluminado mi camino.

A todas las personas que forman parte importante en mi vida, a todos mis amigos y amigas por los buenos momentos, por disfrutar y sufrir conmigo, por la ayuda, el tiempo y sobre todo la amistad y el cariño que me han dado, conocen mis esfuerzos y han participado en cada uno de mis logros, por su apoyo incondicional, gracias.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco Teórico	6
Análisis de la Teoría de Transiciones de Meleis (TTM)	6
Supuestos de la Teoría de Transiciones de Meleis	11
Teoría de Rango Medio para la Transición del Consumo de Drogas Legales a Drogas Ilegales (TTCD)	12
Principios y Propositiones de la Teoría de Rango Medio para la Transición del Consumo de Drogas Legales a Drogas Ilegales	25
Estructura Teórico Conceptual Empírica	26
Estudios Relacionados	28
Objetivos Específicos	50
Hipótesis	51
Definición de Términos	51
Capítulo II	
Metodología	55
Diseño del Estudio	55
Población, Muestreo y Muestra	55
Instrumentos de Medición	56
Procedimiento de Recolección de Datos	63
Consideraciones Éticas	65
Análisis de Datos	67

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	70
Confiabilidad de los Instrumentos	70
Estadística Descriptiva	72
Resultados para responder Objetivos del Estudio	95
Resultados para responder Hipótesis del Estudio	111
Capítulo IV	
Discusión	120
Conclusiones	129
Limitaciones	132
Recomendaciones	132
Referencias	134
Apéndices	150
A. Consentimiento Informado de Casos	151
B. Consentimiento Informado de Controles	155
C. Cédula de Datos Personales e Historia de Consumo de Drogas	159
D. Escala para la Medición de Actitudes de Uso de Drogas (EMIUD- Actitud)	161
E. Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO-FF-I)	163
F. Escala de Características del Entorno del Barrio	165
G. Cuestionario sobre Exposición a la Oportunidad de Consumo (CEOC)	166
H. Cuestionario de Apoyo Social (MOS)	167
I. Escala de Internalización del Estigma (ISMI)	169
J. Escala de Afrontamiento COPE de Carver	171

Tabla de Contenido

Contenido	Página
K. Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST v3.1)	172

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Plan de Análisis de datos para Objetivos de estudio	68
2. Plan de Análisis de datos para Hipótesis	69
3. Confiabilidad de los instrumentos	71
4. Características sociodemográficas de los jóvenes del estudio	72
5. Actitudes para el consumo de drogas: Creencia conductuales	73
6. Actitudes para el consumo de drogas: Evaluación de las creencias	74
7. Inventario de Personalidad NEO-FFI: Neuroticismo	75
8. Inventario de Personalidad NEO-FFI: Extroversión	76
9. Inventario de Personalidad NEO-FFI: Apertura a la Experiencia	77
10. Inventario de Personalidad NEO-FFI: Amabilidad	78
11. Inventario de Personalidad NEO-FFI: Conciencia	79
12. Características de Entorno de Barrio: Seguridad	80
13. Características de Entorno de Barrio: Apoyo Social	80
14. Características de Entorno de Barrio: Orgullo	81
15. Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Apoyo emocional	81
16. Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Apoyo instrumental	82
17. Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Relaciones sociales Apoyo efectivo	83
18. Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Apoyo efectivo	83
19. Escala de Internalización del estigma: Alineación	84
20. Escala de Internalización del estigma: Asignación de estereotipos	85
21. Escala de Internalización del estigma: discriminación percibida	86

Lista de Tablas

Tabla	Página
22. Escala de Internalización del estigma: Aislamiento social	87
23. Escala de Internalización del estigma: Resistencia al estigma	88
24. Escala de Afrontamiento: Afrontamiento activo	89
25. Escala de Afrontamiento: Afrontamiento pasivo	90
26. Prevalencias de consumo de alcohol y tabaco	91
27. Prevalencias de consumo de drogas ilegales	92
28. Problemas relacionado al consumo de marihuana, cocaína, sedantes, anfetaminas, inhalables, alucinógenos y opiáceos (ASSIST)	93
29. Prueba de normalidad para las variables continuas	94
30. Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de actitudes entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	95
31. Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de rasgo de personalidad entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	96
32. Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de entorno del barrio entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	97
33. Contraste de tendencia central de la puntuación de exposición a la oportunidad de consumo entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	97
34. Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social (MOS) entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	98
35. Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de estigma entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	99

Lista de Tablas

Tabla	Página
36. Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento entre casos y controles, según U de Mann-Whitney	100
37. Modelo de Regresión Logística de las variables personales, comunitarias y sociales sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales.	101
38. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones personales con el afrontamiento activo y pasivo en total de la muestra	103
39. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento activo y pasivo en total de la muestra	104
40. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones personales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes con transición (casos)	105
41. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes con transición (casos)	106
42. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones personales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes sin transición (controles)	106
43. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes sin transición (controles)	107
44. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones personales con problemas relacionado al consumo de drogas en jóvenes con transición (casos)	108

Lista de Tablas

Tabla	Página
45. Coeficiente de correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con problemas relacionado al consumo de drogas en jóvenes con transición (casos)	109
46. Coeficiente de correlación de Spearman para el afrontamiento activo y pasivo con problemas relacionado al consumo de drogas en jóvenes con transición (casos)	110
47. Modelo de Regresión Logística Binaria de las actitudes del consumo de drogas sobre la transición del consumo de drogas	111
48. Modelo de Regresión Logística Binaria de los rasgos de personalidad sobre la transición del consumo de drogas	113
49. Modelo de Regresión Logística Binaria de las características del barrio y exposición a la oportunidad del consumo sobre la transición del consumo de drogas	115
50. Modelo de Regresión Logística Binaria del apoyo social y el estigma social sobre la transición del consumo de drogas	117
51. Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre afrontamiento activo y pasivo sobre problemas relacionados con el consumo de marihuana	119

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de Rango Medio de Transiciones de Meleis (2010)	9
2. Teoría de la Transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales	12
3. Estructura Teórica-Conceptual-Empírica	27
4. Efecto de las actitudes sobre la probabilidad de transición del consumo de drogas	112
5. Efecto de los rasgos de personalidad sobre la probabilidad de transición del consumo de drogas	114
6. Efecto de las características de barrio y la exposición de oportunidad de consumo sobre la probabilidad de la transición del consumo de drogas	116
7. Efecto del apoyo social sobre la probabilidad de transición del consumo de drogas	117
8. Efecto del estigma social sobre la probabilidad de transición del consumo de drogas	118

Resumen

Mayra Selene Ozuna Espinosa
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación:

Título del Estudio: MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A DROGAS ILEGALES EN JOVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE MONTERREY

Número de Páginas: 173

Candidato para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Licitas e Ilícitas

Propósito y Método de Estudio: Conocer las condiciones personales (actitudes y personalidad), comunitarias (entorno de barrio y exposición a la oportunidad de consumo) y sociales (apoyo social y estigma social) que facilitan o inhiben la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales en jóvenes de Nuevo León a través de la derivación de la teoría de Transiciones de Meleis. El diseño del estudio fue de casos y controles y de comprobación de modelo. El muestreo fue no probabilístico por cuotas. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó por medio del software nQuery Advisor 4.0 (Elashoff, 2007), para una Regresión Logística con un nivel de significancia de .05, con hipótesis alternativa bilateral, para una proporción del 25%, razón de momios de 1.75, relación de la covariante principal de .20 y una potencia de 90%. La muestra final estuvo conformada por 210 (grupo control) jóvenes sin transición al consumo de drogas ilegales y 70 (grupo caso) con transición. En el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historia de Consumo de Drogas (CDPHCD) y ocho instrumentos. Escala de actitudes de uso de drogas tomada de la Escala de Medición de Intenciones para el Uso de Drogas reporta Alpha de Cronbach de .92 (EMIUD [Rodríguez-Kuri, et. al, 2007]), Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores con Alpha de Cronbach de .82 a .93 (NEO FF-I [Costa & McCrae, 1992; Cordero, Pamos, & Seisdedos, 1999]), Escala Reducida de Características del Entorno del Barrio con Alpha de Cronbach de .73 (NSF [Neighborhood Short Form, Martínez, 2000]), Cuestionario sobre Exposición a la Oportunidad de Consumo (CEOC [Wagner, et. al., 2003]), Cuestionario de Apoyo Social con Alpha de Cronbach de .96 (MOS [Medical Outcomes Study, Sherbourne & Stewart, 1991; De la Revilla et. al., 2005]), Escala de Internalización del Estigma con Alpha de Cronbach de .91 (ISMI [Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Muñoz et. al., 1997]), Escala de Afrontamiento de Carver con Alpha de Cronbach de .82 (Carver, Scheier & Weintraub, 1997 [The Brief COPE Scale], Moran, Landero & González, 2010) y finalmente la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias con Alpha de Cronbach de .86 (ASSIST [OMS, 2011]). Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y se decidió el uso de pruebas no paramétricas.

Contribuciones y Conclusiones: Los hallazgos reportados indican que el alcohol es la droga legal de mayor consumo entre los jóvenes, seguida por el tabaco. En cuanto a las drogas ilegales, la marihuana es la droga de mayor consumo entre los jóvenes que han transitado del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilegales muestran más actitudes favorables hacia el

consumo ($\bar{X}=20.03$ vs $\bar{X}=13.35$, [U= 4877.5, $p=.001$]), respecto a la prevalencia se reporta mayor rasgo de neuroticismo ($\bar{X}=58.86$ vs $\bar{X}=31.65$, [U= 2552.2, $p=.001$]), extraversión ($\bar{X}=65.53$ vs $\bar{X}=49.86$, [U= 3693.5, $p=.001$]) y apertura ($\bar{X}=64.37$ vs $\bar{X}=46.98$, [U= 4149.0, $p=.001$]), mayor número de oportunidades para consumir drogas ($\bar{X}=4.60$ vs $\bar{X}=2.50$, [U= 3939.5, $p=.001$]), así como en el afrontamiento pasivo, el uso de sustancias ($\bar{X}=19.28$ vs $\bar{X}=9.76$, [U= 5791.5, $p=.001$]). Mientras que los jóvenes que no han transitado al consumo de drogas ilegales sobresalen los rasgos de personalidad de amabilidad ($\bar{X}=71.03$ vs $\bar{X}=42.23$, [U= 2104.0, $p=.001$]) y conciencia ($\bar{X}=72.16$ vs $\bar{X}=45.38$, [U= 2674.0, $p=.001$]) y mayor percepción de apoyo social ($\bar{X}=77.98$ vs $\bar{X}=68.87$, [U= 5653.0, $p<.05$]) y estigma social ($\bar{X}=32.84$ vs $\bar{X}=24.49$, [U= 6417.5, $p=.001$]) y la estrategia de afrontamiento emocional ($\bar{X}=53.57$ vs $\bar{X}=44.52$, [U= 5705.5, $p<.05$]), aceptación ($\bar{X}=70.95$ vs $\bar{X}=64.60$, [U= 6052.5, $p<.05$]) y auto distracción ($\bar{X}=62.69$ vs $\bar{X}=54.04$, [U= 5938.5, $p<.05$]).

En la probabilidad de transición del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales, los rasgos de personalidad neuroticismo ($\beta =.026$, $p<.05$) y extraversión ($\beta =.034$, $p<.05$) así como la exposición a la oportunidad de consumo ($\beta =.306$, $p<.001$) presentaron efectos positivos y significativos con, por el contrario, el rasgo de personalidad amabilidad ($\beta =-.061$, $p<.001$), las características del entorno del barrio ($\beta =-.024$, $p<.05$) y el apoyo social ($\beta =-.024$, $p<.05$) mostraron efectos negativos y significativos una varianza explicada de 59.5%. Cabe destacar que los Modelos de Regresión respaldaron la aceptación de las hipótesis planteadas, basadas en los principios del Modelo de Transiciones de Meleis. Los hallazgos de este estudio contribuyen a mejorar el entendimiento de algunos factores que intervienen en la transición del consumo de drogas legales a ilegales, lo que podría ser de utilidad para desarrollar intervenciones más efectivas para la prevención del consumo de drogas.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de drogas legales e ilegales es un problema preocupante de salud, que tiene efectos negativos en todo el mundo, generando gran preocupación social puesto que ha tenido un aumento progresivo y un inicio en edades más tempranas. El consumo de drogas altera las capacidades físicas, mentales y conductuales de la persona que las consume; el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de condiciones causales de relativa complejidad y dependen de la interacción de tres factores: el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Las consecuencias del consumo frecuente de drogas tanto legales como ilegales pueden provocar daños a la salud y problemas sociales. En las sociedades donde se consume alcohol en exceso o llegan a la intoxicación, aún que esto no sea con regularidad, los problemas sociales ocurren con mayor frecuencia y se relacionan con el consumo de drogas. El abuso de drogas ilegales así como el consumo crónico de alcohol constituyen un riesgo importante para la salud de las personas por diversas enfermedades con una elevada tasa de mortalidad (cardiopatías, arritmias, infarto, presión arterial elevada, cirrosis hepática, pancreatitis, cáncer de boca, de garganta, de hígado y cáncer de mama), y por lo tanto, contribuye de manera significativa a la mortalidad prematura y afecta también la calidad de vida de las personas que enferman por esta causa (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2014; Rojas, Real, García-Silberman, & Medina-Mora, 2011).

Otros eventos importantes relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales (intoxicación aguda) son los accidentes, la violencia, los suicidios, los asaltos y las riñas. Existen reportes que en la ciudad de México, 20% de los casos que fueron atendidos en las principales salas de urgencias tenían valores positivos de alguna droga

en sangre; asimismo, en 38% de las autopsias practicadas a personas que se suicidaron se encontró alguna droga en sangre (De la Fuente & Heinze, 2011; Fuentes, Alarcón, García, & García, 2015).

Aún conociendo los efectos negativos del consumo de drogas en la salud, en México de acuerdo a los reportes de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) publicada en el 2017, se encontró que la población adolescente reportó altas prevalencias del consumo de alcohol en el año 2016, el 39.8% reportó consumo de alguna vez en la vida, el 28.0% en el último año de y se presenta un incremento en la prevalencia en el último mes de 14.5% en 2011 a 16.1% en 2016, cabe destacar que la edad de inicio de consumo de alcohol en estos adolescentes es a los 14 años de edad (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud [SS], 2017).

Respecto al consumo de tabaco reportes del año 2016 muestran una prevalencia en el último año en población general del 17.6%, no obstante un dato que llama la atención es el reporte de prevalencia de adolescentes fumadores activos de 4.9%, esto constituye aproximadamente 684,000 adolescentes fumadores, con una edad de inicio de 14.3 años de edad. Los datos anteriores sobre el consumo de tabaco y alcohol reflejan que en la adolescencia temprana son más vulnerables para iniciar el consumo de éstas drogas (Cerezo & Méndez, 2012; INPRF, INSP, CONADIC, & SS, 2011).

En cuanto al consumo de drogas ilegales la Organización de las Naciones Unidas estima que 243 millones de personas (5.2%) de la población mundial de edades entre 15 a 64 años, han consumido alguna droga ilegal (United Nations Office on Drugs and Crime, [UNODC] 2014). Así mismo estudios y reportes nacionales demuestran que en la adolescencia tardía se inicia el consumo de drogas ilegales, el cual se encuentra fuertemente relacionado con la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco (Kandel & Faust, 1975; Kandel, Yamaguchi & Cousino, 2006).

Según la ENCODAT 2016-2017, la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de drogas ilegales en el grupo de adolescentes reportó un incremento de 2.9% a 6.2% de los años 2011 al 2016 respectivamente, mostrando un promedio de edad de inicio de consumo menor de 17 años, mayor consumo en hombres (6.6%) que en mujeres (5.8%); se observa que la marihuana (5.3%) y la cocaína (1.1%) son las drogas ilegales de mayor consumo en esa población (INPRFM, INSP, CONADIC, & SS, 2017; Villatoro et al., 2016; Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges, & Lazcano-Ponce, 2004; Posada-Villa, Herazo, & Campo-Arias, 2009; Behrendt, Wittchen, Höfler, Lieb, & Beesdo, 2009).

Los datos anteriores reflejan la magnitud del problema del consumo de drogas legales e ilegales en población adolescente, lo que muestra que la adolescencia es la etapa de la vida más vulnerable del ser humano para desarrollar conductas de riesgo para su salud; entre los que se destacan el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Es posible que estos incrementos sucedan en esta etapa, debido a la subestimación del riesgo y la invulnerabilidad que puede ser característica de la adolescencia, así como la búsqueda de identidad, autonomía y la concepción de inmunidad frente a los riesgos (INPRFM, INSP, CONADIC, & SS, 2017; Ruiz & Medina-Mora, 2014; Rosalba, Romero, Ramírez, & Hernández, 2015).

En la actualidad existe una tendencia general de considerar la predisposición para el consumo de drogas ilegales como el resultado de la interacción de varios factores personales, comunitarios y sociales que se influyen mutuamente (Castaldelli-Maia et al., 2014), pero el consumo inicial de bebidas alcohólicas, tabaco o drogas ilegales se consideran decisiones personales y comportamientos voluntarios, por lo que este sería un enfoque interesante para la prevención por parte de los profesionales de enfermería.

En ese sentido, algunos estudios encontraron una mayor probabilidad de experimentar con el consumo de drogas ilegales cuando se ha consumido previamente drogas legales (Benjet, et al., 2007; Míguez & Becoña, 2015; Pérez-Gómez, 2009;

Young & Havens, 2012), denominando a este fenómeno como la transición de una droga a otra. Sin embargo, estas transiciones entre el consumo de las drogas legales a ilegales aún no se han examinado suficientemente.

Dentro de la literatura, sobre el fenómeno del consumo de drogas, la palabra “transiciones” se refiere al paso del uso de una droga a otra (por ejemplo, alcohol a cigarrillos, de marihuana a cocaína, de esta a anfetaminas). Pérez (2009) identifica transiciones generales como los patrones sucesivos de paso de una sustancia a otra. Transición sustitutiva como aquella en la que la persona suspende el uso de una sustancia y la reemplaza por otra y la transición acumulativa que se refiere al paso de una sustancia a otra y que no implica el abandono del consumo de la primera.

Estudios realizados en Colombia, España, Estados Unidos, Canadá, Alemania y Brasil, identifican algunos factores personales y del contexto que pueden influir como facilitadores en la transición del consumo de drogas de entre los que se destacan: la exposición a la oportunidad, contexto donde se reside como características del barrio, disponibilidad de drogas, percepción de falta de apoyo social, deserción escolar, maltrato infantil, historia familiar de consumo y delincuencia, pares consumidores, bajo control en situaciones de consumo y la personalidad de los sujetos (Benjet et al., 2007; Behrendt, Wittchen, Höfler, Lieb, & Beesdo, 2009; Castaldelli-Maia et al., 2014; Herrera et al., 2004; Míguez & Becoña, 2015; Pérez-Gómez, 2009; Young & Havens, 2012; Roetteger, Swicher, Kuhl, & Chávez, 2011).

De esta manera se hace evidente en México, la necesidad de profundizar en las investigaciones sobre el fenómeno de la transición del consumo de drogas legales al consumo de drogas ilegales, así como la influencia predictiva de algunos factores personales y comunitarios que puedan ayudar a explicar este fenómeno, lo que puede constituir un blanco importante de los esfuerzos de prevención, pues la ocurrencia del evento en el tiempo ayuda a entender el valor de las acciones de prevención. En México, se han realizado múltiples estudios transversales que exploran, entre otros tópicos, el

inicio en el uso de drogas, sin embargo, no se reportan suficientes investigaciones que incorporen en su metodología el análisis de diversos factores que pueden ser facilitadores o inhibidores en los procesos de transición del consumo de una a otra droga.

Esta situación permite reflexionar sobre la necesidad de abordar el fenómeno de transiciones de consumo de drogas legales a ilegales bajo perspectivas de la disciplina de enfermería, a través de estudios epidemiológicos de casos y controles que permitan identificar con mayor claridad qué factores facilitaron la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales en jóvenes consumidores. Lo anterior permite caracterizar a poblaciones en mayor riesgo de consumo de drogas para realizar acciones preventivas encaminadas a fortalecer factores inhibidores de consumo de drogas. Dentro de la disciplina de enfermería existe una teoría titulada Teoría de la Transición de Meleis (TTM, 2010); el análisis de la teoría revela la conceptualización de la influencia de factores que pueden facilitar o inhibir las transiciones hacia comportamientos que generen salud o enfermedad. Una revisión más detallada sobre los supuestos filosóficos y conceptos de la TTM permitió seleccionarla como modelo conceptual para guiar el presente estudio.

La TTM postula que el quehacer de enfermería está dirigido al cuidado en el control de las condiciones de las transiciones, que pueden facilitar o inhibir los patrones de respuesta ante las transiciones que presente el ser humano, lo cual puede favorecer el cuidado preventivo para evitar la transición de consumo de drogas legales a drogas ilegales. Integrar acciones de enfermería en la prevención de las transiciones del consumo de drogas específicamente en la evaluación y control de facilitadores, podría contribuir a mejorar los patrones de respuesta hacia el no consumo de drogas.

En atención a los elementos planteados anteriormente, el presente estudio analizó el efecto predictivo de factores personales, sociales y comunitarios sobre la naturaleza de la transición del consumo de drogas legales a ilegales en jóvenes consumidores y no

consumidores del estado de Nuevo León a través de una Teoría de Rango Medio bajo algunas preposiciones de la Teoría de las Transiciones de Meleis.

Marco Teórico

A continuación se presenta el marco teórico que guió el presente estudio, el cual se constituye por tres apartados: a) Análisis de la Teoría de Transiciones de Meleis, b) La Teoría de Rango Medio propuesta para guiar el presente estudio y c) Estudios relacionados donde se muestra la revisión de la literatura agrupada por las variables de interés, concluyendo con objetivos e hipótesis.

Análisis de la Teoría de Transición de Meleis (TTM).

La TTM comenzó su desarrollo en la década de 1960 y continuó en los siguientes años en sus investigaciones con estudiantes y compañeros. Meleis (2010) refiere que la Transición puede entenderse como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otro, esto implica una interacción de la persona con el medio en que se encuentra, provocando un cambio en su salud, roles, expectativas, habilidades y demandas.

De acuerdo con Meleis las transiciones pueden ser saludables o no saludables, se entiende la transición saludable o eficaz como el dominio de comportamientos, sentimientos, señales y símbolos asociados a las nuevas funciones, por otro lado la transición no saludable o ineficaz se definen como el rol insuficiente, es decir, cualquier dificultad en el conocimiento y/o la realización de un papel o de los sentimientos y objetivos asociados con el rol de comportamiento según la percepción de uno mismo o de otras personas.

Las transiciones pueden ser saludables o no saludables y se desarrollan en un tiempo determinado con una responsabilidad para obtener un resultado problemático o no problemático frente a la transición vivida, que dependerá directamente de la vulnerabilidad de la persona y de las condiciones facilitadoras o inhibidoras del proceso de transición, como lo son condiciones personales como significados, creencias, actitudes culturales, conocimiento, status socioeconómico, condiciones comunitarias y

sociales en que se está inmerso. Todo lo anterior podría perjudicar o fortalecer la etapa de transición. A continuación se describen los principales conceptos que conforman la TTM (Figura 1)

Naturaleza de las transición.

La Transición es el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otro, esto implica una interacción de la persona con el medio en que se encuentra, provocando un cambio en su salud, roles, expectativas, habilidades y demandas. En la naturaleza de la transición existen tipos, patrones y propiedades.

Tipos de las transiciones.

Existen cuatro tipos de transiciones el primero es de desarrollo el cual está centrado en el individuo, un ejemplo es en la adolescencia donde la imagen corporal es una transición importante en esta etapa de la vida, así como la menopausia es una de las múltiples transiciones en la mitad de la vida de las mujeres, también la vejez y la muerte. El segundo tipo es el situacional éstas están dirigidas principalmente a la función, los cambios en la función y ámbito de la práctica de cada persona. El tercer tipo es el de salud/enfermedad este proceso se refiere a la recuperación de una enfermedad crítica, alta hospitalaria y diagnóstico de alguna enfermedad crónica o paso de una conducta saludable a no saludable o viceversa. Finalmente la transición organizativa representa transiciones en el medio ambiente que afectan la vida de las personas que trabajan en ellas y sus clientes (Meleis, 2010).

Patrones de las transiciones.

Los patrones de las transiciones pueden ser simples, cuando el individuo presenta solo una transición, o múltiple cuando ocurren más de una y es importante conocer si son secuenciales o simultáneas.

Las transiciones secuenciales son aquellas transiciones donde existe un efecto de onda en la que una transición lleva a la otra en el tiempo. Las transiciones simultáneas son grupos de transiciones relacionadas o no relacionadas que ocurren juntas durante un

periodo de tiempo determinado. Las simultáneas relacionadas son las que presentan un evento marcador, el cual precipita numerosas transiciones. Las simultáneas no relacionadas son transiciones que ocurren al mismo tiempo y aunque no estén relacionadas al principio, pueden entrelazarse en el tiempo.

Propiedades de las transiciones.

En cuanto a las propiedades de la experiencia de la transición incluyen conciencia, compromiso, cambios y diferencias, tiempo y puntos críticos. La conciencia es la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición. El compromiso se define como el grado de implicación de la persona en el proceso de transición.

Los cambios son los que dan un sentido de movimiento a los procesos internos y externos como los cambios de identidades, roles, habilidades, entre otros; así mismo las diferencias son la manera de ejemplificar expectativas no cumplidas o discrepantes.

En cuanto a el tiempo, es un punto de partida reconocible que pasa por un período y llega a un final. Por último los puntos críticos son marcadores específicos en la vida de la persona, asociados a una mayor conciencia del cambio al experimentar la transición. También existen puntos críticos finales que son la estabilización del nuevo hábito.

Condiciones de las transiciones.

Un segundo constructo de la TTM son las condiciones de las transiciones, las cuales se definen como factores o características personales, comunitarias y sociales que pueden facilitar o inhibir la experiencia de la transición.

Condiciones personales.

Las condiciones personales se consideran factores personales que pueden comprender los significados, actitudes y creencias atribuidos a la transición, estado socioeconómico, preparación y conocimiento. Los significados atribuidos a los procesos de transición pueden ser acontecimientos que desencadenan dicha transición. Las

creencias y actitudes son estigmas que las personas unen a la experiencia de la transición. El estado socioeconómico podría tener una influencia en la experiencia de la transición. Finalmente la preparación y el conocimiento en las que una preparación anticipada o inexistente puede facilitar o inhibir las transiciones.

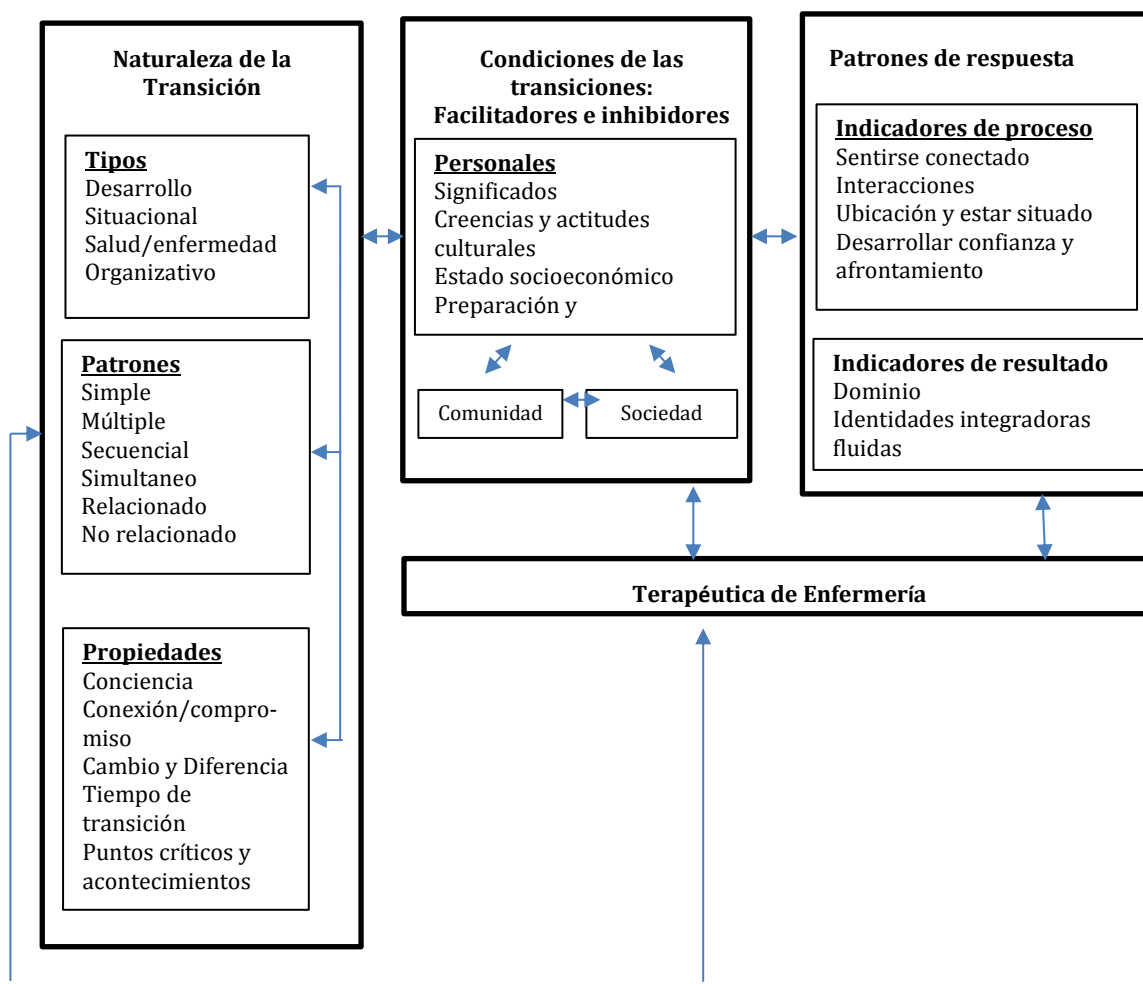


Figura 1. *Teoría de Rango Medio de Transiciones Meleis (2010)*

Condiciones comunitarias.

En cuanto a las condiciones comunitarias, los recursos de la comunidad pueden facilitar o inhibir las transiciones.

Condiciones sociales

En cuanto a las condiciones sociales, la visualización de un evento de transición como estigmatizado y con significado estereotipado tiende a interferir en el proceso de transición saludable. Estas pueden inhibir o facilitar las transiciones.

Patrones de respuesta.

Los patrones de respuesta o indicadores de proceso o de resultado surgen de las conductas observables y no observables que ocurren durante el proceso de transición y no son aleatorias. Estos patrones de proceso direccionan a las personas a la salud o hacia la vulnerabilidad, esto permite a enfermería valorar patrones como sentirse conectado, relacionarse, desarrollo de confianza y afrontamiento para facilitar resultados saludables. Los indicadores de resultado son usados para comprobar si una transición es saludable o no, incluye identidades integradoras y de dominio (Meleis, 2010).

Terapéutica de enfermería

Finalmente se encuentra la terapéutica de enfermería, la cual está dividida en tres tipos de productos terapéuticos que son las que se utilizan por enfermería en su práctica con las personas, los pacientes y las familias que experimentan transiciones. Las tres intervenciones seleccionadas son el cuidado de transición, los suplementos de rol y de información.

Cuidado de la transición, esta terapéutica de enfermería fue desarrollada para poner a prueba la atención la intervención en el momento de la descarga previa y continúa con la disponibilidad diaria de las enfermeras en persona o por teléfono para la evaluación y seguimiento de alerta dentro y fuera de las paredes del hospital. Esta terapéutica de enfermería ha realizado investigación que proporciona evidencia de los resultados positivos que se derivan del uso de esta intervención de enfermería.

Suplementación del rol, su función se define como cualquier proceso deliberado mediante el cual la insuficiencia del rol o potencial de insuficiencia del rol se identifica por el rol titular y otras personas importantes. Incluye los componentes de la definición

de roles y la toma de rol. Es a la vez preventivo y terapéutico. Para poder ayudar a las personas y sus seres queridos a entender las nuevas funciones y las nuevas identidades que necesitan para desarrollarse, las enfermeras pueden proporcionar aclaraciones sobre el papel y facilitar su capacidad para asumir papeles con empatía de los demás.

Por último el producto terapéutico de información, el cual se define como un proceso de comunicar a otros las experiencias que una persona o grupo ha descubierto en torno a un evento crítico. El narrador puede revivir la historia emocional, cognitivo relacionarse con ella, describir, interpretar significados, reflexionar sobre su efecto sobre él / ella misma u otros, y / o compartir sentimientos. La historia suele incluir el contexto y el antes, durante y después de las respuestas relacionadas con la experiencia.

En seguida se enlistan los supuestos planteados en la TTM:

- 1) Las transiciones son complejas y multidimensionales.
- 2) Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.
- 3) La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.
- 4) Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de la vida, manifestados en todos los individuos.
- 5) Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan para la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias.
- 6) La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.
- 7) Los profesionales de enfermería son los principales cuidadores de clientes y familias que sufren las transiciones.

Teoría de Rango Medio para la Transición del Consumo de Drogas Legales a Drogas Ilegales (TTCD)

La teoría del rango medio para la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales (TTCD) fue derivada de las declaraciones o supuestos y conceptos de la Teoría de Transiciones de Meleis (2010), así como de la revisión de literatura sobre la transición en el consumo de drogas. Los conceptos claves dentro de la TTCD son: Naturaleza de la transición del consumo de drogas, condiciones de la transición del consumo de drogas: personales (actitudes y personalidad), comunitarios (características del barrio y exposición a la oportunidad de consumo de drogas) y sociales (apoyo social y estigmatización) y finalmente patrón de respuesta de la transición del consumo de drogas (afrentamiento y problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas). En la figura 2 se muestra las posibles relaciones de los conceptos que forman la TTCD.

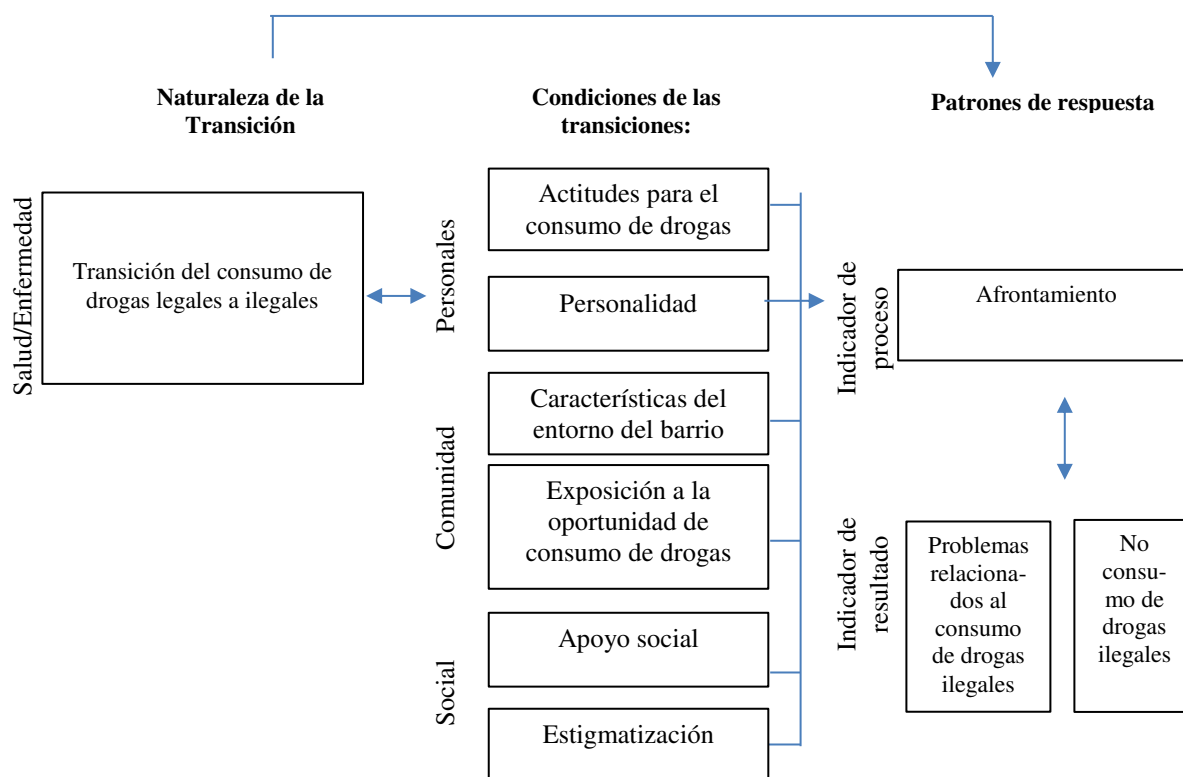


Figura 2. Teoría de la transición del consumo de drogas legales a ilegales.

A continuación se muestra la derivación de los conceptos que forman la TTCD, cabe destacar que para llevar a cabo la derivación de la teoría se usó el procedimiento propuesto por Walker y Avant (2010), quienes lo definen como un proceso en el cual un conjunto de conceptos interrelacionados o una estructura conceptual es trasladada hacia otro campo o fenómeno de interés y se modifica para explicar el nuevo campo.

