

01963
7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR
EN LA ADOLESCENCIA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA EDUCATIVA
P R E S E N T A
LIC. MARGARITA / SASSON CONTENTE

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. ARIEL VITE SIERRA
COMITE: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
MTRO. GUSTAVO BACHA MENDEZ



MEXICO, D. F.

2003

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

... la Dirección General de Bibliotecas de la
... difundir en formato electrónico e impreso el
... de mi trabajo recepcional.

NUMERO: 11111111111111111111

CHA: 12 de marzo

MA: 11-11-11

A mis padres

Quiero agradecer en especial a mi esposo Jaime, que gracias a su amor, comprensión y absoluto apoyo hizo posible la realización de esta tesis.

A mis queridos hijos Michelle, Marcos, Vivian y Alan por el amor, la paciencia y la confianza que siempre han tenido en mi.

A toda mi familia y a cada uno de mis amigos.

Con mucho cariño a Marija porque siempre ha estado cerca de mi ayudándome en cada momento.

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha sido posible gracias al apoyo continuo de mi director de tesis, Mtro. Ariel Vite Sierra.

Agradezco también a los otros miembros del Jurado de Examen de Grado, Dra. Isabel Reyes Lagunes, Mtra. Guillermina Nátera Rey, Dra. Luisa Rossi Hernández y Mtro. Gustavo Bachá Méndez, por sus valiosos comentarios en la realización de esta tesis.

Agradezco al Lic. Raúl Zavala Cortés, Director del Plantel número 5 del Colegio de Bachilleres, ubicado en Ciudad Satélite, Estado de México, su apoyo para poder aplicar los cuestionarios.

Quiero agradecer a la Dra. Bety Pasol por la confianza que siempre ha tenido en mi y el apoyo que me ha brindado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen	2
INTRODUCCIÓN	3
1. Adolescencia	5
1.1 Definición de adolescencia	5
1.2 Cambios físicos, biológicos y sociales	8
1.3 Relación entre padres y adolescentes	10
2. Violencia Familiar	13
3. Efectos de la Violencia Doméstica en los Niños	15
4. El Uso de Drogas	18
5 El Consumo de Alcohol	24
6 Apoyo Social	28
MÉTODO	33
Sujetos	33
Escenario	33
Instrumentos	33
Variables	35
Procedimiento	36
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	75

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue el estudiar en un grupo de adolescentes, la relación entre la historia de violencia familiar y el uso de drogas, el consumo de alcohol, el apoyo social percibido, y las reacciones y actitudes del adolescente que resultan como consecuencia de violencia doméstica. Para el estudio se obtuvo una muestra de alumnos de los años escolares del primero al tercero de preparatoria con edades entre los 14 y 20 años. Se utilizaron instrumentos para determinar la historia de violencia familiar (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1993), las adicciones y consumo de alcohol (López, 1994), el apoyo social (Sarason, Sarason & Pierce, 1990; adaptado en México por Acuña & Bruner, 1999), y las reacciones del adolescente ante la violencia familiar para lo cual se desarrolló un cuestionario piloto. El resultado más sobresaliente del presente estudio es el haber mostrado que para una muestra específica de estudiantes de bachillerato, el consumo de drogas en adolescentes con historia de violencia familiar es estadísticamente superior que en estudiantes sin historia de violencia familiar. Los fármacos de mayor consumo son la cocaína y la marihuana. El consumo de alcohol es similar para las muestras con y sin historia de violencia familiar, lo que indica que las nuevas generaciones recurren más a las drogas y no tanto al alcohol como una posible respuesta a la violencia doméstica, lo que es realmente preocupante y requiere de acciones específicas por parte de la sociedad. El problema estudiado es muy complejo, por lo que para su abordaje se necesita entender otra serie de factores y su interacción, por lo que una propuesta para aproximarse a los efectos que tiene sobre los adolescentes el ser testigos de violencia familiar, deberá contemplar aspectos tales como el auto concepto, habilidades de afrontamiento prosocial, niveles de estrés, ansiedad, y repertorios en solución de problemas.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la violencia doméstica ha recibido un amplio escrutinio científico en los últimos 15 años, no obstante que este es un viejo problema. Durante los años 70's, las investigaciones se enfocaron a factores sociológicos, sugiriendo que la violencia familiar tenía sus raíces en las tradiciones socioculturales, políticas y religiosas.

En los últimos años, las investigaciones han señalado no solamente el papel de factores individuales como parte de la constelación de factores asociados con la violencia doméstica, sino también los efectos que ésta tiene sobre los testigos del fenómeno.

Una de las etapas más sensibles del desarrollo humano la constituye la adolescencia, considerada como una etapa que precede a la pubertad, en la que se producen toda una serie de cambios físicos y psicológicos que van a conducirla a la madurez sexual. Ésta se puede situar en las mujeres entre los 13 y 19 años, y en los hombres entre los 14 y 20 años aproximadamente.

Asimismo, es una etapa de búsqueda y comprensión de valores, en donde se observan conflictos entre los valores propios y de los padres, amigos y maestros. Es un período crítico del desarrollo porque en esta edad se experimentan grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, es una etapa de inseguridad y dudas. Es una etapa en la que se deja de ser niño y aun no se es adulto. Es decir, la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta. Es un período en el que todavía no hay la madurez y la experiencia que solo el tiempo da para tomar responsabilidades de adulto.

Diversos estudios han mostrado que ser testigo de violencia entre los padres se ha asociado con una variedad de conductas psicológicas y problemas sociales entre niños y adolescentes (Hughes, 1988; McCloskey, Figueredo, &

Koss, 1995; Rosenbaum, & O'Leary, 1981). Investigación clínica indica que adultos que sufren de depresión y otros desordenes psicológicos, reportan más conflictos familiares en la infancia que su grupo control (Overall, Henry, & Woodward, 1974). Estudios con estudiantes de bachillerato han encontrado que el recordar episodios de violencia entre los padres se asocia con ansiedad, mayor depresión y baja autoestima y que individuos que observan la violencia paterna se encuentran en una mayor posibilidad de tener relaciones violentas como adultos, tanto como perpetradores como víctimas (Cappell, & Heiner, 1990), así mismo, manifestar problemas de bajo rendimiento académico, reprobación y deserción escolar, algún tipo de adicción, y carencia de habilidades de afrontamiento, entre otros.

