

¿Cómo influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas?

Dra. Ma. Elena Medina Mora¹
Lic. Jorge Villatoro¹
Dra. Patricia Cravioto²
Lic. Clara Fleiz¹

INTRODUCCIÓN

La decisión de un adolescente de probar alguna droga, continuar usando después de haber experimentado sus efectos y eventualmente desarrollar dependencia, está influida por una serie de factores en el individuo y en el contexto en que se desarrolla. Para que se dé este proceso es necesario que exista una serie de precondiciones necesarias como que las drogas estén disponibles, que factores en el contexto en donde se desenvuelva el menor faciliten el uso, que viva en ambientes familiares en los que se abusa de sustancias y que concurren factores interpersonales, como que el adolescente tenga problemas emocionales que intente enfrentar usando drogas. La presencia de estos factores aumenta el riesgo o la probabilidad de que el adolescente use dro-

gas. Por lo general ocurren antes de que se manifieste la conducta, es decir, lo hacen más vulnerable.



Los factores de riesgo pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (p. ej. trastorno emocional, de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas), familia (p. ej. convivencia con padres alcohólicos o deprimidos), escuela (p. ej. fracaso escolar), pares (p. ej. amigos usuarios de drogas), comunidad (p. ej. alta disponibilidad de sustancias) que interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes etapas de desarrollo del individuo.

Se ha observado, sin embargo, que la exposición a estos factores, aun siendo muchos, no lleva inevitablemente al uso. De hecho, niños que han crecido en familias problemáticas y viven en ambientes de gran disponibilidad de drogas, llegan a la edad adulta sin

haberlas usado. Esto se debe a la presencia de factores de protección que balancean y contrarrestan el impacto de los factores de riesgo.

Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida del individuo:

en la esfera individual (p. ej. alta autoestima o personalidad orientada a la evitación de riesgos), familia (p. ej. convivencia con padres capaces de cubrir las

necesidades afectivas de los menores), escuela (p. ej. apego escolar), pares (p. ej. amigos poco tolerantes hacia el consumo), comunidad (p. ej. pertenencia a redes de apoyo social). Pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas. Por ejemplo, si un menor vive en una familia caótica, será menos probable que use drogas si tiene apego a su escuela, tiene una adecuada percepción del riesgo que se deriva del uso de sustancias y sus compañeros manifiestan una baja tolerancia hacia el consumo.

Más recientemente, diversos autores han hecho énfasis en un nuevo constructo, la "resiliencia", que surgió a partir de estudios longitudinales (Rutter, 1979) en los que se examinaron las características del desarrollo de niños, niñas y adolescentes que mostraban trayectos saludables en su vida, a pesar de vivir en condiciones adversas tales como pobreza, padres abusadores de drogas, y familias disfuncionales. La resiliencia se ha definido como una adaptación exitosa a pesar del riesgo y adversidad.

De acuerdo con una revisión reciente, los factores que contribuyen a la resiliencia incluyen: I) relación estrecha con los padres u otro adulto quien asegura un ambiente proveedor de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; II) sentimientos de éxito, de control y de respeto por ellos mismos, por parte de los menores; III) fuertes recursos internos (p. ej. buena salud física y psicológica), y externos (p. ej. buena red social de apoyo que incluye a la familia, la escuela y la comunidad); IV) habilidades sociales que incluyen capacidades para comunicarse y negociar, para tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; V) habilidades para resolver problemas; VI) percepción de que las adversidades se pueden resolver con perseverancia y esfuerzo y VII) haber sobrevivido situaciones de riesgo anteriores (Brounstein, et al., 1989).

Los programas de prevención exitosos se enfocan en los aspectos sanos y positivos de la vida de los individuos que incluyen el desarrollo de habilidades, la promoción de actividades alternativas, la detección e intervención tempranas y educación, persuasión o disuasión del uso.