Para llevar a cabo esta derivación se requiere de los siguientes pasos básicos: 1) Ser conscientes del nivel de desarrollo de la teoría en su propio campo de interés y evaluar la utilidad científica de tal desarrollo. 2) Leer ampliamente la evidencia existente en enfermería y en otros campos (como psicología y ciencias sociales) para generar ideas y que permita el uso de la imaginación y creatividad. 3) Seleccionar una teoría para usar en la derivación, cabe destacar que pueden ser teorías de otras disciplinas, pero también una teoría de enfermería puede ser usada. 4) Identificar que contenidos y estructuras de la teoría seleccionada se utilizaran. 5) Desarrollar y redefinir los nuevos conceptos o declaraciones de contenido o estructura de la teoría seleccionada en términos del fenómeno de interés.

Naturaleza de la transición de consumo de drogas legales a ilegales.

La Transición del consumo de drogas legales e ilegales es el concepto derivado de la transición de la TTM de tipo salud/enfermedad y se define como el paso del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales, esto implica una interacción de la persona con el medio en que se encuentra, provocando un cambio en su salud reflejado por síntomas de dependencia. En la naturaleza de la transición del consumo de drogas legales a ilegales existen diferentes sucesivos del paso de una droga a otra. Transición sustitutiva se refiere a aquella en la que la persona suspende el uso de una droga y la reemplaza por otra y la transición acumulativa se refiere al paso de una droga a otra y que no implica el abandono del consumo de la primera droga (Pérez, 2009).

Estudios recientes reportan que el uso de drogas legales reporta altas probabilidades de consumo posterior de drogas ilegales, así mismo el uso de una primera

droga ilegal, está asociado fuertemente con el uso de una segunda droga ilegal y tienen una alta probabilidad de llegar al abuso o dependencia de alguna de ellas. Se ha encontrado que la mayoría de los adolescentes muestran una transición hacia el uso de drogas dentro del primer año después de la exposición a las drogas legales (Hines et al., 2015; Castaldelli-Maia et al., 2014 ;Benjet et al., 2007). En estudios realizados en Latinoamérica se ha encontrado una asociación significativa entre el consumo de drogas legales, como el cigarrillo y el alcohol en el último mes y el consumo de alguna sustancia ilegal, principalmente el uso de cannabis (Campos-Arias, Ceballos & Herazo, 2009; Cogollo & Gómez-Bustamente, 2013; Rueda-Jaimes, Rangel, Camacho & Duarte-Pineda, 2011).

Condiciones de la transición del consumo de drogas.

Son los factores o características personales, comunitarias y sociales que pueden facilitar o inhibir la experiencia de la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Este concepto fue derivado del concepto de condiciones de las transiciones.

En las condiciones personales se consideran: 1) las actitudes para el consumo de drogas y 2) la personalidad. Las condiciones comunitarias se representan por: 1) características del entorno del barrio y 2) exposición a la oportunidad de consumo de drogas, y las condiciones sociales por: 1) el apoyo social y 2) la estigmatización.

Actitudes para el consumo de drogas.

Las actitudes de una persona hacia una conducta en particular puede estar condicionada por las creencias y la evaluación positiva o negativa que el individuo le atribuya al comportamiento de interés (Fishbein & Ajzen, 1975). En este sentido las actitudes para el consumo de drogas son creencias favorables o desfavorables que construye el joven hacia el consumo de drogas ilegales y se relaciona al valor afectivo positivo o negativo que el joven otorga al resultado de ese consumo.

Algunos estudios señalan que las actitudes favorables o permisivas hacia el consumo de drogas aumentan con la edad y se relacionan con el consumo de drogas en

adolescentes y jóvenes (Martínez, 2015; Pérez & Mejía, 2014; Arango-Tobón et. al. 2012; García del Castillo, 2012; Moreno, 2006). También se señala que fomentar actitudes negativas en los adolescentes, ayuda a prevenir el consumo de sustancias ilegales (Castaño, García del Castillo, & Marzo, 2014; Trujillo & Flores, 2012).

Personalidad

La personalidad se definió como los patrones de comportamiento que caracterizan las conductas, pensamientos y sentimientos en los jóvenes. Costa y McCrae (1994) definieron la personalidad como la organización dinámica de sistemas psicofísicos que se encuentran dentro del individuo y que son las que precisan las características de pensamiento y comportamiento, desarrollando un modelo llamado de Los Cinco Grandes donde organiza cinco dimensiones del individuo que conforman la personalidad de un individuo.

Estos factores son Neuroticismo (N) el cual es contrario a la estabilidad emocional, aquí se agrupan emociones negativas como la tristeza, ansiedad, mal humor y tensión. Extraversión (E) el cual implica sociabilidad, la necesidad de tener muchos amigos, les gusta el riesgo y tienden a ser agresivos. Apertura a la Experiencia (O) describe valores o ideas no convencionales y la amplitud de intereses, cuales vidas están enriquecidas por la experiencia. Afabilidad (A) incluye la capacidad para el altruismo, son compasivos, modestos, confiados y sensibles con los demás. Finalmente Conciencia (C), incluye el sentido del deber, organización, control de impulsos, comportamientos dirigidos al logro de metas, son individuos escrupulosos y voluntariosos.

Estudios señalan que ciertos rasgos de la personalidad se han relacionado con el consumo de sustancias adictivas de manera que puede ser perjudicial para los jóvenes en las distintas etapas de su desarrollo (Gallego, Mezquita, Camacho, Viruela, & Villa, 2015; Fantin, 2006).

Así mismo algunos estudios indican que la búsqueda de sensaciones, impulsividad, comportamiento opositor, malestar o sintomatología depresiva y

dificultades en la socialización, son rasgos de la personalidad que se encuentran presentes en los jóvenes que toman diversas conductas de riesgo como el consumo de drogas ilegales (Vinet, Faúndez, & Larraguilbel, 2009; Calvete & Esteves, 2009; Lucio-Gómez & Hernández-Cervantes, 2009) mientras que las características de optimismo, amabilidad y perseverancia están relacionadas con las conductas de buena salud en los jóvenes (Bermúdez, Pérez, Ruiz, Sanjuán, & Rueda, 2012).

Características del Entorno del Barrio.

Las Características del entorno del barrio son conceptualizadas como los contextos de la comunidad donde se desarrollan los jóvenes y en donde están expuestos a influencias vecinales que pueden afectar directamente la conducta de consumo. Jencks y Mayer (1990) mencionan que es importante la influencia de grupo o los recursos institucionales que se encuentran disponibles en el barrio donde se desarrolla el joven, puesto que tienen una gran importancia en los procesos de socialización colectiva.

Algunos estudios asocian las características del barrio con el desarrollo y ajuste del joven, basadas en medidas a las que se tiene fácil acceso como el nivel educativo o socioeconómico de sus residentes, así como fuentes de información disponibles como profesionales de los servicios sociales, sanitarios o educativos. Entre los activos de barrio algunos autores han citado, la seguridad, la existencia de límites claros o el empoderamiento y la valoración positiva de los jóvenes por parte de la población adulta (Oliva, Suárez, Estévez. & Pascual, 2012; Fuentes, Alarcón, García, & García, 2015).

La posible vinculación de venta de drogas en el barrio y el consumo de drogas podría ser la normalidad de uso percibido por los jóvenes residentes, aunada tal vez, a la presión de los traficantes de drogas a consumir drogas. Además, la venta de drogas, cerca de los problemas sociales (incluida la violencia del barrio) podrían ser un factor que genera estrés y, por tanto, influir en el consumo de drogas. Por ejemplo, en el contexto de estrés en el barrio, los jóvenes pueden usar marihuana dados sus efectos ansiolíticos (Duncan, Palmar, & William, 2014; Byrnes et. al., 2011).

Exposición a la oportunidad del consumo de drogas.

La exposición a la oportunidad es definida como cualquier situación en la que el joven reciba un ofrecimiento o una invitación a consumir cualquier droga legal o ilegal ya sea intencional o no. Este es el primer paso que se presenta para que exista el consumo de estas, de tal manera que el consumo de drogas sólo se da en una posible exposición a la oportunidad de consumo de drogas. La comprensión del fenómeno de oportunidad de consumo de drogas, se ha considerado importante para la comprensión de los mecanismos de transición de una etapa de consumo de drogas a otro (Wagner & Anthony, 2002) y además tiene claras implicaciones para las estrategias preventivas, dirigidas a reducir el consumo de drogas mediante la reducción de las oportunidades de consumo de drogas.

Algunos autores mencionan que la exposición a la oportunidad de consumo es una condición necesaria para que ocurra el consumo de drogas (Benjet et. al. 2007; Chen et al, 2005;. Delva et al, 1999; Van Etten & Anthony, 1999).

Apoyo social

El apoyo social se define como la percepción que tiene el joven, de que cuiden de él, que es estimado y que forma parte de una red de personas que se preocupan por su bienestar y está relacionado con todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto social. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros.

El apoyo social es un concepto que ha sido definido por diversos autores, Lin y Ensel (1989) lo definen como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las

personas de confianza y que pueden producirse tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Barrón (2003) define el apoyo social como la inclusión de todas las transacciones de ayuda emocional, informacional y material que se reciben de las redes informales, íntimas, así como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida.

De igual manera se encontró que un apoyo social inadecuado en los jóvenes se ha relacionado con conductas desadaptativas como el consumo de drogas (Pérez, Martínez, Leal, Mesa, & Jiménez, 2007).

Estigmatización

La estigmatización es conceptualizada como los estereotipos o prejuicios físicos, morales o sociales negativos, que la sociedad implanta en los jóvenes consumidores de drogas independientemente de las características particulares que tiene cada uno de ellos. La estigmatización impide las posibilidades que tiene el joven para desarrollarse de manera positiva. Lo anterior se deriva de la definición de las personas consumidoras como peligrosas, sucias o delincuentes se les niega la posibilidad de tener una interacción con otros grupos o individuos y a su vez el ejercer sus derechos o integrarse a instituciones (Goffman, 2006).

La estigmatización es la relación entre atributo y estereotipo, si el estereotipo es despectivo, despreciable, repulsivo o indigno, este se convierte en un estigma, que es la manera que usa la sociedad para señalar y desacreditar a la persona consumidora de drogas. Esta estigmatización obedece principalmente a la criminalización que le otorga al consumo de sustancias ilegales. Además tiene connotación moral con que se condena a la persona como un nivel más bajo en los que una persona puede llegar a caer y considerando la adicción como una conducta irracional. Este factor es crucial para el aislamiento de joven consumidor de drogas e incrementa la probabilidad de sufrir daños en la salud mental y atrasa la posible recuperación (Mercado & Briseño, 2014).

Patrones de respuesta para la transición del consumo de drogas legales a ilegales.

Los patrones de respuesta son considerados como indicadores de proceso y de resultado, los cuales surgen de las conductas observables y no observables que ocurren durante el proceso de transición del consumo de drogas legales a ilegales. Los patrones de respuesta están formados por indicadores de proceso e indicadores de resultado, en este sentido los indicadores de proceso, es considerado como el afrontamiento el cual direccionan a los jóvenes al riesgo de presentar problemas con el consumo de drogas. Los indicadores de resultado por su parte son utilizados para comprobar el riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de drogas en jóvenes. Estos conceptos fueron derivados de los patrones de respuesta considerados por Meleis (2010).

Afrontamiento.

De acuerdo con Morán et al. (2014), se define el afrontamiento como los intentos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar demandas que son evaluadas como exigentes o que exceden la propia capacidad del individuo para adaptarse. Para fines de este estudio se considera el afrontamiento como los intentos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar de forma efectiva o inefectiva la transición del consumo de drogas legales a ilegales. En este sentido el afrontamiento se evidencia en base a la ejecución de acciones que los jóvenes realizan para evitar o incrementar el riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales. De acuerdo con Meleis (2010) las estrategias de afrontamiento son consideradas como indicadores del proceso de las transiciones, es decir pueden favorecer el resultado problemático o no problemático de las transiciones, en este caso agravar el involucramiento del consumo de drogas ilegales así como presentar comportamiento de dependencia.

Estudios indican que el consumo de drogas es considerado por el adolescente como una manera de afrontamiento a situaciones problemáticas que se presentan en su vida. De igual manera se ha encontrado en distintos estudios que el afrontamiento de la evitación es predictiva para el consumo de drogas ilegales en cuanto afrontar al estrés.

Se ha encontrado que el afrontamiento negativo se asocia a mayores probabilidades de uso de sustancias ilegales (Hernández-Serrano, Espada, & Guillén-Riquelme, 2016; Muñoz-García & Arellanez-Hernández, 2015; McConelli, Memetovic, & Richardson, 2014).

Problemas relacionados con el consumo de drogas.

Aunque el consumo de sustancias está relacionado con problemas de salud mental y físicos, los hábitos de consumo riesgoso de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía. Para la clasificación de los problemas relacionados con el consumo de drogas se considera lo expuesto por la OMS (2011), que indica que los problemas por el consumo de drogas pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular, dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas.

Los problemas relacionados con la intoxicación aguda, pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, a saber: efectos de la intoxicación aguda, como ataxia, vómito, fiebre y confusión; así como la sobredosis y pérdida de conciencia; accidentes y lesiones; agresión y violencia; sexo casual y prácticas sexuales no seguras; todas ellas conductas impredecibles.

El consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos: problemas específicos físicos y de salud Mental como tolerancia, ansiedad, depresión, cambios del estado de ánimo e irritabilidad así como problemas para dormir, dificultades económicas, problemas con la ley, problemas en las relaciones interpersonales, dificultades para mantener un trabajo o con los estudios y problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención.

Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia, pueden ser semejantes a los observados por el consumo regular, aunque más severos. Por lo

general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas, y los problemas relacionados son los siguientes: marcada tolerancia, problemas serios de salud física y mental, aumento en la disfuncionalidad de la vida cotidiana, deseos intensos o ansias, y aumento en el deseo de consumir, además que no se cumplen con las obligaciones normales, muestran comportamientos criminales, rupturas en las relaciones personales, así como dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas, posible síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir y consumo continuo a pesar de la evidencia de que el consumo causa daños a la persona.

Los síndromes de abstinencia varían según la droga consumida, pero generalmente son los siguientes: deseos fuertes o ansias (un deseo urgente de la sustancia psicoactiva o sus efectos), ansiedad, irritabilidad, molestias gastrointestinales y problemas para dormir. La severidad de los síntomas depende del tipo de drogas y tiempo de consumo. La abstinencia de alcohol, benzodiazepinas y opiáceos puede requerir atención médica mientras que la abstinencia que no tiene complicaciones por otras drogas consumidas se pueden atender con tratamiento paliativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define como droga a toda sustancia psicoactiva, que introducida en el cuerpo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico.

Las drogas legales son sustancias que han sido legalizadas para su consumo en el territorio nacional por personas mayores de 18 años, las cuales pueden generar adicción. Para este estudio se consideran el alcohol y el tabaco. Según la OMS el alcohol etílico o etanol es un intoxicante que se encuentra en cerveza, licor y vino. Se produce por la fermentación de azúcares, levadura y almidones. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central y se absorbe de manera rápida por el intestino delgado hacia el torrente sanguíneo. Esta sustancia afecta todos los órganos del cuerpo de la persona consumidora

y puede causar dañar al feto en desarrollo. Además produce alteraciones metabólicas, fisiológicas y de la conducta.

El tabaco tiene como sustancia activa la nicotina, tiene diferentes presentaciones para su consumo fumado (cigarrillos, pipa, puro), aunque también puede consumirse masticado o aspirado. El tabaco produce efectos como cambios pulmonares o estructurales de las vías respiratorias provocando enfermedades como bronquitis crónica, cáncer pulmonar y enfermedad obstructiva crónica (Tapia, 2001).

Por otra parte las drogas ilegales son sustancias que producen alteraciones mentales y físicas con altas probabilidades de causar adicción, así como ocasionar cuadros psicóticos, pueden ser de uso médico, industrial, natural y de diseño. Su uso libre está prohibido en todo el territorio mexicano. Para este estudio se consideran la marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos.

La marihuana es la droga ilegal más consumida en el mundo. Es frecuente se experimente intoxicación o sobredosis con el uso de esta sustancia y la probabilidad de muerte a consecuencia del consumo cuando las combinan con otras drogas. Sin embargo, el consumo de marihuana está relacionado con consecuencias negativas para la salud del usuario, causando efectos similares al tabaco y en mujeres embarazadas puede causar problemas de salud a la madre y al bebe. Así mismo puede aumentar la severidad de afecciones ya existentes como presión alta, cardiopatías, enfermedades respiratorias y cáncer.

La cocaína es una droga estimulante que está relacionada con gran variedad de problemas de salud, existe un riesgo considerable de complicaciones tóxicas y muerte repentina, debido a su efecto dañino en el sistema cardiovascular. El consumo de cocaína está asociado con conductas de riesgo, como el inyectarse sustancias psicoactivas con jeringas contaminadas y tener relaciones sexuales de alto riesgo, lo que expone a los usuarios en un riesgo considerable de contraer enfermedades transmitidas sexualmente y virus en la sangre como VIH. La cocaína tiene un efecto rápido, lo que

ocasiona la tendencia de consumo múltiple de otras sustancias y además produce dependencia psicológica y un fuerte deseo de consumo, lo que se asocia con una intensa dependencia de la droga.

Las anfetaminas presentan efectos similares a los de la cocaína, aunque su perfil farmacológico es diferente. Puede causar problemas de salud mental y físicos y cada vez se encuentra más evidencia de que son dañinas para las células del cerebro. El consumo de anfetaminas por tiempos prolongados o en dosis altas, se considera un factor de riesgo de malnutrición, lo cual puede causar daño permanente en las células cerebrales. Existe relaciones con los cambios de estado de ánimo y causan depresión e irritabilidad con el paso del tiempo.

Los inhalantes son todas las sustancias que pueden ser inhaladas o respiradas, aunque puedan tener una variedad de acciones farmacológicas. Las sustancias volátiles más comúnmente usadas de manera nociva son la gasolina, solventes de pinturas, aerosoles o los pegamentos cuyo principal componente es el tolueno. La forma más común en la que se utilizan es aspirada de un recipiente, aunque algunas personas la aspiran a través de una bolsa de plástico. Los efectos a corto plazo pueden ser: náusea, vómito, dolores de cabeza y diarrea. Las dosis más altas de tolueno pueden provocar pronunciación inarticulada, desorientación, confusión, falsas ilusiones, debilidad, temblores, dolores de cabeza y alucinaciones visuales. Por último, el consumo puede causar un coma o la muerte por infarto. Los inhalantes normalmente son utilizados por jóvenes, debido a su fácil acceso, aunque a veces siguen utilizándose en edades adultas.

Las drogas médicas abarcan las benzodiazepinas y los compuestos relacionados pero no los neurolépticos. Estos medicamentos pueden causar problemas en dosis altas, sobrepasando el límite de los recetado. Las benzodiazepinas se recetan para ayudar a dormir, controlar la ansiedad u otro trastorno del estado de ánimo, trauma, procedimientos quirúrgicos, abstinencia de sustancias específicas, convulsiones y dolor muscular. La tolerancia y dependencia de las drogas médicas pueden ocurrir después de

un corto período de uso, y la abstinencia de estas drogas puede ser muy desagradable. Los síntomas de abstinencia son: ansiedad y pánico severo, insomnio, depresión, dolor de cabeza, sudoración, fiebre, náusea, vómito y convulsiones. Es poco probable que las benzodiazepinas causen muerte por sobredosis cuando se toman solas, pero si se combinan con otras sustancias, como alcohol, paracetamol, antidepresivos u opiáceos, el riesgo de sobredosis y muerte aumenta considerablemente.

Los alucinógenos son sustancias que afectan la percepción de la realidad de la persona que los consume y pueden variar de persona a persona o en diferentes ocasiones. En este grupo se encuentran la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y psilocina (hongos psicotrópicos), la ketamina, la fenciclidina (PCP) y la mescalina. Esta droga distorsiona uno o varios de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto), lo que resulta en alucinaciones, así mismo pueden causar distorsiones de los procesos cognitivos, del sentido del tiempo, de la conciencia de sí mismo y del estado de ánimo.

A largo plazo, el consumo de alucinógenos quizás aumente los efectos de problemas de salud mental, como la esquizofrenia. Es probable que los usuarios también experimenten visiones retrospectivas que son recurrencias espontáneas de los efectos del consumo en el pasado. Los alucinógenos tienden a no causar gran dependencia, lo que significa que es poco probable que los usuarios se vuelvan físicamente dependientes a ellos, y tienden a usarse de manera experimental y ocasional en lugar de repetidamente.

Los opiáceos son sustancias depresivas del sistema nervioso central, los cuales pueden causar muchos problemas por lo general si se inyectan o se fuman. Algunos de estos son medicamentos recetados normalmente para el dolor y su venta está condicionada a la receta médica. Los opiáceos ilegales son la heroína y el opio. Los opiáceos se pueden inyectar, como ocurre a menudo con la heroína, y se pueden fumar (heroína y opio), tomar oralmente, intramuscularmente, por vía intravenosa o sublingual o como supositorio anal (opiáceos farmacéuticos). Por vía intravenosa, la heroína tiene un efecto inmediato sobre el cuerpo, el cual puede resultar en una sobredosis (ya sea

fatal o no fatal), en particular si se combina con otras drogas como alcohol o benzodiacepinas.

Principios y Propositiones de la Teoría de Rango Medio para la Transición del consumo de Drogas Legales a Drogas Ilegales

La Teoría de Rango Medio para la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales que se presentó anteriormente fue creada en base a la Teoría de Transiciones de Meleis (2010), conceptos de consumo de drogas de acuerdo a las OMS (2011) y la síntesis de la literatura empírica. Los principios y proposiciones para esta teoría son los siguientes:

- 1) La transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales involucran múltiples factores o condiciones.
- 2) Las transiciones del consumo de drogas legales a drogas ilegales se caracterizan por un flujo y movimiento en el tiempo.
- 3) Las transiciones de consumo de drogas legales a drogas ilegales incrementan el afrontamiento negativo e ineficaz y el riesgo de problemas relacionados al consumo de drogas.
- 4) La vida diaria de los jóvenes en relación a sus condiciones personales y del entorno se moldean para la naturaleza de la transición del consumo de drogas legales a ilegales.
- 5) La vulnerabilidad para presentar problemas con el consumo de drogas o mostrar un afrontamiento ineficaz está influenciada por la interacción de las condiciones personales, comunitarias y sociales de la transición del consumo de drogas que expone a los jóvenes a un riesgo en su salud.

Estructura Teórico-Conceptual-Empírica.

Se realizó la estructuración Teórico-Conceptual-Empírica basada en el análisis de la técnica de formalización descrita por Fawcett (1999) que permite evaluar e identificar los conceptos y proposiciones para realizar la formalización de la teoría.

Los cinco pasos de Fawcett para la formalización de la estructura conceptual teórico empírica que fueron utilizados son: 1) Identificación del Modelo Conceptual y los conceptos de la Teoría de Rango medio, consiste en la identificación de los conceptos del modelo para guiar el desarrollo de la investigación, en este paso también se incluye el nombrar el modelo conceptual y la identificación de los conceptos del modelo (TTM) así como la identificación y clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio que se generó (TTCD) los cuales facilitan la observación y comprensión de las propiedades que componen el fenómeno a estudiar.

El segundo es la clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, esta clasificación solo es aplicable a los conceptos de la teoría de rango medio (TTCD), debido a que los esquemas de clasificación de los conceptos no son apropiados o particularmente significativos para el resumen y los conceptos generales que conforman los modelos conceptuales; los conceptos de la teoría de rango medio (TTCD) que se han generado se clasifican en función de la magnitud de su observabilidad y a las características de sus mediciones. La clasificación de los conceptos se basan de acuerdo a la observación directa o indirecta del fenómeno, puesto que un fenómeno puede o no ser directamente observable pero puede ser inferido.

El tercer paso es la identificación y la clasificación de proposiciones las cuales son declaraciones sobre uno o mas conceptos que afirma lo que se piensa que es el caso en el fenómeno de estudio. El cuarto paso se refiere al orden jerárquico de las proposiciones, las cuales se clasifican dependiendo de su nivel de abstracción, razonamiento inductivo o razonamiento deductivo. El quinto paso se refiere a la construcción de un diagrama de la estructura que ayudan a determinar como todos los conceptos y proposiciones del modelo conceptual y de la teoría se juntaron. Donde el grafico representa la relación de la TTM y la TTCD.

En resumen los conceptos de la TTM con la TTCD se muestra con la construcción de la estructura Teórico-Conceptual-Empírica, donde se muestra el

constructo, concepto y marcador empírico para cada una de las variables. En este sentido la estructura Teórico-Conceptual-Empírica es producto del análisis teórico de la propuesta. Como se ilustra en la Figura 3, la estructura TCE baja del modelo de origen (TTM) hacia la teoría de rango medio (TTCD) y luego hacia los indicadores empíricos. De tal forma que permite determinar qué es lo que explica una teoría e identificar los métodos de investigación.

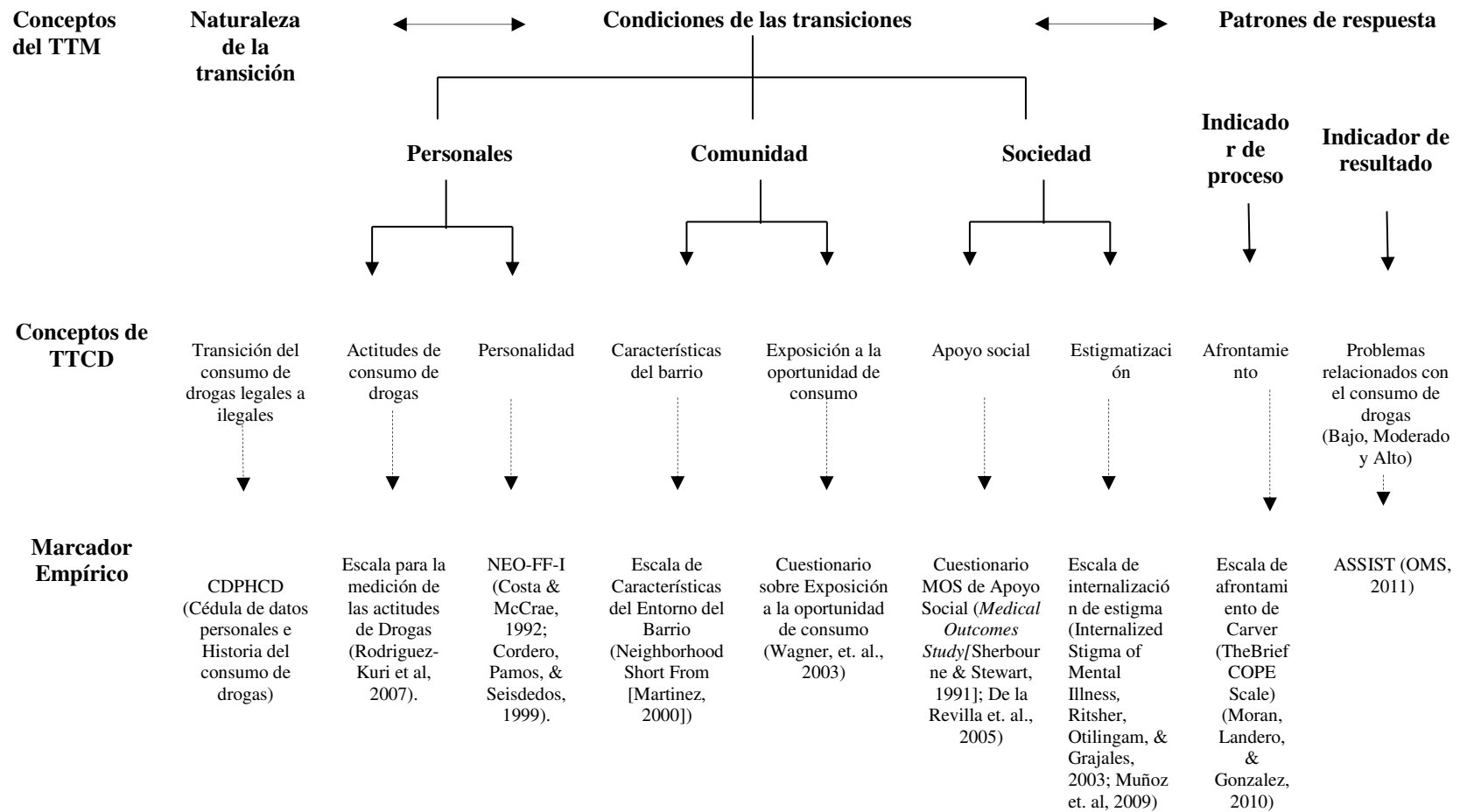


Figura 3. Estructura Teórica Conceptual Empírica

Estudios Relacionados

Transición de consumo de drogas

Hines et. al. (2015), realizaron un estudio sobre la asociación entre la velocidad de la transición desde el inicio del uso de cannabis hasta su uso posterior y después su uso problemático, abuso y dependencia. La muestra estuvo conformada por 2,239 gemelos y sus hermanos, los cuales eran parte del registro de gemelos nacidos entre 1972 y 1979 en Australia.

Los resultados encontraron que la velocidad de transición se asoció significativamente con cada uno de los resultados de los tres usos reportado del cannabis ($p < 0.0001$), el uso posterior de cannabis dentro de la primera semana de inicio se asocia con el uso diario (OR= 2.64; IC del 95% = 1.75 a 3.99], el abuso y / o dependencia (OR = 3.25, IC del 95% = 2.31-4.56) y la búsqueda de tratamiento para los problemas con el cannabis (OR = 1.89, IC del 95% = 1.03-3.46). El uso posterior dentro de los 3 meses se asoció con el abuso y / o dependencia (OR = 1.61, IC del 95% = 1.18 a 2.19). Estos resultados mostraron que la transición desde el inicio del uso de cannabis hasta su uso posterior se asocia con una mayor probabilidad de consumo de cannabis al día siguiente del primer consumo y con el abuso / dependencia.

Compton et. al. realizaron en el año 2013 un estudio sobre la transición en el consumo de drogas ilegales. La muestra estuvo formada por 34, 653 adultos ≤ 18 años de edad, con el objetivo de analizar las transiciones en participantes de una encuesta nacional en Estados Unidos.

Los resultados mostraron una asociación con la progresión de No uso a uso de drogas ilegales, al igual que del No uso al uso problemático de drogas ilegales. En cuanto a la categoría del no uso a uso de drogas ilegales se encontraron asociaciones con el consumo de alcohol (OR= 3.40 [2.29-5.04], $p < .05$), menor edad (OR= 0.98 [0.97-0.98], $p < .05$) y el no estar casado (OR= 0.68 [0.56-0.83], $p < .05$); por su parte las asociaciones encontradas del No uso al uso problemático de drogas ilegales

fueron: consumo de tabaco (OR= 1.78 [1.45-2.19], $p<.05$), el sexo masculino (OR= 1.78 [1.46-2.17], $p<.05$), los trastornos esquizo-típicos (OR= 2.16 [1.52-3.0], $p<.05$), trastorno de personalidad limite (OR= 2.25 [1.60-3.17], $p<.05$) y personalidad narcisistas (OR= 1.68 [1.24-2.21], $p<.05$). Por el contrario el trastorno de pánico (No uso-Usa: OR= 0.38 [0.19-0.79], $p<.01$) y el trastorno de personalidad evitante (No uso-Usa problemático: OR= 0.49 [0.29-0.84], $p<.01$) se asociaron con una menor progresión.

Mayet, Legleye, Beck, Falissard y Chau (2015) realizaron un estudio sobre las transiciones entre el inicio en el consumo del tabaco y el inicio en el consumo de drogas ilegales explorando teorías del uso de sustancias, como la teoría de la puerta de entrada. La muestra estuvo formada por 16,421 participantes con edades entre 18 y 34 años los cuales participaron en una encuesta de salud en Francia.

Los resultados encontraron un efecto de puerta de entrada, con el consumo de tabaco hacia el consumo de cannabis y otras drogas ilegales. Se encontró que el inicio en el consumo de tabaco fue significativo con la probabilidad de transición de iniciar consumo de cannabis en 1 año ($p<.001$). Se reporta que los sujetos con puntajes mayores en uso tempranos, eran mas propensos a seguir la secuencia de “puerta de entrada” o transición ($p<.05$) de no uso al uso de tabaco (RR= 1.66 [1.64-1.68]), de uso de tabaco a uso de tabaco y cannabis (RR= 1.41 [1.38-1.44]), de consumo de tabaco a consumo de tabaco y otras drogas ilegales (RR= 2.46 [1.99-3.05]) y de uso de tabaco y cannabis a uso de tabaco, cannabis y otras drogas ilegales (RR= 1.30 [1.26-1.34]).

También los sujetos con bajos niveles socioeconómicos presentaron mayor probabilidad de seguir la secuencia de “puerta de entrada” ($p<.05$) de no uso al uso de tabaco (RR= 1.25 [1.22-1.28]), de uso de tabaco a uso de tabaco y cannabis (RR= 0.82 [0.79-0.85]) y de consumo de tabaco a consumo de tabaco y otras drogas ilegales (RR= 2.29 [1.44-3.65]). Finalmente las mujeres presentaron menor probabilidad de transición de tabaco a cannabis que los hombres (RR=0.89 [0.85-0.93]) al igual que la

transición del uso de tabaco y cannabis a otra drogas ilegales (RR= 0.91 [0.83-0.99], $p < .05$), por el contrario presentaron mayor probabilidad de iniciar otras drogas ilegales después de iniciar el consumo de tabaco (RR= 2.00 [1.29-3.01]).

Kirby y Barry (2012) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar qué droga (alcohol, tabaco o marihuana) representa la droga real de la "puerta de entrada" que conduce al uso adicional de una sustancia psicoactiva. La muestra estuvo compuesta por 14,577 adolescentes de 12° grado con datos de la encuesta anual de la Universidad de Michigan, en Estados Unidos.

Los resultados de este estudio indicaron que el alcohol representó la droga de "puerta de entrada" para el consumo de otras sustancias. Los estudiantes que consumían alcohol, reportaron mayores probabilidades significativas de usar drogas legales e ilegales, tabaco ($\chi^2 = 2,221.92$, OR= 12.84, $p < .001$), marihuana ($\chi^2 = 2,331.39$, OR= 15.94, $p < .001$), otros narcóticos ($\chi^2 = 550.05$, OR= 16.04, $p < .001$), alucinógenos ($\chi^2 = 308.89$, OR= 14.21, $p < .001$), cocaína ($\chi^2 = 227.03$, OR= 13.32, $p < .001$), anfetaminas ($\chi^2 = 356.10$, OR= 8.29, $p < .001$), heroína ($X^2 = 30.09$, OR= 5.07, $p < .001$), tranquilizantes ($X^2 = 338.45$, OR= 10.91, $p < .001$) y LSD ($X^2 = 131.35$, OR= 10.10, $p < .001$).

Van Ryzin y Dishion realizaron un estudio en 2014 sobre los grupos de pares en la adolescencia y su mecanismo de progresión o transición en el consumo de sustancias a edades tempranas a la dependencia en la adolescencia tardía; la muestra estuvo conformada por 998 adolescentes y sus familias en Estados Unidos.

Los resultados mostraron que el consumo temprano (< 14 años) de tabaco ($r = 0.46$, $p < .001$) y alcohol ($r = 0.36$, $p < .001$), al igual que el grupo temprano de pares desviados ($r = 0.38$, $p < .001$) predijeron el uso temprano (< 14 años) de marihuana. Así mismo, el consumo temprano (< 14 años) de tabaco ($r = 0.21$, $p < .001$), alcohol ($r = 0.13$, $p < .001$) y grupo temprano de pares desviados ($r = 0.14$, $p < .001$) y el uso de alcohol entre 16-17 años ($r = 0.59$, $p < .001$) predijeron una mayor probabilidad de uso

temprano de marihuana durante la adolescencia tardía. Los efectos indirectos del consumo temprano de sustancias sobre la dependencia posterior de la marihuana por medio de la afiliación desviada de grupo de pares fueron estadísticamente significativos (OR= 3.32, [1.02-13.60]).

Por el contrario, se encontró relación negativa y significativa del temprano (< 14 años) monitoreo familiar ($r=-0.29$, $p<.001$), temprana relación familiar ($r=0.19$, $p<.001$) y el nivel socioeconómico ($r=0.13$, $p<.01$) con el uso temprano de la marihuana. También en la edad de 16-17 años, el temprano (< 14 años) monitoreo familiar ($r=-0.11$, $p<.001$) y la temprana relación familiar ($r=0.11$, $p<.01$) se relacionaron negativa y significativamente con el consumo de marihuana.

Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges y Lazcano-Ponce (2004) realizaron un estudio sobre el inicio del consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México, con el objetivo de estimar la probabilidad acumulada de ocurrencia del primer uso de alcohol y tabaco, y el riesgo de transitar hacia el uso inicial de otras sustancias (marihuana, cocaína y heroína, entre otras) en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes. La muestra estuvo conformada por 13,293 estudiantes con edades que oscilaron entre los 11 y los 24 años.