Considerando los planteamientos anteriores, el objetivo del presente trabajo fue el estudiar algunos de los efectos que tiene la historia de violencia familiar en el adolescente, motivo por el cual se selecciono una muestra de 510 adolescentes del Colegio de Bachilleres, situado en Ciudad Satélite, Estado de México. Los alumnos son estudiantes de preparatoria con edades entre los 14 y 20 años. A la muestra se le aplicaron los siguientes instrumentos: Para evaluar la Historia de Violencia Familiar, se aplico la subescala desarrollada ex profeso del cuestionario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez-Sosa, & Hernández-Guzmán, 1993). Para evaluar adicciones y consumo de alcohol, se aplicó el cuestionario desarrollado por López (1994) el cual es un instrumento estandarizado, basado en la Encuesta Nacional de Adicciones. Para determinar la relación entre el consumo de fármacos y alcohol, y el apoyo social percibido, se aplicó un cuestionario que determina el número de personas a quienes se puede recurrir en caso de necesitarlo y el grado de satisfacción en el apoyo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida humana. Está comprendida entre la infancia y la edad adulta, va precedida de un período breve llamado pubertad y le sigue una edad muy interesante: la juventud.

La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer", es la etapa de la vida del individuo que se inicia con la pubertad, culmina en la actitud fisiológica para la reproducción y termina cuando el individuo está preparado física, emocional y socialmente para responsabilizarse por sí mismo y desempeñar un papel de adulto en la sociedad.

La adolescencia es un período de transición constructivo necesario para el desarrollo del Yo. Es como el puente entre el mundo infantil y el estado adulto de una persona. También es considerada como una etapa del desarrollo del ser humano que sigue a la pubertad, en la que se producen toda una serie de cambios físicos y psíquicos que conducen a la madurez sexual. Esta se puede situar en las mujeres entre los 13 y 19 años, y en los hombres entre los 14 y 20 años aproximadamente. No se puede precisar con exactitud cronológica ni el inicio ni el fin de esta etapa de la vida pues hay tantas versiones de adolescencia.

Durante la infancia, los procesos orgánicos y hormonales han permanecido sin mayores cambios que los del crecimiento orgánico normal; con la pubertad se inicia el tránsito de fisiología infantil a la adolescencia (Huarte, 1994).

Pick, & Vargas (1997) definen a la adolescencia como una época de rápidos cambios físicos, sociales y emocionales. Es una etapa del desarrollo que va de los 12 a los 19 años, en la que surgen muchas dudas. Es una etapa de búsqueda y comprensión de valores. Hay un conflicto entre los valores propios y de los padres, amigos y maestros. Es un período crítico del desarrollo porque en esta edad se experimentan grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, es una etapa de inseguridad y dudas. Es una etapa en la que se deja de ser niño pero aún no se es adulto. Es decir, la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta. Es un período en el que todavía no hay la madurez y la experiencia que solo el tiempo da para tomar responsabilidades de adulto.

La adolescencia como etapa de desarrollo implica cambios no solo físicos sino biológicos, psicológicos-emocionales, sociales y sexuales. El primer paso de la adolescencia es la pubertad que es el "período de tránsito que va de inmadurez a la madurez biológica". De ahí que se haga una diferencia entre la pubertad y la adolescencia; señalándose a la primera como la etapa de los cambios físicos y biológicos, y la segunda como la etapa de los cambios psicológicos, sociales y sexuales.

Es importante aclarar que los términos de pubertad y adolescencia suelen confundirse, pero cada etapa tiene sus características propias, por lo que se nombran a grandes rasgos las diferencias entre pubertad y adolescencia. La pubertad puede determinarse porque existen índices objetivos, ésta se puede situar entre los 11 y los 13 años de edad, pero puede variar de acuerdo con el sexo y las condiciones del ambiente, se inician cambios de la personalidad en el desarrollo corporal, en los sentimientos, empieza una nueva concepción del mundo y una constante proyección del Yo hacia el futuro. La pubertad es una etapa de transición hacia la adolescencia, en las chicas aparece la menstruación y en los chicos el bello púbico y la eyaculación. Es bien sabido que estos cambios van acompañados de otras numerosas transformaciones físicas.

La adolescencia está caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta, donde el adolescente se ve afectado por los cambios físicos que ocurren en su propio cuerpo; también en una forma sutil y a un nivel inconsciente, donde el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la calidad de su vida afectiva. Los cambios no ocurren en forma simultánea en los terrenos anatómicos, fisiológicos y emocionales.

Los cambios psicológicos que ocasiona la adolescencia no siempre están relacionados, por lo que es difícil determinar en que edad se presentan, aunque en términos generales tomaremos el término de edad ya antes mencionado. Aunque no se saben las causas que la inician, aparece más temprano en climas cálidos pero también intervienen otros factores como la raza, el grado de nutrición y el estado de salud o enfermedad.

El adolescente siente la necesidad de un nuevo concepto del Yo y de una nueva identidad, porque entra en un mundo que no está hecho para él, sus sentimientos cambian y pueden variar mucho, desde buscar la soledad hasta tratar de relacionarse con muchas personas, siente la necesidad de encontrar un nuevo significado a su existencia, necesita sentirse autónomo, por lo cual se revela a la autoridad. Conforme resuelve estos problemas se adapta al medio familiar y social.

La adolescencia constituye el momento clave y crítico de la formación de identidad, la cual se define como la autodefinition de la persona ante otras personas, ante la sociedad, la realidad y los valores.

La adolescencia es el momento evolutivo de la búsqueda y de la consecución de la identidad del individuo, ésta incluye desde luego la "identidad sexual", la cual es una organización integradora en una unidad personal capaz de funcionar

en sociedad, es una configuración de los dotes constitucionales, de las necesidades libidinales idiosincrásicas de las defensas activas de las sublimaciones bien logradas y de los roles consistentes de la persona.