La educación intenta ofrecer información orientada a inducir nuevas formas de ver el problema, con un elemento de persuasión orientado a influir en las creencias y en la conducta. Se ha encontrado que estos progra-

mas, usualmente difundidos a través de medios masivos, tienen un impacto importante en la conciencia de la población, pero poca relevancia en actitudes y conductas (Edwards et al., 1994) por lo que deben de acompañarse de otras medidas.

El artículo describe la percepción de riesgo de los adolescentes mexicanos, la influencia que tiene sobre el uso de drogas y la probabilidad asociada con una baja percepción de riesgo que podría modificarse a través de la educación.

MÉTODO

Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Adolescentes de 12 a 17 años que se llevó a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, realizada en población urbana del país. El método ha sido publicado en otros reportes (Berúmen y asociados, 1998) baste mencionar que el diseño de muestra fue probabilístico estratificado, con selección de conglomerados en varias etapas de muestreo (AGEB's, manzanas, viviendas e individuo). Para ello, se usó el marco cartográfico y de datos a nivel localidad y Área Geoestadística Básica (AGEB) del Censo Nacional de Población de 1995, realizado por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI). Se crearon 9 estratos geográficos: las tres áreas metropolitanas más grandes del país, cuya delimitación se basó en la definida por el INEGI para el Censo de Población 1995, tres ciudades fronterizas y tres regiones del país.

1) Área Metropolitana de la Ciudad de México; 2) Área Metropolitana de Guadalajara; 3) Área Metropolitana de Monterrey; 4) Tijuana; 5) Ciudad Juárez; 6) Matamoros, 7) REGIÓN NORTE: Baja California (sin considerar Tijuana), Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Durango, Chihuahua (sin considerar a Ciudad Juárez), Coahuila, Tamaulipas (sin considerar Matamoros), Zacatecas y Nuevo León (localidades distintas al área metropolitana de Monterrey). 8) REGIÓN CENTRO: Aguascalientes, Guanajuato, San Luis Potosí, Querétaro, Colima, Michoacán, Hidalgo, Jalisco (localidades distintas al área metropolitana de Guadalajara) y Estado de México (localidades no conurbadas con el D.F.). 9) REGIÓN SUR: Puebla, Tlaxcala, Morelos, Guerrero, Veracruz, Tabasco, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca y Chiapas.

Se seleccionaron 4,325 adolescentes (12 a 17 años) de los cuales se obtuvieron 3,882 entrevistas completas, con una tasa de respuesta del 90%. La muestra de la

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
² Dirección de Investigación, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.



ENA-98 presentó una estructura poblacional semejante a la del Censo Nacional Población de 1995.

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado y validado con anticipación, y aplicado cara a cara por un grupo de encuestadores entrenados. Las preguntas sobre consumo de sustancias, fueron probadas por diferentes países, entre ellos México, conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, y usadas en encuestas de estudiantes y en encuestas de hogares en el país desde 1974.

El estado de riesgo, se evaluó mediante una escala adaptada de las encuestas nacionales de población estudiantil realizadas en Estados Unidos por el Institute for Social Research (Johnston, 1989). Evalúa la percepción del adolescente sobre el nivel de riesgo derivado del consumo de diferentes sustancias con diferentes patrones de uso. Se compararon los adolescentes que nunca habían usado drogas con quienes habían experimentado una o más de las sustancias investigadas de una a cinco veces, definidos como usuarios experimentales; éstos se compararon a su vez con aquellos que decidieron continuar el uso después de haber experimentado sus efectos, esto es que hubieran usado las drogas más de cinco veces en su vida; finalmente se compararon los adolescentes usuarios de drogas que reportaron problemas en comparación con los que no reportaron problemas. Este análisis incluyó solamente a aquellos adolescentes que habían usado drogas ilícitas (mariguana, cocaína, alucinógenos) e inhalables.

Con el fin de determinar si la percepción de riesgo incrementaba la probabilidad de usar y abusar de otras drogas se utilizó un análisis de regresión logística en el que se incluyeron otras variables (p. ej. disponibilidad, uso en la familia y entre amigos, etc) (Medina-Mora et al., en prensa). En este artículo se presentan los resultados sobre el estado de riesgo. Las características demográficas de la muestra se presentan en el cuadro 1 página 15.