Los resultados que se encontraron, mostraron que el 90.6% de los consumidores de drogas ilegales habían iniciado con drogas legales, así mismo se encontró diferencia significativa en la probabilidad de iniciar el uso de drogas ilegales entre los usuarios de drogas legales y los no usuarios de estas drogas ($p<0.001$). Encontraron que los varones usuarios de alcohol o de tabaco presentaron nueve veces más riesgo de iniciar el uso de otras drogas en comparación con los varones no usuarios (RR=9.16, IC 95% =5.16-16.25). Por su parte las mujeres usuarias presentaron tres veces mayor riesgo de iniciar el uso de drogas ilegales que los varones no usuarios (RR=3.44, IC 95%=1.85-6.39).

A modo de síntesis, los estudios sobre la transición de drogas legales a drogas ilegales reportan que esto ocurre posterior al uso de drogas legales como lo son el cigarrillo y el alcohol y esto a su vez, se relaciona con el policonsumo (Hines et.al., 2015; Kirby & Barry, 2012; Mayet, Legleye, Beck, Falissard, & Chau, 2015; Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges, & Lazcano-Ponce, 2004). De igual manera se encontró que el grupo mas vulnerable a sufrir las transiciones son los adolescentes (Compton et. al., 2013; Van Ryzin & Dishion, 2014).

Actitudes para el consumo de drogas

En el 2014, Gutiérrez y Romero realizaron un estudio sobre la relación de la resiliencia y el bienestar subjetivo con las actitudes hacia el consumo de drogas de los adolescentes de Angola. La muestra fue de 2,506 adolescentes (49.1% hombres y 50.9% mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. En el modelo que realizaron, encontraron que la satisfacción con la vida de los adolescentes estaba positivamente relacionada con la autoestima y con el apoyo social (valores de r entre 0.21 y 0.35, $p < .01$); las variables con mayor capacidad predictiva han sido: la autoestima ($\beta = .190$, $p < .05$) y el apoyo social de la familia ($\beta = .246$, $p < .05$).

Finalmente encontraron una relación negativa entre la resiliencia y las actitudes hacia el consumo de drogas.

Jones y Magee (2014), realizaron un estudio sobre el papel de la familia, amigos y compañeros en el consumo de alcohol de los adolescentes de Australia. La muestra estuvo compuesta por 888 jóvenes con edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Los resultados mostraron que un 65% de los participantes tenían amigos consumidores, así mismo un 59.8% de ellos piensan que sus amigos aprueban el consumo de alcohol hasta embriagarse ($\chi^2 = 33.490$, $p < 0.001$), y los participantes que tienen amigos que aprueban beber hasta embriagarse y que tienen amigos consumidores de alcohol (OR=2.70) se asoció con un incremento del consumo en medida superior a 10 bebidas (OR=8.7, $p = 0.001$) de consumo de los participantes. También se encontró que

amigos aprueban beber hasta embriagarse en el mes anterior presentaron significancia ($p < 0.001$).

Estos resultados mostraron que las actitudes hacia el consumo de los amigos consumidores de alcohol, están asociadas con el consumo de alcohol de los jóvenes. Se encontró un fuerte efecto de las actitudes de los amigos consumidores ($OR = 3.23$, $p < 0.001$) en lugares donde las tasas de consumo de alcohol en adultos son mas altas ($OR = 6.98$, $p < 0.001$).

Varela, Marsillas, Isorna y Rial realizaron en 2013 un estudio sobre el papel de las actitudes, percepciones y el dinero disponible para el consumo de drogas en adolescentes entre edades de 14 y 18 años en la ciudad de Galicia, España. La muestra estuvo compuesta por 477 participantes de los cuales el 51.4% eran hombres y el 48.6% mujeres con una media de edad de 16 años ($\bar{X} = 16.11$).

Los resultados muestran que la variable actitud hacia las drogas, reporta un mayor efecto positivo hacia el consumo de drogas de tal forma que cuando mas favorable es la actitud de los participantes hacia las drogas, es mayor su frecuencia de consumo ($\bar{X} = 2.20$, $DE = .94$, $p = .001$). Los participantes reportaron que consumir alguna droga, puede ser agradable ($\bar{X} = 2.34$, $DE = 1.26$) además tomar unas copas o fumar marihuana te ayuda a desinhibirte ($\bar{X} = 2.75$, $DE = 1.43$) y finalmente tomar unas copas o fumar marihuana es algo normal ($\bar{X} = 2.63$, $DE = 1.31$).

Guzmán, García, Rodríguez y Alonso (2013), realizaron un estudio sobre las actitudes, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas ilegales en jóvenes. La muestra estuvo conformada por 257 jóvenes con edades entre 18 y 24 años de edad, de Nuevo León, México.

Los resultados reportaron que el 17.1% de los participantes habían consumido drogas ilegales alguna vez en la vida. Así mismo se encontraron diferencias significativas en el índice de actitudes por sexo ($p = .001$) reportando medias y medianas mas altas en los hombres ($\bar{X} = 18.2$, $Mdn = 11.9$) que en las mujeres ($\bar{X} = 8.3$, $Mdn = 3.4$).

También encontraron que los usuarios de drogas presentaban medias y medianas más altas ($\bar{X}=23.5$, $Mdn=15$, $p=.001$) que los no usuarios de drogas ($\bar{X}=10.2$, $Mdn=4.1$, $p=.001$). Estos resultados afirman que los usuarios de drogas documentan actitudes más favorables hacia el consumo y esto lleva a una evaluación positiva que resulta favorecedora y potencializan su consumo.

Arango-Tobón et. al. (2013), realizaron un estudio sobre los riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de Medellín, Colombia. La muestra estuvo conformada por 955 estudiantes con edades entre 14 y 18 años (54.8% hombres y 45.2% mujeres).

Los resultados encontraron una relación significativa entre las actitudes cognitivas y afectivas y el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes ($p \leq 0.001$). Las actitudes cognitivas relacionadas a creencias positivas o de ventaja que tiene el consumo de alcohol o drogas para mejorar el desempeño sexual tendrán un efecto directo sobre consumir estas sustancias ($p \leq 0.001$), por ejemplo “el consumo de drogas me facilita tener prácticas sexuales” ($p=0.001$), “el consumo de drogas o alcohol me da seguridad antes de la práctica sexual” ($p=0.001$) “Me siento más aceptado sexualmente cuando consumo alcohol o drogas” ($p < 0.001$) y “Creo que las drogas y el alcohol mejoran el desempeño sexual” ($p \leq 0.001$).

A modo de síntesis de los estudios de actitud, los estudios muestran que cuando los amigos o familiares muestran actitudes positivas hacia el consumo de drogas o su aprobación, se reporta una fuerte asociación con el consumo en los jóvenes (Gutiérrez & Romero, 2014; Jones & Magee, 2014; Varela, Marsillas, Isorna, & Rial, 2013).

Lo anterior explica que los jóvenes evalúan positivamente el consumo de drogas y esto a su vez, favorece el consumo. También encontraron que al evaluar de manera positiva el consumo de drogas en el desempeño sexual, esto muestra un efecto directo en el consumo y se potencializa su uso (Guzmán, García, Rodríguez, & Alonso, 2013; Arango-Tobón et. al., 2013).

Personalidad.

Gonzálves, Espada, Guillen-Riquelme, Secades y Orgiles en el 2016, realizaron un estudio sobre rasgos sobre la personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. La muestra estuvo integrada por 1,455 estudiantes de cinco provincias españolas, el 49.5% fueron de sexo femenino con una media de edad de $\bar{X}=14.96$ años. El rasgo de Estabilidad ($p<.01$), Gregarismo ($p<.001$) Amigabilidad ($p<.001$), Sensibilidad($p<.05$), Confianza($p<.01$), Apertura a la experiencia ($p<.001$), Perfeccionismo($p<.01$), y Calma ($p<.001$), reportaron significancia con el consumo de alcohol de los participantes del estudio.

En cuanto al consumo de Cannabis, el Gregarismo ($p<.001$), Amigabilidad ($p=.001$), Sensibilidad ($p<.001$), Confianza ($p<.001$), Apertura a la experiencia ($p<.01$), Perfeccionismo ($p<.01$) y Calma ($p<.001$) fueron estadísticamente significativos. Finalmente en los consumidores de cocaína la Calidez ($p<.001$), Estabilidad ($p<.05$), Confianza ($p<.05$) y Calma ($p<.01$) fueron estadísticamente significativas. Estos resultados muestran que los rasgos de personalidad la Calma y la Confianza se relacionan significativamente con el uso de sustancias psicoactivas.

Gallego, Mezquita, Camacho, Viruela y Villa realizaron un estudio en 2015 sobre la influencia de la personalidad, la asignación semanal y las iguales anti normativas en el consumo de alcohol en la adolescencia. El total de los participantes fue de 390 adolescentes de Valencia, España. Las edades se encontraban entre 14 y 17 años con una $\bar{X}=15.23$, $DE= .64$.

Los resultados mostraron que la extraversión ($\beta= .136$, $p< .01$) se asoció de manera significativa con el consumo de alcohol en fin de semana; igualmente la interacción entre extraversión y paga semanal ($\beta= .156$, $p<.01$) y entre responsabilidad y amigos anti normativos ($\beta= -.158$, $p<.01$), se asociaron de forma significativa con el consumo de alcohol. Estos resultados mostraron que la personalidad (extraversión) se asociaba significativamente con el consumo de alcohol.

Coleman y Trunzo en 2015, realizaron un estudio sobre la personalidad, estrés social y uso de drogas en estudiantes universitarios. La muestra estuvo compuesta por 202 estudiantes universitarios de Estados Unidos (110 mujeres y 92 hombres) con edades entre 18 y 24 años.

Los resultados de la Regresión Lineal múltiple indicaron que el modelo general predijo significativamente el consumo total de drogas, $R^2 = 0.29$, ajustado $F(1,195) = 80.59, p < .001$.), este modelo representó el 29.2% de la varianza explicada del uso total de drogas. Los análisis de regresión también revelaron que la interacción de estrés y neuroticismo predijo de manera significativa el uso total de drogas, $R^2 = .46$, ajustado $F(3,190) = 54.53, p < .001$. Este modelo representó el 46.3% de la varianza explicada del uso total de drogas. Se examinó el modelo de estrés, neuroticismo y extraversión prediciendo el uso total de drogas, y se reportó significancia ($R^2 = .46$, $F(3,190) = 53.21, p < .001$).

El análisis de varianza mostró que el grupo de usuarios de drogas ilícitas reportan puntuaciones significativamente más altas en Neuroticismo $F(1,197) = 54.33, p < .001$, $\eta^2 = .21$, mayor al grupo de usuarios menores. Se encontró que los individuos usuarios de drogas ilícitas tuvieron puntuaciones más altas en Neuroticismo y puntuaciones más bajas en Conciencia, así también que los que experimentan alto estrés y que poseen rasgos de personalidad de neuroticismo pueden ser más susceptibles a abusar de las drogas.

Fherman, Muhammad, Egan y Gorban (2015), realizaron un estudio en el Reino Unido sobre el modelo de cinco factores de la personalidad y la evaluación de los riesgos del consumo de drogas por medio de una encuesta en línea para garantizar el mayor anonimato posible. La muestra estuvo formada por 1,885 participantes de los cuales 943 eran hombres y 942 mujeres mayores de 18 años de edad, en grupos de usuarios de drogas (1265) y no usuarios de drogas (620).

Los resultados mostraron que un aumento en las puntuaciones de Neuroticismo ($\bar{X}=51.08$ a $\bar{X}=54.60$) y Apertura ($\bar{X}=52.48$ a $\bar{X}=55.25$) conlleva a un aumento del riesgo

de uso de drogas, mientras que un aumento en las puntuaciones de Agradabilidad ($\bar{X}=45.53$ a $\bar{X}=48.84$) y Conciencia ($\bar{X}=45.22$ a $\bar{X}=48.15$) implica una disminución del riesgo de utilizar drogas ($p < .001$). Así, los usuarios de drogas puntuaron más alto en Neuroticismo y Apertura, y más baja puntuación en Agradabilidad y Conciencia comparados con los no usuarios de drogas

Benotsch, Jeffers, Snipes, Martin y Koester (2013) realizaron un estudio sobre el modelo de los cinco factores de la personalidad y el uso de medicamentos no recetados, la muestra estuvo comprendida por 767 participantes con edades oscilaban de 18 a 25 años de edad ($\bar{X}=18.9$, $DE=1.4$) de Estados Unidos.

Los resultados mostraron que los factores de personalidad que reportaron significancia con el consumo de drogas médicas son Neuroticismo ($\bar{X}=20.66$, $DE=5.33$, $p < .01$) Escrupulosidad ($\bar{X}=30.04$, $DE=5.54$, $p < .01$) Agradabilidad ($\bar{X}=33.33$, $DE=5.38$, $p < .01$) y Apertura a la experiencia ($\bar{X}=37.36$, $DE=5.89$, $p < .05$). Individuos que reportaron uso de drogas médicas tuvieron puntuaciones mas altas en Neuroticismo y Apertura a la experiencia y mas bajos en Conciencia ($\bar{X}=20.66$, $DE=5.33$, $t=-3.28$, $p < .01$; $\bar{X}=37.36$, $DE=5.89$, $t=-3.91$, $p < .001$; $\bar{X}=30.04$, $DE=5.54$, $t=2.80$, $p < .01$) comparados con los que nunca han consumido drogas médicas ($\bar{X}=19.40$, $DE=4.55$, $t=-2.86$, $p < .01$; $\bar{X}=35.54$, $DE=5.71$, $t=-2.44$, $p < .001$; $\bar{X}=31.26$, $DE=5.33$, $t=3.33$, $p < .01$). El Neuroticismo se encontró como factor de riesgo.

A modo de síntesis los estudios mostraron que los rasgos de personalidad se relacionan directamente con el consumo de drogas legales e ilegales en los jóvenes consumidores, donde las cifras que se presentan mas altas son la extraversión y la apertura a la experiencia, las que se asocian directamente al consumo de drogas (Gonzalvez, Espada, Guillen-Riquelme, Secades & Orgiles, 2016; Gallego, Mezquita, Camacho, Viruela, & Villa, 2015; Colman & Trunzo, 2015).

Asi mismo se encontró que la búsqueda de experiencias y la susceptibilidad al aburrimiento también mostraron relación con el consumo de alcohol en los jóvenes

(Benotsch, Jeffers, Snipes, Martin, & Koester, 2013; Fherman, Muhammad, Egan, & Gorban, 2015).

Características del Entorno del Barrio.

Fuentes, Alarcón, García y García en el 2015, realizaron un estudio para analizar el consumo de alcohol tabaco Cannabis y otras drogas en la adolescencia, la muestra final fue de 628 adolescentes españoles de los cuales el 58.8% fueron mujeres y el 41.2% fueron hombres, las edades oscilaron entre los 15 y 17 años ($\bar{X}=16.03$, $DE=0.79$). Los resultados mostraron diferencias significativas con el consumo de alcohol ($F=21.483$, $p<.001$) tabaco ($F=13.048$, $p<.001$) y Cannabis ($F=19.241$, $p<.001$) con el riesgo del barrio. En todos los casos los adolescentes que percibían alto riesgo en el barrio obtuvieron las puntuaciones de consumo más altas.

Duncan, Palmar y Williams (2014), realizaron un estudio sobre la venta de drogas ilegales en el barrio, la desaprobación de los amigos y el consumo de drogas ilegales en estudiantes. La muestra estuvo formada por 10,050 estudiantes del último año de secundarias públicas y privadas en 48 estados de Estados Unidos, las edades se agruparon en <18 años (56.5%) y ≥ 18 años (43.2%).

Los resultados encontrados, mostraron que los amigos que habían visto la venta de drogas en el barrio “casi todos los días” mostraban una desaprobación menor al consumo de marihuana ($OR=0.36$ [0.28, 0.47], $p<.001$), así como de cocaína ($OR=0.57$ [0.44, 0.77], $p<.001$). También se reportó que estos mismos estudiantes presentaron mayor probabilidad al uso de una droga ilegal en los últimos 12 meses ($OR=2.70$ [1.88, 3.89], $p<.001$) y de consumo de más de una droga ilegal ($OR=6.19$ [4.43, 8.64], $p<.001$). En cuanto al consumo en los últimos 30 días, los que dijeron haber visto “casi todos los días” presentaron mayor probabilidad a reportar el uso de una droga ilegal ($OR=3.91$ [2.69, 5.70], $p<.001$) y el uso de más de una droga ilegal ($OR=11.11$ [7.47, 16.52], $p<.001$).

Estos resultados encontraron que la percepción de venta de drogas en el

vecindario se asoció tanto con el uso de drogas como con una menor desaprobación de su uso por parte de sus compañeros.

Oliva, Suárez, Estévez y Pascual en 2012 realizaron un estudio sobre activos de barrio y ajuste del adolescente; la muestra estuvo conformada por 2,400 adolescentes de Andalucía España, las edades oscilaron entre los 12 y 17 años ($\bar{X}=14.73$, $DE=1.25$).

Se encontró que las características del vecindario y el apego al barrio se asociaron al consumo de sustancias explicando el 18.6% de la varianza.

Encontraron que el apego al barrio fueron las puntuaciones más altas que influyen con el consumo de sustancias ($\beta=.065$, $p<.05$). Es decir a mayor apego al barrio es probable que se presenten más problemas y mayor consumo de drogas.

Byrnes et. al. en 2011, realizaron un estudio sobre el papel de la percepción de la desorganización del barrio, la cuestión social y el control social en el uso de sustancias y la delincuencia de los adolescentes en una zona urbana de Thai. La muestra estuvo formada por 420 familias procedentes de 7 distritos de Bangkok, Tailandia se identificaron los hogares con adolescentes entre 13 y 14 años de edad ($\bar{X}=13.45$, $DE=.50$).

Los resultados muestran que los adolescentes perciben una desorganización social en el barrio ($R^2=.05$, $p<.05$) así mismo el uso de sustancias está asociado con la percepción de los adolescentes de la desorganización del barrio ($p<.05$).

A modo de síntesis, los estudios mostraron que el riesgo en el barrio presento relaciones significativas con el consumo de drogas, en donde los adolescentes que percibían el riesgo, presentaban puntuaciones mas altas. Así mismo los que reportaron haber visto venta de drogas en su barrio, mostraron una baja desaprobación al uso de estas sustancias (Fuentes, Alarcón, García, & García, 2015; Duncan, Palmar, & Williams, 2014).

También se encontró que el apego al barrio o al lugar de residencia se asocia con el consumo de sustancias psicotrópicas, así como la percepción de la desorganización

del barrio. Presentando consumos mas altos los residentes de barrios críticos (Oliva, Suárez, Estévez, & Pascual, 2012; Byrness, et. al., 2011).

Exposición a la oportunidad

Ruiz y Medina-Mora en el 2014, realizaron un estudio cualitativo sobre la percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol en adolescentes de entre 13 y 16 años. La muestra estuvo conformada por 60 adolescentes de los cuales 30 eran experimentadores y 30 abusadores de alcohol. El grupo de experimentadores tuvo una edad promedio de 13 años, el 46.7% no bebían y el 53.3% restante bebían de 1 a 3 bebidas estándar menos de 1 vez al mes. En el grupo de los abusadores el 66.6% consumían de 5 a 9 bebidas estándar por ocasión y el 33.4% bebían 4 copas por ocasión por lo menos 1 vez cada quincena.

Los resultados mostraron que los dos grupos tenían claro el significado de oportunidad a la exposición de consumo siendo la mas importante, la invitación al consumo por parte de cualquier persona al igual que situaciones en las que se encuentre disponible el alcohol. Ante el ofrecimiento de una copa de alcohol el 60% del grupo de abusadores respondieron que no rechazarían el ofrecimiento de un amigo por lo que aceptan la copa y beben junto con este.

Así mismo se encontraron que en el grupo de experimentadores, el 66% mencionaron que las reuniones familiares son donde se encuentra la mayor exposición a la oportunidad de consumo de alcohol y un 44% que en fiestas con amigos. En cuanto al grupo de abusadores reportaron que la exposición a la oportunidad de consumo se encontraban en eventos deportivos o festejos (80%) en tanto que el 20% piensan que las invitaciones y eventos recreativos son los que presentan mayor exposición a la oportunidad de consumo. Los participantes de este estudio indican que existe una clara identificación de situaciones en las que se pueden estar expuestos a una oportunidad de consumo.

Lynskey et al. (2012), realizaron un estudio para conocer la relación entre la edad de inicio en el uso del cannabis y la oportunidad de usar otras drogas. La muestra estuvo formada por 3,824 gemelos adultos jóvenes nacidos entre 1972- 1979 y sus hermanos en Australia. Los resultados encontraron que la oportunidad de uso presentaban mayor riesgo con las medidas en el uso de cannabis en la vida (OR= 2.30, IC= 1.81-2.94). También se encontró una fuerte asociación entre la edad de inicio de consumo de cannabis y la edad a la primera exposición a la oportunidad de usar cocaína (HR= 0.74, IC= 0.69-0.79). Por lo tanto cuando antes un individuo utiliza cannabis, menor es la edad de la primera exposición al consumo de cocaína.

Milam, Fur-Holden, Cooley-Strickland, Bradshaw y Leaf (2015) realizaron un estudio sobre el riesgo de la exposición de alcohol, tabaco y otras drogas en la ruta hacia y desde la escuela. La muestra estuvo conformada por 394 estudiantes de una escuela primaria pública de Baltimore, Estados Unidos, las edades oscilaron entre 8 y 12 años de edad (\bar{X} =9.6), el 46.5% eran mujeres y el 53.3% hombres.

Los resultados señalan que el 15% de los encuestados ya habían tenido exposición a la oportunidad de consumo. Además los hombres y los niños mayores también tenían mayor probabilidad a la oferta de alcohol, tabaco y otras drogas (OR = 2.59, $p < 0.01$ y OR = 1.49, $p = 0.01$, respectivamente). Los niños con un punto de venta de alcohol en el camino a la escuela, tenían más riesgo a ser expuestos a la oferta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (OR = 2.20, $p = .02$), así como estar expuestos a la venta de drogas (OR = 1.72, $p = 0.02$) y ver a personas que consumen drogas (OR = 1.93, $p = .02$).

A manera de síntesis, los estudios indican que es en el ámbito familiar (reuniones o cumpleaños) donde los adolescentes encuentran mayor exposición a la oportunidad de consumo y esto hace que tengan una identificación clara de las situaciones donde pueden encontrar disponibles las drogas para su consumo, esta posibilidad de acceso presentó importantes relaciones entre la conducta del consumo y el consumo de drogas (Ruiz &

Medina-Mora, 2014). Así mismo se encontró mayor riesgo ($OR = 1.49, p = 0.01$) de consumo con la exposición a la oportunidad de uso (Lynskey, Agrawal, Henders, Nelson, Madden, & Martin, 2012; Milam, Fur-Holden, Cooley-Strickland, Bradshaw, & Leaf, 2015).

Apoyo social.

Osmany, Shahid, Rizvi, Khan y Gupta (2014), realizaron un estudio en Nueva Delhi, sobre la percepción de apoyo social y el afrontamiento entre dependencia y no dependencia al alcohol y cannabis. La muestra estuvo formada por 60 participantes de los cuales 30 eran dependientes y 30 no dependientes, con una media de edad de 33.43 años ($DE=9.06$).

Los resultados encontraron correlación positiva y significativa entre la percepción del apoyo social y el enfoque emocional de afrontamiento ($r = .26, p < 0.05$), también se encontraron medias más altas en el afrontamiento centrado en la emoción en los dependientes ($\bar{X} = 54.00$) que en los no dependientes ($\bar{X} = 51.77$) y en el afrontamiento funcional en los dependientes ($\bar{X} = 27.86$) que en los no dependientes ($\bar{X} = 25.75$). En este estudio se concluyó que el apoyo social y el afrontamiento se reconocieron como influencias positivas en la salud y puede influir en la motivación, el cumplimiento del tratamiento y los resultados en los pacientes consumidores de drogas..

Pabayo, Alcántara, Kawachi, Wood y Kerr (2013) realizaron un estudio sobre el papel de la depresión y apoyo social en caso de sobredosis de drogas no fatal entre usuarios de drogas inyectables de Canadá. La muestra estuvo compuesta por 1931 participantes (1278 hombres y 653 mujeres).

Los resultados mostraron que en el sexo femenino, los participantes que tenían 3 o más fuentes de apoyo social fueron significativamente menos propensos ($OR = 0.54, [0.31 \text{ a } 0.93]$) a experimentar una sobredosis no mortal en comparación con aquellas que no tienen apoyo social, al inicio del estudio y a través de seguimiento. No encontraron ninguna evidencia estadística de una interacción entre la depresión y el

apoyo social, lo que indica que el apoyo social parece ser indicativo de una mayor protección de la sobredosis no mortal.

Villarreal, Sánchez y Musitu (2013) realizaron un estudio sobre el análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. La muestra estuvo formada por 1,245 participantes (50% hombres y 49.3% mujeres) en adolescencia media (64.6%) y adolescencia temprana (35.4%). El apoyo social se conformó por tres factores, el primero como apoyo social comunitario, el segundo como apoyo de amigos y el tercero como apoyo familiar.

Los resultados mostraron que el consumo desmedido de alcohol se correlaciona de forma negativa con apoyo familiar ($r = -.011$; $p < .01$). Así mismo se presentan relaciones indirectas estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar, el apoyo de la familia ($\chi^2 = .889$, $p < .001$) y el ajuste escolar ($\chi^2 = .619$, $p < .001$); además, el apoyo familiar se relaciona con el consumo de la familia y los amigos ($\chi^2 = .553$, $p < .001$). El contexto comunitario se relaciona indirectamente con el consumo de los adolescentes a través del funcionamiento familiar ($\chi^2 = 0.419$, $p < 0.001$), del apoyo de amigos ($\chi^2 = .362$, $p < .001$) y del consumo de la familia y amigos ($\chi^2 = .247$, $p < .001$).

En síntesis, el apoyo social percibido de la familia y de los amigos se relaciono positivamente con la conducta del adolescente. Así mismo presentó implicaciones emocionales, con un efecto directo y significativo con el nivel de autoconcepto, presentando implicaciones directas sobre su conducta de consumo (Pabayo, Alcántara, Kawachi, Wood, & Kerr 2013; Villarreal, Sánchez & Musitu (2013). Además presentaron relaciones positivas entre la percepción de apoyo social de los adolescentes y el consumo de drogas donde encontraron que influye de manera positiva en la salud del adolescente (Osmany, Shahid, Rizvi, Khan, & Gupta, 2014).

Estigmatización por consumo de drogas.

Rodríguez-Kuri, Córdova y Fernández (2014) realizaron un estudio comparativo sobre el proceso de inserción social de hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación, en una muestra formada por 161 participantes (122 hombres y 39 mujeres) que se encontraban en tratamiento en diferentes ciudades de México.

Los resultados mostraron que las mujeres presentan medias más altas ($\bar{X}=2.20$) que los hombres ($\bar{X}=1.76$) en la preocupación de ser objeto de estigma. Estos resultados identificaron que la preocupación de ser objeto de estigma es un obstáculo para una reinserción social adecuada ($t= 2.540, p<.05$). Convirtiendo esto en una preocupación debido a que la reconstrucción entre el grupo estigmatizado y la sociedad es más difícil y esto dificulta su inserción en la sociedad y al respeto a sus derechos.

Barry, McGinty, Pescosolido y Goldman (2014), realizaron un estudio sobre la estigmatización, discriminación, tratamientos efectivos y la política, visión pública sobre la drogadicción y las enfermedades mentales, con un cuestionario en línea. La muestra estuvo formada por 709 participantes 49% hombres y 51% mujeres con una media de edad $\bar{X}=47$ años ($DE=.75$) de Estados Unidos. Se formaron dos grupos, uno para responder sobre enfermedades mentales (362) y otro sobre adicción a las drogas (347) y se compararon.

Los resultados mostraron que la sociedad tiene menos simpatía por las personas adictas a las drogas, los encuestados señalaron porcentajes de oposición más altos en los consumidores de drogas frente a los que tenían enfermedades mentales. Señalaron que no estaban dispuestos a que una persona con adicción a las drogas se casara con alguien de su familia (90% vs 59%, $p<.001$) o trabajar estrechamente con ellos en un puesto de trabajo (78% vs 38%, $p<.001$). Así mismo informaron ver la discriminación contra las personas con adicción a las drogas como "no es un problema grave" ($p<.001$). También se encontró que el 64% de los encuestados pensaba que los empleadores se les debe permitir negar empleo a las personas con adicción a las drogas ($p<.001$). Del mismo

modo el 54% pensaba que se debería permitir a los propietarios de viviendas, negar vivienda a una persona con adicción a las drogas ($p<.001$).

Los encuestados reportaron mayores niveles de oposición a las políticas públicas dirigidas a ayudar a las personas con adicción a las drogas, también mostraron significativamente que se oponen a la igualdad de seguro para la drogadicción, que para las enfermedades mentales (43% vs 21%, $p<.001$), además de oponerse al aumento del gasto público para el tratamiento de adicción a las drogas que del tratamiento para la enfermedad mental (49% vs 33%, $p<.001$), para oponerse a un aumento del gasto público en programas para subvencionar los gastos de vivienda para las personas con adicción a las drogas (76% vs 45%, $p<.001$), y para oponerse el aumento del gasto gobierno para apoyar programas de trabajo para las personas con adicción a las drogas (46% vs 32%, $p<.01$) respecto al tratamiento de enfermedades mentales.

Palamar, Perry, Halkitis y Kiang, (2013) realizaron un estudio sobre la percepción de estigma y la estigmatización pública para explicar el consumo de drogas ilícitas en la vida entre los adultos emergentes. La muestra estuvo conformada por 1,021 participantes con edades que oscilaron entre los 18 y los 25 años ($\bar{X}= 20.32$, $DE=1.94$, $Mdn=20$), de Nueva York, Estados Unidos. Se separaron en 5 modelos de Regresión Logística, donde el primero fueron los consumidores de marihuana, el segundo fueron los usuarios de cocaína, el tercero fueron usuarios de éxtasis, el cuarto modelo fueron participantes usuarios de anfetaminas, no recetadas por un médico y finalmente el quinto modelo eran usuarios de medicamentos no recetados por médicos, derivados de los opioides.

Los resultados en el modelo 1 ($R^2= 0.47$) se encontró que los participantes mayor probabilidad de estigmatización hacia los consumidores (OR= 0.32 [.25-.41], $p<.0001$) y la religiosidad (OR=0.82 [0.68-0.98], $p<.05$). En el modelo 2 ($R^2= 0.43$) la estigmatización hacia los consumidores fue significativa (OR= 0.66 [.50-.87], $p<.05$) al igual que el sexo femenino (OR= 0.62 [.41-.93], $p<.05$), la exposición a los usuarios

(OR= 1.49 [1.38-1.62], $p<.0001$) y la religiosidad (OR= 0.69 [0.55-0.88], $p<.01$); el modelo 3 ($R^2= 0.43$) los participantes que presentaron estigmatización hacia los consumidores de (OR= 0.69 [.51-.95], $p<.05$), presentaron relación significativa con el sexo femenino (OR= 0.49 [0.31-0.78], $p<.01$), la religiosidad (OR= 0.48 [0.36-0.65], $p<.0001$) y la percepción pública del estigma (OR= 0.65 [0.45-0.94], $p<.05$); en el modelo 4 ($R^2= 0.40$) los participantes que presentaban estigmatización hacia los consumidores (OR= 0.62 [.47-.80], $p<.0001$), presentaron relación significativa para el sexo femenino (OR= 0.62 [0.41-0.92], $p<.05$) y la religiosidad (OR= 0.78 [0.72-0.98], $p<.05$).

Finalmente en el modelo 5 ($R^2= 0.31$) los participantes que presentaron estigmatización hacia los consumidores (OR= 0.67 [.52-.87], $p<.01$) presentaron relación significativa con la percepción pública del estigma (OR= 0.71 [.53-.95], $p<.05$) y a la exposición a los usuarios (OR= 1.35 [1.26-1.45], $p<.0001$). El estigma y la estigmatización públicos fueron percibidos como factores protectores.

Palmar (2012) realizó un estudio experimental, para examinar la percepción del rechazo y el secretismo en relación con el consumo de drogas ilícitas y su asociación con el estigma. La muestra estuvo formada por 700 participantes de Estados Unidos, con edades entre los 18 y 66 años ($\bar{X}=29.32$, $DE= 9.20$, $Mdn= 27$) y la muestra era predominantemente femenina (69%). Un total de 71% de los encuestados se dividieron en dos grupos según datos sociodemográficos y reportaron haber usado al menos una droga ilícita en su vida y consumo reciente.

Los resultados mostraron que la percepción de estigma público al consumo de drogas se asocio positivamente con el secretismo ($r =0.45$, $p<.001$); así mismo el rechazo percibido ($r = 0.16$, $p=.001$) y el secretismo ($r = 0.24$, $p<.001$) se relacionaron positivamente con el estigma público percibido. Con respecto a la percepción de rechazo, en el grupo 1 [$F(5,409) = 8.29$, $p<.001$], los usuarios de más edad y de sexo masculino presentaron mayores niveles de percepción de rechazo en comparación con

los usuarios más jóvenes y las mujeres. En relación con el secretismo en el grupo 1, los que presentaron más altos niveles de estigma público percibido hacia los usuarios, reportaron mayores niveles de secretismo [$F(5409) = 5.74, p < .001$]; así mismo en el grupo 2 ($F [10 404] = 5.50, p < .001$) se encontró asociación significativa de la percepción de rechazo y secretismo con el estigma público percibido ($r = 0.36, p < .001$).

En síntesis, se encontraron que los problemas mas comunes en los consumidores es la percepción del estigma. Así mismo la percepción social que se tiene de los consumidores de sustancias psicoactivas evitan que la sociedad acceda a darles, empleo, vivienda o responsabilidades, manifestando también poca disposición para dejar entrar a la familia a un consumidor de drogas (Rodríguez-Kuri, Córdova & Fernández, 2014; Barry, McGinty, Pescosolido & Goldman, 2014).

Se encontraron asociaciones entre la estigmatización y el consumo de drogas, de modo que la probabilidad de consumo aumenta cuando los niveles de percepción del estigma son mas elevados (Glass, Mowbray, Link, Kristjansson, & Bucholz, 2013; Palamar, Perry, Halkitis, & Kiang, 2013; Palamar, 2012).

Afrontamiento.

Muñoz-García y Arellanez-Hernández (2015), realizaron un estudio sobre el estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 334 estudiantes de Tamaulipas, México, con una media de edad de 13.01 años ($DE=1.06$). Los resultados mostraron que los estudiantes consumidores de drogas ilícitas que señalaron haber vivido algún evento estresor en general ($\chi^2=.732$), en áreas personal ($\chi^2=3.440$), familiar ($\chi^2=3.082$), de violencia social ($\chi^2=.599$), económica ($\chi^2=1.162$) o de enfermedades/accidentes ($\chi^2=1.013$) viven las situaciones con una mayor intensidad. Las estrategias de afrontamiento que reportaron las medias mas altas fueron la Resolución de problemas ($\bar{X}= 1.8, DE= 0.76$), Expresión de emociones ($\bar{X}=1.6, DE=0.92$) y Evitación ($\bar{X}=1.6, DE=0.70$).

Jiménez, Carballo, Cano y Marin-Villa (2014), realizaron un estudio sobre la

relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes de alcohol. La muestra estuvo formada por 60 sujetos asistentes a tratamiento en un hospital en Alicante, España. La media de edad fue de 42.63 años ($DE=9.92$) y un 60% de los participantes pertenecían al sexo masculino. Separando dos grupos, 35 participantes, (58.33%) Riesgo Suicida (RS) y No Riesgo Suicida (NRS).

Los resultados encontraron que el grupo de RS presentó un porcentaje superior en cuanto al consumo de fármacos ($\chi^2=6.272$; $p<.05$). Así mismo llevó a cabo una Regresión Lineal donde se incluyeron como variables predictoras la identificación de las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia utilizando como variable criterio el riesgo suicida. Esta ecuación de regresión lineal mostró efecto significativa ($F(3,57)=24.552$; $p<.05$), explicando el 54% ($R^2=.540$) de la varianza. Los sujetos que presentan riesgo suicida se perciben con una menor autoeficacia para afrontar y manejar las situaciones en las cuales puede aumentar el deseo de consumo de alcohol.

Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013), realizaron un estudio sobre los estilos de afrontamiento, positividad y consumo de alcohol y tabaco. La muestra estuvo formada por 106 participantes (54 mujeres y 52 hombres), la media de edad fue de 14.10 años ($DE=0.98$) de la provincia de Huelva, España.

La positividad se relacionó positivamente con afrontamiento activo ($r=0.25$, $p<.01$), de planificación ($r=0.24$, $p<.01$), de reevaluación positiva ($r=0.20$, $p<.05$) y de auto-distracción ($r=0.21$, $p<.01$), y negativamente con las estrategias de consumo de sustancias ($r=-0.22$, $p<.01$) y auto-culpa ($r=-0.28$, $p<.01$). Así mismo la conducta de beber alcohol correlacionaba positivamente también con las estrategias de negación ($r=0.28$, $p<.01$), y de espiritualidad ($r=0.24$, $p<.05$). El análisis de varianza multivariado (MANOVA) mostró que las variables combinadas (afrontamiento y consumo) fueron afectadas significativamente por la positividad [Wilk's $\lambda=0.73$; $F(16,87)=2.05$, $p<.02$; $\eta^2p=0.273$] y por el sexo [Wilk's $\lambda=0.33$; $F(16,87)=2.63$,

$p < .02$; $\eta^2 p = 0,326$].