El adolescente en busca de su identidad tiene nuevas ideas, ahora debe ser otro, buscando un escape, el cual lo dirige a un egocentrismo puesto que el adolescente, reflexiona sobre si mismo, elabora sus propias teorías, se sumerge en sus pensamientos. El adolescente concibe distintas perspectivas ante una situación, pero su egocentrismo le impide disociarlas claramente puesto que atribuye a la suya una importancia desmedida, de ahí que el adolescente se encuentre preocupado e inclusive obsesionado por lo que los demás piensen de él.

Acabamos de hablar tanto de la identidad que busca el adolescente, como la evolución del egocentrismo en términos hipotéticos, por lo que lo mencionado constituye la opinión de un conjunto de elementos teóricos de mutuo interés. En un adolescente que se encuentra en una etapa de cambios físicos, biológicos y sociales, surgen un sin fin de preguntas de identidad que busca resolver.

1.2 CAMBIOS FISICOS, BIOLOGICOS Y SOCIALES

Para poder estudiar al hombre es necesario tomar en consideración tres aspectos fundamentales: lo biológico, lo psicológico y lo social:

Biológico: estudia la estructura y el funcionamiento del organismo.

Psicológico: estudia la personalidad y las relaciones interpersonales.

Social: estudia las leyes, relaciones y cultura del hombre.

A pesar de que estos tres aspectos, se consideran conceptos y métodos diferentes, tienen el mismo objeto de estudio, "el hombre", como una unidad bio-psico-social.

Desde que nace el hombre esta sujeto a la influencia de los factores relativos a la sociedad y cultura en que vive, nace miembro de una familia dentro de una sociedad y con una nacionalidad. En el transcurso de su vida sus potencialidades pueden estimularse o inhibirse por medio de la educación y la participación cultural. Ante las modificaciones del organismo, el adolescente se enfrenta a un período tumultuoso manifestándose preocupado, interesado o indiferente. Generalmente se llena de dudas o inquietudes, se preocupa por lo que los demás piensan de él, teme tener un aspecto que no esté a la altura de las exigencias sociales y empieza a sentir atracción sexual, por lo que las palabras, los objetos y los valores adquieren un significado sexual. Biológicamente, ya está maduro para la reproducción y puede sentir temor o dirigirse a otro extremo y tener relaciones sexuales.

La etapa de la adolescencia es un período de cambios tanto físicos como biológicos y sociales, los cuales se ven precedidos por la pubertad, cada etapa tiene sus características propias que a continuación se explicaran.

Cambios sociales: Se expresa un cuestionamiento del medio familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, hay un mayor acercamiento e identificación con grupos de la misma edad y el mismo sexo.

Cambios psicológicos: Surge una inquietud por conocer más sobre la sexualidad, se despierta un interés por el sexo opuesto. El carácter termina de formarse. Se adquiere una manera de pensar o concebir el mundo. También se medita de cómo le gustaría llegar a ser. En este período, se inspiran los proyectos, la vocación y el plan de existencia o de vida. Los valores propios se integran a las experiencias y estilo de vida. Al llegar a la etapa adulta, cada persona crea por sí misma la historia de su propia vida: decide el curso que seguirá para alcanzar sus objetivos y anhelos y tomar el mando de su destino.

Cambios físicos: El desarrollo del cuerpo alcanza su madurez sexual. Para ello se dan muchos cambios internos y externos y un crecimiento general acelerado, pero se requiere de más años aprender a adaptarse a la nueva madurez sexual y ejercer una paternidad responsable (Pick, & Vargas, 1997).

En el proceso de la maduración sexual durante la adolescencia, se hace posible la conducta sexual adulta al llegar la madurez biológica.

Hasta ahora se ha mencionado, ¿qué es la adolescencia? y lo que abarca este proceso tan importante para el ser humano. Sin embargo, hay que tomar en cuenta la relación que tiene el adolescente con sus padres, ya que esto es un factor que afectará en su desarrollo.

1.3 RELACIÓN ENTRE PADRES Y ADOLESCENTES

Las investigaciones realizadas sobre el papel de las relaciones familiares en el desarrollo del adolescente han progresado al punto que actualmente consideran con mucho cuidado la importancia de la influencia del padre sobre el adolescente, además de la influencia de la madre (Brook, Whiteman, Gordon, & Brook, 1985; Collins, & Russell, 1991; Hill, & Holmbeck, 1987; Montemayor, 1982).

Aunque la mayor parte del trabajo en esta área ha estudiado estas relaciones como si ellas ocurrieran de manera aislada, algunos investigadores han notado que las relaciones del adolescente con el padre y la madre no son mutuamente exclusivas y deben ser consideradas concomitantes (Belsky, 1984; Minuchin, 1988).

Un aspecto en el cual las influencias combinadas de los dos padres podrían ser particularmente importantes involucra los papeles de los padres como moderadores del impacto del estrés durante la adolescencia.

La evidencia que se ha acumulado indica que los adolescentes se enfrentan con cambios en dominios múltiples de sus vidas, incluyendo los biológicos que acompañan el período pubertal y las transformaciones en sus capacidades cognitivas, así como las relaciones con la familia. La mayoría de los adolescentes manejan bien estos cambios, sin embargo, algunos fallan en ello, por lo que pueden experimentar altos nivel de estrés.

Una meta para los investigadores es el refinar el conocimiento sobre diferencias individuales de los recursos disponibles de los adolescentes para manejar estos cambios (Compas, 1987; Petersen, Kennedy, & Sullivan, 1991).

Durante la adolescencia, una relación amistosa de los padres esta relacionada positivamente con ajuste psicológico óptimo, mientras que una disciplina hostil y de rechazo con amenazas y castigo físico, esta relacionada con un pobre ajuste psicológico. Por consiguiente, una actitud amigable o de rechazo por parte de los padres es considerada como un factor potencialmente protector en los adolescentes ante la presencia de eventos desagradables (Garmezy, 1987; Werner, & Smith, 1982). Esto señala que los adolescentes con relaciones positivas con sus padres pueden manejar mejor el estrés, quizás porque consideran que pueden recibir su apoyo y porque además, una relación paterna positiva incrementa los recursos psicológicos del adolescente, que son necesarios para el manejo del estrés. Al respecto, Dusek, & Danko (1994) reportan que estudiantes de bachillerato con padres autoritarios, manifiestan una mayor frecuencia de reacciones positivas de manejo de situaciones de estrés, en relación con estudiantes con padres no autoritarios.