RESULTADOS

¿Consideran los adolescentes que es peligroso usar drogas? En general, los jóvenes intuyen o saben que es riesgoso usar sustancias, 76% de los varones y 80% de las mujeres reportaron que consumir mariguana o cocaína era peligroso.

Los adolescentes que actualmente estudian, saben que el consumo de mariguana o cocaína es más peligroso (77.7% hombres y 81.3% mujeres) que los que no estu-

dian (Fig. 1-2) El consumo de alcohol se conoce como menos riesgoso que el consumir drogas, y son también los adolescentes que continúan estudiando quienes perciben mayor riesgo (43.9% hombres y 51.3% mujeres). (Fig. 3-4) El fumar tabaco, presenta los menores porcentajes de concepción de riesgo, (44.7% hombres y 49.6% mujeres). (Fig. 5-6) Es importante observar que las mujeres en general perciben más riesgo asociado al consumo de cualquier droga que los hombres.

Al analizar la información por regiones del país, se observa que los varones que viven en Tijuana y en Monterrey perciben menor riesgo asociado con el consumo de mariguana o cocaína, que en otras regiones. En tanto que, para las mujeres donde se percibe como menos peligroso el consumo de estas sustancias, es en la Ciudad de México (Fig. 7).

¿Cómo se asocia la percepción de riesgo con el uso de drogas?

Los resultados del análisis de regresión logística, indican que la percepción de riesgo es un factor que afecta poco la decisión del adolescente de experimentar con drogas, ya que 2.6% de los experimentadores consideraron que usar drogas era peligroso en comparación con 2.6% que reportó que no era peligroso. Sin embargo, esta variable es importante para lograr que los menores no continúen usando después de haber experimentado. Considerar que usar drogas es muy peligroso disminuye la probabilidad de uso 3.8 veces.

El análisis de regresión logística mostró que la percepción de riesgo no modificó la decisión del individuo de probar drogas. Sin embargo, esta variable distingue de manera significativa a los adolescentes que nunca han usado de aquellos que deciden continuar usando después de experimentar. El paso de la experimentación al uso continuado estuvo influido por el hecho de que los adolescentes no percibieran que usar drogas fuera peligroso (3.95; 1.38-11.29) y la única variable que resultó significativa para diferenciar a aquellos adolescentes que reportaron nunca haber estado hospitalizados por el uso de drogas, no haber sido arrestados ni asaltados después de haber estado consumiendo o que no deseaban consumir menos drogas, de aquellos que reportaron al menos uno de estos problemas, fue el no percibir riesgo asociado con el consumo de drogas (3.81; 1.43-10.16) (Figura 8).

Estos resultados muestran la importancia de los programas de educación que intentan influir en la percepción de riesgo asociada al abuso de sustancias en los adolescentes.

REFERENCIAS

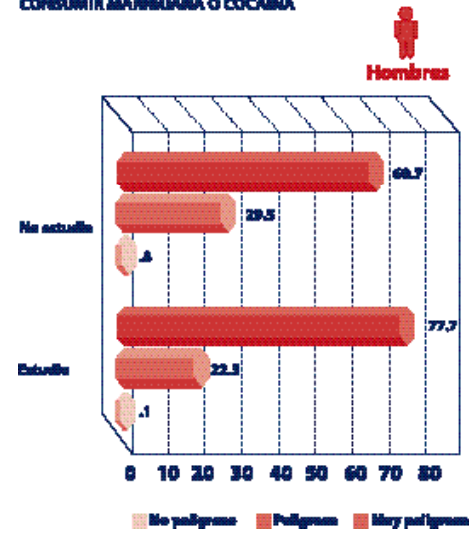
- BERUMEN Y ASOCIADOS. Reporte metodológico. Tercera encuesta nacional de adicciones. México D.F., 1998.
- BROUNSTEIN P.J., ALTSCHER DM., HATRY HP., & BLAIR LH., Substance use and delinquency among inner city adolescent males. Washington, DC: Urban Institute Press. 1989.
- EDWARDS G., ANDERSON P., BABOR TF., CASSWELL S., et al. Alcohol policy and the public good. Oxford University Press, 1994.
- JOHNSTON, L., Monitoring the future a continuing study of the lifestyles and values of youth. Institute for Social Research. The University of Michigan. Ann Arbor, Michigan. E. U. A. 1989.
- MEDINA-MORA M.E., CRAVIOTO P., VILLATORO J., et al., El consumo de drogas y factores asociados entre adolescentes de 12 y 17 años: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998. Salud Pública de México, en prensa.
- RUTTER, M., Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.1979.