También encontraron que los análisis univariados mostraron que los que presentaron puntos altos en positividad informaban hacer más uso de las estrategias de afrontamiento activo ($\bar{X} = 2.30$, $p < .05$), planificación ($\bar{X} = 2.16$, $p < .01$), reevaluación positiva ($\bar{X} = 2.44$), $p < .05$, espiritualidad ($\bar{X} = 0.62$, $p < .05$), apoyo instrumental ($\bar{X} = 2.28$, $p < .05$), apoyo emocional ($\bar{X} = 2.46$, $p < .05$) y auto-distracción ($\bar{X} = 2.58$, $p < .05$), y fumaban menos ($\bar{X} = 1.06$, $p < .05$) que los bajos en positividad. En cuanto al sexo, las chicas utilizaban significativamente más que los chicos las estrategias de apoyo social, tanto emocional ($\bar{X} = 2.57$, $p < .001$) como instrumental ($\bar{X} = 2.36$, $p < .001$), así como el desahogo de las emociones ($\bar{X} = 1.80$, $p < .001$).

En el modelo de análisis se determinó que el fumar tabaco para tranquilizarse lo utilizan como una estrategia de afrontamiento ($\beta = .660$), así como la edad ($\beta = .527$), los cuales son predictores del consumo de drogas ilícitas. Una R^2 de Nagelkerke igual a 0.201, clasifica correctamente al 92.1% de los casos.

En síntesis, los estudios mostraron que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes como resolución de problemas, exposición de emociones y evitación, ayudan a resolver situaciones problemáticas que se les presentes. Así mismo los adolescentes que presentaron percepción de apoyo social presentaron medias más altas que los que no lo percibieron. Mostrando puntuaciones mayores en afrontamiento cognitivo, afrontamiento social y afrontamiento espiritual (Jiménez, et.al., 2014; Lara, Bermúdez & Pérez-García, 2013; Muñoz-García & Arellanez-Hernández, 2015).

Por el contrario se encontró que el consumo de drogas legales también es usado a manera de estrategia de afrontamiento de problemas situacionales, y esto predice el consumo de drogas ilegales (García, Villatoro, & Sahagún, 2015).

De esta manera, encontramos que el consumo de drogas legales puede ser parte de los factores de riesgo en la transición de consumo de drogas legales a drogas ilegales. Debido a que las industrias de sustancias psicoactivas tienen inversiones grandes en la

difusión de sus productos y la atracción para el consumo de ellos (bebidas alcohólicas y los cigarrillos) captan así la atención de miles de jóvenes en la búsqueda del placer o de nuevas experiencias.

Por otra parte, es importante tener en cuenta la introducción a gran escala de drogas ilícitas, con mayor prevalencia en las comunidades desfavorecidas, así como de fácil acceso o vulnerables y los grupos de riesgo, tales como la población adolescente (Jesús, Lima, Martins, Matos & Souza, 2011). Así mismo el estudio de la transición en el consumo de drogas contribuye al estudio de las adicciones ofreciendo un posible proceso explicativo englobando las causas del avance en las etapas del uso de las drogas que se inician con el uso de drogas legales como el alcohol y tabaco que transitan a el uso de drogas ilegales (Caris, Wagner, Ríos-Bedoya, & Anthony, 2009).

A continuación se presentan los objetivos que guiaron el presente estudio.

Objetivos Específicos

1. Describir las condiciones personales (actitudes para el consumo de drogas y personalidad), comunitarias (característica del entorno del barrio y exposición a la oportunidad de consumo) y sociales (apoyo social y estigma social) en jóvenes consumidores y no consumidores de drogas ilegales.
2. Describir los patrones de respuesta (afrentamiento y problemas relacionados con el consumo de drogas) de las transiciones del consumo de drogas en consumidores y no consumidores
3. Estimar medidas de asociación entre jóvenes que muestran transición de consumo de drogas y jóvenes que no muestren esta transición con las condiciones personales (actitudes para el consumo de drogas y personalidad), comunitarias (característica del entorno del barrio y exposición a la oportunidad de consumo) y sociales (apoyo social y estigma social).
4. Explorar la asociación entre las condiciones personales, comunitarias y sociales con el afrontamiento y problemas relacionado con el consumo de drogas.

Hipótesis

1. Las actitudes favorables al consumo de drogas incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas ilegales.
2. Los rasgos de personalidad influye en la transición del consumo de drogas
3. Las características del entorno del barrio y la exposición de oportunidad de consumo incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas
4. El apoyo social y el estigma social influye en la transición del consumo de drogas
5. El afrontamiento es un mediador entre la transición del consumo de drogas y los problemas relacionados con el consumo de drogas

Definición de Términos

En este apartado se presenta la definición de las variables que se utilizaron en el presente estudio.

La Transición del consumo de drogas se define como el paso en el tiempo del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales de los jóvenes consumidores. Para identificar la transición del consumo de drogas se tomará el resultado de la diferencia entre la edad de inicio del consumo de la primera droga legal y la edad de inicio de consumo de la primera droga ilegal. Este término se midió a través de un Historial de Consumo de Drogas.

Las condiciones de las transiciones se consideran como características personales, comunitarias y sociales. Para este estudio las condiciones personales fueron las actitudes para el consumo de drogas y la personalidad; las condiciones comunitarias se consideraran las características del entorno del barrio y la exposición a la oportunidad del consumo de drogas; y las condiciones sociales fueron el apoyo social y la estigmatización del consumidor de drogas.

Las actitudes para el consumo de drogas son el producto de las creencias favorables hacia el consumo de drogas y la evaluación de dichas creencias. Cabe

mencionar que las creencias se medirán en términos que tan de acuerdo o desacuerdo está el joven con un listado 13 creencias conductuales y la evaluación de las creencias fueron medidas en términos de que tan importante es para el joven cada una de las creencias enlistadas. Estos conceptos se midieron con la subescala para la medición de las actitudes de drogas de la Escala de Medición para las Intenciones del Uso de Drogas (EMIUD) diseñada por Rodríguez-Kuri y colaboradores (2007).

La personalidad se definió como el conjunto de percepciones que tiene el joven sobre algunos rasgos y cualidades que lo caracterizan en su forma de ser, dependiendo de estos rasgos, se pueden clasificar en: Neuroticismo (N) que es contrario a la estabilidad emocional, Extraversión (E) como asertividad y dinamismo, Amabilidad (A) como sensibilidad con los demás, Apertura a la Experiencia (O) relacionado con aspectos intelectuales como pensamiento divergente y creatividad, y Conciencia (C) que incluye puntualidad, control de impulsos y fiabilidad. Este concepto se midió con el Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores NEO-FF- I (Costa & McCrae, 1978; Cordero, Pamos & Seisdedos, 1999).

Características del entorno del barrio: es la percepción que el joven tiene sobre el lugar donde reside en términos particularidades de la comunidad tales como seguridad y aspectos de organización entre vecinos, la cual se midió con la Escala de Características del entorno del barrio (Neighborhood Short Form [Martinez, 2000]) en términos de seguridad, apoyo social y orgullo.

Exposición a la oportunidad de consumo es la posibilidad que ha tenido el joven para consumir drogas ilegales, ya sea por el ofrecimiento por parte de cualquier persona, por encontrarse intencionalmente o no, en circunstancia que facilita el consumo o por buscar la ocasión de hacerlo. Se midió a través del Cuestionario sobre Exposición a la Oportunidad de Consumo (Wagner, et. al., 2003).

Apoyo social es la percepción que tiene el joven sobre si cuidan de él, si es estimado y si percibe que forma parte de una red de personas que se preocupan por su

bienestar. Este término se midió con el Cuestionario MOS de Apoyo Social (Medical Outcomes Study [Sherbourne & Stewart, 1991]) respecto a cuatro áreas, apoyo emocional, apoyo instrumental, relaciones sociales y apoyo afectivo.

Estigmatización es la percepción que tiene el joven de los estereotipos o prejuicios físicos, morales o sociales negativos que la sociedad implanta sobre el consumidor de drogas. Este término se midió con la Escala de Internalización de estigma en inglés Internalized Stigma of Mental Illness (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Muñoz et. al., 2009) el cual evalúa alineación, asignación de estereotipos, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma.

Afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla el joven para manejar demandas internas y/o externas específicas que pueden ser activos o inactivos en la transición del consumo o no consumo de drogas ilegales. Esta se midió con la Escala de afrontamiento de Carver (Carver, Scheier, & Weintraub, 1997 [The Brief COPE Scale]; Moran, Landero, & Gonzalez, 2010).

Consumo de drogas legales es la ingesta de alcohol o tabaco. El consumo de drogas ilegales es el consumo de cualquier de las siguientes drogas, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos y opiáceos. Se midió en términos de prevalencia en diferentes momentos en el tiempo: alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes.

Así mismo se clasificó el consumo de drogas en los jóvenes en base al nivel de riesgo para presentar problemas relacionado con el consumo de drogas: bajo, moderado y alto. El riesgo bajo es cuando su actual patrón de consumo representa bajo riesgo de desarrollar futuros problemas en su salud relacionados al consumo. El riesgo moderado representa que el continuar con su consumo a ese ritmo tiene probabilidad de presentar futuros problemas de salud o de otro tipo relacionados a su patrón de consumo. El riesgo alto sugiere que el usuario presenta dependencia a la sustancia y que probablemente

tenga problemas de salud, sociales, económicos, personales o legales como resultado de su consumo.

El consumo de drogas y los niveles de riesgo para presentar problemas relacionados al consumo se utilizó el Historial de Consumo de Drogas y la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST v3.1) (OMS, 2011).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se escribe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, procedimiento de selección de los casos y controles, descripción de los instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de casos y controles el cual corresponde a un estudio epidemiológico de diseño de tipo observacional analítico de base individual. El objetivo principal de este diseño fue determinar si existe asociación entre un evento, en este caso la transición de consumo de drogas legales a drogas ilegales, y la exposición entre un determinado factor como condiciones personales, sociales y comunitarias (Hernández-Ávila, 2004).

Los estudios de casos y controles representan una estrategia muestral, en la que se selecciona a la población en estudio con base a la presencia (caso) o ausencia (control) del evento de interés (la transición de drogas legales a ilegales). Una vez seleccionados los casos y controles se compara la exposición relativa de cada grupo a diferentes variables o características que pueden tener relevancia para el desarrollo del evento.

Población, Muestreo y Muestra

La población del estudio fueron jóvenes del área metropolitana de Nuevo León que hayan consumido drogas ilegales. No obstante se formaron dos grupos, un grupo de casos, que estuvo formado por los jóvenes que habían consumido drogas ilegales y un grupo control formado por jóvenes que no hayan consumido drogas ilegales. El muestreo fue no probabilístico por cuotas (Polit & Hungler, 2000). El cálculo de muestra se realizó por medio del software nQuery Advisor 7.0 (Elashoff, 2007), para

una Regresión Logística condicionada con un nivel de significancia de .05, con hipótesis alternativa bilateral, para una proporción del 25%, razón de momios de 1.75, relación de la covariante principal de .20 y una potencia de 90%. La muestra calculada final fue de 280. Para la muestra de los casos se consideró el 25% (70 casos) de la muestra calculada y el 75% (210) restante fueron los controles.

Selección de Casos

La selección de los casos se realizó entre los jóvenes del área metropolitana de Nuevo León, mayores de 18 años de edad, que han consumido drogas ilegales.

Selección de Controles

Como una regla general el grupo control más apropiado corresponde a los individuos de la misma población que dio origen a los casos (Lozano, Salazar, & Hernandez, 2007). Para fines de este estudio el grupo control se reunieron a partir de la búsqueda de jóvenes no consumidores de drogas ilegales en hogares tomando como referencia el domicilio de cada caso. Mediante el método de “manecillas de reloj”: una vez localizado el domicilio de cada caso, se recorrió en sentido de las manecillas de reloj, indagó en cada hogar la existencia de sujetos elegibles para el grupo control.

Criterios de Inclusión

Jóvenes mayores de 18 años que no tuvieran diagnóstico de enfermedades mentales y que su primera droga de consumo fue una droga legal. Para el grupo control se consideraron los que nunca hubieran consumido alguna droga ilegal.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historia de Consumo de Drogas (CDPHCD) y ocho instrumentos. Escala de actitudes de uso de drogas tomada de la Escala de Medición de Intenciones para el Uso de Drogas (EMIUD [Rodríguez-Kuri, et. al, 2007]), Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO FF-I [Costa & McCrae, 1994; Cordero, Pamos, & Seisdedos, 1999]), Escala Reducida de Características del Entorno del Barrio (NSF [Neighborhood Short Form,

Martínez, 2000]), Cuestionario sobre Exposición a la Oportunidad de Consumo (CEOC [Wagner, et. al., 2003]), Cuestionario de Apoyo Social (MOS [Medical Outcomes Study, Sherbourne & Stewart, 1991; De la Revilla et. al., 2005]), Escala de Internalización del Estigma (ISMI [Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Muñoz et. al., 1997]), Escala de Afrontamiento de Carver (Carver, Scheier & Weintraub, 1997 [The Brief COPE Scale], Moran, Landeros & González, 2010) y finalmente la Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST [OMS, 2011]).

La CDPHCD (Apéndice C) está constituida por cinco preguntas que corresponden a los datos personales del participante como edad, sexo, escolaridad, así como prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en el último años, en el último mes y edad de inicio de consumo de cada droga.

La prueba EMIUD (Apéndice D) mide las actitudes, norma subjetiva, control conductual e intención de consumo de drogas ilegales, este cuestionario fue diseñado por Rodríguez-Kuri, et. al (2007) y ha sido utilizada en estudiantes mexicanos. En este estudio solo se hizo uso del apartado de actitudes para el consumo de drogas, el cual consta de dos subescalas, la primera 1) se enfoca en las creencias sobre las consecuencias del consumo de drogas, esta subescala está conformada por 13 reactivos y presenta cinco opciones de respuesta en escala tipo likert (no es probable, es poco probable, es más o menos probable, es probable y es muy probable) y la segunda subescala 2) es sobre la evaluación de la consecuencias del consumo de drogas, está conformada por 13 ítems con una escala de respuestas tipo likert con cinco opciones de respuesta que van desde no es importante hasta es muy importante.

Para el análisis de actitud en primer lugar se obtuvieron índices con valores de 0 a 100 de las creencias de consumo de drogas y así como de la evaluación, donde su interpretación estará en función que a mayor puntuación mayores son las creencias y mayor la evaluación, posteriormente la actitud resultó de la multiplicación de los índices de las creencias y la evaluación, divididos entre 100, tomando valor de 0 a 100. Lo que

indicará que a mayor puntuación mayor es la actitud para el consumo de drogas.

Diferentes estudios realizados en adolescentes y jóvenes mexicanos han mostrado consistencia interna aceptable en la escala de actitudes (Rodríguez & Enrique, 2007; Guzmán, et. al., 2013) con Alpha de Cronbach de .80 a .90.

El NEO-FF-I (Apéndice E), es derivado del Revised NEO Personality Inventory ([NEO-PI-R], Costa & McCrae, 1992), publicado en español por TEA Ediciones (Cordero, Pamos & Seisdedos, 1999, 3a edición revisada y ampliada, 2008), bajo el nombre Inventario de Personalidad NEO Revisado. El NEO-FF-I evalúa los principales factores de personalidad: Neuroticismo (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56), Extraversión (2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57), Apertura (3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 58), Amabilidad (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59) y Conciencia (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60).

Cada factor se compone por 12 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde 0 que es totalmente desacuerdo a 4 que es totalmente de acuerdo. Las puntuaciones se obtienen sumando las respuestas de los 12 ítems de cada factor que toma valores de 0 a 48, que indica que a mayor puntuación mayor es la característica de personalidad, cabe mencionar que existen factores que se invierten para su puntuación (5, 6, 8, 9, 14, 17, 19, 23, 27, 34, 37, 38, 41, 42, 43, 46, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 60). Para fines de este estudio las sumatorias se convertirán en índices para su tratamiento estadístico obteniendo valores de 0 a 100.

Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios, presentando confiabilidad aceptable con Alphas de Cronbach que van desde .70 a .89 (Franco & Coppari, 2016; Martínez & Cassaretto, 2011).

La Escala de Características del Entorno del Barrio (Neighborhood Short Form [Apéndice F]) desarrollado por Martínez (2000) permite valorar la percepción de los participantes sobre las características de su lugar de residencia como los son la seguridad del barrio, el apoyo social y orgullo por el barrio. El instrumento está

compuesto por nueve ítems planteados cuatro posibles respuestas que son: muy parecido a mi barrio, algo parecido a mi barrio, muy poco parecido a mi barrio y nada parecido a mi barrio, es autoaplicable. Cuenta con tres subescalas: 1) Seguridad la cual es evaluada por los reactivos 3, 6 y 9, Apoyo Social evaluada por los reactivos 1, 4 y 7 y Orgullo evaluada con los reactivos 2, 5 y 8, cada escala tiene una puntuación que va desde 3 a 12 puntos, cabe mencionar que algunos ítems se recodifican para la suma de su puntuación (3, 6, 8, 9), dando una puntuación total de 36, donde indica que a mayor puntuación menor grado de calidad en las características del barrio.

Este instrumento ha sido utilizado en población residente de Estados Unidos donde ha mostrado confiabilidad aceptable con Alpha de Cronbach de .87. En México se ha utilizado en jóvenes universitarios de la frontera norte del país, mostrando un Alpha de Cronbach de α .72.

El Cuestionario sobre Exposición a la Oportunidad de Consumo (CEOC [Apéndice G]) ha sido desarrollado por la OMS (2003) con apoyo de la Fondo de Naciones Unidas para el control de drogas de abuso. El cuestionario está basado en un cuestionario estandarizado y previamente validado en diferentes estudios, debido a su extensión solo se tomó la sección sobre la exposición a las drogas. Las preguntas están redactadas para todas las drogas ilegales en general y están orientadas a conocer la edad de la primera oportunidad de uso de drogas, edad cuando ofrecieron regalar una droga, edad de consumo de primer droga y número de oportunidades que ha tenido de usar drogas. Este cuestionario esta formado por 4 preguntas seleccionadas del apartado causa de uso de drogas y es un cuestionario de respuestas abiertas.

La Escala de Apoyo Social Percibido MOS (Apéndice H), desarrollada a partir del estudio Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), que siguió durante 2 años a pacientes con patologías crónicas. Se encuentra ampliamente validada en la literatura y ha demostrado excelentes características métricas, esta escala ha presentado consistencias internas aceptables con Alphas de Cronbach de .91 en

población que vive en Estados Unidos mayor de 18 años (Sherbourne & Stewart, 1991). Esta escala se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y auto administrada; permite investigar el apoyo global a través de 20 reactivos divididos en cuatro dimensiones: el primero reactivo dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado, mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Conforman cuatro subescalas que miden: Apoyo emocional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), con una puntuación máxima de 40 y mínima: 8. Ayuda material o instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15) con puntuación máxima de 20 y mínima de 4. Relaciones sociales de ocio y distracción (preguntas 7, 11, 14 y 18) con puntuación máxima de 20 y mínima de 4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (preguntas 6,10 y 20.) con puntuación máxima: 15 y mínima de 3. Se ha recomendado un punto de corte de 60, considerándose las calificaciones de 21 a 59 como mala percepción de apoyo social y de 60 a 91 como buena percepción de apoyo social. Sin embargo para fines del estudio y tratamiento estadístico se convirtieron en índices de tal manera que cada subescala tomó valores de 0 a 100 lo que indica que a mayor puntuación mayor percepción de apoyo social.

El instrumento fue adaptado y validado en castellano por diferentes autores (De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, & Medina, 2005; Costa, Salamero, & Gil, 2006) en población española mayor de 18 años con alguna enfermedad crónica, mostrando confiabilidad de con Alphas de Cronbach de .85 a .97 .

La Escala de Internalización del Estigma (ISMI [Apéndice I]) fue desarrollada por Ritsher, Otilingam y Grajales (2003), fue traducida al idioma español por investigadores españoles (Muñoz et al., 2009) y adaptado a Latinoamérica por un grupo de investigación en México (Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Natera, & Pedersen, 2013). Así mismo la adaptación del instrumento para personas que consumen sustancias psicoactivas se realizó a través de la validación de expertos en esta área del

conocimiento, mientras que su consistencia interna se determinó a través del Coeficiente Alpha de Cronbach por investigadores Argentinos en población mexicana mayor de 18 años en tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, obteniendo confiabilidad a través del Alpha de Cronbach de .94 (Abeldaño, Gallo, Burrone, & Fernández, 2015).

La escala consta de 29 reactivos que se agrupan en cinco subescalas que reflejan las siguientes dimensiones: Alienación: contiene 6 reactivos, mide la experiencia subjetiva de sentirse menos que un miembro de pleno derecho de la sociedad.

Asignación de estereotipos: consta de 7 reactivos, mide el grado en que los encuestados están de acuerdo con los estereotipos más comunes sobre las personas con una enfermedad mental. Discriminación percibida: con 5 reactivos, mide la percepción de los encuestados con relación a cómo tienden a ser tratados por los demás.

Aislamiento social: con 6 reactivos, mide aspectos de aislamiento social, tales como: «Yo no hablo mucho de mí mismo porque no quiero ser una carga a los demás con mi enfermedad mental». Resistencia al estigma: esta subescala tiene 5 reactivos (25, 26, 27, 28 y 29) y mide la capacidad de una persona para resistir o ser afectada por el estigma internalizado y se puntúa de forma inversa, siendo la puntuación mayor indicativa de valores menores de estigma

Todos los reactivos se puntúan en una escala con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = de acuerdo; 4 = muy de acuerdo). Ritsher et al. (2003) recomienda, para interpretar el nivel de estigma en la muestra, se asuma como indicadores de estigma a las puntuaciones con una media superior a 2.5 puntos.

El Brief COPE es la versión abreviada del COPE inventory (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989 [Apéndice J]), que ha demostrado ser de utilidad para evaluar estrategias de afrontamiento en investigaciones de salud. En este estudio se utilizó la versión española del “Brief COPE” de Carver (1997) que fue adaptada por Morán,

Landero y González (2010). Este instrumento está integrado por 28 ítems en una escala de tipo Likert de 4 puntos, de 0 a 3, con respuestas que son: “nunca hago eso, a veces hago eso, casi siempre hago eso, siempre hago eso” con puntuaciones intermedias. La prueba evalúa dos grandes áreas: afrontamiento activo (1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 14, 17, 18, 19, 21, 26 y 28) y afrontamiento pasivo (4, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 25 y 27) en las que se organizan catorce estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo instrumental, religión, reinterpretación positiva, aceptación, negación, humor, auto-distracción, auto-inculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias.

Los Coeficientes de Confiabilidad de las 14 sub-escalas originales en población estadounidense tienen valores Alfa de Cronbach de entre .50 y .90 (Carver, 1997), que evidencian una consistencia interna adecuada. Diversos estudios han encontrado confiabilidad aceptable para este instrumento, en Colombia, Vargas-Manzanares, Herrera-Olaya, Rodríguez-García & Sepúlveda-Carrillo (2010) analizaron la confiabilidad del instrumento en una población de pacientes con cáncer de mama y concluyeron que la consistencia interna era adecuada. Para la dimensión afrontamiento activo el valor fue .66, mientras que para afrontamiento pasivo fue .52. Asimismo, en México, Ornelas et al. (2013), utilizaron este instrumento en población adulta alcanzando un Alfa de Cronbach total de .76.

La Prueba de Detección de Consumo de Sustancias [ASSIST v3.1] (OMS, 2011[Apéndice K]) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y esta constituida de 8 preguntas enfocadas a la detección del consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes alucinógenos, opiáceos y otras drogas. El resultado de estas preguntas proporcionan el nivel de riesgo y dependencia que presenta el participante, asociado al consumo de drogas. Las puntuaciones del rango medio de la prueba señalan consumo peligroso o dañino (riesgo moderado) y las puntuaciones más altas indican dependencia a sustancias (riesgo alto).

La puntuación final se logra obteniendo la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. En la puntuación final, los resultados de la pregunta 8 no están incluidos, pero el consumo por vía inyectada (preg.8) es un indicador de alto riesgo que se asocia a sobredosis, dependencia y virus en la sangre (VIH y hepatitis C). El instrumento establece una puntuación de riesgo a cada sustancia, se considera bajo riesgo cuando la puntuación va de 0 a 3, se considera riesgo moderado cuando la puntuación oscila entre 4 y 26 y finalmente se considera riesgo alto cuando la puntuación es superior a 27. El instrumento ha sido utilizado en población chilena adulta de 18 a 60 años de edad, mostrando confiabilidad aceptable, alcanzando un Alpha de Cronbach de .93 (Soto-Brandt, et. al., 2014).

Procedimiento de Recolección de Datos

Este estudio se sometió a los Comités de Investigación y Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Después de obtener las autorizaciones correspondientes, se invitó a los participantes que cumplieran con los criterios para participar en el estudio. Se le explicó a cada uno el objetivo de una manera clara y sencilla, la dinámica del llenado de los instrumentos y el tiempo requerido para su llenado.

Si el sujeto deseaba participar se procedió a realizar una entrevista filtro donde se cuestionó si su primer droga de consumo fue una droga legal, para verificar que sea elegible para el estudio, si cumplía con los criterios, se inició con la entrevista leyendo el consentimiento informado de casos (Apéndice A) y solicitando aparte en una hoja en blanco y sin posibilidad de relacionarlo al participante, su domicilio y posteriormente se le entregó los instrumentos para ser respondidos. No obstante el investigador principal se colocó a una distancia prudente y estuvo al pendiente de cualquier duda que surgiera en relación al llenado de los instrumentos, lo cual no sucedió. En caso de no cumplir los criterios de inclusión se le agradeció su tiempo y participación. Así mismo se les especificó que quien no deseara colaborar con la investigación se encontraba libre de

negarse o retirarse si así lo desea, lo cual no sucedió con ningún participante.

Una vez terminado el llenado de instrumentos se entregó un sobre para que los instrumentos fueran depositados en él, de tal manera que se garantizó el anonimato del participante y a su vez se entregó al investigador. Al finalizar se les agradeció su participación en este estudio y se les informó que estarán resguardados en un lugar seguro por un transcurso de doce meses y posterior a ese tiempo serán destruidos. Este procedimiento se realizó hasta completar la muestra del grupo de casos.

Posteriormente se continuó con la recolección de datos de los participantes que formaron el grupo control, cabe mencionar que este grupo se formó a partir de la referencia de los domicilios de los participantes del grupo caso. Se localizó el domicilio y utilizando el método de manecillas de reloj se visitaron los hogares continuos para la búsqueda de participantes que cumplieron con los criterios de grupo control, se realizaron las visitas a los hogares continuos, preguntando por jóvenes hombres y mujeres entre las edades de 18 a 29 años, hasta localizar tres controles por cada caso.

Posteriormente localizado el posible participante se le realizó la invitación para formar parte del estudio, posteriormente se le explicó el objetivo de una manera clara y sencilla, la dinámica del llenado de los instrumentos y el tiempo requerido para su llenado. Si el joven deseaba participar se procedió a realizar una entrevista filtro para verificar que sea elegible para el estudio, si cumplía con los criterios se inició la entrevista en su domicilio, leyendo el consentimiento informado de controles (Apéndice B) y posteriormente se le entregaron los instrumentos para ser respondidos. No obstante el investigador estuvo pendiente de cualquier duda que surgiera en relación al llenado de los instrumentos y se trató de cuidar su privacidad en caso de que un miembro de la familia se encontrara presente, dando una explicación breve del objetivo de la entrevista, lo cual no se presentó.

En caso de no cumplir los criterios de inclusión se le agradeció su tiempo y participación. Así mismo se les especificó que quien no deseara colaborar con la

investigación se encontraba libre de negarse o retirarse si así lo deseaba, lo cual tampoco se presentó. Terminado de responder los instrumentos se entregó un sobre para que los instrumentos fueran depositados en él. Al finalizar se les agradeció su participación en este estudio y se les informó que estarán resguardados en un lugar seguro por un transcurso de doce meses y posterior a ese tiempo serán destruidos. Este procedimiento se realizó hasta completar la muestra del grupo de controles.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 2011) referente al título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

De acuerdo con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se estipula que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por este motivo, se respetó la decisión del joven de participar o no en la investigación, se ofreció un trato respetuoso y profesional con el participante, cuidando en todo momento que ninguna de las preguntas le provocara incomodidad. De acuerdo a lo anterior, se acató lo estipulado en el Artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspendería temporalmente la recolección de datos inmediatamente cuando el sujeto de investigación así lo manifieste y reiniciarla cuando el participante así lo decida.

De acuerdo con Artículo 14 en sus Fracciones V, VI, VII y VIII, y el Capítulo III, Artículo 36, se contó con el consentimiento informado del participante por escrito tanto del grupo caso como grupo control, pidiendo su autorización para participar en el estudio, esto a fin de considerarlo dentro del estudio. La investigación se llevó a cabo por un profesional de la salud con conocimiento y experiencia para mantener la integridad de los participantes durante la investigación. Además, se obtuvo la autorización de las Comisiones de Investigación y Ética para la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En relación con el Artículo 16, que sustenta la protección de la privacidad, los datos obtenidos a través de los instrumentos fueron anónimos y confidenciales. En este sentido, no se identificó al participante por su nombre, dirección o alguna otra señal que revele su identidad. Además, se contempló que los resultados del estudio sólo se presentaron de forma grupal, de forma que no se pueden identificar datos específicos de ningún participante.

Conforme al Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que para la recolección de la información se utilizaron cuestionarios de preguntas que, en algunos casos, podrán haber producido emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, si el participante deseaba se suspendería la recolección de datos temporalmente hasta que el participante estuviera cómodo, y sólo si este decidía reiniciar la recolección de datos, lo cual no se presentó.

En relación con el Artículo 20, está dispuesto como consentimiento informado el acuerdo por escrito donde se autoriza la participación del sujeto con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección. Se entregó por escrito el Consentimiento Informado al participante de grupo caso y al participante del grupo control, a través de los cuales se confirmó la participación voluntaria con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos que se llevaron a cabo. Para que el consentimiento informado tuviera validez se fundamentaron en el Capítulo I, Artículo 21, en sus Fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII y XI. De acuerdo a las Fracciones I y II, se brindó de manera clara y sencilla para cada grupo, toda la información acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, así como el propósito, los objetivos y procedimientos de la investigación.

Así mismo, conforme a las Fracciones III y IV, se especificaron los posibles riesgos y beneficios relacionados con la participación en el estudio. Por otra parte, conforme a la Fracción VI, se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda por parte de los participantes acerca del procedimiento de recolección

de información.

En cuanto a la Fracción VII, se informó al participante sobre la libertad de retirarse del estudio sin afectarlo de ninguna forma. De acuerdo a la Fracción VIII, se protegió la confidencialidad de la información y el anonimato del participante, al no identificarlo por su nombre; mientras que en apego a la Fracción XI, se informó que los gastos de la realización de la investigación serían cubiertos completamente por el investigador principal.

Finalmente, como lo indica el Capítulo V, Artículo 57 y 58 Fracción I y II donde se señala que en un grupo subordinado, el consentimiento informado podría ser influenciado por alguna autoridad, la participación fue voluntaria y no fue influenciada; del mismo modo que el participante contó con plena libertad de retirar su participación del estudio en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias si es integrante de una institución.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron procesados por medio del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versión 20.0 para Mac OSX. Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad, esto para describir la población del estudio y las variables utilizadas dentro del modelo. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas y en base a estos resultados se decidió el uso de estadística no paramétrica.

En la tabla 1 se muestra el plan de análisis para dar respuesta a los objetivos y en la tabla 2 se presenta el plan de análisis para la prueba de hipótesis del estudio.

Tabla 1

Plan de Análisis de Datos para Objetivos de estudio

Objetivos	Prueba(s) Estadística(s)
<p>Objetivo 1</p> <p>Describir las condiciones personales (actitudes para el consumo de drogas y personalidad), comunitarias (característica del entorno barrio y exposición a la oportunidad de consumo) y sociales (apoyo social y estigma social) en jóvenes que transitaron y no transitaron al consumo de drogas ilegales.</p>	<p>Frecuencias y proporciones</p> <p>Medidas de tendencia central y de variabilidad</p>
<p>Objetivo 2</p> <p>Describir los patrones de respuesta (afrentamiento y problemas relacionados con el consumo de drogas) de las transiciones del consumo de drogas en consumidores y no consumidores</p>	<p>Frecuencias y proporciones</p> <p>Medidas de tendencia central y de variabilidad</p>
<p>Objetivo 3</p> <p>Estimar medidas de asociación entre jóvenes que muestran transición de consumo de drogas y jóvenes que no muestren esta transición con las condiciones personales (actitudes para el consumo de drogas y personalidad), comunitarias (característica del entorno del barrio y exposición a la oportunidad de consumo) y sociales (apoyo social y estigma social).</p>	<p>Modelos de Regresión Logística</p> <p>Modelos de Regresión Lineal Múltiple</p>
<p>Objetivo 4</p> <p>Explorar la asociación entre las condiciones personales, comunitarias y sociales con el afrontamiento y problemas relacionado con el consumo de drogas.</p>	<p>Coefficiente de Correlación de Pearson*</p> <p>Coefficiente de Correlación de Spearman**</p>

Nota * si las variables muestran distribución normal, **si las variables no muestran distribución normal.

Tabla 2

Plan de Análisis de Datos para Hipótesis de estudio

Hipótesis	Prueba(s) Estadística(s)
Hipótesis 1 Las actitudes favorables al consumo de drogas incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas	Modelos de Regresión Logística Modelo de Regresión Lineal Simple
Hipótesis 2 La personalidad influye en la transición del consumo de drogas	Modelos de Regresión Logística Modelo de Regresión Lineal Simple
Hipótesis 3 Las características del barrio y la exposición de oportunidad de consumo incrementan riesgo de la transición del consumo de drogas	Modelos de Regresión Logística Modelo de Regresión Lineal Múltiple
Hipótesis 4 El apoyo social y el estigma social influye en la transición del consumo de drogas	Modelos de Regresión Logística Modelo de Regresión Lineal Múltiple
Hipótesis 5 El afrontamiento es un mediador entre la transición del consumo de drogas y los problemas relacionados con el consumo de drogas	Modelos de Regresión Logística Modelo de Regresión Lineal Múltiple

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio sobre un modelo de transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales en jóvenes de Monterrey. En primer lugar se incluye la consistencia interna de los instrumentos utilizados, después se presenta la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos seguida de las variables de estudio y posteriormente se reporta la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las variables continuas y numéricas, finalmente la estadística inferencial paramétrica y no paramétrica para responder los objetivos e hipótesis del estudio.

Confiabilidad de los instrumentos

A continuación se muestra la confiabilidad de los instrumentos utilizados. Para determinar la consistencia interna, se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 3 se muestra la consistencia interna de todas las escalas y subescalas, las cuales se consideran aceptables de acuerdo a lo estipulado por Polit y Hungler (1999), excepto en la subescala de orgullo del CEB, la cual reporta un Alpha de Cronbach de .44.

Tabla 3

Confiabilidad de los Instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala EMIUD	1-26	.92
Creencias conductuales	1-13	.93
Evaluación de creencias	14-26	.90
Inventario NEO-FF-I	1-60	.66
Neuroticismo	1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56	.92
Extroversión	2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57	.82
Apertura a la experiencia	3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 58	.89
Amabilidad	4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59	.90
Conciencia	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 9	.93
Escala CEB	1-9	.73
Seguridad	3, 6 y 9	.80
Apoyo social	1, 4 y 7	.62
Orgullo	2, 5 y 8	.44
Cuestionario MOS	1-20	.96
Apoyo emocional	3,4,8,9,13,16,17 y 19	.93
Apoyo instrumental	2,3,12 y 15	.77
Relaciones sociales	7,11,14 y 18	.88
Apoyo afectivo	6,10 y 20	.88
Escala ISMI	1-29	.91
Alineación	1, 2, 3, 4, 5 y 6	.81
Asignación de estereotipos	7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	.74
Discriminación percibida	14, 15, 16, 17 y 18	.90
Aislamiento Social	19, 20, 21, 22, 23 y 24	.87
Resistencia al estigma	25, 26, 27, 28 y 29	.67
Escala COPE	1-28	.82
Afrontamiento activo	1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 14, 17, 18, 19, 21, 26 y 28	.82
Afrontamiento pasivo	4, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 25 y 27	.74
Prueba ASSIST	1-8	.86

Nota: Escala para la medición de actitudes de uso de drogas (EMIUD-Actitud), Inventario de Personalidad (NEO-FF-I), Escala de Características del Entorno de Barrio (CEB), Cuestionario de Apoyo Social (MOS), Escala de Internalización del Estigma (ISMI), Escala de Afrontamiento (COPE), Prueba de detección del consumo de sustancias (ASSIST).