El estrés biológico, psicológico y social durante la adolescencia, frecuentemente conduce a "problemas" y ambientes que hacen peligrar la salud a medida que los adolescentes tratan de manejar el estrés. El comportamiento que compromete la salud que inicialmente ocurre durante los años de la

adolescencia, incrementa la posibilidad de consecuencias sociales. Estas incluyen el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, así como problemas de comportamiento que pueden ser clasificadas delictivas o que se desvían de las normas sociales (Lipsitt, & Mitnick, 1991). Sin embargo, otro conjunto de comportamientos positivos de riesgo son los relacionados con los deportes que son socialmente más aceptados. Definiciones de comportamientos socialmente aceptados están usualmente basadas en normas de los adultos. Comportamientos definidos por los adultos como peligrosos no necesariamente son interpretados por los adolescentes de la misma manera.

En una serie de estudios, Jessor, & Jessor (1977) demuestran que el abuso de sustancias, las relaciones sexuales precoces, delincuencia menor, agresividad y otros riesgos se encuentran consistentemente interrelacionados.

Por lo tanto, la relación familiar en la que se desenvuelve el adolescente va a influir en su desarrollo posterior ya que si ha vivido en un ambiente de violencia familiar, este factor puede repercutir posteriormente en su vida futura.

CAPITULO 2

VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia domestica amenaza seriamente la salud y bienestar de muchos niños. Las principales víctimas de violencia familiar son niños que directamente observan agresión física entre los padres. Estudios han mostrado que ser testigos de violencia entre los padres, esta asociado con una variedad de conductas psicológicas y problemas sociales en niños y adolescentes (Hughes, 1988; McCloskey, Figueredo, & Koss, 1995; Rosenbaum, & O'Leary, 1981). Las consecuencias pueden llegar a ser a largo plazo, investigación clínica indica que adultos que sufren de depresión y otros desordenes psicológicos, reportan más conflictos en la infancia que grupos control (Overall, Henry, & Woodward, 1974). Estudios realizados con estudiantes de bachillerato han encontrado que el recordar episodios de violencia entre los padres se asocia con ansiedad, depresión y baja autoestima y sugieren que individuos que observan violencia paterna se encuentran en una mayor posibilidad de tener relaciones violentas como adultos, tanto como perpetradores como víctimas (Cappell & Heiner, 1990).

La violencia entre los padres puede llegar a tener consecuencias a largo plazo en los niños por varias razones. Primero, estudios de laboratorio muestran que los niños reaccionan a los conflictos entre los adultos con miedo, coraje, agresión y la inhibición de comportamiento normal (Cummings, 1987), lo que sugiere que la violencia marital produce mucho estrés en los niños. En resumen, debido a que los niños son egocéntricos, ellos podrán culpase de los conflictos violentos entre los padres, resultando con sentimientos de culpa y baja autoestima. Los conflictos crónicos no resueltos entre los padres aumentan la sensación de la inseguridad emocional de los niños (Davies, & Cummings, 1994), en virtud de que niños inseguros pueden tener dificultades en regular sus emociones y desarrollar baja autoestima, que limita la posibilidad de tener buenas relaciones con otras personas. A través del modelo de la violencia, los

padres indirectamente enseñan a sus hijos que el desacuerdo se resuelve a través de la agresión, y por consiguiente los niños de casas violentas posiblemente traten de resolver sus conflictos con agresión.

La violencia es una forma extrema de conflicto que coloca a los niños en un riesgo particular. Sin embargo, la mayoría de los estudios no han podido determinar los efectos específicos de la violencia, ni los efectos más generales de desacuerdo marital, y en consecuencia, no es claro que niños en casas violentas están peor que niños en casas no violentas pero con alto conflicto. Podría ser que la exposición a los conflictos en general, no en particular a la violencia, es lo que es dañino para los niños.

Fantuzzo et al. (1991) indica que la agresión física entre los padres es más problemática para los niños que cuando solamente hay agresión verbal, por otra parte, la violencia entre los padres esta asociada con problemas psicológicos de los niños y con el control de las relaciones maritales. A pesar que estos resultados sugieren que la violencia es dañina para los niños, el número de estudios es pequeño y ninguno ha utilizado estudios longitudinales. Asimismo, la violencia entre los padres aumenta el riesgo de paternidad dominante, incluyendo violencia del padre al niño. Por otro lado, el comportamiento violento paterno tiene un efecto negativo en la autoestima de los niños y en la competencia social (Maccoby, & Martín, 1983). Recientemente, Straus, & Yodanis (1996) encontraron que recuerdos de adultos de castigo físico cuando eran adolescentes están asociados con reportes de depresión, conflicto marital, y violencia dentro de su propio matrimonio. Por consiguiente, existe una fuerte relación entre violencia paterna y resultados negativos que pueden dar como resultado una paternidad maltratadora.

CAPITULO 3

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA EN LOS NIÑOS

En las décadas pasadas ha habido una especial atención a los problemas de violencia doméstica y sus consecuencias. Inicialmente, el estudio de violencia doméstica fue limitado y enfocado en dos personas, en la víctima femenina y en el perpetrador masculino. Sin embargo, han aumentado las consecuencias de la violencia doméstica involucrando a todos los miembros de la familia, en particular a los niños que son víctimas del sistema.

La violencia en general ha sido asociada a una conducta emocional tanto en niños con problemas de aprendizaje como en niños afectados en su desarrollo (Bell, & Jenkins, 1993; Garbarino, Dubrow, Kostelny, & Pardo, 1992; Martínez, & Richters, 1993). Los efectos a los que el niño está sometido no es limitado a la ejecución del acto de violencia, sino que involucra actos de omisión de los padres, y consecuencias de violencia doméstica, por lo cual no es sorprendente que la violencia marital esté asociada a una gran variedad de problemas en los niños.