Cuadro 1

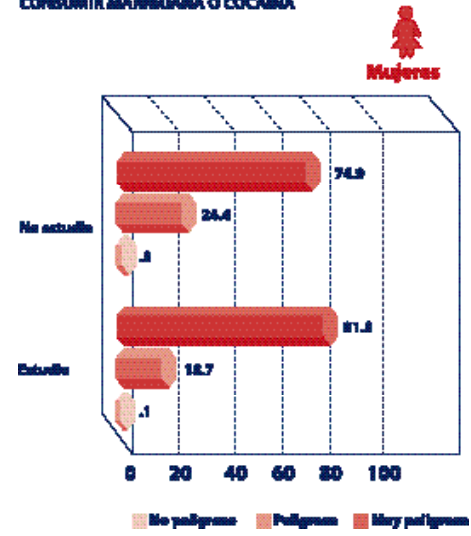
	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
	Hombres	Mujeres
Edad		
12-14	53%	50.5%
15-17	47%	49.5%
Escolaridad		
Primaria	32%	31%
Secundaria o equiv.	51%	51%
Preparatoria o equiv.		
Estatus educativo		
Estudia	81%	79%
No estudia	19%	21%
Razones de abandono de la escuela		
Problemas económicos	35%	37%
Problemas escolares	18%	5%
De salud	6%	3%
Embarazo	--	6%
Personales	17%	18%
No quiso seguir estudiando	23%	25%
Uso de drogas o alcohol	1%	--
Ocupación		
Sólo estudia	74%	77%
Estudia y trabaja	7%	2.3%
Sólo trabaja	19%	16%



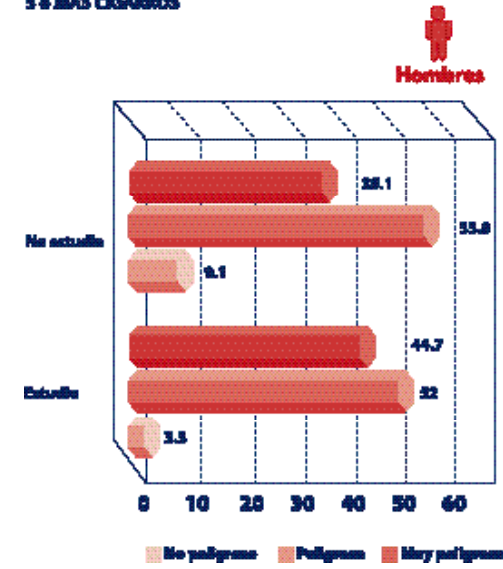
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE CONSUMIR MARIJUANA O COCAÍNA



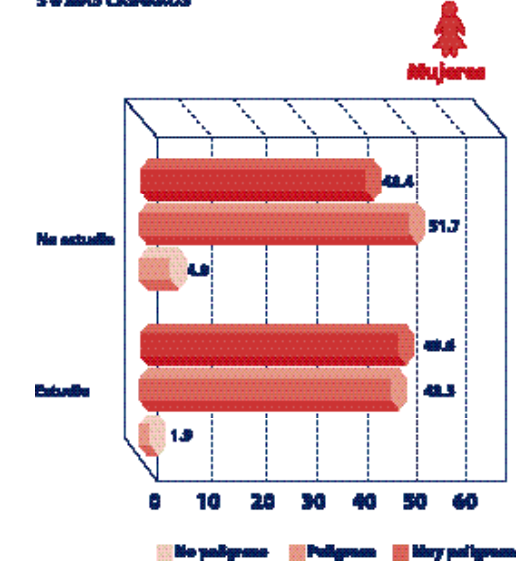
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE CONSUMIR MARIJUANA O COCAÍNA