Estadística Descriptiva

En la tabla 4 se reportan los datos sociodemográficos de la población; la muestra final estuvo conformada por 210 jóvenes del grupo control (sin transición) y 70 del grupo caso (con transición), con un promedio de edad de 21.4 años ($DE=3.3$) en ambos grupos. En relación al sexo, el 77.1% de los jóvenes fueron hombres y 22.9% mujeres en ambos grupos. En cuanto al nivel académico, se encontró que los jóvenes con licenciatura fueron los que presentaron mayor porcentaje en ambos grupos (52.4% grupo sin transición 52.9% grupo con transición), seguido de nivel preparatoria (36.2% y 30.0% respectivamente). Así mismo, el 70% de los jóvenes del grupo control respondieron que vivían con ambos padres y solo el 44.3% del grupo caso.

Tabla 4

Características sociodemográficas de los jóvenes del estudio

Características	Casos		Controles	
	f	%	f	%
Genero*				
Masculino	54	77.1	162	77.1
Femenino	16	22.9	48	22.9
Escolaridad**				
Primaria	1	1.4	0	0
Secundaria	6	8.6	19	9.0
Preparatoria	21	30.0	76	36.2
Licenciatura	37	52.9	110	52.4
Posgrado	5	7.1	5	2.4
Con quien vives actualmente***				
Ambos padres	31	44.3	147	70.0
Solo madre	9	12.9	17	8.1
Solo padre	3	4.3	3	1.4
Otros familiares	11	15.7	17	8.1
Amigos u otras personas	6	8.6	13	6.2
Madre y su pareja	0	0	3	1.4
Padre y su pareja	0	0	2	1.0
Solo	10	14.3	8	3.8

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje, *($\chi^2=.000$, $p=1.00$) ** ($\chi^2=6.93$, $p=.140$), ***($\chi^2=22.85$, $p=.002$)
n=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

Actitudes para el consumo de drogas

En este apartado se describen los indicadores de las actitudes del consumo de drogas; creencias conductuales y evaluación de dicha creencia en jóvenes con transición y sin transición.

Tabla 5

Actitudes para el consumo de drogas: Creencia conductuales

En tu opinión, usar alguna droga	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
1. Podría ayudarte a olvidar problemas	9.34	.053	10	2.50
2. Te permitiría sentirte parte de un grupo de amigos	10.83	.029	10	3.50
3. Te serviría para evitar sentirte deprimido (a)	14.63	.006	0	6.00
4. Te permitiría hacer cosas diferentes	26.31	.001	0	5.50
5. Te liberaría de las presiones	24.20	.000	10	4.75
6. Te permitiría superar la inseguridad	7.96	.093	10	3.25
7. Te ayudaría a obtener dinero	18.09	.001	30	0.75
8. Te serviría para desahogar tus penas	7.30	.121	10	4.00
9. Te permitiría ser admirado por algunos de tus compañeros (as)	5.85	.119	12.5	4.50
10. Te proporcionaría experiencias placenteras	23.43	.001	10	3.50
11. Te permitiría sentir adrenalina	18.86	.001	10	4.75
12. Te ayudaría a tener la aceptación de tus amigos	5.11	.275	10	2.25
13. Te ayudaría a "darte valor" ante situaciones que te causen temor	2.32	.677	0	6.50

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 5 se muestra los indicadores de creencias del consumo de drogas, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en siete

indicadores tales como: usar alguna droga te permitiría sentirte parte de un grupo, evitar sentirte deprimido, realizar cosas diferentes, liberarse de presiones, obtener dinero, experiencia placenteras y sentir adrenalina.

Tabla 6

Actitudes para el consumo de drogas: Evaluación de las creencias

En los últimos seis meses, ¿Qué tan importante ha sido para ti...	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
14. Olvidarte de tus problemas (escolares, familiares, sentimentales, etc.)?	2.96	.564	0	6.00
15. Sentirte parte del grupo de amigos?	16.71	.002	10	2.50
16. Evitar sentirte deprimido (a)?	7.61	.107	0	9.75
17. Probar a hacer cosas diferentes?	17.34	.002	0	9.25
18. Liberarte de las presiones?	9.76	.045	0	6.75
19. Sentirte seguro (a)?	2.73	.602	0	6.75
20. Tener dinero?	3.91	.417	0	7.75
21. Desahogar tus penas?	3.11	.539	10	4.00
22. Ser admirado (a) por tus amigos o compañeros?	2.93	.569	10	1.75
23. Tener experiencias placenteras?	25.30	.001	10	3.50
24. Sentir la emoción de la adrenalina?	23.38	.001	10	4.00
25. Ser aceptado por tus amigos?	2.01	.733	10	3.20
26. Superar situaciones que le causan vergüenza o temor?	9.95	.041	0	8.50

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 280

En la tabla 6 se muestra los indicadores de evaluación de las creencias del consumo de drogas, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en siete indicadores tales como: en los últimos seis meses qué tan importante ha sido para ti sentirte parte de un grupo de amigos, probar hacer cosas diferentes, realizar cosas diferentes, liberarse de presiones, experiencia placenteras y sentir adrenalina.

Rasgos de personalidad

En este apartado se describen los indicadores rasgos de personalidad.

Tabla 7

Inventario de Personalidad NEO-FFI: Neuroticismo

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
1. A menudo me siento inferior a los demás	63.04	.001	10	1.75
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso	41.83	.001	20	4.25
11. A veces me vienen pensamientos aterradores	55.63	.001	0	6.50
16. A veces me parece que no valgo nada	74.17	.001	10	3.55
21. A veces las cosas me parecen sombrías	59.71	.001	10	2.75
26. Cuando estoy bajo estrés siento que me desmorono	46.32	.001	0	9.00
31. A menudo me siento tenso o inquieto	73.90	.001	0	7.50
36. A veces me he sentido amargado y resentido	65.54	.001	10	4.50
41. Soy bastante estable emocionalmente	60.23	.001	10	3.25
46. Rara vez estoy triste o deprimido	49.68	.001	10	3.75
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	60.59	.001	0	9.75
56. Es difícil que yo pierda los estribos	51.97	.001	10	3.00

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 280

En la tabla 7 se muestra los indicadores del rasgo de personalidad neuroticismo, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en todos los indicadores

Tabla 8

Inventario de Personalidad NEO-FFI: Extraversión

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
2. No soy una persona alegre y animosa	35.25	.001	10	3.75
7. Disfruto mucho hablando con la gente	17.08	.002	10	3.50
12. Disfruto de las fiestas donde hay gente	39.54	.001	0	10.25
17. No me considero especialmente alegre	39.36	.001	10	3.75
22. Me gusta tener mucha gente alrededor	20.09	.001	0	6.50
27. No soy tan vivo ni tan animado como otros	21.10	.001	10	3.00
32. Soy una persona muy activa	35.64	.001	0	5.25
37. En reuniones prefiero que hablen otros	44.66	.001	0	6.75
42. Huyo de las multitudes	9.45	.051	0	7.00
47. A veces rebose de felicidad	22.98	.001	0	7.50
52. Me gusta estar donde esta la acción	60.94	.001	0	7.00
57. No me gusta mucho charlar con la gente	8.11	.088	10	3.00

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 280

En la tabla 8 se muestra los indicadores del rasgo de personalidad extraversión, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en todos los indicadores

Tabla 9

Inventario de Personalidad NEO-FFI: Apertura a la Experiencia

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
3. A veces cuando leo poesía, siento emoción	39.74	.001	0	6.25
8. La poesía tiene poco o ningún efecto en mí	29.35	.001	0	9.75
13. Tengo gran variedad de intereses intelectuales	24.09	.001	0	6.25
18. Me despierta la curiosidad las formas de arte y naturaleza	17.13	.002	0	7.75
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas	21.44	.001	0	11.00
28. Tengo mucha fantasía	29.98	.001	0	8.75
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía	19.80	.001	0	7.00
38. Tengo poco interés en pensar sobre la naturaleza	9.77	.044	0	8.00
43. A veces pierdo interés cuando hablan de manera abstracta o teórica	11.73	.019	0	8.75
48. Experimento variedad de emociones y sentimiento	33.09	.001	0	8.00
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas	36.69	.001	0	10.00
58. Rara vez experimento emociones fuertes	25.52	.001	0	7.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 280

En la tabla 9 se muestra los indicadores del rasgo de personalidad apertura a la experiencia, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en todos los indicadores

Tabla 10

Inventario de Personalidad NEO-FFI: Amabilidad

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente	69.00	.001	10	2.00
9. A veces intimidado o adulo a la gente	73.01	.001	20	1.25
14. A veces consigo con artimañas lo que quiero	83.09	.001	10	4.50
19. Si alguien comienza a pelear, estoy dispuesto	70.90	.001	0	10.00
24. Cuando me han ofendido intento perdonar y olvidar	66.07	.001	10	4.25
29. Mi primera reacción es confiar en la gente	45.65	.001	10	4.50
34. Algunas personas piensan que soy frío y calculador	70.46	.001	0	5.25
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana	64.80	.001	10	4.75
44. Trato de ser humilde	96.00	.001	30	1.25
49. Creo que la mayoría de la gente es honrada	75.95	.001	10	2.75
54. Puedo ser sarcástico y mordaz	53.29	.001	10	3.25
59. Los mendigos no me inspiran simpatía	36.53	.001	0	5.75

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 280

En la tabla 10 se muestra los indicadores del rasgo de personalidad amabilidad, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en todos los indicadores

Tabla 11

Inventario de Personalidad NEO-FFI: Conciencia

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme	54.39	.001	10	4.25
10. Tengo objetivos claros y me esfuerzo	93.31	.001	20	0.75
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas	79.94	.001	20	0.75
20. Tengo mucha auto-disciplina	62.10	.001	10	4.00
25. Antes de una acción considero consecuencias	84.57	.001	10	3.00
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado	80.62	.001	20	1.50
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección	87.44	.001	10	2.00
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo	82.48	.001	10	3.75
45. Soy una persona productiva	79.57	.001	20	1.50
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso	32.64	.001	0	9.00
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que no hago ninguna	45.10	.001	0	8.75
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer	43.93	.001	0	7.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 280

En la tabla 11 se muestra los indicadores del rasgo de personalidad conciencia, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en todos los indicadores

Características de Entorno de Barrio

En la tabla 12, 13 y 14 se muestra los indicadores de características de barrio, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en la subescala seguridad en el ítem: es peligrosa mi colonia o barrio,

Tabla 12

Características de Entorno de Barrio: Seguridad

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
3. Hay abusos de drogas y alcohol en mi colonia o barrio	5.40	.144	0	8.75
6. Es peligrosa mi colonia o barrio	13.09	.004	12.5	4.00
9. Hay personas en mi colonia o barrio que podrian ser mala influencia para los niños	3.74	.290	0	15.00

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

Tabla 13

Características de Entorno de Barrio: Apoyo Social

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
1. La gente en mi colonia o barrio se ayuda la una a la otra	2.82	.419	12.5	2.00
4. Vigilamos a los hijos de los demás en nuestra colonia o barrio	0.45	.929	0	8.50
7. Hay gente con la que puedo contar en mi colonia o barrio	3.28	.351	0	5.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

Tabla 14

Características de Entorno de Barrio: Orgullo

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
2. La mayoría de la gente en mi colonia o barrio tiene bienestar	6.38	.094	25	0.25
5. Me enorgullece vivir en mi colonia o barrio	1.43	.698	12.5	4.00
8. Los edificación y parques de mi colonia o barrio son viejos	0.57	.903	0	7.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

Apoyo social

En este apartado se describen los indicadores de apoyo social.

Tabla 15

Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Apoyo emocional

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
3. Alguien con quien contar cuando necesite hablar	6.78	.148	20	1.75
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	8.00	.091	20	2.25
8. Alguien que informe y ayude a entender la situación	22.51	.001	20	1.75
9. Alguien en quien confiar o hablar de si mismo	27.13	.001	20	1.50
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	6.92	.140	10	3.00
16. Alguien con quien compartir temores	14.21	.007	10	3.00
17. Alguien que aconseje como resolver problemas personales	23.83	.001	10	2.50
19. Alguien que comprenda sus problemas	11.70	.020	20	1.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 15 se muestra los indicadores de apoyo social de la subescala apoyo emocional, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en cinco indicadores tales como: alguien que le informe y ayude a entender la situación, alguien en quien confiar o hablar de sí mismo, alguien con quien compartir temores, alguien que le aconseje como resolver problemas y alguien que comprenda sus problemas.

Tabla 16

Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Apoyo instrumental

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
2. Alguien que le ayude cuando este en cama	2.72	.604	0	7.75
5. Alguien que le lleve al medico si necesita	8.92	.063	20	2.25
12. Alguien que le prepare la comida si no puede	15.79	.003	20	2.25
15. Alguien que ayude con tareas domesticas	6.42	.170	10	2.50

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 16 se muestra los indicadores de apoyo social de la subescala apoyo instrumental, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en el indicador alguien que le prepare la comida si no puede.

Tabla 17

Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Relaciones sociales

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
7. Alguien con quien pasar un buen rato	10.12	.038	30	0.25
11. Alguien con quien pueda relajarse	11.13	.025	30	1.00
14. Alguien con quien hacer cosas para olvidar problemas	1.57	.814	10	2.25
18. Alguien con quien divertirse	12.70	.013	30	0.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 17 se muestra los indicadores de apoyo social de la subescala relaciones sociales, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en tres indicadores tales como: alguien con quien pasar un buen rato, alguien con quien pueda relajarse y alguien con quien divertirse.

Tabla 18

Cuestionario de Apoyo Social (MOS): Apoyo efectivo

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
6. Alguien que le muestre amor y afecto	14.52	.006	30	1.50
10. Alguien que le abrace	6.08	.193	10	3.25
20. Alguien a quien amar y sentir querido	9.60	.048	10	4.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 18 se muestra los indicadores de apoyo social de la subescala apoyo emocional, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en dos indicadores tales como: alguien que le muestre amor y afecto y alguien a quien amar y sentir querido.

Internalización del estigma

En este apartado se describen los indicadores de internalización del estigma.

Tabla 19

Escala de Internalización del estigma: Alineación

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo	0.56	.905	25	1.50
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida	12.80	.005	0	8.50
3. La gente que no consume simplemente no me entiende	6.22	.101	12.5	4.00
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol	12.80	.005	0	12.25
5. Me siento menos que la gente que no consume	5.52	.137	25	3.25
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir	10.14	.017	0	9.00

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 19 se muestra los indicadores de estigma de la subescala alineación, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en tres indicadores tales como: el consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida, me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol y me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol.

Tabla 20

Escala de Internalización del estigma: Asignación de estereotipos

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
7. Los estereotipos negativos acerca de los consumidores de pueden aplicar a mí	2.00	.617	12.5	2.25
8. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo	8.41	.038	12.5	4.00
9. La gente que consume tiende a ser violenta	32.17	.001	0	11.50
10. Por mi consumo, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí	7.98	.046	12.5	1.75
11. La gente que consume no puede vivir una vida plena	21.88	.001	0	15.00
12. La gente que consume no debería casarse	9.09	.028	12.5	4.25
13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir	10.29	.016	0	7.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 20 se muestra los indicadores de estigma de la subescala asignación de estereotipos, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en seis indicadores tales como: por mi aspecto la gente puede darse cuenta que consumo, la gente que consume tiende a ser violenta, por mi consumo la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí, la gente que consume no puede vivir una vida plena, la gente que consume no debería casarse y no puedo aportarle nada a la sociedad por consumir.

Tabla 21

Escala de Internalización del estigma: discriminación percibida

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
14. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol	2.28	.516	0	5.75
15. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo	3.70	.295	0	6.25
16. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo	3.64	.303	0	7.75
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o trata como un niño, por el hecho de consumir	0.68	.877	12.5	3.75
18. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo	4.99	.172	12.5	3.75

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 21 se muestra los indicadores de estigma de la subescala discriminación percibida, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados no indican diferencias en ningún indicador.

Tabla 22

Escala de Internalización del estigma: Aislamiento social

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
19. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo	3.24	.356	12.5	3.25
20. No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo puede hacerme ver mal o que me comporte de manera «extraña»	1.44	.694	0	5.25
21. Los estereotipos negativos me mantienen aislado del mundo «normal»	5.43	.143	25	0.75
22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos	5.67	.129	25	3.75
23. Trato de no acercarme a la gente que no consume para evitar ser rechazado	7.67	.053	25	1.25
24. Estar con personas que no consumen me hace sentir incómodo o inadecuado	6.38	.094	12.5	2.75

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 22 se muestra los indicadores de estigma de la subescala aislamiento social, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados no indican diferencias significativas en ninguno de los indicadores

Tabla 23

Escala de Internalización del estigma: Resistencia al estigma

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume	10.31	.016	12.5	2.25
26. Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero	5.42	.143	0	7.00
27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir	13.44	.004	0	12.75
28. La gente que consume hace aportes importantes a la sociedad	10.55	.014	0	5.50
29. Vivir con el consumo de me ha fortalecido	11.37	.010	37.5	1.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 23 se muestra los indicadores de estigma de la subescala resistencia al estigma, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en cuatro indicadores tales como: me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume, puedo tener una vida plena a pesar de consumir, la gente que consume hace aportes importantes a la sociedad y vivir con el consumo me ha fortalecido.

Estilos Afrontamiento

A continuación se describen los indicadores del afrontamiento activo y pasivo.

Tabla 24

Escala de Afrontamiento: Afrontamiento activo

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	4.37	.223	0	5.50
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	3.29	.348	25	1.50
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	6.37	.095	12.5	1.75
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	3.78	.285	12.5	2.00
7. Hago bromas sobre ello.	13.33	.004	0	6.25
9. Consigo apoyo emocional de otros.	3.75	.289	0	5.50
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	4.01	.260	12.5	3.00
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	1.90	.592	0	7.25
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	21.58	.001	0	7.25
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	5.70	.127	12.5	3.25
19. Me río de la situación.	9.85	.020	0	7.00
21. Aprendo a vivir con ello.	8.08	.044	0	5.00
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	1.71	.633	12.5	3.50
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	5.80	.122	0	6.25

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En la tabla 24 se muestra los indicadores de afrontamiento de la subescala afrontamiento activo, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican

diferencias en cuatro indicadores tales como: hago bromas sobre ello, consigo el consuelo y la comprensión de alguien, me río de la situación y aprendo a vivir con ello.

Tabla 25

Escala de Afrontamiento: Afrontamiento pasivo

	χ^2	Valor de p	% de casillas con frecuencia esperada inferior a 5	Frecuencia mínima esperada
4. Recorro a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	2.86	.412	0	5.75
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.	3.94	.268	12.5	4.00
8. Me critico a mí mismo.	14.74	.002	12.5	4.75
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	2.30	.512	12.5	2.75
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	2.24	.524	12.5	2.50
13. Me niego a creer que haya sucedido.	5.47	.140	12.5	2.00
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	17.83	.001	25	1.50
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	6.32	.097	0	8.00
20. Rezo o medito.	3.04	.385	0	10.50
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	10.79	.013	12.5	3.75
23. Expreso mis sentimientos negativos.	14.94	.002	0	6.00
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	7.73	.052	12.5	2.25
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	2.42	.489	25	1.25
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	1.18	.758	12.5	3.75

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

En cuanto a la descripción de los indicadores del afrontamiento pasivo, se muestra la tabla 25. Los resultados muestran los indicadores de la subescala afrontamiento pasivo, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson para comparar cada indicador entre el grupo de transición y sin transición. Los resultados indican diferencias en cuatro indicadores tales como: me critico a mi mismo, utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor, hago algo para pensar menos en ello como ir al cine o ver televisión y expreso mis sentimientos negativos.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas

En relación al consumo de drogas legales, la tabla 26 reporta las prevalencias global, lápsica y actual por otro lado la tabla 27 muestra la prevalencia de consumo de drogas ilegales en el grupo de jóvenes con transición.

Tabla 26

Prevalencias de consumo de alcohol y tabaco

	Prevalencias	Caso (n=70)		IC 95% LI - LS		Control (n=210)		IC 95% LI - LS		χ^2	p
		f	%	f	%	f	%				
Alcohol	Alguna vez en la vida	70	100	-	-	209	99.5	.99 - 1.00	3.35	.563	
	Último año	70	100	-	-	197	93.8	.91 - .97	4.54	.033	
	Último mes	54	77.1	.67	.87	96	45.7	.39 - .53	20.8	.001	
Tabaco	Alguna vez en la vida	54	77.1	.67	.87	59	28.1	.22 - .34	52.4	.001	
	Último año	39	55.7	.44	.68	38	18.1	.13 - .23	37.2	.001	
	Último mes	28	40.0	.28	.52	30	14.3	.10 - .19	21.1	.001	

Nota: f = frecuencia, n = total de observaciones, χ^2 = chi cuadrada, p = significancia estadística

La tabla 26 muestra que el 100% de los jóvenes del grupo caso reportaron consumo de alcohol en el último año, así mismo el consumo de tabaco en este grupo obtuvo altos porcentajes con 55.7% de consumo en el último año. En cuanto al grupo control se presentaron cifras similares al grupo caso en el consumo de alcohol con un 93.8% en la prevalencia de consumo en el último año; por el contrario en el consumo de tabaco se presentó un porcentaje mucho menor que en el grupo control, reportando cifras de 18.1% de consumo de tabaco en el último año.

Tabla 27

Prevalencias de consumo de drogas ilegales

Prevalencias		Caso (n=70)		IC 95%
		<i>f</i>	%	LI - LS
Marihuana	Alguna vez en la vida	55	78.6	.69 - .68
	Último año	46	65.7	.54 - .77
	Último mes	23	32.9	.22 - .44
Cocaína	Alguna vez en la vida	6	8.6	.02 - .15
	Último año	5	7.1	.01 - .13
	Último mes	5	7.1	.01 - .13
Anfetaminas	Alguna vez en la vida	8	11.4	.04 - .19
	Último año	4	5.7	.00 - .11
	Último mes	0	0.0	- -
Inhalantes	Alguna vez en la vida	2	2.9	.01 - .07
	Último año	2	2.9	-.01 - .07
	Último mes	0	0.0	- -
Sedantes	Alguna vez en la vida	14	20.0	.10 - .30
	Último año	10	14.3	.06 - .23
	Último mes	5	7.1	.01 - .13
Alucinógenos	Alguna vez en la vida	6	8.6	.02 - .15
	Último año	5	7.1	.01 - .13
	Último mes	2	2.9	-.01 - .07

Nota: *f* = frecuencia, *n* = total de observaciones

En la tabla 27 se muestran las prevalencias global, lápsica y actual del consumo de drogas ilegales en el grupo de jóvenes con transición. El 78.6% de los reportaron haber consumido marihuana alguna vez en la vida, 65.7% en el último año y 32.9% en el último mes, siendo ésta sustancia la de mayor consumo, seguida por sedantes con un consumo de 20.0% alguna vez en la vida, 14.3% en el último año y 7.1% en el último mes; y en tercer lugar las anfetaminas, reportando un consumo de 11.4% alguna vez en la vida y 5.7% en el último año. Cabe mencionar que el consumo de alcohol en el último año y último mes fue mayor en los jóvenes que transitaron (grupo caso). Así mismo se muestran mayores prevalencias del consumo de tabaco en el mismo grupo.

Tabla 28

Problemas relacionado al consumo de marihuana, cocaína, sedantes, anfetaminas, inhalables, alucinógenos y opiáceos (ASSIST)

Drogas	Riesgo Bajo		Riesgo Moderado		Riesgo Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Marihuana (n=55)	31	56.4	22	40.0	2	3.6
Cocaína (n=6)	3	50.0	2	33.3	1	16.7
Anfetaminas (n=8)	6	75.0	2	25.0	0	0.0
Inhalantes (n=2)	1	50.0	1	50.0	0	0.0
Sedantes (n=14)	7	50.0	6	42.9	1	7.1
Alucinógenos (n=6)	4	66.7	2	33.3	0	0.0
Opiáceos (n=1)	0	0.0	1	100.0	0	0.0

Nota: *f*=frecuencia, %= porcentaje, *n*=70

Dentro de la tabla 28 se presentan los niveles de riesgo para el consumo de las drogas ilegales que presenta el cuestionario ASSIST, donde se observa que la mayor prevalencia en riesgo bajo es en consumidores de anfetaminas (75.0%) seguida de alucinógenos (66.7%) y después el consumo de la marihuana (56.4%), así también para el riesgo moderado presentando mayor prevalencia los opiáceos (100%), seguido de consumo de inhalantes (50.0%) y sedantes (42.9%), finalmente las prevalencias más altas en riesgo alto de consumo de drogas ilegales fueron cocaína (16.7%), sedantes (7.1%) y marihuana (3.6%). Es importante señalar que los resultados se presentan en relación del número de jóvenes que contestaron consumir alguna droga ilegal.

En la tabla 29 se presenta la distribución de la edad y de las variables de estudio, además de las puntuaciones del índice de las escalas utilizadas como el índice de actitud y creencias y evaluación de consumo de drogas ilegales (EMIUD-ACTITUD), el índice de inventario de personalidad (NEO-FF-I), el índice de las características del entorno de barrio (ECB), el índice de exposición a la oportunidad, el índice del cuestionario de apoyo social (MOS), el índice de la escala de afrontamiento (COPE) y el índice del consumo de drogas ilegales (ASSIST). Al utilizar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se encontró que la mayoría de las variables fueron significativas ($p < .001$), por lo que al no presentar distribución normal en la mayoría de

las variables, se utilizó la estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Tabla 29

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas

Variable (n=280)	Valor						
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max	D^a	<i>p</i>
Edad	21.4	20.0	3.3	18	34	.213	.001
Índice Actitud Drogas	15.0	10.9	14.8	0.0	60.2	.156	.001
Creencias Drogas	30.0	29.8	23.2	0.0	84.6	.122	.001
Evaluación Drogas	45.1	46.1	20.7	0.0	82.6	.072	.001
Neuroticismo	38.4	33.3	22.3	6.2	87.5	.127	.001
Extraversión	53.7	52.0	18.2	16.6	91.6	.051	.080
Apertura a la Experiencia	51.3	54.1	22.1	8.3	97.2	.100	.001
Amabilidad	63.8	66.6	20.6	14.5	93.7	.089	.001
Conciencia	65.4	70.8	21.1	12.5	100.0	.138	.001
Índice de ECB	39.3	37.0	16.7	0.0	85.1	.079	.001
Seguridad	40.3	38.8	28.1	0.0	100.0	.122	.001
Apoyo social	42.0	44.4	20.6	0.0	100.0	.143	.001
Orgullo	35.6	33.3	19.4	0.0	88.8	.129	.001
Edad de 1ra. Oportunidad de consumo de drogas	16.1	16.0	2.7	7.0	25.0	.098	.001
Edad de 1er ofrecimiento de drogas ilegales	16.5	16.0	2.7	12.0	25.0	.111	.001
Edad de 1ra. Búsqueda de drogas ilegales	19.0	18.0	3.4	14.0	29.0	.478	.001
Numero de oportunidades para usar drogas ilegales	3.9	3.0	2.4	0.0	7.0	.236	.001
Índice MOS	75.6	85.1	20.6	3.9	100.0	.130	.001
Apoyo Emocional	74.9	81.2	22.5	0.0	100.0	.146	.001
Apoyo Instrumental	72.5	75.0	22.1	0.0	100.0	.110	.001
Relaciones Sociales	78.6	81.2	21.2	12.5	100.0	.157	.001
Apoyo Afectivo	77.9	91.6	25.9	0.0	100.0	.208	.001
Índice Estigma	30.7	26.4	16.8	3.4	77.01	.123	.001
Alineación	24.2	16.6	23.9	0.0	94.4	.176	.001
Asignación de Estereotipos	27.5	27.2	18.3	0.0	86.3	.140	.001
Discriminación Percibida	23.9	13.3	27.6	0.0	100.0	.235	.001
Aislamiento Social	19.8	11.1	22.4	0.0	100.0	.214	.001
Resistencia al Estigma	61.1	60.0	20.8	6.6	100.0	.090	.001

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min = mínimo, Máx = máximo, D^a = estadístico de K-S para el contraste de normalidad, *n* = total de la muestra, ECB = Encuesta características del barrio, MOS = cuestionario apoyo social, COPE = escala de afrontamiento, *n* = total de observaciones

Tabla 29

Prueba de normalidad para las variables continuas (Continuación...)

Variable (n=280)	Valor						
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max	D^a	<i>p</i>
Índice COPE Activo	58.2	59.2	14.8	0.0	97.6	.070	.002
Índice COPE Pasivo	33.9	30.9	13.3	0.0	85.7	.130	.001
Afrontamiento Afectivo	65.7	66.6	20.9	0.0	100.0	.235	.001
Planificación	61.4	66.6	20.6	0.0	100.0	.203	.001
Apoyo Emocional	51.3	50.0	24.3	0.0	100.0	.186	.001
Apoyo Social	49.4	50.0	19.6	0.0	100.0	.209	.001
Religión	35.4	33.3	30.5	0.0	100.0	.185	.001
Reinterpretación Positiva	59.2	66.6	22.6	0.0	100.0	.181	.001
Aceptación	66.1	66.6	22.0	0.0	100.0	.158	.001
Negación	25.0	16.6	22.5	0.0	100.0	.169	.001
Humor	53.9	50.0	25.9	0.0	100.0	.143	.001
Auto-distracción	60.5	66.6	24.7	0.0	100.0	.136	.001
Auto-inculpación	46.0	50.0	23.1	0.0	100.0	.173	.001
Desconexión Conductual	22.9	16.6	21.6	0.0	100.0	.188	.001
Desahogo	35.7	33.3	22.4	0.0	100.0	.167	.001
Uso de Sustancias	12.1	0.0	21.6	0.0	100.0	.409	.001

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *DE* = desviación estándar, Min = mínimo, Máx = máximo, D^a = estadístico de K-S para el contraste de normalidad, *n* = total de la muestra, ECB= Encuesta características del barrio, MOS= cuestionario apoyo social, COPE= escala de afrontamiento, n=total de observaciones

Resultados para responder a objetivos de estudio

Para dar respuesta al objetivo uno que menciona describir las condiciones personales, comunitarias y sociales en jóvenes con transición y sin transición de drogas ilegales se describen los resultados en las tablas 30 a la 35.

Tabla 30

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de actitudes entre casos y controles, según U de Mann-Whitney

Variable	Transición	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Creencias de drogas	Control	210	27.32	21.11	23.77	5216.5	.001
	Caso	70	38.02	38.46	19.78		
Evaluación de las creencias	Control	210	43.65	46.15	20.74	6149.5	.041
	Caso	70	49.45	50.96	20.21		
Actitudes	Control	210	13.35	7.63	14.78	4877.5	.001
	Caso	70	20.07	16.56	14.17		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U*= U de Mann Whitney, *p*= significancia, *n*=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

En cuanto a las actitudes, en la tabla 30 se describen el contraste de las medidas de tendencia central de la puntuación de los índices de actitudes entre los jóvenes con transición y jóvenes sin transición, según la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados mostraron diferencias significativas de las actitudes hacia el consumo de drogas ($U=4877.5$ $p=.001$), destacando medias y medianas más altas en el grupo de los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilícitas.

Tabla 31

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de rasgo de personalidad entre casos y controles, según U de Mann-Whitney

Variable	Transición	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Neuroticismo	Control	210	31.65	26.04	18.05	2552.2	.001
	Caso	70	58.86	60.41	21.44		
Extraversión	Control	210	49.86	50.00	17.41	3693.5	.001
	Caso	70	65.53	66.66	15.49		
Apertura	Control	210	46.98	52.08	21.87	4149.0	.001
	Caso	70	64.37	65.62	17.46		
Amabilidad	Control	210	71.03	75.00	15.27	2104.0	.001
	Caso	70	42.23	46.87	19.85		
Conciencia	Control	210	72.16	77.08	15.37	2674.0	.001
	Caso	70	45.38	46.87	23.51		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U*= U de Mann Whitney, *p*= significancia, *n*=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

En cuanto a los factores de personalidad se describen en la tabla 31. Los resultados mostraron diferencia significativa en todos los rasgos de personalidad entre los jóvenes con y sin transición al consumo de drogas, destacando medias más altas en los rasgos de neuroticismo, extraversión y apertura en el grupo control, a su vez se presentaron medias más altas en los rasgos de amabilidad y conciencia en el grupo que no ha presentado transición al consumo de drogas.

Tabla 32

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de entorno del barrio entre casos y controles, según U de Mann-Whitney

Variable	Transición	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Entorno del Barrio	Control	210	39.66	40.74	17.00	7042.0	.599
	Caso	70	38.35	37.03	16.16		
Seguridad	Control	210	41.42	44.44	29.54	6772.5	.322
	Caso	70	36.98	33.33	23.45		
Apoyo Social	Control	210	41.26	44.44	20.23	6784.5	.328
	Caso	70	44.44	44.44	21.65		
Orgullo	Control	210	36.29	33.33	19.06	6895.0	.431
	Caso	70	33.65	33.33	20.54		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U*= U de Mann Whitney, *p*= significancia, *n*=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

En la tabla 32 se muestran los resultados de la Prueba de *U* de Mann-Whitney para el índice del entorno del barrio y sus subescalas entre casos y controles, los resultados no mostraron diferencias significativas ($U=7042.0$, $p=.599$).

Tabla 33

Contraste de tendencia central de la puntuación de exposición a la oportunidad de consumo entre casos y controles, según la prueba U de Mann-Whitney

Variable	Transición	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Edad de primera oportunidad	Control	210	16.12	16.00	2.86	4513.5	.186
	Caso	70	16.46	16.50	2.73		
Edad de primer ofrecimiento	Control	210	16.31	16.00	2.87	3410.5	.071
	Caso	70	16.92	17.00	2.30		
Numero de oportunidades para usar drogas	Control	210	2.50	1.00	2.64	3939.5	.001
	Caso	70	4.60	5.00	2.24		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U*= U de Mann Whitney, *p*= significancia, *n*=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

En la tabla 33 se muestran los resultados de la Prueba de *U* de Mann-Whitney para el índice de exposición a la oportunidad de consumo ($U = 4513.5$, $p= .186$). Los resultados destacan medias y medianas más altas del grupo caso, en número de oportunidades para usar drogas ($\bar{X}=4.60$ y $Mdn= 5.00$) en comparación con el grupo

control ($\bar{X}=2.50$ y $Mdn= 1.00$) por el contrario en la edad del primer ofrecimiento no fue significativo.

Tabla 34

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social (MOS) entre casos y controles, según U de Mann-Whitney

Variable	Transición	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
MOS total	Control	210	77.98	82.89	19.25	5653.0	.004
	Caso	70	68.87	72.36	23.11		
Apoyo emocional	Control	210	77.54	84.37	20.60	5640.5	.003
	Caso	70	67.05	68.75	26.17		
Apoyo instrumental	Control	210	74.91	75.00	20.55	5783.5	.007
	Caso	70	65.53	68.75	25.15		
Relaciones sociales	Control	210	80.11	81.25	20.37	6363.5	.088
	Caso	70	74.28	81.25	23.20		
Apoyo afectivo	Control	210	80.23	91.66	25.13	5844.0	.008
	Caso	70	70.95	75.00	27.28		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U*= U de Mann Whitney, *p*= significancia, *n*=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

En la tabla 34 se muestran el contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social (MOS) y sus subescalas entre casos y controles, según U de Mann-Whitney, los resultados reportan diferencias significativas, destacando medias y medianas de apoyo social más altas en el grupo que no ha transitado al consumo de drogas ilegales.

Finalmente en la tabla 35 se muestran los resultados según la Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de estigma total y sus subescalas ($U = 6417.5$, $p=.001$) entre el grupo caso y el grupo control. Los resultados solo mostraron diferencia significativa del estigma total, así como del índice de asignación de estereotipos y resistencia al estigma, presentando medias y medianas más altas del grupo control.

Tabla 35

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de estigma entre casos y controles, según U de Mann-Whitney

Variable	Transición	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Estigma total	Control	210	32.84	27.58	17.11	6417.5	.001
	Caso	70	24.49	22.98	14.17		
Alineación	Control	210	25.95	16.66	24.78	6521.5	.152
	Caso	70	19.28	16.66	20.45		
Asignación de estereotipos	Control	210	30.45	27.27	18.48	4796.0	.001
	Caso	70	18.76	22.72	15.06		
Discriminación percibida	Control	210	25.52	13.33	28.81	6761.0	.295
	Caso	70	19.04	13.33	23.26		
Aislamiento social	Control	210	21.24	11.11	23.77	6682.5	.239
	Caso	70	15.47	11.11	17.56		
Resistencia al estigma	Control	210	63.65	60.00	19.87	5528.5	.002
	Caso	70	53.80	53.33	21.98		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U*= U de Mann Whitney, *p*= significancia, *n*=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

En este apartado se muestran los resultados del objetivo dos que refiere describir los patrones de respuesta de las transiciones del consumo de drogas (afrontamiento) en jóvenes con transición y jóvenes sin transición, los resultados se muestran en la tabla 36.

En la tabla 36 se reportan los resultados de la prueba de *U* de Mann-Whitney para el índice total del afrontamiento entre el grupo caso y grupo control. Los resultados no mostraron diferencias significativas con los índices total de afrontamiento activo y pasivo y sus subescalas. Sin embargo al observar las estrategias de afrontamiento se observaron diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento emocional, aceptación, humor y auto distracción, destacando medias y medianas más altas en los jóvenes sin transición. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento humor y uso de sustancias se observaron diferencias significativas, destacando puntuaciones más altas en los jóvenes con transición.