Con base en datos obtenidos por Straus, Gelles, & Steinmetz (1980) y Carlson (1984) se estima que por lo menos 3.3 millones de niños en Estados Unidos entre las edades de 3 a 17 años tienen riesgo cada año de ser expuestos a la violencia entre los padres. En general, se concluye que la mayoría de los niños que viven en hogares con violencia crónica, y que han visto o han oído la violencia, presentan probabilidades de tener un matrimonio con violencia (Grych, Seid, & Fincham, 1992; Hershorn, & Rosenbaum, 1985; O'Brien, John, Margolin, & Erel, 1994).

Para entender los efectos de la violencia marital en los niños, se requiere distinguir la violencia marital de otras formas, como por ejemplo, el estrés familiar. Estudios señalan que niños que presencian violencia marital,

incrementan su probabilidad de ser niños maltratados (Owens, & Straus, 1975; Wolfe, Jaffe, Wilson, & Zak, 1985). Con estudios estimados entre un 45% a un 70% de niños expuestos a violencia marital, se concluye que también son víctimas de maltrato físico (Margolin, 1998).

Por otro lado, niños que viven con una madre maltratadora, también tienen un riesgo serio de ser maltratados sexualmente. Familias en donde hay una violencia entre padres, frecuentemente experimentan otros riesgos mentales de salud como la separación de los niños cuando los padres se divorcian, problemas de beber y otros problemas de estrés familiar (Margolin, 1998).

Finalmente, niños que viven con madres golpeadoras, probablemente tienen grandes problemas, particularmente con el aspecto social y su relación con la comunidad (Fantuzzo et al., 1991; Wolfe, Zak, Wilson, & Jaffe, 1986). Para entender los efectos de la violencia marital y los conflictos con los niños, una cosa que debemos enfocarnos es en el rol familiar, la relación marital, la relación de los padres con los niños y como estos interactúan con las características del niño.

La hostilidad en cualquiera de las relaciones familiares, crea sentimientos negativos y no da la oportunidad de tener roles positivos basados en amor, verdad, respeto y tener la capacidad de poder resolver problemas. La violencia en estas relaciones crea una atmósfera de peligro y no le da la oportunidad al niño de funcionar normalmente (Margolin, 1998).

La simple presencia del niño en el hogar refleja cambios en la relación de los padres y en la topografía de la violencia marital. La conducta específica del niño y lo que involucra atender a un niño, educarlo y criarlo, depende mucho de la madurez de los padres y su relación para que no exploten en una violencia marital o en un maltrato infantil. El cuadro de la violencia doméstica es muy complejo, se necesita mayor investigación para documentar la naturaleza de la

relación y la intervención de variables que miden la relación de los niños en una violencia marital, así mismo, se deben conocer mejor las variables afectivas del niño y de que manera interactúan con exposiciones para identificar quienes están en alto riesgo.

Como se puede apreciar, la violencia familiar, puede afectar al niño en su vida futura, tanto así que dentro de los efectos que pueden tener se observa el uso de drogas, bajo rendimiento académico y carencia de un apoyo social.

CAPITULO 4

EL USO DE DROGAS

En México, la inhalación de solventes entre estudiantes empezó como un fenómeno propio de adolescentes que asistían a escuelas ubicadas en zonas de nivel socioeconómico bajo (Chao, & Castro, 1976), sin embargo en 1978 esta práctica era ya similar en las escuelas ubicadas en todos los estratos (Castro, & Maya, 1982). La inhalación de sustancias es frecuente entre menores de clases socioeconómicas desprotegidas y que trabajan en la vía pública (Leal, Mejía, Gómez, & Salinas, 1977), especialmente entre aquellos que empezaron a trabajar antes de los diez años y quienes tienen poco contacto con su familia (Medina-Mora, Ortiz, Caudillo, & López, 1982).

En 1991, los índices de consumo de solventes eran similares en todos los niveles, estimados a partir de la escolaridad del jefe de familia. Sin embargo, si comparamos a los usuarios de solventes contra los usuarios de otras sustancias, sin incluir al tabaco o al alcohol, los usuarios de solventes son significativamente menos favorecidos. En cambio, los jefes de familia de usuarios de cocaína, alcanzaron niveles significativamente más altos. El consumo de tabaco y alcohol se correlacionó en forma positiva con la escolaridad del jefe de familia (Medina-Mora et al., 1993). También se observa que cuando los padres utilizan la marihuana, los hijos consumen con más frecuencia drogas ilegales, incluyendo cocaína y barbitúricos (Johnson, Schoutz, & Locke, 1984).

Por otro lado, el consumo de drogas se ha asociado con una serie de características de tipo demográfico, social y psicológico. De estas características, algunas corresponden al medio ambiente, otras son propias de la droga y algunas más del individuo, es decir, del consumidor.

Existen factores de riesgo para el abuso de drogas que predicen conductas problemáticas en la adolescencia, así sabemos que el abuso de drogas esta

correlacionado con delincuencia, embarazo en la adolescencia, problemas de conducta escolar y depresión, entre otras. El riesgo de consumo de drogas se ve incrementado en estudiantes con déficit de atención e hiperactividad (Loney, Kramer, & Milich, 1979), y en estudiantes con estados de ánimo negativos y la conducta ausente, análogas a depresión (Pedersen, & Lavik, 1991).