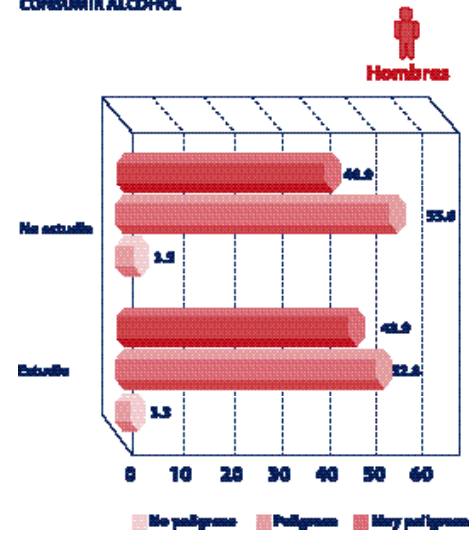
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE 5 o MÁS CIGARROS



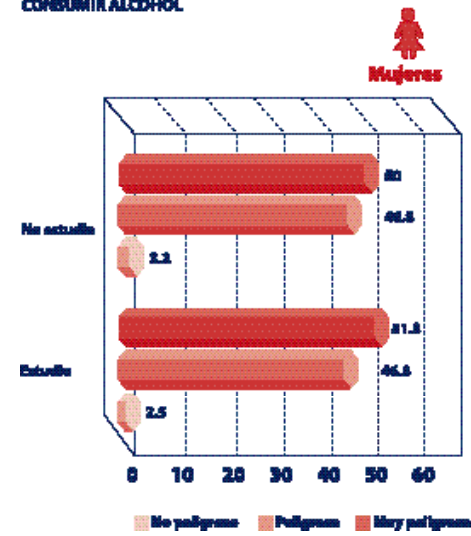
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE 5 o MÁS CIGARROS



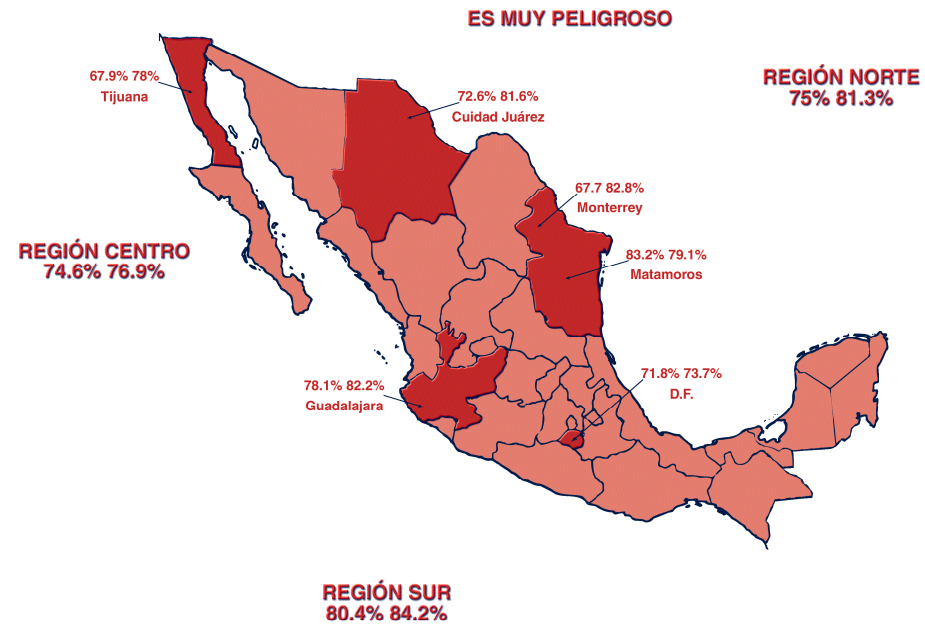
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE CONSUMIR ALCOHOL



PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE CONSUMIR ALCOHOL



VARIACIONES REGIONALES DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE CONSUMIR MARIGUANA O COCAÍNA



PREDICTORES DEL USO DE DROGAS

NO USO VS. USO

Percepción de disponibilidad
2.80 (1.12 - 7.00)

Uso de drogas en la familia
7.60 (2.73 - 21.15)

Uso entre amigos
5.89 (2.50 - 13.85)

Baja percepción de riesgo
4.83 (2.11 - 11.06)

Ser hombre
10.24 (3.4 - 30.86)

EXPERIMENTACIÓN VS. USO

Tolerancia de los padres
8.04 (1.16 - 55.74)

Baja percepción de riesgo
3.95 (1.38 - 11.29)

Ser hombre
5.54 (1.27 - 24.10)

CLÍNICA DE METADONA

Dr. Víctor M. Guisa Cruz

Director General, Centros de Integración Juvenil

La tendencia creciente al abuso y dependencia de heroína, es un fenómeno actual en México y en el mundo. La heroína, es un fármaco ilegal con alto potencial para causar adicción.

El abuso de esta droga, está más ampliamente difundido que el de cualquier otro opiáceo. Se procesa a partir de la morfina, que es un alcaloide natural del opio y que se extrae de los bulbos de la amapola o adormidera.

Generalmente, se vende como polvo blanco o amarillento, o como una sustancia negra y pegajosa, conocida en la calle como "heroína negra". Aunque cada vez es más común la heroína pura, la mayoría de la heroína que se vende en la calle se "corta" con otras drogas o con otras sustancias, como azúcar, almidón, leche en polvo, quinina, estircina u otros venenos.

Debido a que los usuarios de heroína, no conocen la fuerza real de la droga o de sus elementos constitutivos, se encuentran en riesgo de intoxicaciones o muerte por sobredosis.

La heroína, por lo general se inyecta en una vena, se inhala o se fuma. Las personas dependientes, se inyectan hasta 4 veces al día. La inyección intravenosa provee la máxima intensidad y rapidez de aparición de la euforia y efectos placenteros (7 u 8 segundos); en tanto que la inyección intramuscular, produce estos efectos de manera más lenta (7 a 8 minutos).

Aunque la inyección endovenosa continúa siendo la principal vía de abuso de heroína, los clínicos están observando un cambio en los patrones de consumo hacia inhalarla o fumarla (método conocido como "perseguir el dragón").

EFFECTOS DE LA HEROÍNA A CORTO PLAZO

Después de la inyección o inhalación, la heroína atraviesa la barrera hematoencefálica. En el cerebro, es convertida en morfina la cual se une rápidamente a receptores opioides.

Los usuarios reportan el surgimiento rápido de una sensación placentera ("rush"). La intensidad de esta sensación, está en función de cuánta cantidad de droga se toma y de qué tan rápido entra al cerebro y se une a los receptores opioides naturales. La heroína es altamente adictiva debido a la gran rapidez con que entra al cerebro.

Con la heroína, el "rush" va acompañado de un enrojecimiento de la piel, con leve aumento de la temperatura, además, boca seca y sensación de pesadez en las extremidades, náusea, vómito e intensa comezón.

Después de los efectos iniciales, la persona puede estar confusa y mareada por varias horas. Los efectos de la heroína, entorpecen las funciones mentales (en el sistema nervioso central). Se enlentece el ritmo cardíaco (bradicardia), al igual que la respiración, que puede llegar hasta la muerte. Las sobredosis, son accidentes de alto riesgo en las calles, donde la cantidad y pureza de la droga no puede conocerse exactamente.