Tabla 36

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento entre casos y controles, según U de Mann-Whitney

Variable	Transición	n	\bar{X}	Mdn	DE	U	Valor de p
Afrontamiento activo	Control	210	58.56	59.52	14.38	7078.0	.642
	Caso	70	57.34	58.33	16.34		
Afrontamiento afectivo	Control	210	67.14	66.66	20.29	6175.5	.037
	Caso	70	61.66	66.66	22.40		
Planificación	Control	210	61.42	66.66	20.27	7324.0	.963
	Caso	70	61.42	66.66	22.07		
Apoyo emocional	Control	210	53.57	50.00	23.99	5705.5	.004
	Caso	70	44.52	33.33	24.19		
Apoyo instrumental	Control	210	48.65	50.00	19.34	6583.5	.173
	Caso	70	51.66	50.00	20.49		
Reinterpretación positiva	Control	210	60.23	66.66	22.46	6789.0	.325
	Caso	70	56.42	66.66	23.10		
Aceptación	Control	210	64.60	66.66	21.40	6052.5	.023
	Caso	70	70.95	75.00	23.34		
Humor	Control	210	51.26	50.00	24.31	5726.0	.005
	Caso	70	61.90	66.66	29.09		
Afrontamiento pasivo	Control	210	33.75	30.95	12.84	7066.0	.627
	Caso	70	34.65	32.14	14.89		
Religión	Control	210	36.98	33.33	30.67	6508.0	.144
	Caso	70	30.95	33.33	29.79		
Negación	Control	210	24.92	16.66	22.36	7286.0	.910
	Caso	70	25.23	16.66	23.35		
Auto-distracción	Control	210	62.69	66.66	23.90	5938.5	.014
	Caso	70	54.04	50.00	26.22		
Auto-inculpción	Control	210	44.60	50.00	23.39	6361.0	.084
	Caso	70	50.23	50.00	21.86		
Desconexión conductual	Control	210	22.22	16.66	21.15	6893.5	.417
	Caso	70	25.23	16.66	23.18		
Desahogo	Control	210	35.07	33.33	21.55	7046.0	.595
	Caso	70	37.61	33.33	25.17		
Uso de sustancias	Control	210	9.76	00.00	19.39	5791.5	.001
	Caso	70	19.28	00.00	26.25		

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, U= U de Mann Whitney, p= significancia, n=total de observaciones, Caso= jóvenes con transición, Control= jóvenes sin transición

Para responder al objetivo tres, el cual define estimar medidas de asociación entre jóvenes que muestran transición de consumo de drogas legales a drogas ilegales y jóvenes que no muestren esta transición con las condiciones personales, comunitarias y sociales se realizó un Modelo de Regresión Logística el cual se explica en la tabla 37.

Tabla 37

Modelo de Regresión Logística de las variables personales, comunitarias y sociales sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales.

Variable	β	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
(Constante)	1.29	2.10	.37					
Actitud drogas	.016	.013	1.50	1	1.01	.220	.99	1.04
Neuroticismo	.020	.016	1.66	1	1.02	.198	.98	1.05
Extraversión	.034	.014	5.51	1	1.03	.019	1.00	1.06
Apertura a la experiencia	-.001	.014	.01	1	.99	.914	.97	1.02
Amabilidad	-.060	.017	12.2	1	.94	.001	.91	.97
Conciencia	-.010	.015	.48	1	.99	.486	.96	1.01
Entorno del Barrio	-.028	.012	5.08	1	.97	.024	.94	.99
Numero de oportunidades para usar drogas ilegales	.317	.079	16.0	1	1.37	.001	1.17	1.60
Apoyo social	-.022	.010	4.87	1	.97	.027	.96	.99
Estigma total	.010	.013	.60	1	1.01	.437	.98	1.03
Modelo 1	$\chi^2 = 146.48, gl = 10, R^2 = 60.3\%, p < .001$							
(Constante)	1.28	2.10	.37					
Actitud drogas	.016	.013	1.50	1	1.01	.221	.99	1.04
Neuroticismo	.020	.014	1.88	1	1.02	.170	.99	1.04
Extraversión	.033	.014	5.96	1	1.03	.015	1.00	1.06
Amabilidad	-.060	.017	12.38	1	.94	.001	.91	.97
Conciencia	-.011	.015	.51	1	.98	.472	.96	1.01
Entorno del Barrio	-.028	.012	5.08	1	.97	.024	.94	.99
Numero de oportunidades para usar drogas ilegales	.316	.079	16.10	1	1.37	.001	1.17	1.60
Apoyo social	-.022	.010	4.89	1	.97	.027	.96	.99
Estigma total	.011	.013	.68	1	1.01	.407	.98	1.03
Modelo 2	$\chi^2 = 146.47, gl = 9, R^2 = 60.3\%, p < .001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R²= Coeficiente de determinación, n=280

Tabla 37 Continuación...

Modelo de Regresión Logística de las variables personales, comunitarias y sociales sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales.

Variable	β	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
(Constante)	.623	1.91	.10					
Actitud drogas	.017	.013	1.55	1	1.01	.213	.99	1.04
Neuroticismo	.024	.013	3.29	1	1.02	.070	.99	1.05
Extraversión	.034	.014	6.35	1	1.03	.012	1.00	1.06
Amabilidad	-.063	.016	14.91	1	.93	.001	.90	.96
Entorno del Barrio	-.027	.012	4.75	1	.97	.029	.95	.99
Numero de oportunidades para usar drogas ilegales	.316	.079	16.08	1	1.37	.001	1.17	1.60
Apoyo social	-.022	.010	5.31	1	.97	.021	.95	.99
Estigma total	.010	.013	.58	1	1.01	.443	.98	1.03
Modelo 3	$\chi^2 = 145.95, gl = 8, R^2 = 60.2\%, p < .001$							
(Constante)	.897	1.87	.22					
Actitud drogas	.017	.013	1.56	1	1.01	.211	.99	1.04
Neuroticismo	.024	.013	3.28	1	1.02	.070	.99	1.05
Extraversión	.033	.013	6.09	1	1.03	.014	1.00	1.06
Amabilidad	-.062	.016	14.82	1	.94	.001	.91	.97
Entorno del Barrio	-.026	.012	4.50	1	.97	.034	.95	.99
Numero de oportunidades para usar drogas ilegales	.300	.076	15.81	1	1.35	.001	1.16	1.56
Apoyo social	-.022	.010	5.24	1	.97	.022	.95	.99
Modelo 4	$\chi^2 = 145.36, gl = 7, R^2 = 60.0\%, p < .001$							
(Constante)	.974	1.85	.27					
Neuroticismo	.026	.013	4.16	1	1.02	.041	1.00	1.05
Extraversión	.034	.013	6.42	1	1.03	.011	1.00	1.06
Amabilidad	-.061	.016	15.00	1	.94	.001	.91	.97
Entorno del Barrio	-.024	.012	4.04	1	.97	.044	.95	.99
Numero de oportunidades para usar drogas ilegales	.306	.075	16.77	1	1.35	.001	1.17	1.57
Apoyo social	-.024	.010	6.00	1	.97	.014	.95	1.14
Modelo 5	$\chi^2 = 143.81, gl = 6, R^2 = 59.5\%, p < .001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R²= Coeficiente de determinación, n=280

Se realizó el método backward (método hacia atrás) para verificar las variables que mantienen contribución al modelo ($p < .05$). En el modelo 1 se observa significancia estadística ($\chi^2 = 146.48, p < .001$) con una varianza explicada de 60.3%. las variables que

contribuyen al modelo son extraversión ($\beta = .034$, $p < .05$), amabilidad ($\beta = -.060$, $p < .001$), entorno del barrio ($\beta = -.028$, $p < .05$), número de oportunidades de consumo ($\beta = .317$, $p < .001$) y apoyo social ($\beta = -.022$, $p < .05$). En el modelo 5 se observa significancia estadística ($\chi^2 = 143.81$, $p < .001$) con una varianza explicada de 59.5%, así mismo las variables que mantienen contribución al modelo son neuroticismo ($\beta = .026$, $p < .05$), extraversión ($\beta = .034$, $p < .05$), amabilidad ($\beta = -.061$, $p < .001$), entorno del barrio ($\beta = -.024$, $p < .05$), número de oportunidades de consumo ($\beta = .306$, $p < .001$) y apoyo social ($\beta = -.024$, $p < .05$).

Finalmente respondiendo al objetivo cuatro que menciona explorar la asociación entre las condiciones personales, comunitarias y sociales con el afrontamiento y problemas relacionados con el consumo de drogas. Este se respondió por medio del coeficiente de correlación de Spearman, los resultados se muestran en las tablas 38 a la 45.

Tabla 38

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones personales con el afrontamiento activo y pasivo en total de la muestra

		Rasgos de personalidad					
		Actitudes	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Conciencia
Afrontamiento activo	<i>r</i>	-.005	-.027	.096	.196*	.054	.127
	<i>p</i>	.931	.657	.108	.001	.369	.033+
Afrontamiento pasivo	<i>r</i>	.323*	.258*	.051	.154*	-.146+	-.184+
	<i>p</i>	.001	.001	.399	.001	.014	.002

Nota: * = $p < .001$, + = $p < .05$; valores bilaterales; n=280

En la tabla 38 se muestra que el afrontamiento activo presentó correlación positiva y significativa con el rasgo de personalidad de apertura ($r_s = .196$, $p < .001$) lo que significa que a mayor afrontamiento activo mayor el rasgo de personalidad de apertura. El afrontamiento pasivo presentó correlación positiva y significativa con las actitudes

($r_s=.323, p<.001$), los rasgos de personalidad de neuroticismo ($r_s=.258, p<.001$) y apertura ($r_s=.154, p<.001$) lo cual significa que a mayor afrontamiento pasivo mayores serán las actitudes hacia el consumo de drogas, al igual que los rasgos de personalidad neuroticismo y apertura; por el contrario presentó correlación negativa y significativa con los rasgos de personalidad de amabilidad ($r_s=-.146, p<.05$) y conciencia ($r_s=-.184, p<.05$) lo que significa que a mayor afrontamiento pasivo menor el rasgo de amabilidad y conciencia.

Tabla 39

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento activo y pasivo en total de la muestra

		Entorno del barrio	Exposición a la oportunidad de consumo	Apoyo social	Estigma social
Afrontamiento activo	<i>r</i>	-.252*	-.006	.411*	-.047
	<i>p</i>	.001	.916	.001	.435
Afrontamiento pasivo	<i>r</i>	.020	.028	-.009	-.143+
	<i>p</i>	.736	.641	.883	.017

Nota: *= $p<.001$, += $p<.05$; valores bilaterales; $n=280$

En la tabla 39 se reportan las correlaciones de afrontamiento, encontrando correlación negativa y significativa de afrontamiento activo con el entorno de barrio ($r_s=-.252, p<.001$) y positiva y significativa con el apoyo social ($r_s=.411, p<.001$) lo cual significa que a mayor afrontamiento activo menor es la influencia del barrio y mayor es la percepción de apoyo social. Así mismo se encontró correlación negativa y significativa de el afrontamiento pasivo con el estigma social ($r_s=-.143, p<.05$) lo que significa que a mayor afrontamiento pasivo menor es la percepción de estigma social de los jóvenes.

Tabla 40

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones personales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes con transición (casos)

		Actitudes	Neuroticismo	Rasgos de personalidad			Conciencia
				Extraversión	Apertura	Amabilidad	
Afrontamientos	<i>r</i>	-.013	.180	.311+	.479*	-.100	.065
activo	<i>p</i>	.916	.136	.009	.001	.409	.595
Afrontamiento	<i>r</i>	.437*	.188	.087	.292+	-.184	-.071
pasivo	<i>p</i>	.001	.120	.474	.014	.127	.560

Nota: *= $p < .001$, += $p < .05$; valores bilaterales; $n=70$

La tabla 40 muestra la correlación de afrontamiento con las condiciones personales en el grupo de casos. Se encontró correlación positiva y significativa de afrontamiento activo con el rasgo de personalidad extraversión ($r_s=.311$, $p<.05$) y apertura a la experiencia ($r_s=.479$, $p<.001$) lo que significa que a mayor afrontamiento activo mayor es el rasgo extraversión y apertura a la experiencia en los jóvenes del grupo caso. También se encontró correlación positiva y significativa del afrontamiento pasivo con las actitudes ($r_s=.437$, $p<.001$) y con el rasgo de personalidad apertura a la experiencia ($r_s=.292$, $p<.05$) lo cual significa que a mayor afrontamiento pasivo mayores con las actitudes hacia el consumo de drogas y mayor es el rasgo de apertura a la experiencia en los jóvenes de este grupo.

En la tabla 41 se reporta las correlaciones de afrontamiento con las condiciones comunitarias y sociales en el grupo caso. Aquí se muestra que el afrontamiento activo presentó correlación negativa y significativa con las características del entorno del barrio ($r_s=-.350$, $p<.05$) lo que significa que ha mayor percepción de la calidad del barrio mayor afrontamiento activo, también se encontró correlación positiva y significativa del el apoyo social con el afrontamiento activo ($r_s=.532$, $p<.001$) lo cual significa que a mayor apoyo social mayor son las estrategias de afrontamiento activo en los jóvenes con

transición. Así mismo se reportó correlación positiva y significativa del estigma social con el afrontamiento pasivo ($r_s=.313, p<.05$) lo que significa que a mayor estigma social mayor son las estrategias de afrontamiento pasivo.

Tabla 41

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes con transición (casos)

		Características del entorno del barrio	Exposición a la oportunidad de consumo	Apoyo social	Estigma social
Afrontamiento activo	<i>r</i>	-.350+	-.082	.532*	.005
	<i>p</i>	.003	.499	.001	.968
Afrontamiento pasivo	<i>r</i>	.167	.106	.162	.313+
	<i>p</i>	.166	.384	.181	.008

Nota: *= $p<.001$, += $p<.05$; valores bilaterales; $n=70$

Tabla 42

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones personales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes sin transición (controles)

		Actitudes	Neuroticismo	Rasgos de personalidad			
				Extraversión	Apertura	Amabilidad	Conciencia
Afrontamiento activo	<i>r</i>	.007	-.068	.060	.125	.082	.111
	<i>p</i>	.914	.325	.387	.071	.236	.109
Afrontamiento pasivo	<i>r</i>	.296*	.281*	.050	.127	-.162+	-.236*
	<i>p</i>	.001	.001	.468	.065	.019	.001

Nota: *= $p<.001$, += $p<.05$; valores bilaterales; $n=210$

La tabla 42 muestra la correlación de afrontamiento con las condiciones personales en el grupo control. Se encontró correlación positiva y significativa de las actitudes ($r_s=.296, p<.001$) y el rasgo de personalidad neuroticismo ($r_s=.281, p<.001$), con el afrontamiento pasivo lo que significa que a mayor actitudes hacia el consumo de

drogas y mayor es el rasgo neuroticismo en los jóvenes sin transición mayores son las estrategias de afrontamiento pasivo. También se encontró correlación negativa y significativa de los rasgos de personalidad amabilidad ($r_s = -.162, p < .05$) y conciencia ($r_s = -.236, p < .001$) con el afrontamiento pasivo, es decir que a menor puntuación en los rasgos de amabilidad y conciencia mayor es el afrontamiento pasivo.

Tabla 43

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento activo y pasivo en jóvenes sin transición (controles)

		Características del entorno del barrio	Exposición a la oportunidad de consumo	Apoyo social	Estigma social
Afrontamientos activo	<i>r</i>	-.209+	.026	.369*	-.070
	<i>p</i>	.002	.706	.001	.316
Afrontamiento pasivo	<i>r</i>	-.023	-.003	-.068	.092
	<i>p</i>	.743	.965	.327	.183

Nota: * = $p < .001$, + = $p < .05$; valores bilaterales; $n = 210$

En la tabla 43 se reporta las correlaciones de las condiciones comunitarias y sociales con el afrontamiento en el grupo de jóvenes que no han transitado. Se muestra que presentó correlación negativa y significativa con las características del entorno del barrio ($r_s = -.209, p < .05$) con el afrontamiento activo, lo que significa que ha menor percepción de la calidad del barrio mayor afrontamiento activo, también se encontró correlación positiva y significativa del el apoyo social con el afrontamiento activo ($r_s = .369, p < .001$), lo cual significa que a mayor apoyo social mayor son las estrategias de afrontamiento activo en los jóvenes sin transición.

Tabla 44

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones personales con problemas relacionado al consumo de drogas en jóvenes con transición (casos)

Problemas		Rasgos de personalidad					
		Actitudes	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Conciencia
Marihuana	<i>r</i>	.172	-.065	.028	-.012	.029	-.114
	<i>p</i>	.154	.591	.817	.924	.811	.346
Cocaína	<i>r</i>	.277+	-.105	-.065	-.233	.171	.004
	<i>p</i>	.020	.385	.595	.053	.156	.977
Anfetaminas	<i>r</i>	.251+	.091	.000	.079	-.025	-.006
	<i>p</i>	.036	.452	.996	.516	.839	.959
Inhalantes	<i>r</i>	.093	-.027	-.157	-.087	.070	.047
	<i>p</i>	.442	.822	.195	.472	.563	.697
Sedantes	<i>r</i>	.169	-.151	-.332+	-.317+	.059	.138
	<i>p</i>	.163	.213	.005	.007	.628	.255
Alucinógenos	<i>r</i>	.108	-.140	-.030	-.033	.098	.038
	<i>p</i>	.375	.247	.803	.789	.419	.753
Opiáceos	<i>r</i>	.242+	-.172	.039	-.043	.052	.153
	<i>p</i>	.044	.155	.749	.724	.669	.205

Nota: *= $p < .001$, += $p < .05$; valores bilaterales; $n=70$

En la tabla 44 se muestran las correlaciones de las condiciones personales con el consumo de drogas ilegales en el grupo caso. Las actitudes presentaron correlación positiva y significativa con problemas relacionados al consumo de cocaína ($r_s=.277$, $p < .05$), anfetaminas ($r_s=-.251$, $p < .05$) y opiáceos ($r_s=.242$, $p < .05$) lo cual significa que a mayores actitudes hacia el consumo de drogas mayor son los problemas por consumo de cocaína, anfetaminas y opiáceos. Así mismo se encontró correlación negativa y significativa de los problemas relacionados con consumo de sedantes con el rasgo de

personalidad extraversión ($r_s=-.332, p<.05$) y apertura a la experiencia ($r_s=-.317, p<.05$) lo que significa que a menor rasgo de extraversión y apertura a la experiencia mayor problemas con el consumo de sedantes.

Tabla 45

Coefficiente de Correlación de Spearman para las condiciones comunitarias y sociales con problemas relacionado al consumo de drogas en jóvenes con transición (casos)

		Características del entorno del barrio	Exposición a la oportunidad de consumo	Apoyo social	Estigma social
Marihuana	<i>r</i>	.236+	.419*	-.179	.071
	<i>p</i>	.049	.001	.139	.562
Cocaína	<i>r</i>	.213	.303+	-.150	.161
	<i>p</i>	.076	.011	.216	.182
Anfetamina	<i>r</i>	-.118	-.013	-.020	-.308+
	<i>p</i>	.330	.918	.867	.010
Inhalantes	<i>r</i>	.211	.189	-.255	.171
	<i>p</i>	.080	.117	.033	.156
Sedantes	<i>r</i>	-.078	.255+	-.217	.288+
	<i>p</i>	.523	.033	.071	.016
Alucinógenos	<i>r</i>	.147	.072	-.106	.031
	<i>p</i>	.225	.553	.381	.799
Opiáceos	<i>r</i>	.115	.189	-.165	.079
	<i>p</i>	.342	.117	.172	.515

Nota: *= $p<.001$, += $p<.05$; valores bilaterales; n=70

La tabla 45 reporta las correlaciones de las condiciones comunitarias y sociales con el consumo de drogas ilegales. Estos resultados mostraron una relación positiva y significativa de la exposición a la oportunidad de consumo con problemas por consumo de marihuana ($r_s=.419, p<.001$), cocaína ($r_s=.303, p<.05$) y sedantes ($r_s=.255, p<.05$) lo

cual significa que a mayor exposición a la oportunidad de consumo mayor son los problemas por consumo de estas sustancias, igualmente se encontró correlación positiva del entorno de barrio con problemas por consumo de marihuana ($r_s=.236, p<.05$) lo que significa que a mayor influencia de barrio mayor problemas por consumo de marihuana. Así mismo se muestra correlación positiva y significativa de estigma social con problemas por consumo de sedantes ($r_s=.288, p<.05$) y negativa y significativa con anfetaminas ($r_s=-.308, p<.05$) lo cual significa que a mayor estigma social mayor problemas de consumo de sedantes y menor problemas de consumo de anfetaminas.

Tabla 46

Coefficiente de Correlación de Spearman para el afrontamiento activo y pasivo con problemas relacionado al consumo de drogas en jóvenes con transición (casos)

		Afrontamiento activo	Afrontamiento pasivo
Marihuana	<i>r</i>	-.334+	.236+
	<i>p</i>	.005	.049
Cocaína	<i>r</i>	-.220	.207
	<i>p</i>	.067	.085
Anfetamina	<i>r</i>	-.021	-.330+
	<i>p</i>	.865	.005
Inhalantes	<i>r</i>	-.121	.084
	<i>p</i>	.319	.489
Sedantes	<i>r</i>	-.032	-.050
	<i>p</i>	.792	.680
Alucinógenos	<i>r</i>	-.181	.144
	<i>p</i>	.133	.234
Opiáceos	<i>r</i>	.003	.207
	<i>p</i>	.980	.085

Nota: *= $p<.001$, += $p<.05$; valores bilaterales; n=70

En la tabla 46 se muestran las correlaciones del afrontamiento activo y pasivo con los problemas relacionados al consumo de drogas. Se encontró una relación negativa y significativa del afrontamiento activo con los problemas relacionados al consumo de marihuana ($r_s=-.334, p<.05$), es decir a mayor estrategias de afrontamiento activo menor

son los problemas de consumo de marihuana. Por otro lado las estrategias de afrontamiento pasivo mostraron una relación positiva y significativa ($r_s=.236, p<.05$), con los problemas con la marihuana, esto significa que mayor estrategias de afrontamiento pasivo mayor son los problemas por consumo de marihuana. Así mismo se encontró una relación negativa y significativa con los problemas relacionados con el consumo de anfetaminas ($r_s=-.330, p<.05$) lo cual significa que a mayor afrontamiento pasivo menor son los problemas por consumo de anfetaminas.

Resultados para responder a las hipótesis de estudio

A continuación, se dio respuesta a cada hipótesis de estudio mediante estadística inferencial no paramétrica. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el Coeficiente de Correlación de Spearman, Modelos de Regresión Lineal Simple y Múltiple, y Modelos de Regresión Logística.

De acuerdo a la derivación de proposiciones la hipótesis uno planteó que las actitudes favorables al consumo de drogas incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas ilegales la cual se presenta en la tabla 47.

Tabla 47

Modelo de Regresión Logística Binaria de las actitudes del consumo de drogas sobre la transición del consumo de drogas

Variables	β	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Actitudes	.029	.009	10.24	1	1.02	.001	1.01	1.04
Constante	-1.57	.213	54.39					
Modelo 1	$\chi^2=10.22, gl=1, R^2=5.3\%, p<.001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p = Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, $n=280$

La tabla 47 muestra el Modelo de Regresión Logística Binaria para las actitudes sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Se encontró efecto significativo ($\chi^2=10.22, p<.001$) con una varianza explicada de 5.3%. Se muestra que las actitudes tuvieron efecto significativo ($\beta=.029, p=.001$) en la transición de consumo de

drogas, es decir a mejores actitudes favorables sobre el consumo de drogas mayor es la probabilidad a la transición del consumo de drogas ilegales (ver figura 4), con estos resultados se aprueba la primer hipótesis

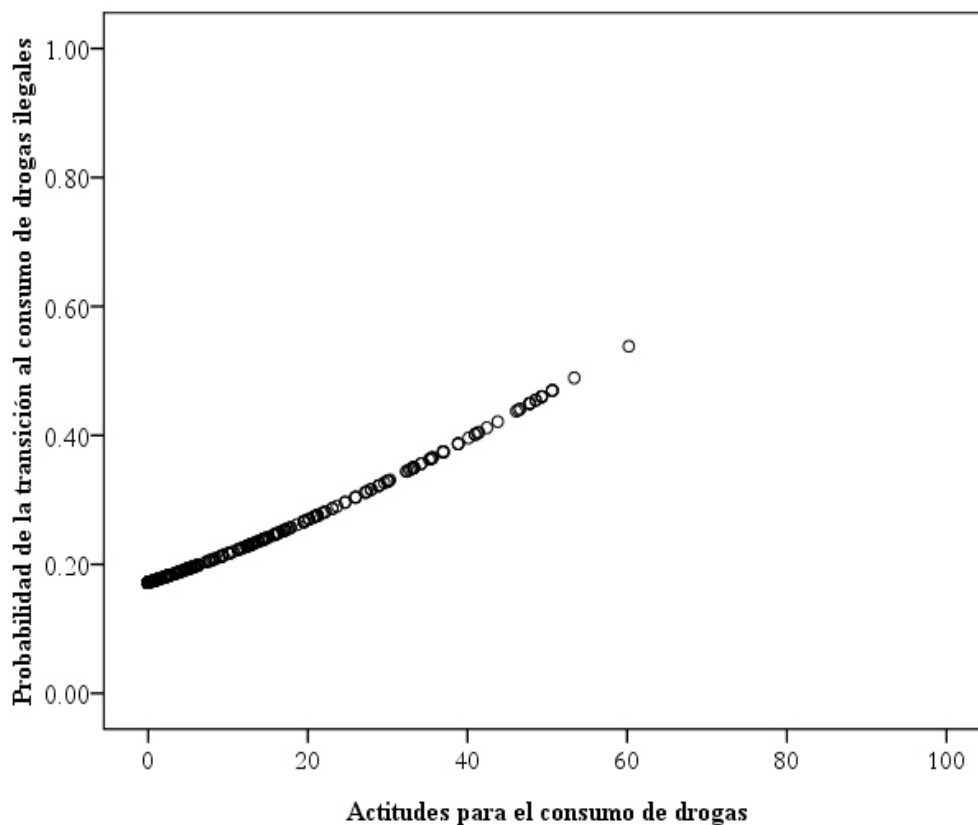


Figura 4. *Efecto de las actitudes sobre la probabilidad de la transición del consumo de drogas*

De acuerdo con la hipótesis dos que indica que los rasgos de personalidad influye en la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales. En la tabla 48 se observan los Modelos de Regresión de Logística entre los rasgos de personalidad y la transición del consumo de drogas.

Tabla 48

Modelo de Regresión Logística Binaria de los rasgos de personalidad sobre la transición del consumo de drogas

Variables	β	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Neuroticismo	.063	.008	58.69	1	1.06	.001	1.04	1.08
Constante	-3.91	.439	79.70					
Modelo 1	$\chi^2=81.33, gl=1, R^2=37.3\%, p<.001$							
Extraversión	.055	.010	38.83	1	1.05	.001	1.03	1.07
Constante	-4.30	.604	50.84					
Modelo 2	$\chi^2=42.09, gl=1, R^2=20.7\%, p<.001$							
Apertura a la experiencia	.043	.008	28.19	1	1.04	.001	1.02	1.06
Constante	-3.53	.514	47.05					
Modelo 3	$\chi^2=35.95, gl=1, R^2=17.8\%, p<.001$							
Amabilidad	-.088	.011	59.54	1	.916	.001	.89	.93
Constante	3.96	.650	37.22					
Modelo 4	$\chi^2=109.53, gl=1, R^2=47.9\%, p<.001$							
Conciencia	-.066	.009	58.39	1	.936	.001	.92	.95
Constante	2.90	.527	30.33					
Modelo 5	$\chi^2=84.42, gl=1, R^2=38.5\%, p<.001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R²= Coeficiente de determinación, n=280

En la tabla 48 se muestra que los modelos de Regresión Logística Binaria de los rasgos de personalidad sobre la transición del consumo de drogas, los resultados mostraron efectos positivos de los rasgos neuroticismo ($\beta=.063, p<.001$), extraversión ($\beta=.055, p<.001$) y apertura a la experiencia ($\beta=.043, p<.001$); por el contrario en amabilidad ($\beta=-.088, p<.001$) y conciencia ($\beta=-.066, p<.001$) presentaron efectos negativos sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Esto significa que a mayor rasgos de personalidad de neuroticismo, extraversión y apertura a la experiencia mayor es la probabilidad de la transición del consumo de drogas ilegales, mientras que a mayor rasgo de personalidad amabilidad y conciencia menor es la probabilidad para la transición del consumo de drogas (ver figura 5)

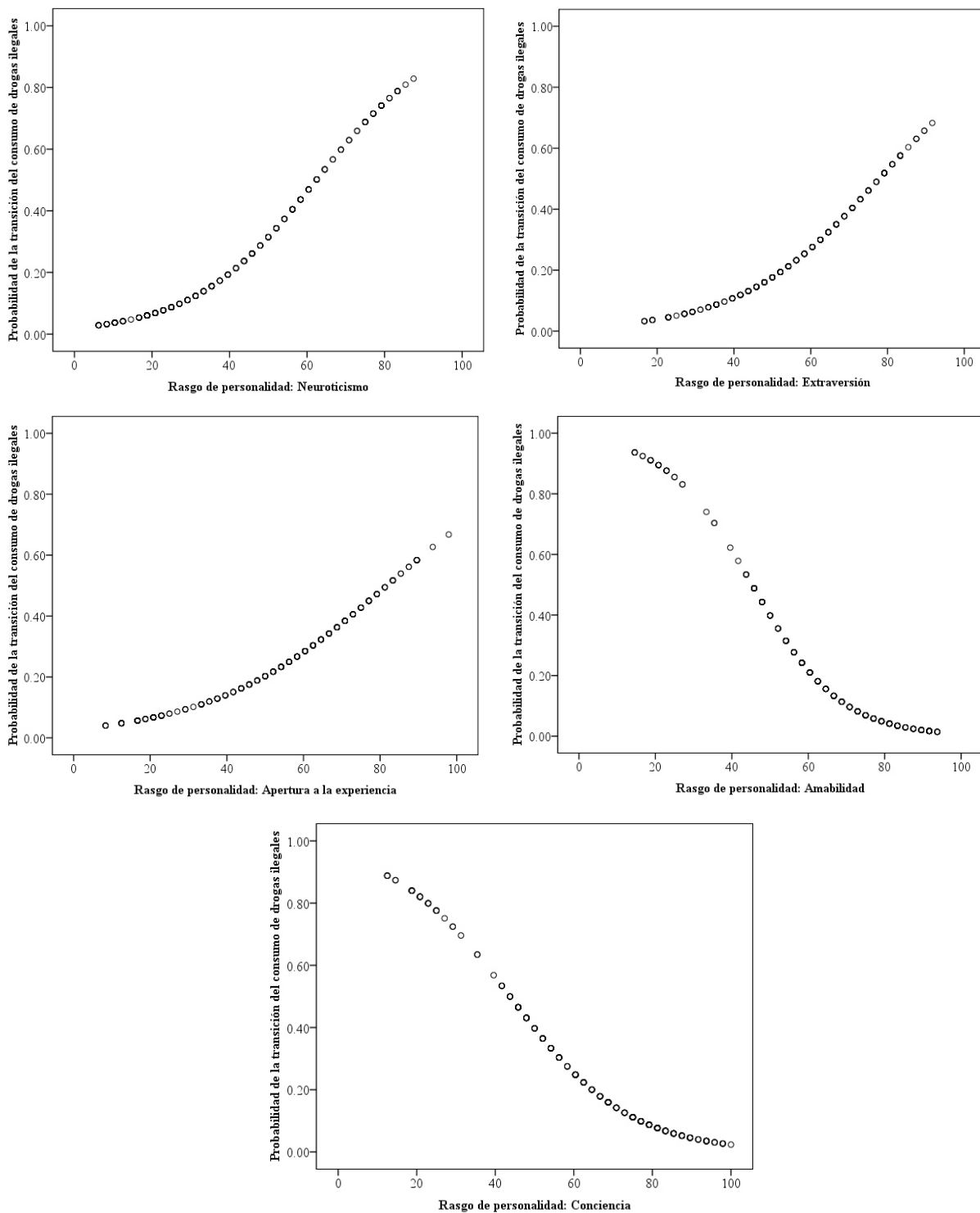


Figura 5. Efecto de los rasgos de personalidad sobre la probabilidad de la transición del consumo de drogas

La hipótesis tres planteó que las características del entorno de barrio y la exposición a la oportunidad de consumo incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales.

Tabla 49

Modelo de Regresión Logística Binaria de las características del barrio y exposición a la oportunidad del consumo sobre la transición del consumo de drogas

Variables	β	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Características del barrio	-.020	.009	4.45	1	.981	.035	.96	.99
Exposición a la oportunidad de consumo	.328	.059	31.46	1	1.38	.001	1.23	1.55
Constante	-1.49	.385	15.09					
Modelo 1	$\chi^2=36.07, gl=2, R^2=17.9\%, p<.001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, n=280

En la tabla 49 se muestra el modelo de regresión logística de las características del barrio y exposición a la oportunidad del consumo sobre la transición del consumo de drogas reportando significancia estadística ($\chi^2=36.07, p<.001$) con una varianza explicada de 17.9%. los resultados muestran un efecto negativo de las características de barrio ($\beta = -.020, p < .05$), mientras que la exposición a la oportunidad de consumo ($\beta = .328, p < .001$) un efecto positivo sobre la transición del consumo de drogas, es decir que a menor percepción de la calidad del barrio menor probabilidad de la transición al consumo de drogas, sin embargo la probabilidad de la transición se incrementa a mayor exposición a oportunidades de consumo (ver Figura 6). Con estos resultados se acepta la hipótesis de estudio.

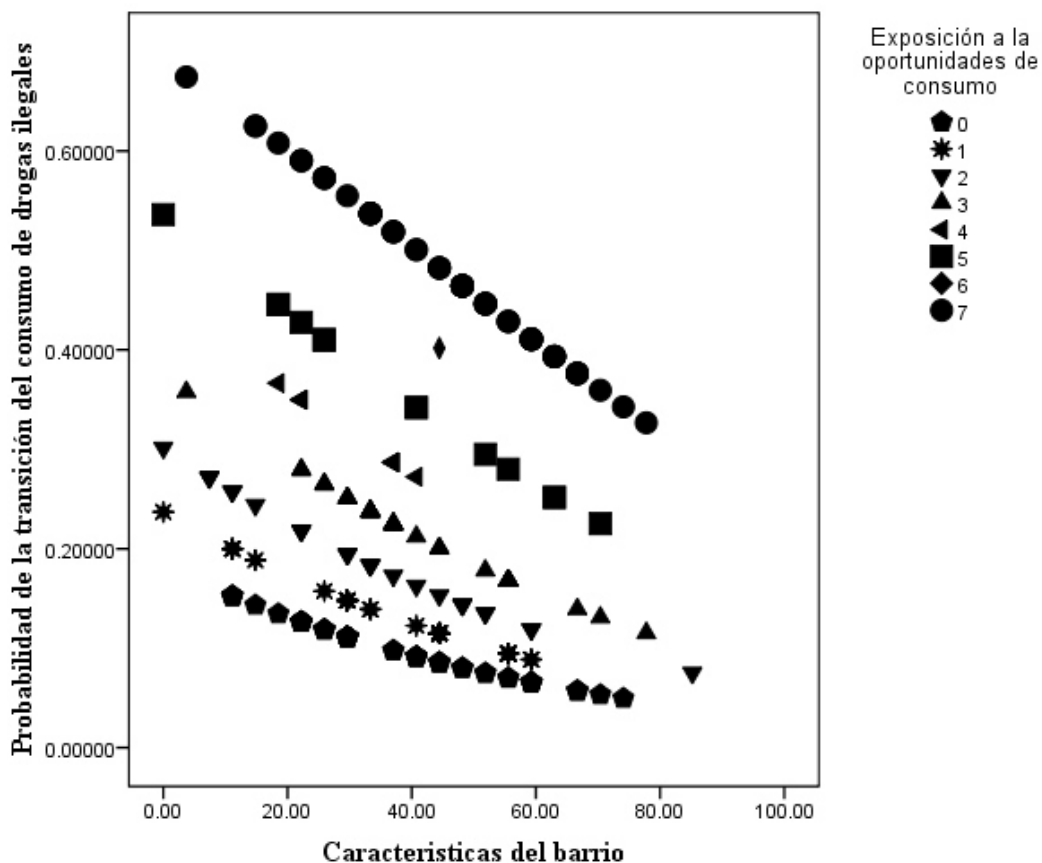


Figura 6. Efecto de las características del barrio y la exposición de oportunidad de consumo sobre la probabilidad de la transición del consumo de drogas ilegales

Para dar respuesta a la hipótesis cuatro que propone que el apoyo social y el estigma social influyen en la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Encontrando que el apoyo social ($\beta=-.023$, $p<.001$) y el estigma social ($\beta=-.038$, $p<.001$) mostraron efecto negativo significativo sobre la transición del consumo de drogas, con una varianza explicada de 13.2%, esto se presenta en la tabla 50. Estos resultados muestran que a mayor apoyo social y a mayor percepción del estigma sobre el consumo de drogas menor es la probabilidad para la transición del consumo de drogas ilegales (ver Figura 7 y 8). Con estos resultados se sustenta la hipótesis de investigación.