La violencia y la victimización se han asociado con el uso de sustancias (Cherek, & Steinberg, 1987). La relación entre el alcohol y la violencia en la familia es un fenómeno complejo que involucra la respuesta a una situación y las características de las personas involucradas tales como la predisposición a la agresión, y el tipo y cantidad de alcohol que se consume. A pesar de que la violencia doméstica relacionada con el abuso del alcohol, es un problema de salud muy serio en México, no ha sido estudiada de una manera comprensiva. El patrón mexicano del consumo del alcohol consiste en una baja frecuencia pero altas cantidades de alcohol consumido en cada ocasión, que generalmente conduce a que el individuo se emborrache (Medina-Mora, 1994). En una investigación realizada en México y en el Reino Unido, Natera, Mora, & Tiburcio (1997) estudiaron la manera como las mujeres enfrentan el estrés producido por el excesivo consumo de alcohol de sus esposos e hijos, encontrando que no existe una forma única de enfrentar un problema de consumo, la mayoría de las mujeres han utilizado diversas estrategias que se relacionan con la evolución del problema y sus efectos en el desarrollo emocional y en la salud. En la misma investigación, se reporta que esposas de usuarios de alcohol y drogas emplean mecanismos de enfrentamiento de apoyo y tolerancia, mientras que las madres reportaron uso del control, el apoyo y las estrategias emocionales. Directores de hospitales de emergencia comparten la opinión que la violencia familiar generalmente esta relacionada con el uso de alcohol (Saucedo, 1995, 1997).

Como resultado de una investigación realizada en la Ciudad de México con una muestra de 544 mujeres con pareja masculina, Natera, Tiburcio, & Villatoro (1997) encontraron que el 14% de las mujeres habían sido golpeadas por su

pareja y en el 38% de los casos se presentó cuando menos una forma de violencia. Otro resultado interesante de este trabajo fue que se encontró que los hábitos de beber y celos de la pareja, se encuentran significativamente asociados con actos de violencia y amenazas. Porcentajes similares de violencia fueron reportados por Leonard (1992) y porcentajes aun superiores son frecuentemente reportados en estudios internacionales, aunque los resultados dependen del tipo de muestra y del cuestionario realizado (vea Natera, Tiburcio & Villatoro y referencias en el texto). Otros estudios sugieren que la violencia familiar y el alcoholismo conducen a violencia sexual, que a su vez conduce a embarazos no deseados, violación, enfermedades, etc. (vea, por ejemplo, Saucedo, 1995, 1997).

Se ha observado que el consumo de muchas drogas se inicia mientras los jóvenes están estudiando, que los planteles escolares se diferencian en términos del grado de involucramiento de sus estudiantes con el uso de drogas (Castro, Rojas, & De La Serna, 1987; Castro, Pérez, Rojas, & De La Serna, 1988), y que este consumo es un factor de riesgo para la deserción escolar, por lo cual es importante conocer lo que sucede en la escuela a fin de orientar los programas de prevención.

Información relevante al consumo de drogas se puede encontrar en las publicaciones del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en particular en la revista *Conadic Informa* publicada por la secretaría de Salud. Basado en investigaciones recientes, el Comisionado del Consejo Nacional contra las adicciones reportó que las tendencias del consumo de drogas en México son las siguientes (Belsasso, 2001):

- En nuestro país, 3.1 millones de personas, en su mayoría de sexo masculino, reportan haber consumido una vez en la vida alguna droga ilícita.

- Del total de quienes reportaron el uso de drogas alguna vez en la vida, el 43% tenía entre 12 y 25 años.
- Más del 50% de los usuarios de *crack*, la forma más adictiva de cocaína, tiene menos de 18 años.
- Disminuye la edad de inicio en el consumo de diferentes sustancias adictivas.
- Se incrementa el consumo de drogas entre las mujeres adolescentes y jóvenes.
- La marihuana se mantiene como la principal droga de consumo por distintos grupos de la población.
- Se observa un incremento en la prevalencia en el consumo de drogas en el país, en especial de la cocaína, droga tradicionalmente consumida por grupos reducidos de la población cuyo uso se ha extendido a diversos sectores como los jóvenes y las personas de menos recursos.
- El uso de heroína ha tenido un repunte en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, de la misma manera ha habido un incremento del consumo de drogas de diseño como las metanfetaminas, las llamadas *Ice* y *Éxtasis*.
- Quinientos mil individuos son usuarios frecuentes de marihuana, cocaína e inhalables.
- Los menores que trabajan en la calle y otros espacios públicos, están en alto riesgo de consumir drogas, en especial, los que no viven con su familia.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), se estableció con el propósito de contar con un panorama general sobre las tendencias del consumo en la ciudad de México, mediante un diagnóstico actualizado periódicamente, desde el punto de vista de salud. El objetivo del SRID es proporcionar un panorama permanente actualizado de las tendencias y características más relevantes del consumo de drogas, detectar oportunamente los cambios ocurridos y estimar su trayectoria, en la Ciudad de México, con el propósito de

aportar elementos para la toma de decisiones respecto a la implantación y evaluación de programas de intervención y tratamiento.

Los resultados reportados por Ortiz, Soriano, & Galván (2001) para el periodo de 1987 a 1998 con 10,390 casos en el nivel de *uso alguna vez en la vida*, indican que para cada tipo de fármaco, la frecuencia de uso y características determinantes en el perfil del usuario son las siguientes:

- Alucinógeno: Su frecuencia de uso es 6.5% para alguna vez en la vida y 3.8% para el último año. El perfil del usuario son estudiantes de preparatoria y de educación superior incompleta y principalmente usada por sujetos del sexo masculino.
- Cocaína: Su frecuencia de uso es 28.4% para alguna vez en la vida y 24.6% para el último año. El perfil del usuario son sujetos de 18 a 43 años, empleados o comerciantes y estudiantes de secundaria técnica, preparatoria o educación superior.
- Marihuana: Su frecuencia de uso es 70.4% para alguna vez en la vida y 60.2% para el último año. El perfil del usuario son hombres de 18 años para algunas vez en la vida, hombres de 18 a 26 años para el último año y es utilizada por estudiantes de preparatoria y educación superior y técnicos.
- Heroína: Su frecuencia de uso es 1.7% para alguna vez en la vida y 1.1% para el último año. El perfil del usuario son sujetos de 21 a 56 años, sin ocupación, profesionistas o amas de casa.
- Inhalables: Su frecuencia de uso es 52.6% para alguna vez en la vida y 45.4% para el último año. El perfil del usuario es soltero de 15 años sin escolaridad o primaria incompleta.

En conclusión, de acuerdo a datos del CONADIC, el fármaco más utilizado es la marihuana, seguida por los inhalables y después la cocaína. Los demás fármacos son de mucho menos uso.