Tabla 50

Modelo de Regresión Logística Binaria del apoyo social y el estigma social sobre la transición del consumo de drogas

Variables	β	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Apoyo social	-.023	.007	11.84	1	.977	.001	.96	.99
Estigma social	-.038	.010	13.89	1	.963	.001	.94	.98
Constante	1.70	.615	7.69					

Modelo 1 $\chi^2=26.17, gl=2, R^2=13.2\%, p=.001$

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p = Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, $n=280$

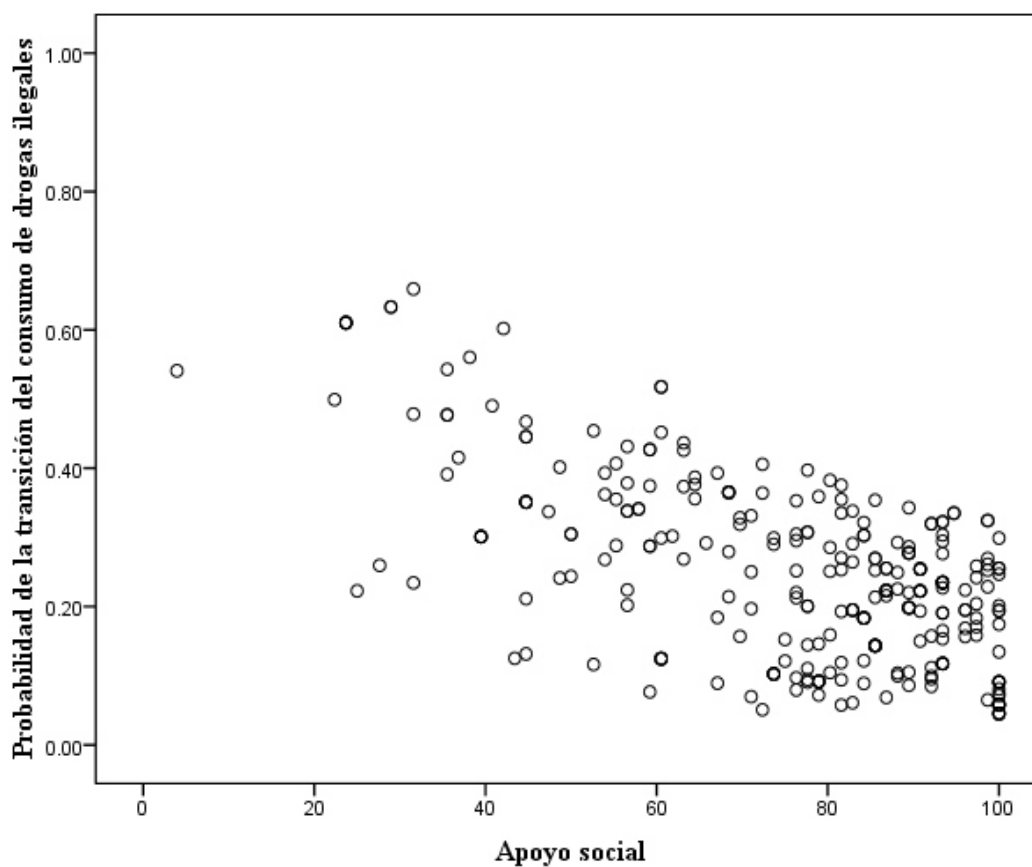


Figura 7. *Efecto del apoyo social sobre la probabilidad de la transición del consumo de drogas*

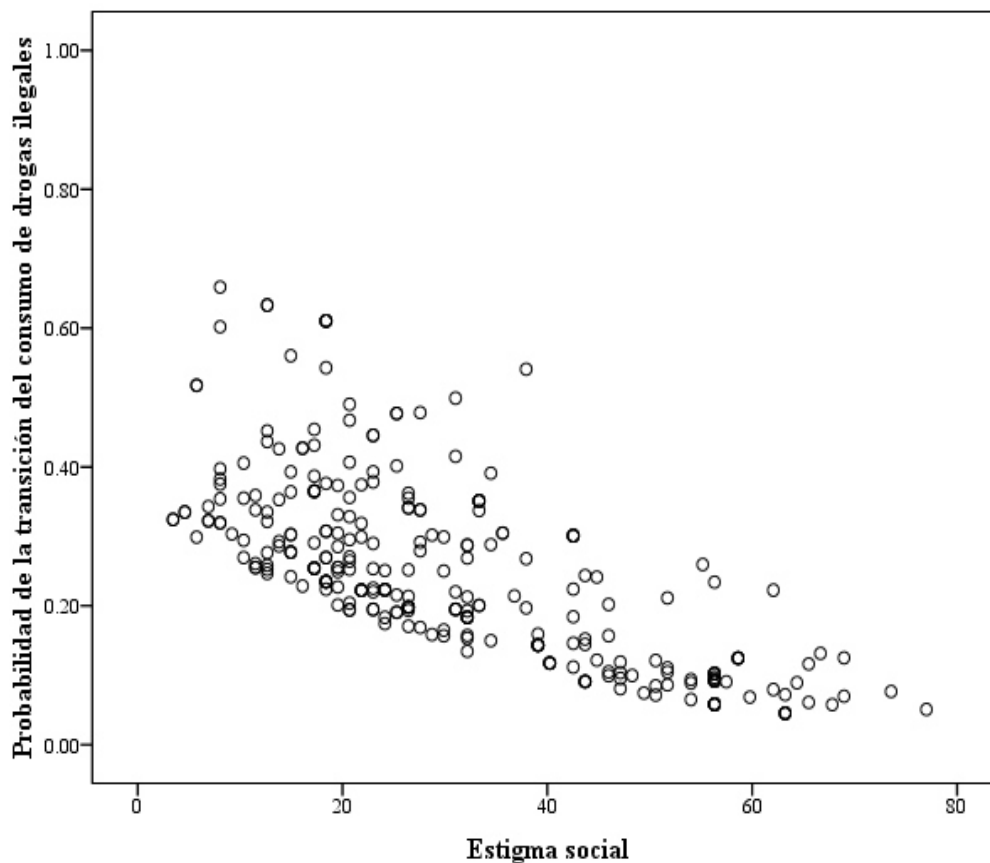


Figura 8. *Efecto del estigma social sobre la probabilidad de la transición del consumo de drogas*

Finalmente para dar respuesta a la hipótesis cinco que planteó el afrontamiento es un mediador entre la transición del consumo de drogas legales a ilegales y los problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales, los resultados se presentan en la tabla 51. Cabe mencionar que este modelo solo se aplicó para el consumo de marihuana por ser la droga de mayor consumo entre los jóvenes que han transitado.

La tabla 51 presenta el Regresión Lineal Múltiple entre afrontamiento activo y pasivo sobre problemas relacionados con el consumo de marihuana, el modelo fue significativo ($F_{(2, 67)}=17.00, p <.001$) con una varianza explicada de 33.7%. El afrontamiento activo mostró un efecto negativo ($\beta=-.604, p<.001$) y el afrontamiento pasivo mostró un efecto positivo ($\beta=.434, p<.001$) sobre los problemas relacionados con el consumo de marihuana. Es decir que a mayor estrategias de afrontamiento activo

menor probabilidad de presentar problemas relacionados con el consumo de marihuana, por otro lado mientras más son las estrategias de afrontamiento pasivo mayor probabilidad de problemas relacionados con el consumo de marihuana.

Tabla 51

Modelos de Regresión Lineal Múltiple entre afrontamiento activo y pasivo sobre problemas relacionados con el consumo de marihuana

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
	B	Error estándar	β	Valor de p
(Constante)	11.77	2.565		
Afrontamiento activo	-.25	.046	-.604	.001
1 Afrontamiento pasivo	.19	.050	.434	.001
$F_{(2, 67)} = 17.00, R^2 = 33.7\%, p < .001$				

Nota: β = beta, $n = 70$

Capítulo IV

Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer los factores personales (actitudes y personalidad), comunitarios (características del entorno de barrio y la exposición a la oportunidad de consumo) y los sociales (apoyo social y estigma social) que facilitan o inhiben la transición de el consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales. La muestra fue conformada por 210 jóvenes en el grupo control y 70 en el grupo caso formados por jóvenes de Nuevo León.

En cuanto a las características de los jóvenes el 100% de los jóvenes del grupo caso y el 99.5% del grupo control habían consumido alcohol alguna vez en la vida. De igual manera el tabaco fue la sustancia más consumida solo detrás del alcohol (77.1% caso y 28.1% control). Esto es similar a lo reportado en la última encuesta sobre drogas en México (INPRF, INSP, CONADIC; &SS, 2017) donde se reportó que el alcohol es la sustancia de mayor consumo alguna vez en la vida en la población general seguida del tabaco. Es evidente una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los participantes dado por características del diseño del estudio.

El consumo de marihuana fue la droga ilegal de mayor consumo entre los jóvenes que han transitado del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Estos datos concuerdan con los reportes oficiales de La ENCODAT para el periodo 2016 y 2017, donde destaca el predominio de la marihuana, que está muy por encima de la cocaína, los inhalables, los alucinógenos y otros tipos de anfetaminas. Esto se explica ya que es la única droga que presentó un crecimiento significativo en los últimos años, mientras que el resto se estabilizó (INPRF, INSP, CONADIC; &SS, 2017).

La evidencia científica muestra que la marihuana es considerada como la puerta de entrada al consumo de otras sustancias ilegales denominadas duras, particularmente cocaína y metanfetaminas. Además una explicación sobre las altas prevalencias del consumo de marihuana es que muchos jóvenes la perciben como una droga poco o nada

peligrosa, así mismo en los últimos años se ha tratado el tema de su legalización en diversos espacios públicos, políticos, académicos, sociales y jurídicos. De esta forma se han dado a la tarea de presentar argumentos que intentan promover la legalización de su producción, venta y consumo a partir de explicaciones simplistas que aluden a razones económica, de uso médico y de seguridad pública (Kumate-Rodriguez, 2003).

De conformidad con el objetivo uno que menciona describir las condiciones personales, comunitarias y sociales en jóvenes que transitaron y no transitaron al consumo de drogas ilegales, los resultados indicaron que los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilegales muestran más actitudes favorables al consumo de drogas que aquellos jóvenes que no han transitado. Estos resultados son similares a lo reportado por diversos estudios (Arango-Tobón et al., 2013; Guzmán et al. 2013) que reportaron un efecto positivo hacia el consumo de drogas de tal forma que explican que cuando más favorable es la actitud hacia las drogas es mayor su frecuencia de consumo. En este sentido los participantes del estudio que han transitado al consumo de drogas ilegales refieren mayores creencias favorables al consumo de drogas, tales como proporciona experiencias placenteras, liberan de las presiones, permite hacer cosas diferentes y sentir la adrenalina.

Así mismo los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilegales mostraron mayores puntuaciones en los rasgos de personalidad neuroticismo, extraversión y apertura, mientras que en los jóvenes que no han transitado al consumo de drogas ilegales sobresalen los rasgos de personalidad amabilidad y conciencia. Esto concuerda con lo encontrado por algunos autores (Coleman et al., 2015; Fherman et al., 2015), donde los participantes que obtuvieron cifras más altas en los rasgos de neuroticismo y extraversión estaban más susceptibles al consumo de drogas ilegales, esto puede ser debido a la influencia perjudicial de la falta de escrupulosidad en las conductas de abuso de sustancias que revelan que una falta de control del comportamiento, impulsividad aumentada y participación en comportamientos de riesgo

que se encuentran en los rasgos de neuroticismo y extraversión, se consideran como factores de riesgo asociados al consumo de drogas, mientras que necesidad de logro, autodisciplina y la cordialidad, están presentes en el amabilidad y conciencia hacen función de factor protector (Lackner, Unnterrainer, & Neubauner, 2013).

Respecto al número de oportunidades para consumir drogas, las cifras más altas las reportaron los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilegales en comparación con los que no han transitado. Esto concuerda con otras investigaciones donde encontraron que la exposición a la oportunidad de consumo representa un mayor riesgo con el uso de drogas (Lynskey et al., 2012; Ruiz & Medina-Mora, 2014). Además señalan que la exposición a la oportunidad de consumo puede ser una causa en el inicio de consumo de drogas ilegales debido a la posibilidad que esto representa de estar frente a la sustancia y facilidad de acceso que se pueda tener a ella sin que sea intencional buscarla.

En relación al apoyo social, se mostró que los jóvenes que no han transitado al consumo de drogas ilegales presentaron mayor percepción del apoyo social. Esto concuerda con varios autores (Martin & Barra, 2013; Pabayo et al., 2013), encontrando que el apoyo social funciona como un apoyo en momentos emocionales debido a las habilidades sociales que se desarrollan al sentirse cuidado por las personas que se preocupan por el, en el que se encuentra la interacción con su familia, pares, y su medio ambiente, esta percepción de apoyo social puede funcionar como factor protector debido a que el hecho de sentirse parte de su entorno, puede servir en evitar la búsqueda de sensaciones a través del consumo de drogas (Ramos-Díaz et al., 2016; Osmany et al., 2014).

De igual manera, se reportaron mayores puntuaciones de estigma en los jóvenes que no habían transitado al consumo de drogas ilegales. Esto concuerda con diversos estudios, donde se señala que la estigmatización hacia los consumidores de drogas ilegales puede ser un factor de aislamiento, además son sujetos a estereotipos

despectivos o de criminalización por parte de la sociedad (Palmar et al., 2013; Rodríguez-Kuri et al., 2014). Esto puede influir a manera de factor protector debido a que la percepción pública del estigma en consumidores de drogas, puede afectar el desarrollo laboral y social y así evitar el rechazo que puede tener un consumidor de drogas ilegales.

Respecto al objetivo dos donde se menciona describir los patrones de respuesta de las transiciones del consumo de drogas en jóvenes que han transitado y jóvenes que no han transitado, el afrontamiento emocional, aceptación y auto distracción fueron mayores en los jóvenes sin transición, por el contrario, las estrategias de afrontamiento humor y uso de sustancias mostraron puntuaciones más altas en los jóvenes con transición. Esto concuerda con Lara et al. (2013) y Barcelata et al. (2016), donde se encontró que los participantes presentaban resultados significativos en de los participantes consumidores de drogas ilegales con el afrontamiento pasivo en uso de sustancias. En este sentido el afrontamiento se relaciona con la manera en que el joven maneja efectiva o ineffectivamente las situaciones que pueden llevar a la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales.

En cuanto al objetivo tres que define estimar medidas de asociación entre jóvenes que muestran transición de consumo de drogas legales a drogas ilegales y jóvenes que no muestren esta transición con las condiciones personales, comunitarias y sociales. Se encontró que el modelo fue significativo, donde se mostró que los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión, así como número de oportunidades para consumir drogas mostraron mayor probabilidad para la transición del consumo de drogas. Mientras que el rasgo de personalidad amabilidad, las características del entorno del barrio y el apoyo social mostraron asociaciones negativas para la probabilidad de la transición del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales.

De acuerdo con los rasgos de personalidad los resultados son consistentes con la literatura (Benotsch et al., 2013), se puede inferir que los jóvenes que presentan rasgos

de neuroticismo y extraversión tienden a consumir drogas en mayor medida que los que no los poseen. Respecto al rasgo de extraversión en este estudio se mostró que se presenta menor en jóvenes que no han transitado al consumo de drogas ilegales, se explica que tiene que ver en cierta medida con la curiosidad que la persona siente por lo que le rodea y lo novedoso, estudios han concluido que la búsqueda de sensaciones es un factor determinante a la hora de explicar el consumo de drogas por parte de los adolescente y jóvenes (Gonzalvez et al, 2016), así mismo es caracterizado por la sociabilidad, la necesidad de tener muchos amigos, el gusto por el riesgo y tienden a ser agresivos, seguramente a través de procesos de facilitación social y tener un mayor número de amigos que realiza conductas fuera de la norma, se asocia con un mayor consumo en esta etapa evolutiva (Gallego et al., 2015).

Por lo contrario el rasgo de amabilidad se caracteriza por la capacidad del altruismo, compasión y sensibilidad con los demás, estas características son en mayor medida por los que no muestran transición y concuerda con algunos autores (Costa & McCrae, 1994). En este sentido es importante que estos rasgos de personalidad sean indicadores a tener en cuenta en el diseño de programas de prevención que fomenten el desarrollo de éstos rasgos.

De acuerdo con las características del barrio en este estudio se mostró efecto negativo es decir, a menor percepción de mala calidad en el entorno del barrio mayor es la probabilidad del consumo, estos datos de alguna manera contradice la literatura (Duncan et al, 2014, Oliva et al., 2012) donde indican que las condiciones del barrio desfavorables es un factor de riesgo para el inicio del consumo de drogas, cabe mencionar que la selección de los controles se ajustó al barrio de los casos, de tal forma que las condiciones del barrio se perciben de la misma manera entre los casos y los controles, el hecho de que el entorno del barrio sea un factor protector para la transición podría ser debido a que el consumo de drogas se realice en otros entornos fuera del barrio donde probablemente perciban confort y seguridad.

En relación con el apoyo social estudios han evidenciado que un apoyo social inadecuado en los jóvenes se ha relacionado con conductas desadaptativas, incluyendo el consumo de drogas (Molina et al, 2016). Jiménez et al. (2014) explica que el apoyo social en función de las diferentes fuentes de apoyo predicen el consumo de diferentes sustancias a partir de las distintas fuentes de apoyo social percibido. Así, los resultados de este estudio apuntan hacia una relación de protección del apoyo social principalmente de la familia. De este modo, se sitúa a la familia como el eje de los factores de protección del apoyo social frente a la transición de consumo de drogas. Es decir, el hecho de sentirse amado, estimado y protegido por los miembros de la familia es uno de los principales recursos que posee el joven para no implicarse o transitar en el consumo de drogas.

En futuros estudios es importante considerar un análisis más detenido de la calidad y duración de las relaciones familiares debido a que la literatura reporta que pueden ser factores de riesgo y además de protección, haciendo necesaria su inclusión en las investigaciones futuras, y de así obtener una imagen más completa de estas relaciones durante la adolescencia y juventud, para que sean tomados en cuenta en el diseño de intervenciones para prevenir la transición del consumo de drogas legales a ilegales.

En relación al objetivo cuatro que mencionó explorar la asociación entre las condiciones personales, comunitarias y sociales con el afrontamiento y problemas relacionados con el consumo de drogas. En cuanto al afrontamiento activo los resultados de esta investigación encontraron una correlación con el rasgo de personalidad apertura, que es parte de las condiciones personales. Así mismo el afrontamiento pasivo también presentó correlaciones con las condiciones personales, pero en este caso, con las actitudes y los rasgos de personalidad neuroticismo y apertura; por el contrario los resultados mostraron correlación negativa con las condiciones personales en los rasgos de personalidad amabilidad y conciencia. Esto concuerda con la literatura donde algunos

autores mencionan que las estrategias de afrontamiento pasivo así como los rasgos de personalidad neuroticismo y apertura se relacionan con un mayor probabilidad de transición al consumo de drogas ilegales (Lara et al., 2013; Pérez & Mejía, 2014).

En relación a la hipótesis uno que indica que las actitudes favorables al consumo de drogas incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas ilegales, los resultados permitieron sustentarla al mostrar que a mayor actitudes favorables sobre el consumo de drogas mayor es la probabilidad a la transición del consumo de drogas ilegales. Esto concuerda con algunos estudios (Jones & Magee, 2014; Varela et al, 2013; Martínez, 2015; Pérez & Mejía, 2014) donde han encontrado que las actitudes están asociadas con el consumo de drogas.

En cuanto a la hipótesis dos que refiere los rasgos de personalidad influye en la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales, los resultados sustentan dicha hipótesis, mostraron efectos positivos de los rasgos neuroticismo, extraversión y apertura a la experiencia; por el contrario en amabilidad y conciencia presentaron efectos negativos sobre la transición del consumo de drogas. Al igual que los resultados encontrados en otros estudios (Gonzales, et. al., 2016), cuando los rasgos de personalidad de neuroticismo, extraversión y apertura a la experiencia se encuentran presentes en la personalidad de un individuo mayor es la probabilidad de del consumo de drogas ilegales, mientras que al el presentar un mayor rasgo de personalidad amabilidad y conciencia, puede ser menor es la probabilidad para que la transición del consumo de drogas legales a dorgas ilegales ocurra.

La hipótesis tres que propone que las características del entorno del barrio y la exposición a la oportunidad de consumo incrementan el riesgo de la transición del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales, los hallazgos permiten sustentar la hipótesis, los resultados muestran un efecto negativo de las características de barrio, mientras que la exposición a la oportunidad de consumo un efecto positivo sobre la transición del consumo de drogas. Con esto se mostró que cuando la percepción de la

calidad del barrio es mayor por el participantes, menor es la probabilidad de la transición al consumo de drogas. Esto concuerda con algunos autores (Lynskey et al., 2012; Milam, et al., 2015) que refieren que la probabilidad de la transición se incrementa a mayor exposición a oportunidades de consumo de drogas.

En la hipótesis que propone que el apoyo social y el estigma social influyen en la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales encontrando un efecto negativo sobre la transición del consumo de drogas, los resultados permitieron probar la hipótesis del estudio, se mostró que las condiciones sociales como el apoyo social y el estigma social son factores que iniben la transición del consumo de drogas. Estos resultados concuerdan con otros autores (Barry et al., 2014; Palmar et al., 2013; Villarreal et al., 2013) donde se muestran que cuando el individuo presenta mayor percepción de apoyo social y mayor percepción del estigma que es entendido como los estereotipos o prejuicios físicos, morales o sociales negativos que la sociedad implanta en los jóvenes consumidores de drogas, menor es la probabilidad para la transición del consumo de drogas ilegales.

A pesar de los resultados encontrados donde se reportó que la percepción del estigma disminuye la transición al consumo de drogas ilegales, diversos estudios señalan que la estigmatización de las personas consumidoras de drogas es marcado con atributos negativos que dañan su desarrollo social y mental incluso cuando ya han dejado de consumir y están en rehabilitación (Pérez-Floriano, 2018), y esto trae consigo un déficit en los tratamientos o lugares de rehabilitación debido a la falta de apoyo por parte del gobierno. Según Mercado y Briseño (2014) se están generando diferentes formas de estigmatización basadas en justificaciones científicas que generan exclusión y marginación social en personas consumidoras de drogas ilegales.

En México se han desarrollado programas para evitar la discriminación en diversos grupos vulnerables como pacientes con VIH, discriminación racial entre otros, sin embargo, es escasa o nula la atención al grupo de consumidores de drogas, así

mismo el consumo de drogas es considerado como un problema de salud pública pero más identificado con la seguridad que con los individuos consumidores y su necesidad de atención. Esto pudiera ser debido a que el consumo de drogas es vista como una actitud relacionada a una decisión de cada individuo y no como una enfermedad o padecimiento (Mercado & Briseño, 2014; Velazqéz, 2017).

Con los resultados de la hipótesis uno a la cuatro, permiten afirmar lo propuesto en el TTCD (Teoría de rango medio para la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales) donde se indica que las condiciones de la transición tales como los factores o características personales, comunitarias y sociales pueden facilitar o inhibir la experiencia de la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales. Meleis (2010) indica que las transiciones pueden ser no saludables y se desarrollan en un tiempo determinado con una responsabilidad para obtener un resultado problemático frente a la transición vivida, que dependerá directamente de la vulnerabilidad que presenta la persona y de las condiciones facilitadoras o inhibidoras del proceso de transición, como lo son condiciones personales como creencias, actitudes culturales, conocimiento y condiciones comunitarios y sociales en que se está inmerso. Todo lo anterior podría perjudicar o fortalecer la etapa de transición.

Finalmente respondiendo a la hipótesis cinco que refiere que el afrontamiento es un mediador entre la transición del consumo de drogas legales a ilegales y los problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales. El afrontamiento activo mostró un efecto negativo y el afrontamiento pasivo mostró un efecto positivo sobre los problemas relacionados con el consumo de marihuana, es decir que cuando las estrategias de afrontamiento pasivo son mayores, mayor puede ser la probabilidad de presentar problemas relacionados con el consumo de marihuana. Con estos resultados se acepta la hipótesis planteada. Así mismo esto concuerda con algunos autores (Jiménez et al., 2014; Lara et al., 2013) donde encontraron que a mayores estrategias de afrontamiento activo menor probabilidad de presentar problemas relacionados con el consumo de

drogas. Cabe mencionar que solo se aplicó para el consumo de marihuana debido a que esta droga es la de mayor consumo ente los jóvenes de este estudio, que han presentado transición.

En este sentido las estrategias de afrontamiento pasivas direccionan a los jóvenes al riesgo de presentar problemas con el consumo de drogas. De acuerdo con Meleis (2010) estos patrones de proceso direccionan a las personas a la salud o hacia mayor vulnerabilidad, esto permite a enfermería valorar patrones como son las estrategias de afrontamiento para facilitar resultados más saludables.

Los profesionales de enfermería son los principales cuidadores de clientes y familias que sufren las transiciones del consumo de drogas legales a ilegales, en este sentido, el papel de las enfermeras dentro de los equipos de atención primaria y enfermeras especializadas, pueden desarrollar un papel destacado en actuaciones en materia de promoción de la salud comunitaria y en prevención para evitar la transición del consumo de drogas en poblaciones juveniles desde un enfoque multifactorial en adicciones. Su contribución puede ser decisiva en la detección precoz, el abordaje inicial, derivación a recursos especializados y en la coordinación y seguimiento desde los distintos equipos sociales y de salud, siempre desde la comunicación continua con la persona usuaria, teniendo en cuenta las necesidades individuales y favoreciendo el desarrollo de cada paciente.

Los profesionales de enfermería como profesionales implicados y llamados a liderar estos procesos, deben de ser capaces de integrar las herramientas de la disciplina para poder resolver y evitar las transiciones del consumo de drogas.

Conclusiones

Se puede concluir con base en los hallazgos que el consumo de alcohol es la droga legal de mayor consumo entre los jóvenes, seguida por el tabaco. El consumo de marihuana es la droga de mayor consumo entre los jóvenes que han transitado del consumo de drogas legales a drogas ilegales, seguida de los sedantes y anfetaminas.

Los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilegales muestran más actitudes favorables al consumo de drogas que aquellos jóvenes que no han transitado.

Los jóvenes que han transitado al consumo de drogas ilegales muestran mayor rasgo de personalidad de neuroticismo, extraversión y apertura. Mientras que los jóvenes que no han transitado al consumo de drogas ilegales sobresalen los rasgos de personalidad de amabilidad y conciencia.

El número de oportunidades para consumir drogas fue mayor en los jóvenes que han transitado.

La percepción de apoyo social y estigma social fue mayor en los jóvenes que no han transitado al consumo de drogas. De igual manera en el afrontamiento pasivo, el uso de sustancias presentó las medias más altas en el grupo caso.

La estrategia de afrontamiento emocional, aceptación y auto distracción fueron mayores en los jóvenes sin transición. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento humor y uso de sustancias mostraron puntuaciones más altas en los jóvenes con transición.

Los rasgos de personalidad neuroticismo, extraversión, así como número de oportunidades para consumir drogas mostraron mayor probabilidad para la transición del consumo de drogas. El rasgo de personalidad amabilidad, entorno del barrio y apoyo social mostraron efectos negativos para la probabilidad de la transición del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales.

Se reportó relación positiva y significativa del afrontamiento activo con el rasgo de personalidad apertura a la experiencia y con el apoyo social además se presentó una relación negativa y significativa con características de barrio; de igual manera se encontró relación positiva y significativa de el afrontamiento pasivo con actitudes, los rasgos de personalidad neuroticismo y apertura a la experiencia y estigma, así como negativo y significativo con los rasgos de personalidad amabilidad y conciencia.

Así mismo en el grupo caso se encontró relación positiva y significativa de el afrontamiento activo con los rasgos de personalidad extroversión y apertura a la experiencia y apoyo social así como relación negativa y significativa con características del barrio. Además en el afrontamiento pasivo se encontró relación positiva y significativa de las actitudes, el rasgo de personalidad apertura a la experiencia y el estigma social.

En cuanto al grupo control se encontró que el afrontamiento activo reportó relación positiva y significativa con el apoyo social y relación negativa y significativa con características del barrio, de igual manera el afrontamiento pasivo reportó relación positiva y significativa con las actitudes y el rasgo de personalidad neuroticismo, por el contrario presentó relación negativa y significativa con los rasgos de personalidad amabilidad y conciencia.

Se encontró una correlación positiva y significativa de las actitudes con cocaína y opiáceos, características del barrio con marihuana, exposición a la oportunidad de consumo con marihuana, cocaína y sedantes y de estigma social con sedantes. Por otro lado se reportó una correlación negativa y significativa de las actitudes con anfetaminas, de los rasgos de personalidad extraversión y apertura a la experiencia con sedantes y de estigma social con anfetaminas. Así mismo se encontró correlación positiva y significativa de la marihuana con el afrontamiento activo y relación negativa y significativa de la marihuana con el afrontamiento activo y las anfetaminas con el afrontamiento pasivo.

Las actitudes favorables al consumo de drogas incrementan la probabilidad de la transición del consumo de drogas ilegales.

Los rasgos de personalidad influye en la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales.

Las características del entorno de barrio y la exposición a la oportunidad de consumo incrementan la probabilidad de la transición del consumo de drogas legales a consumo de drogas ilegales.

El apoyo social y el estigma social influyen negativamente en la probabilidad de la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales.

El afrontamiento es un mediador entre la transición del consumo de drogas legales a ilegales y los problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales.

Limitaciones

Es importante reconocer que la presente investigación tiene limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un diseño transversal, no es posible identificar causalidad. Esto insta a interpretar los datos con cautela debido a que el método se basó en datos retrospectivos, se generan inquietudes sobre la precisión del recuerdo y es importante el considerar emplear otros tipos de diseños para futuras investigaciones, así mismo, el uso de auto-informes podría haber conducido a errores de medición debido a influencias situacionales y cognitivas. Por lo cual este estudio debe interpretarse desde un punto de vista descriptivo.

Aún cuando se encontró evidencia que indica que el empleo de cuestionarios es aceptable para la recolección de información relacionada con el uso de sustancias, es importante hacer énfasis en la falta de indicadores bioquímicos o fisiológicos, de modo que la estimación de estas variables es de acuerdo a la respuesta que refiere el participante.

Recomendaciones

Se recomienda replicar el estudio con diseños longitudinales para ampliar el tiempo de recolección de datos y poder contar con datos más específicos. Esto es importante debido a que algunos de estos factores se desarrollan en etapas tempranas de la vida donde se podría recolectar más detalladamente la información de estos factores; además se recomienda hacerlo en distintas poblaciones.

Así mismo es importante realizar estudios con diseño cualitativo para poder captar las experiencias de los jóvenes con transición al consumo de drogas ilegales, al igual que información de sus pares para poder tener una perspectiva más amplia y completa del fenómeno.

Además seguir con el uso de instrumentos de lápiz y papel, debido a la efectividad que han presentado al poder estudiar las variables en forma conjunta, ya que esto ayudaría a tener un panorama de todos los factores que influyen en el proceso de transición y así en un futuro desarrollar intervenciones y terapias de rehabilitación.

El personal de enfermería debe seguir utilizando los modelos de enfermería en investigación para poder desarrollarlos y continuar aportando evidencia científica a la profesión.

Así mismo incluir en próximos estudios mediciones bioquímicas para detección del consumo de drogas.

Referencias

- Abeldaño, R. A., Gallo, V., Burrone, M. S. y Fernández, A. R. (2015). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta de investigación psicológica*, (6), 2404-2411.
- Arango-Tobón, O., Castaño, P. G., Quintero, S., Montoya, M. A., Morales, M. S. y Rodríguez, B. A. (2012). Riesgos psicosociales y actitudinales sobre prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas en adolescents de la ciudad de Medellín. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 887-898.
- Barcelata, E. B., Luna, M. Q., Gómez-Maqueo, E. L. y Duran, P. C. (2016). Características de personalidad predictoras del afrontamiento en adolescentes de contextos marginados. *Acta Colombiana Psicológica*. 19 (1), 197-210.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2003). Alienación, apoyo social y depresión. *Encuentros en Psicología Social*. 1 (2), 225-229.
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A. y Goldman, H. H. 2014. Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65 (10), 1269-1272.
- Bautista-Samperio, L. y García-Torres, M. I. (2011). Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Aten Fam*. 18 (1) 4-9.
- Behrendt S., Wittchen H-U, Höfler M., Lieb R. y Beesdo K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence } : Is early onset associated with a rapid escalation?. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 68-78.
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora M. E., Blanco J., Zambrano J., Orozco R., Fleiz., y

- Rojas E. (2007). Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents from the Mexico city Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 128-134.
- Benotsch, E. G., Jeffers, A. J., Snipes, D. J., Martin, A. M. y Koester, S. 2013. The five factor model of personality and the non-medical use of prescription drugs: Associations in a young adult sample. *Personality and Individual Differences*, 55, 852-855.
- Bermudéz R. J., Pérez-García, A., Ruiz C. J., Sanjuán S. P. & Rueda L. B. (2012). Psicología de la personalidad. *Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid*, Capítulo 1.
- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Chamrathirong, A., Rhucharoenpornpanich, O., Cupp, P. K., Atwood, K. A., Fongkaew, W., Rosati, M. J. & Chookhare, W. (2011). The roles of perceived neighborhood disorganization, social cohesion and social control in urban Thai adolescents' substance use and delinquency. *Youth & Society*, 45 (3), 404-427.
- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56.
- Campo-Arias, A., Ceballos, G. A y Herazo, E. (2009). Consumo de cigarrillo en estudiantes de una ciudad de Colombia: Factores asociados por género. *Rev Salud Pública*. 11, 601-612.
- Caris, L., Wagner, F. A., Ríos-Bedoya, C. F. y Anthony, J. C. (2009). Opportunities to use Drugs and stages of drug involvement outside the United States: Evidence from the Republic of Chile. *Drug alcohol Depend*, 102(1-3), 30-34.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.

- Casanova, R. L., Rascón, G. M., Alcántara, C. H. y Soriano, R. A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, (37), 443-448.
- Castaldelli-Maia J. M., Martins S. S., Garcia de Oliveira L., van Laar M., Guerra de Andrade A. y Nicastrí S. (2014). Use transition illegal drugs among Brazilian university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, 385-394.
- Castaño P. G., García del Castillo J. A. y Marzo C., J. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (1), 47-54.
- Castaño P. G., García del Castillo J. A. y Marzo C., J. (2014). Factores predictores en la edad de inicio del consumo de alcohol. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32 (1), 115-125.
- Cerezo F. y Méndez I. (2012). Conductas de riesgo social en adolescentes, propuesta de intervención contextualizada para un caso de bullying. *Anales de psicología*, 28 (3), 705-719.
- Chen, C.Y., Storr, C. L. & Anthony, J. C. (2005). Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. *Pediatrics* 115 (6), 1631–1639.
- Coleman, J. y Trunzo, J. (2015). Personality, Social Stress, and Drug Use Among College Students. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 20 (1) 52-56.
- Cogollo, Z., Gómez, B. E. y Campo, A. (2009). Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cartagena, Colombia: factores familiares asociados. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27 (3), 259-263.
- Cogollo, Z. y Gómez-Bustamante, E. (2013). Asociación entre consume de cigarillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescents estudiantes en Cartagena, Colombia, 2012. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18 (1), 110-117.
- Collen, L. B., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A. & Goldman, H. H. (2014). Stigma,

- Discrimination, Treatment, Effectiveness, and Policy: public views about drug abuse addictions and mental illness. *Psychiatric services*. 65 (10), 1269-1272.
- Compton, W. M., Dawson, D. A., Conway, K. P., Brodsky, M. y Grant, B. F. (2013). Transition in illicit Drugs use status over 3 years: a prospective analysis of general population sample. *Am J Psychiatry*, 170 (6), 660–670.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (1999). (NEO PI-R), Inventario de Personalidad NEO Revisado. TEA, Ediciones S.A. Madrid, España.
- Corrales A. E. y Rivera B. M. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, XIII. 53-63.
- Costa, P. T. J., y McCrae, R. R. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3 (6),173–175.
- Costa, R. G., Salamerob, M. y Gil, F. (2006). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 128 (18), 687-691.
- De la Fuente, J. R. y Heinze, M. G. 2014. La enseñanza de la psiquiatría en México. *Salud Mental*, 37 (6), 523-530.
- De la Revilla, A. L., Luna, C. J., Bailón, M. E. y Medina, M. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de la familia*. 6 (1), 10-18.
- Delva, J., Van Etten, M. L., Gonzalez, G. B., Cedeno, M. A., Penna, M., Caris, L. H. & Anthony, J. C. (1999). First opportunities to try drugs and the transition to first drug use: evidence from a national school survey in Panama. *Substance Use & Misuse* 34 (10), 1451–1467.
- Duncan, J. T., Palmar, J. J. & William, J. H. (2014). Perceived neighborhood illicit drug selling, peer illicit drug disapproval and illicit drug use among U.S. high school seniors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 9 (35), 1-9.

- Elashoff, J. D. (2007). nQuery Advisor (Versión 7.0) [Software de computación]. Los Angeles, CA: Statistical Solutions LTD.
- Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18 (13), 285-292.
- Fast D., Small W., Krüsi a., Wood E. y Kerr T. (2010). 'I my own fancy screwed me ove': transition in drug use and the context of choice among young people entrenched in an open drug scene. *BMC Public Health*, 10, 126.
- Fawcett, J. (1999). The relationship of theory and research. (3a ed.). Filadelfia: F. A. Davis Company.
- Fherman, E., Muhammad, A. K., Egan, V. y Gorban, A. N. (2015). The Five Factor Model of personality and evaluation of Drugs consumption risk. arXiv:1506.06297 [stat.AP]. <http://arxiv.org/abs/1506.06297>.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flores, F. y Almanza, M. (2013). Un estudio exploratorio de las consecuencias psicosociales del estigma en varones que viven con VIH en México. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología* 6 (1), 51-59.
- Franco, M. y Coppari, N. (2016). Perfil de Personalidad y Sociodemográfico de Estudiantes de Psicología de una Universidad privada de Asunción. *Revista de Investigación Científica en Psicología*, 13 (1), 56-70.
- Fuentes M. C., Alarcón A., García F., y García E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de psicología*, 31 (3), 1000-1007.
- Gallego, M. S., Mezquita, G. L., Camacho, G. L., Viruela, R. A. & Villa, M. H. (2015). La influencia de loa personalidad, la asignación semanal y los iguales antinormativos en el consumo de alcohol en la adolescencia. *Ágora de Salud*, 2 (25), 257-266.

- García, H. C., Villatoro, B. K. y Sahagún, N. M. (2015). Asistencia personal en la autoeficacia, calidad de vida y estilo de afrontamiento en personas con diversidad funcional de origen físico. *Búsqueda*, 14, 7-18.
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12 (2), 133-151.
- Glass, J. E., Mowbray, Orion. P., Link, B. G., Kristjansson, S. S. & Bucholz, K. K. (2013). Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders: A modified labeling theory approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 685-692.
- Goffman, E. (2006). Estigma, La identidad deteriorada. Prentice, Hall. Buenos Aires, Argentina. 1ª ed., 10a reimpresión.
- González, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28 (2), 108-115.
- Gutiérrez, M. y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de psicología*, 30 (2), 608-619.
- Guzmán, F. F., García, S. B., Rodríguez, A. L. y Alonso, C. M. (2013). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera norte*, 26 (51), 53-74.
- Hernández-Serrano, O., Espada, J. P. & Guillén-Riquelme, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de Psicología*, 32 (2), 609-616.
- Herrera-Vázquez M., Wagner F. A., Velasco-Mondragón E., Borges G., y Lazcano-Ponce E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica de Mexico*, 46 (2), 132-140.

Hines, L. A., Marley, K. I., Strang, J., Agrawal, A., Nelson, E. C., Statham, D., Martin, N. G. y Lynskey, T. (2015). The association between speed of transition from initiation to subsequent use of cannabis and later problematic cannabis use, abuse and dependence. *Addiction, 110*, 1311-1320.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud [SS]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Jesus, F. B., Lima, F. C., Martins, C. B., Matos, K. F. y Souza, S. P. (2011).

Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. *Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS), 32 (2)*, 359-367.

Jencks, C., y Mayer, S. (1990). The social consequences of growing up in a poor neighbourhood. In L. E. Lynn Jr & M. G. H. McGahey (Eds.), *Inner-city poverty in the United States*. Washington, DC: National Academy Press.

Jiménez, K., Carballo, J. L., Cano, M. A. y Marín-Vila, M. (2014). Relación entre el riesgo

de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. *Salud y Drogas, 14 (2)*, 121-129.

Jones, S. C., y Magee, C. A. (2014). The role of family, friends and peers in Australian adolescent's alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review, (33)*, 304-313.

Kandel D. B. y Faust R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch Gen Psychiatry, (32)*, 923-932 De la Revilla L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M. A. y Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria. (8)*, 688-92.

Kandel, D. B., Yamaguchi, K., Cousino, K. L. (2006). Testing the Gateway hypothesis. *Addiction, 101 (1)*, 470-476.

Khuat, O. T., Morrow, M., Nguyen, T. N. y Armstrong, G. (2015). Social context,

- diversity and risk among women who inject drugs in Vietnam: descriptive findings from a cross-sectional survey. *Harm Reduction Journal*. 12 (35), 2-6.
- Kirby, T. y Barry, A. E. (2012). Alcohol as a Gateway Drug: A Study of US 12th Graders. *Journal of school health*, 82 (8), 371-379.
- Kumate-Rodríguez, J. (2003). "Percepción de riesgo y consumo de drogas en los jóvenes mexicanos", Patronato nacional de centro de integración juvenil, a. c., México.
- Lara, M., Bermúdez, J. y Pérez-García, A. (2013). Positividad, Estilo de Afrontamiento y Consumo de Tabaco y Alcohol en la Adolescencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11 (2), 345-366.
- Lin, N. y Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54 (3), 382-399.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. M. (1986). Social support, life events and depression. New York, academic press.
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, T., Palacios, S. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*. 5 (1), 142-150.
- Lucio-Gómez, M. E. & Hernández-Cervantes, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Rev Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (1), 33-40.
- Lynskey, M. T., Agrawal, A., Henders, A., Nelson, E. C., Madden, P. A. y Martin, N. G. 2012. An Australian Twin Study of Cannabis and Other Illicit Drug Use and Misuse, and Other Psychopathology. *Twin Res Hum Genet*, 15 (5) 631-641.
- Mallou, J. V., Marsillas, R. S., Isorna, F. M. y Rial, B. A. (2013). El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes. *Health and Addictions*, 13 (1), 67-78.
- Martínez, B. A., Aguilar, V. E., Sánchez, R. S. y Rodríguez, P. V. (2014). Adaptación y

- Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 4 (2), 93-101.
- Martínez, U. P. y Cassaretto, B. M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (1), 63-74.
- Martínez, G., J. (2015). Las representaciones sociales que protegen. En González de Audikana, J., M., Poniendo otras miradas a la adolescencia. Convivir con los riesgos: drogas, violencia, sexualidad y tecnología (111-120). Bilbao, España: Instituto Deusto de drogodependencias.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*, (7ª ed.), Madrid: Elsevier España. *Capítulo 20*
- Mayet, A., Legleye, S., Beck, F., Falissard, B. y Chau, N. (2015). The Gateway Hypothesis, Common Liability to Addictions or the Route of Administration Model? A Modelling Process Linking the Three Theories. *European Addiction Research*, 102, 107-117.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive behaviors*. 39 (10), 1394-1397.
- Meleis A. I. (1994). Trangenstein P. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nurs Outlook*. (42), 255-259.
- Mercado M., A. y Briseño C. P. (2014). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo *Espacios Públicos*, 17 (39), 137-157.
- Meleis A. I. (2010). *Middle-Range and situatoin-specific theories in nursing research and practice*. (1ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Mercado, M. A. y Briseño, C. P. (2014). El “yo” deteriorado: stigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios públicos*. 17 (39), 137-157.
- Míguez, M. C. & Becoña, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona

con el consumo de cannabis y el juego problema en adolescentes españoles?.

Adicciones, 27 (1), 8-16.

Milam, A. J., Furr, H., Cooley, S., Bradshaw y Leaf, P. J. 2015. Risk for exposure to alcohol, tobacco and other Drugs on the route to and school: The role of alcohol outlets. *Prev Sci* 15 (1), 12-21.

Molina, F. A., González, R. J., Montero, B. F. y Gómez-Salgado, J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, 26 (1), 68-75.

Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G. y Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36 (1), 9-18.

Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.

Morán, C., Méndez, H. L., González, R. M. Landeros-Hernández, R. y Menezes, E. (2014). Evaluación de las propiedades psicométricas del Brief COPE, su relación con el NEO PI-R y diferencias de género Brasil. *Universitas Psychologica*. 13 (4), 1305-1320.

Moreno, J. (2006). Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *Revista de filosofía y Psicología*.1 (13), 195-211.

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, E. y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid. Editorial Complutense.

Muñoz-García, A. N. y Arellanez-Hernández, J. L. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la U. A. C. J. S.* 6 (2), 1-20.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Hechos acerca de la salud del

- adolescente y el alcohol. Recuperado el 3 de septiembre del 2015 de:
<http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/alphabets-effects-body>
- Oliva, D. A., Suárez, L. A., Estévez, C. R. & Pascual, G. D. (2012). Activos del barrio y ajuste adolescente. *Psychosocial Intervention*, 21 (1), 17-27.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2014). *Adolescentes: riesgo para la salud y soluciones*. Recuperado el 1 septiembre del 2015 de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2014). Alcohol. Recuperado el 1 septiembre del 2015 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2014). Tabaco. Recuperado el 1 de septiembre de 2015 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Ornelas, M. R., Tufiño, T. M., Vite, S. A., Tena, G. O., Riveros, R. A. y Sánchez, S. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cancer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23 (1), 55-62.
- Osmany, M., Shahid, A. M., Rizvi, S., Khan, W. y Gupta, G. 2014. Percived social support and coping among alcohol/cannabis dependents and non-dependents. *Delhi Psychiatry Journal*, 17 (2), 375-382.
- Pabayo, R., Alcantara, C., Kawachi, I., Wood, E. y Kerr, T. 2013. The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 603-609.
- Palamar, J. J. (2012). A pilot study examining perceived rejection and secrecy in relation to illicit drug use and associated stigma. *Drug and Alcohol review*. 31, 573-579.
- Palamar J. J., Perry N. Halkitis, y Kiang, M. V. (2013) Perceived public stigma and stigmatization in explaining lifetime illicit drug use among emerging adults *Addiction Research and Theory*, 21(6), 516–525.
- Pérez G. A. (2009). Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. *Adicciones*, 21 (1), 81-88.

- Pérez, G. A. y Mejía-Trujillo, J. (2015). Evolución de la prevención del consumo de drogas en el mundo y en América latina: 1970-2014. Medellín, Colombia: Corporación Nuevos Rumbos.
- Pérez, M. A., Pérez, M. R., Martínez, F. M., Leal, H. F., Mesa, G. I. & Jiménez, P. I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Originales*, 39 (2), 61-65.
- Pérez-Floriano, L. R. (2018). Estigma, símbolos corporales y discriminación de personas consumidoras y sus familiares. *Revista Cultura y Droga*, 23 (25), 67-84.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (1), 114-128.
- Polit, D., & Hungler, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta. Ed. México D.F. McGraw-Hill Interamericana.
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A. y Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria*. 47 (8), 523-531.
- Posada-Villa J. A., Herazo E. y Campo-Arias A. (2009). Puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales en Colombia: Infractores a la norma de inicio. *Revista de Salud Pública*, 11 (3), 406-413.
- Ramos-Díaz, E., Rodríguez-Fernández, A., Fernández-Zabala, A., Revuelta, L. y Zuazagoitia, A. (2016). Apoyo social percibido, autoconcepto e implicación escolar de estudiantes adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21 (2), 1-16.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*. 14 (2), 262-267.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P.G. y Grajales, M. (2003). Internalized Stigma of mental

- Illness: psychometric properties of a new measure. *Psychatry Res*, 121 (1), 31-49.
- Rodríguez, D. F., Ovejero, B. A., Bringas, M. C. y Moral, J. M. (2016). Afrontamiento de conflictos en la socialización adolescente. Una propuesta de modelo. *Psicología del Caribe*. 33 (1), 1-13.
- Rodríguez, E. S. y Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social percibido. *Psicodebate, psicología, cultura y sociedad*. (7), 155-168.
- Rodríguez-Kuri. S. E., Córdova, A. A. y Fernández, C. M. (2014). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombre y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions*, 15 (1) 49-54.
- Rodríguez-Kuri, S. E., Díaz-Negrete, D. B., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero-Huesca, J. A y Gómez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*. 30 (1), 68-81.
- Roettger M. E., Swisher R. R., Kuhl D. C. y Chavez J. (2011). Paternal incarceration and trajectories of marijuana and other ilegal drug use from adolescence into Young adulthood: evidence from longitudinal panels of males and females in the United States. *Addiction*, 106 (1), 121-132.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. y Medina-Mora, M. E. 2011. Revisión sistematica sobre tratamientos de adicciones en México. *Salud Mental*, 34 (4), 351-365.
- Rosalba G. E., Romero M. N., Ramirez G. K. Y Hernandez M., R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana*, 44 (2), 218-229.
- Roy E., Nonn E. y Haley N. (2008). Transition to injection drug use among street youth-A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 19-29.
- Rueda-Jaimes, G. E., Rangel, M. A., Camacho, P.A. y Duarte-Pineda E. (2011). Factores

- asociados al uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 40, 38-48.
- Ruiz T. G., Medina-Mora, I. M. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad de y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37 (1) 8.
- Sánchez, N., Díaz, I., Casarrubias, R., Vilchis, G., Martínez, G. y Garduño, E. (2001). Valoración para evaluar la calidad de vida del paciente con SIDA. *Revista Médica IMSS.* 40 (3). 197-201.
- Sánchez S. J., Villarreal G. M., Ávila G. M., Vera J. A. Y Musitu G. (2014). Contexto de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, (23) 68-78.
- Secretaría de Salud [SS], Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, Instituto Nacional de Salud Pública Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] (2011).
- Serrano, P. C., Rodríguez, C. N, Louro, B. I. (2011). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública.* 37 (2).
- Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine.* 32 (6), 705-714.
- Soto-Brandt, G., Portilla, H. R., Huepe, A. D., Rivera-Rei, A., Escobar, J., Salas, G. N., Canales-Johnson, A., Ibáñez, A., Martínez G. C. y Castillo-Carniglia, A. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26 (4), 291-302.
- Tapia, C. R. (2001). Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva. (2da.Ed.) México, D.F. Manual Moderno.
- Tarter R. E., Vanyukov M., Kirisci L., Reynolds M. y Clark D. B. (2006). Predictors of Marijuana use in adolescents before and after licit drug use: Examination of the Gateway Hypothesis. *Am J Psychiatry*, 163, 2134-2140.

- Trujillo, A. M. y Flores, I. A. (2012). Consumo de alcohol en los adolescents de Chía y su percepción del consume y de la permisividad parental frente al uso de sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*, 22 (1), 41-57.
- United Nation Office on Drugs and Crime. World Drugs Report (2014). Recuperado el 2 de octubre de 2015 de:
http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
- Van Etten, M. L. & Anthony, J. C. (1999). Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens, and heroin. *Drug and Alcohol Dependence*, 54 (2), 117–125.
- Van Ryzin, M. J. y Dishion, T. J. (2014). Adolescent deviant peer clustering as an amplifying mechanism underlying the progression from early substance use to late adolescent dependence. *J Child Psychol Psychiatry*, 55 (10), 1153–1161.
- Varela, M.J., Marsillas, R.S., Isorna, F.M. & Rial, B.A. (2013). El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes. *Health and Addictions, Salud y Drogas*, 13 (1) 67-78.
- Vargas-Manzanares, S., Herrera-Olaya, G., Rodríguez-García, L. y Sepúlveda-Carrillo, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de sena. *Imagen y Desarrollo*, 12 (1), 7-24.
- Velázquez, F. R. (2017). Política exterior y derechos humanos en México: tendencias a finales del siglo XX y prioridades a inicios del XXI. *Revista del instituto de ciencias jurídicas de Puebla, México*, 11 (49), 137-157.
- Villarreal, G. M., Sánchez, S. J. y Musito, O. G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 857-873.

- Villatoro, V. J., Medina-Mora, I. M., Martín del Campo, S. R., Fregoso, I. D., Bustos, G. N., Resendiz, E. E., Mujica, S. R., Bretón, C. M., Soto, H. I. y Cañas, M. V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39 (4), 193-203.
- Vinet, E. V., Faúndez, X. & Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista médica de Chile*, 137 (4), 466-474.
- Wagner, F. A. y Anthony, J. C. (2002). Into the world of ilegal drug use: Exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana and cocaine. *America Journal of Epidemiology*. 155(10), 918-925.
- Wagner, F. A. y Anthony, J. C. (2011). From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26 (4), 479-488.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Aguilera, R., Ramos-Lira, L., Medina-Mora, M. y Anthony, J. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, 26 (2), 22-32.
- WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development. reliability and feasibility. *Addiction*. 97, 1183-1194.
- Young A. M. y Havens J. R. (2012). Transition from illicit drug use to first injection drug among rural Appalachian drug users: A cross-sectional comparison and retrospective survival analysis. *Addiction*, 107 (3), 587-596.

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado de Casos

Institución:

Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del Proyecto:

Modelo sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales en jóvenes consumidores y no consumidores de Monterrey

Autor del Estudio: MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa

Director de Tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Introducción:

La MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa está interesada en conocer algunos aspectos relacionados con el consumo de drogas legales a ilegales, para lo cual se me solicita mi participación en este estudio, si yo acepto, daré respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario que yo me encuentre disponible. Antes de decidir si quiero participar o no, la MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa me explicara el propósito del estudio, los posibles riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar, si yo decido participar, se me pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería, por lo cual, lo invitamos a participar en esta investigación. Antes de que proporcione el consentimiento para participar, necesita conocer el propósito del estudio.

Propósito del Estudio:

El objetivo de este estudio es conocer algunos factores que facilitan o inhiben la transición del consumo de drogas legales al consumo de drogas ilegales del área metropolitana de Nuevo León. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del Estudio/Procedimiento:

Si acepta participar en este estudio el procedimiento será el siguiente:

- Se le entregarán los cuestionarios, los cuales debe de contestar y no dejar ninguna pregunta en blanco.
- Se llevará a cabo la colecta de datos en las mismas instalaciones del Centro de Tratamiento, para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades, se cuidará en todo momento su privacidad y anonimato.
- Puede retirarse de la investigación en cualquier momento y en caso de que decida dejar de participar, no tendrá ningún problema o consecuencia en sus actividades.

El tiempo en contestar los instrumentos será de 15-20 minutos aproximadamente

Riesgos e Inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Sin embargo, si siente incomodidad o frustración al hablar de los temas que trata la investigación, puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios Esperados:

No hay ningún beneficio personal o económico en su participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados se podrán ayudar a desarrollar programas de prevención para el beneficio de los jóvenes de Nuevo León.

Autorización para Uso y Distribución de la Información para la Investigación:

Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico, pero únicamente de manera general, nunca se presentara información

personalizada. Se le recuerda que los cuestionarios que conteste serán anónimos y que la información será confidencial.

Derecho de retirarse o abandonar:

Su participación dentro de este estudio es voluntaria. La decisión de participar o no participar no afectará tu relación actual con las autoridades de la institución. Si te sientes indispuesto o no deseas seguir hablando de estos temas podrás retirarte en el momento que así lo decidas, sin afectar en nada tus derechos ni tu situación en la institución.

Preguntas:

Si tengo alguna pregunta sobre los derechos acerca de mi participación en este estudio, podre comunicarme con la responsable de la Comité de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], localizada en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Participación voluntaria y confidencial:

Yo voluntariamente acepto participar en esta investigación y que solo se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este documento y todas mis preguntas y dudas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación:

La MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa me ha explicado el propósito del estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que yo lo desee.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Firma y dirección del Testigo (2)

Fecha

Firma y dirección del Testigo (1)

Fecha

Apéndice B

Consentimiento Informado de Controles

Institución:

Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del Proyecto:

Modelo sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales en jóvenes consumidores y no consumidores de Monterrey

Autor del Estudio: MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa

Director de Tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Introducción:

La MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa está interesada en conocer algunos aspectos relacionados con el consumo de drogas legales a ilegales, para lo cual se me solicita mi participación en este estudio, si yo acepto, daré respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario que yo me encuentre disponible. Antes de decidir si quiero participar o no, la MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa me explicara el propósito del estudio, los posibles riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar, si yo decido participar, se me pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería, por lo cual, lo invitamos a participar en esta investigación. Antes de que proporcione el consentimiento para participar, necesita conocer el propósito del estudio.

Propósito del Estudio:

El objetivo de este estudio es conocer algunos factores que facilitan o inhiben la transición del consumo de drogas legales al consumo de drogas ilegales del área

metropolitana de Nuevo León. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del Estudio/Procedimiento:

Si acepta participar en este estudio el procedimiento será el siguiente:

- Se le entregarán los cuestionarios, los cuales debe de contestar y no dejar ninguna pregunta en blanco.
- Se llevará a cabo la colecta de datos en su domicilio para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades, se cuidará en todo momento su privacidad y anonimato.
- Puede retirarse de la investigación en cualquier momento y en caso de que decida dejar de participar, no tendrá ningún problema o consecuencia en sus actividades.

El tiempo en contestar los instrumentos será de 10-15 minutos aproximadamente

Riesgos e Inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Sin embargo, si siente incomodidad o frustración al hablar de los temas que trata la investigación, puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios Esperados:

No hay ningún beneficio personal o económico en su participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados se podrán ayudar a desarrollar programas de prevención para el beneficio de los jóvenes de Nuevo León.

Autorización para Uso y Distribución de la Información para la Investigación:

Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico, pero únicamente de manera general, nunca se presentara información personalizada. Se le recuerda que los cuestionarios que conteste serán anónimos y que la información será confidencial.

Derecho de retirarse o abandonar:

Su participación dentro de este estudio es voluntaria. La decisión de participar o no participar no te afectará en nada. Si te sientes indispuerto o no deseas seguir hablando de estos temas podrás retirarte en el momento que así lo decidas.

Preguntas:

Si tengo alguna pregunta sobre los derechos acerca de mi participación en este estudio, podre comunicarme con la responsable de la Comité de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], localizada en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Participación voluntaria y confidencial:

Yo voluntariamente acepto participar en esta investigación y que solo se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este documento y todas mis preguntas y dudas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación:

La MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa me ha explicado el propósito del estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que yo lo desee.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Firma y dirección del Testigo (2)

Fecha

Firma y dirección del Testigo (1)

Fecha

Apéndice C

Cédula de Datos Personales e Historia de Consumo de Drogas

La información que usted proporcione es anónima, confidencial y solo será utilizada por el investigador con el propósito de conocer lo que está pasando con los jóvenes y su salud, tenga por seguro que lo que escriba aquí no le afectará y por ningún motivo se evaluará o criticará su actuación por sus respuestas, por lo cual le solicito su colaboración para responder verídicamente.

Por favor, lee detenidamente y responde las siguientes preguntas completando o marcando con una tu respuesta.

Si tiene alguna pregunta o alguna duda, puede tener la confianza de preguntar. Muchas gracias.

1. Edad (años cumplidos) _____

2. Sexo Hombre Mujer

3. Hasta donde estudiaste:

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Preparatoria	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Posgrado	<input type="checkbox"/>

4. ¿Con quién vives actualmente?

Ambos padres	<input type="checkbox"/>	Amigos u otras personas	<input type="checkbox"/>
Solo con mi mamá	<input type="checkbox"/>	Con mi mamá y su pareja	<input type="checkbox"/>
Solo con mi papá	<input type="checkbox"/>	Con mi papá y su pareja	<input type="checkbox"/>
Con otros familiares	<input type="checkbox"/>	Solo	<input type="checkbox"/>

II. Historia de Consumo de Drogas

5. ¿Has consumido...?	Alguna vez en la vida			En el último año		En el último mes	
	SI	NO	Si contestaste SÍ ¿A qué edad consumiste por primera vez?	SI	NO	SI	NO
Alcohol (cerveza, bebidas preparadas, whiskey, vodka, vinos, ron, brandy, tequila, mezcal, etc.)							
Tabaco (cigarrillos, puros, pipa, chicle de nicotina...)							
Marihuana (mota, yerba, grifa, cáñamo, churro, mary jane, porros, hachís...)							
Cocaína (coca, crack, perico, piedra, nieve, línea, grapa, polvo, talco...)							
Anfetaminas (metanfetaminas, tachas, droga del amor, éxtasis, X, MDMA, ritalín, MDA...)							
Inhalantes (cemento, resistol, tolueno, disolventes, aerosol, gasolina, poppers...)							
Sedantes, Pastillas para dormir (tafil, xanax, Valium, rohypnol, diacepam...)							
Alucinógenos (LCD, ácido, micropuntos, vitamin K, la K especial, ángel, combustible de cohete, ozono, la píldora de la paz, hongo mágico, purple...)							

Apéndice D

Escala para la Medición de Actitudes de Uso de Drogas (EMIUD- Actitud)

El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas acerca del uso de drogas y otras circunstancias relacionadas con situaciones frecuentes entre los jóvenes.

Responde con la mayor sinceridad posible, de acuerdo con tu experiencia. Ninguna pregunta tiene respuestas buenas o malas. Toda la información que proporciones será estrictamente confidencial.

NOTA: en las siguientes preguntas el término “droga” se refiere siempre a drogas ILEGALES, entre las que se encuentran la marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir y alucinógenos

Actitud-Creencias conductuales para el consumo de drogas.

En tu opinión, ¿Usar alguna droga....	No es probable	Es poco probable	Es mas o menos probable	Es probable	Es muy probable
1. Podría ayudarte a olvidar problemas?					
2. Te permitiría sentirte parte de un grupo de amigos?					
3. Te serviría para evitar sentirte deprimido (a)?					
4. Te permitiría hacer cosas diferentes?					
5. Te liberaría de las presiones?					
6. Te permitiría superar la inseguridad?					
7. Te ayudaría a obtener dinero?					
8. Te serviría para desahogar tus penas?					
9. Te permitiría ser admirado por algunos de tus compañeros (as)?					
10. Te proporcionaría experiencias placenteras?					
11. Te permitiría sentir “la adrenalina”?					
12. Te ayudaría a tener la aceptación de tus amigos?					

13. Te ayudaría a “darte valor” ante situaciones que te causan temor o vergüenza?					
---	--	--	--	--	--

Actitud-Evaluación de las creencias

En los últimos seis meses, ¿Qué tan importante ha sido para ti...	No es importante	Es poco importante	Es más o menos importante	Es importante	Es muy importante
14. Olvidarte de tus problemas (escolares, familiares, sentimentales, etc.)					
15. Sentirte parte del grupo de amigos?					
16. Evitar sentirte deprimido (a)?					
17. Probar a hacer cosas diferentes?					
18. Liberarte de las presiones?					
19. Sentirte seguro (a)?					
20. Tener dinero?					
21. Desahogar tus penas?					
22. Ser admirado (a) por tus amigos o compañeros?					
23. Tener experiencias placenteras?					
24. Sentir la emoción de la adrenalina?					
25. Ser aceptado por tus amigos?					
26. Superar las situaciones que le causan vergüenza o temor?					

Apéndice E

Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO FF-I)

Este cuestionario consta de 60 afirmaciones en referencia a su forma de ser y comportarse. Por favor, lea cada frase con atención. Debe indicar su grado de acuerdo según el siguiente código:

0. Total desacuerdo

1. Desacuerdo

2. Neutral

3. De acuerdo

4. Totalmente de acuerdo

Marque el dígito elegido en el espacio existente a la derecha del número de ítem.

No hay respuestas correctas e incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar este cuestionario.

Contesta de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

No hay tiempo límite, pero intenta trabajar lo más deprisa posible. No se entretenga demasiado en la respuesta.

No deje NINGUNA respuesta en blanco.

- 1 ___ A menudo me siento inferior a los demás.
- 2 ___ No soy una persona alegre y animosa.
- 3 ___ A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción excitación.
- 4 ___ Tiendo a pensar lo mejor de la gente.
- 5 ___ Parece que nunca soy capaz de organizarme.
- 6 ___ Rara vez me siento con miedo o ansioso.
- 7 ___ Disfruto mucho hablando con la gente.
- 8 ___ La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.
- 9 ___ A veces intimidé adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.
- 10 ___ Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.
- 11 ___ A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.
- 12 ___ Disfruto de las fiestas en las que hay mucha gente.
- 13 ___ Tengo gran variedad de intereses intelectuales.
- 14 ___ A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.
- 15 ___ Trabajo mucho para conseguir mis metas.
- 16 ___ A veces me parece que no valgo absolutamente nada.
- 17 ___ No me considero especialmente alegre.
- 18 ___ Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en arte y la naturaleza.
- 19 ___ Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.
- 20 ___ Tengo mucha auto-disciplina.
- 21 ___ A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.
- 22 ___ Me gusta tener mucha gente alrededor.

- 23 ___ Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
- 24 ___ Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
- 25 ___ Antes de emprender una acción, siempre consideré sus consecuencias.
- 26 ___ Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
- 27 ___ No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
- 28 ___ Tengo mucha fantasía.
- 29 ___ Mi primera reacción es confiar en la gente.
- 30 ___ Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
- 31 ___ A menudo me siento tenso inquieto.
- 32 ___ Soy una persona muy activa.
- 33 ___ Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
- 34 ___ Algunas personas piensan de mí que soy frío calculador.
- 35 ___ Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
- 36 ___ A veces me he sentido amargado y resentido.
- 37 ___ En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
- 38 ___ Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
- 39 ___ Tengo mucha fe la naturaleza humana.
- 40 ___ Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
- 41 ___ Soy bastante estable emocionalmente.
- 42 ___ Huyo de las multitudes.
- 43 ___ A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.
- 44 ___ Trato de ser humilde.
- 45 ___ Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.
- 46 ___ Rara vez estoy triste o deprimido.
- 47 ___ A veces reboso felicidad.
- 48 ___ Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
- 49 ___ Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.
- 50 ___ En ocasiones primero actúo y luego pienso.
- 51 ___ A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
- 52 ___ Me gusta estar donde está la acción.
- 53 ___ Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.
- 54 ___ Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.
- 55 ___ Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender ninguna.
- 56 ___ Es difícil que yo pierda los estribos.
- 57 ___ No me gusta mucho charlar con la gente.
- 58 ___ Rara vez experimento emociones fuertes.
- 59 ___ Los mendigos no me inspiran simpatía.
- 60 ___ Muchas veces No preparó De antemano lo que tengo que hacer.

¡POR FAVOR COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA RESPUESTA EN BLANCO!

Apéndice F

Escala de Características del Entorno del Barrio

Contesta las preguntas de acuerdo a las respuestas marcadas

1. muy parecido a mi colonia o barrio (MP)
2. algo parecido a mi colonia o barrio (AP)
3. muy poco parecido a mi colonia o barrio (MMP)
4. nada parecido a mi colonia o barrio (NP)

	<u>MP</u>	<u>AP</u>	<u>MMP</u>	<u>NP</u>
1. La gente en mi colonia o barrio se ayuda la una a la otra	1	2	3	4
2. La mayoría de la gente en mi colonia o barrio tiene bienestar	1	2	3	4
3. Hay abuso de drogas y alcohol en tu colonia o barrio	1	2	3	4
4. Vigilamos a los hijos de los demás en nuestra colonia o barrio	1	2	3	4
5. Me enorgullece vivir en mi colonia o barrio	1	2	3	4
6. Es peligrosa mi colonia o barrio	1	2	3	4
7. Hay gente con la que puedo contar en mi colonia o barrio	1	2	3	4
8. Los edificios y parques de mi colonia o barrio son viejos	1	2	3	4
9. Hay personas en mi colonia o barrio que podrían ser mala influencia para los niños	1	2	3	4

Apéndice G

Cuestionario sobre Exposición a la Oportunidad de Consumo (CEOC)

La información que usted proporcione es anónima, confidencial y solo será utilizada por el investigador con el propósito de conocer lo que está pasando con los jóvenes y su salud, tenga por seguro que lo que escriba aquí no le afectará y por ningún motivo se evaluará o criticará su actuación por sus respuestas, por lo cual le solicito su colaboración para responder verídicamente.

Si tiene alguna pregunta o alguna duda, puede tener la confianza de preguntar. Muchas gracias.

1. ¿Qué edad tenías cuando tuviste la primera oportunidad de usar drogas ilegales?
2. ¿Cuándo fue la primera vez que alguien se ofreció regalarte alguna droga ilegal?
3. ¿A los cuántos años buscaste drogas ilegales por primera vez?
4. Durante toda tu vida ¿Cuántas veces has tenido oportunidades para usar drogas?

Apéndice H

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?
(personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el no de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda	1	2	3	4	5

relajarse

12.	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13.	Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15.	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16.	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17.	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18.	Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19.	Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.	Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Apéndice I

Escala de Internalización del Estigma (ISMI)

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra “consumo de drogas”, por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso.

Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo drogas/alcohol				
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida				
3. La gente que no consume drogas/alcohol simplemente no me entiende				
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol				
5. Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol				
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol				
7. Los estereotipos negativos acerca de los consumidores de drogas/alcohol (ladrones, malas personas, etc.) se pueden aplicar a mí				
8. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol				
9. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta				
10. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí				
11. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena				
12. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse				
13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol				
14. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol				

15. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol				
16. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol				
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), solo por el hecho de consumir drogas/alcohol				
18. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol				
19. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol				
20. No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera «extraña»				
21. Los estereotipos negativos me mantienen aislado del mundo «normal»				
22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos				
23. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado				
24. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado				
25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol				
26. Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero				
27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol				
28. La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad				
29. Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido				

Apéndice J

Escala de Afrontamiento COPE De Carver

Instrucciones. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, ante los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés no hay respuesta buena ni mala, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Coloca una X en tu respuesta

COPE 28	Nunca Lo hago	A veces Lo hago	Casi siempre	Siempre Lo hago
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	0	1	2	3
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
4. Recorro a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	0	1	2	3
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.	0	1	2	3
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
7. Hago bromas sobre ello.	0	1	2	3
8. Me critico a mí mismo.	0	1	2	3
9. Consigo apoyo emocional de otros.	0	1	2	3
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	0	1	2	3
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	0	1	2	3
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
13. Me niego a creer que haya sucedido.	0	1	2	3
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	0	1	2	3
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	0	1	2	3
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	0	1	2	3
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	0	1	2	3
19. Me río de la situación.	0	1	2	3
20. Rezo o medito.	0	1	2	3
21. Aprendo a vivir con ello.	0	1	2	3
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	0	1	2	3
23. Expreso mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	0	1	2	3
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	0	1	2	3
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	0	1	2	3

Apéndice K

Prueba de Detección de Consumo de Sustancias (ASSIST v3. 1)

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de algunas drogas a lo largo de la vida y de los últimos tres meses. Estas drogas se pueden fumar, inhalar, ingerir o inyectar. Algunas de éstas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como anfetaminas, sedantes o analgésicos). Para esta entrevista no se registrarán los medicamentos que **han sido recetados** por un médico. Sin embargo si ha tomado éstos medicamentos por **otros** motivos que los recetados o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo. Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilegales que ha consumido, tenga la seguridad de que ésta información será estrictamente confidencial.

PREGUNTA 1. A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguiente sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)	si	no
b) Cocaína (coca, crack, etc.)	si	no
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	si	no
d) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	si	no
e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	si	no
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	si	no
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	si	no
h) Otras, especifique:	si	no
Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.		
Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de estas preguntas, conteste la pregunta 2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.		

PREGUNTA 2. En los <i>últimos tres meses</i> , ¿Con qué frecuencia las sustancias que mencionó? (Primera droga, Segunda droga, etc.)	Nunca	Una o Dos	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o Casi diariamente
a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)					
b) Cocaína (coca, crack, etc.)					
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
d) Inhalantes (óxido nitroso, fijador de cabello, pintura para cabello, desodorantes de ambiente, correctores líquidos, marcador de punto fino, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					

e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, Valium, ativán, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
h) Otras, especifique:					
Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.					
Si ha consumido alguna de las sustancias de la pregunta 2 en los últimos 3 meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.					

PREGUNTA 3. En los <i>últimos tres meses</i> , ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir? (Primera droga, Segunda droga, etc.)	Nunca	Una o Dos	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o Casi diariamente
a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)					
b) Cocaína (coca, crack, etc.)					
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
d) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
h) Otras, especifique:					

PREGUNTA 4. En los <i>últimos tres meses</i> , ¿Con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud?	Nunca	Una o Dos	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o Casi diariamente

a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)					
b) Cocaína (coca, crack, etc.)					
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
d) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
h) Otras, especifique:					

PREGUNTA 5. En los <i>últimos tres meses</i> , ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de? (Primera droga, Segunda droga, etc.)	Nunca	Una o Dos	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o Casi diariamente
a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)					
b) Cocaína (coca, crack, etc.)					
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
d) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
h) Otras, especifique:					
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)					

PREGUNTA 6. Un amigo, un familiar o alguien más, <i>alguna vez</i> ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)			
b) Cocaína (coca, crack, etc.)			
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
d) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
h) Otras, especifique:			

PREGUNTA 7. Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga que consumió, segunda droga que consumió, etc.)?	No nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Marihuana (cannabis, mota, hierba, hachís, etc.)			
b) Cocaína (coca, crack, etc.)			
c) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
d) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
e) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
f) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
g) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
h) Otras, especifique:			

PREGUNTA 8.	No nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)			

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MCE. Mayra Selene Ozuna Espinosa

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: MODELO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES A DROGAS ILEGALES EN JÓVENES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE NUEVO LEÓN

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Mayra Selene Ozuna Espinosa, nacida en Guadalupe, Nuevo León el 12 de Diciembre de 1982. Hija del Sr. Jorge Ozuna Campos y de la Sra. Concepción Espinosa Tamayo.

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2011. Egresada de la carrera de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2015.

Experiencia Profesional: Enfermera de hospitalización en el Hospital privado Santa Engracia 2001-2006 y en el Hospital CIMA Monterrey 2007-2011. Enfermera particular 2011-2012. Becario CONACyT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León 2013-2015. Becario CONACyT para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capítulo Alpha.

Correo Electrónico: mayraozunae@gmail.com