El consumo de marihuana se ha mantenido aproximadamente constante desde 1986 hasta la fecha. Los Inhalables se consumían en la misma proporción que la marihuana en 1986 pero ha ido bajando el consumo y para el año de 1999 su consumo fue reducido a la mitad. El consumo de la cocaína no fue significativo hasta el año de 1992, se incremento suavemente hasta la mitad de su valor actual entre los años de 1993 a 1997 y aumento al doble en el año de 1998, manteniendo el mismo valor hasta el año de 1999 que es hasta donde el CONADIC reporta resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 5

EL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol ha sido un problema en México desde hace muchos años y está estrechamente relacionado con el desempleo, la desnutrición, los accidentes de tránsito, domésticos y laborales, la desintegración familiar y las riñas callejeras. En su informe sobre los resultados de la *Encuesta Nacional de Adicciones*, 1998, el propio Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) produjo una integración de los datos que muestran la participación del alcohol en la génesis de numerosas patologías que conducen a la muerte, en un alto porcentaje de accidentes y las agresiones, en la pérdida de años de vida saludables, en la desintegración familiar y en el ausentismo laboral.

Como un ejemplo de la importancia en México del consumo de alcohol, el CONADIC señala que en comparación con países desarrollados de Europa y Asia y con los latinoamericanos, México ocupa el segundo lugar en mortalidad de hombre —sólo superado por Hungría— y el tercero en mujeres por cirrosis hepática.

El consumo del alcohol es una costumbre muy antigua que se encuentra arraigada en nuestra cultura desde épocas antiguas. En su clásico estudio sobre el alcoholismo en Chamula, Chiapas, Julio de la Fuente señalaba: "La producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas fueron entre los mayas actos de naturaleza curativa, sacra y ceremonial, aún cuando existiese también consumo de tipo secular. En considerable medida estas características persisten entre estos grupos, pero cada vez más secularizadas. La secularización, puede ser atribuida a la introducción del aguardiente; éste se producía y consumía en la región desde el siglo XVII y sus efectos destructivos fueron tempranamente reconocidos tanto por los indios como por los españoles. Pese a los efectos negativos, el uso del aguardiente se integró rápidamente en las culturas indígenas. El carácter sagrado del consumo del alcohol, la notable

integración cultural del mismo, su función en la integración del grupo, y al mismo tiempo, sus efectos negativos, constituirán una guía para analizar el rol del consumo del alcohol en estas culturas, así como para poder explicar las dificultades que se oponen a su eliminación o a la modificación de las pautas de consumo".

Un elemento que solo en los últimos años ha sido subrayado, es la función del alcoholismo en las relaciones hombre-mujer, y las formas sutiles o brutales que esa relación adquiere. Es notable el incremento del consumo femenino de bebidas alcohólicas en las pasadas décadas, y que en muchos casos no ha hecho sino aumentar la dominación masculina.

Conforme a estadísticas del CONADIC (vea por ejemplo, Gálvez, 2001), si se sumaran los datos de mortalidad por: a) enfermedad alcohólica del hígado, b) síndrome de dependencia del alcohol, c) homicidios causados por un agresor alcoholizado, d) suicidios en los que la alcoholización fue determinante, y e) accidentes (de tránsito, trabajo y domésticos) en cuya causalidad participa la alcoholización, los resultados mostrarían un panorama mucho más dramático del que usualmente se obtiene. Los registros del daño son sumamente significativos, especialmente entre la población económicamente activa o la población en edad productiva, pero también es importante en edades más tempranas y en las poblaciones indígenas del país.

El consumo de fármacos ha aumentado de forma considerable en las pasadas dos décadas y para ciertos sectores de la sociedad ha llegado a representar un problema mayor que el consumo del alcohol, en particular, en los adolescentes. Conforme a datos del Consejo Tutelar de Menores (1999) proporcionados por el CONADIC, el consumo habitual de drogas y alcohol entre menores infractores es el siguiente: Alcohol 8%, Marihuana 36.6%, Inhalables 21.6%, Cocaína 17%, Tabaco 87.3%, otros psicotrópicos 8.4% y demás drogas y sustancias por debajo de 1%. Es claro que para infractores menores, el alcohol ha dejado de

ser la sustancia de mayor consumo. Para la población en general, el porcentaje de consumo de drogas y sustancias en sujetos que infringen delitos es la siguiente: Inhalables 32%, Marihuana 29%, Alcohol 27%, Drogas ilícitas 7.8% y Cocaína 5.1%. Como se puede observar, el alcohol ocupa el tercer lugar en importancia pero si sumamos las diversas drogas, es claro que el alcohol ha pasado a ser un consumo secundario en sujetos que infringen delitos.

Los datos disponibles en relación al consumo del alcohol son muy extensos por lo que sólo presentaré algunos de los datos disponibles a través del CONADIC para adolescentes de 15 a 18 años y estudiantes de bachillerato. Conforme a datos del Consejo Tutelar de Menores (1999), proporcionados por el CONADIC, el consumo de sustancias en adolescentes de 15 a 18 años es el siguiente: Tabaco 78.2%, Alcohol 85.3%, Inhalables 75.5, Marihuana 84.2% y Cocaína 86.6%. Los datos para menores de 10 a 14 años son los siguientes: Tabaco 21.3%, Alcohol 13.9%, Inhalables 23.9, Marihuana 15.3% y Cocaína 12.5%. Con respecto a los adolescentes de 15 a 18 años, el consumo de las diversas drogas y alcohol es similar pero si sumamos el consumo de las diversas drogas y lo comparamos con el consumo del alcohol, es claro que el alcohol ha también dejado de ser la sustancia de mayor consumo en los adolescentes. El consumo de drogas y alcohol por menores de 10 a 14 años es de aproximadamente cuatro veces menor que para adolescentes de 15 a 18 años. Estas cifras son realmente preocupantes, que menores de 10 a 14 años ya presenten un importante consumo de estas sustancias.

Existen muchos datos estadísticos suministrados por el CONADIC y otras fuentes de información. Un análisis de estos datos muestra que para individuos de diversas edades, el consumo de drogas ha llegado a ser en muchos casos de igual importancia que el consumo de alcohol. Un dato importante es que el consumo de drogas y alcohol decrece de 90% para individuos solteros a aproximadamente 10% para parejas en unión libre, a aproximadamente 1% para individuos casados y a menos valores para separados, divorciados y viudos. Es

claro que la etapa de mayor consumo de drogas y alcohol es la adolescencia con individuos solteros y que una relación marital estables tiene un importante efecto en el consumo de sustancias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 6

APOYO SOCIAL

Para entender como las funciones de protección del apoyo social se llevan a efecto, es necesario distinguir los aspectos del apoyo social. Como Wellman (1981, en Thoits, 1982) ha argumentado, no todas las ligas sociales que los individuos poseen son necesariamente de apoyo. Las condiciones bajo las cuales la ayuda efectiva es obtenida, deben aún determinarse. Sería de mucha ayuda que los investigadores distinguieran las actividades que proveen placer ("compañía social"), de aquellas que ofrecen la oportunidad de buscar ayuda con los problemas personales. Al respecto, una serie de investigadores han hecho una distinción con respecto a los aspectos funcionales de las relaciones sociales, las cuales serían entre apoyo disponible, apoyo recibido y apoyo percibido (Sarason, Schearin, Pierce, & Sarason, 1987).

El apoyo disponible se refiere a la percepción de apoyo que se cree que se cuenta con este cuando se necesita, lo cual se considera como protector de la salud. El apoyo percibido se refiere a la percepción de eventos pasados. La variable apoyo social percibido tiene mayor valor predictivo del ajuste a los eventos estresantes que el apoyo social recibido, por lo que la variable que se utiliza en estos estudios es apoyo social percibido.

Por lo tanto, se puede entender como apoyo social recibido el que la persona recibe actualmente o reporta que ha recibido y el apoyo social percibido se refiere al apoyo que la persona cree que esta disponible en caso de necesitarlo (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990).

Así, el apoyo social parece motivarse por el hecho de tratar de obtener ayuda en problemas personales, así como por el alivio requerido ante emociones perturbadoras. En la percepción de otros, Sarason, Sarason, & Pierce (1990), encontró que los estudiantes que puntuaban alto en el apoyo percibido,

calificaban al típico estudiante como alguien con un mejor apoyo social que el promedio; aquellos que puntuaban bajo, veían a sus compañeros como personas con un nivel de apoyo social inferior a la media. Esto sugiere que la percepción de los estudiantes sobre su propio apoyo social sirve como referencia para evaluar el apoyo percibido que recibe el típico estudiante.

Muy interesantes fueron los resultados de evaluar la interferencia cognitiva durante la tarea. Los sujetos con un apoyo social alto, reportaron menos interferencias que los otros. Esto significa que los primeros pueden concentrarse más al ejecutar la tarea, reportando menos pensamientos de interferencia y preocupaciones (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990).

Una investigación sobre la ejecución cognitiva confirmó el papel de la eficiencia en individuos con un alto apoyo social, en un estudio de solución de anagramas complejos, los sujetos con una percepción alta de apoyo social ejecutaron las tareas significativamente mejor que aquellos con un bajo soporte social. El bajo apoyo social se relaciona a un locus de control externo, dificultad en persistir en tareas que demandan esfuerzo, altos niveles de interferencia cognitiva y una relativa insatisfacción con la vida (Sarason, Scheinin, Pierce, & Sarason, 1987).

Por otro lado, el apoyo social se relaciona también a ciertos rasgos de personalidad, pudiendo a veces ser influido por estados de ánimo (Procidano, 1983). Tomando a la soledad como un rasgo de personalidad, Jones, Cavert, Swider, & Bruce (1985, en Sarason, Sarason, & Pierce, 1990), encontraron en un estudio la relación entre estrés y soledad entre estudiantes universitarios, señalando que aquellos que experimentaban numerosas tensiones interpersonales, exhibían, por un lado un intenso deseo de asociarse a los otros, y por el otro, paradójicamente, una gran tendencia a evitarlos.

Shaver, Furman, & Buhrmester (1985, en Sarason, Sarason, & Pierce, 1990) encontraron que estudiantes con soledad crónica (la cual ya era tomada como un rasgo de personalidad), tenían necesidades sociales intensas, pero ninguno llevaba a cabo estrategias que incluyeran a otros (como "ver televisión").

En datos preliminares, recolectados entre estudiantes de la Universidad de California en Irvine, estos autores encontraron una ambivalencia de sentimientos entre las escalas de las respuestas que medían la actitud hacia la soledad. Estas respuestas mostraban que el estudiante solitario no gustaba de actividades unitarias, e incluso criticaban a quienes las desempeñaban. No obstante, sus conductas indicaban que deseaban proteger más su privacidad, manifestando bienestar al estar solos.

Por su parte, Bowlby (1969, 1979, 1980, citado en Sarason, Sarason, & Pierce, 1990), da las bases para pensar en el apoyo social como una variable de personalidad que tiene sus fuentes en las relaciones establecidas tempranamente. Esto demuestra su estabilidad a lo largo del tiempo y cuya percepción es de disponibilidad al acceso de los individuos, y sirve como una fuente de apoyo.

La relación entre apoyo y depresión (Procidano, 1983), establece que hay un patrón general en estudios correlacionales al reportar una relación inversa entre apoyo social y depresión, interpretando estos hallazgos como indicadores de que el apoyo social es un factor causal en la depresión. Los individuos deprimidos pueden simplemente percibir menos apoyo como parte de su estima negativa.

De manera general, investigaciones señalan que la percepción de apoyo social puede ser un mitigador de los efectos nocivos del estrés sobre la salud física y psicológica. A pesar de la complejidad del problema, es sorprendente la consistencia de resultados entre diferentes estudios (Acuña, & Bruner, 1999).

Como se ha descrito, la violencia familiar puede tener distintos efectos sobre el niño o el adolescente. Existen diversas teorías de violencia familiar (Step, & O'Leary; 2001), hay múltiples factores de riesgo y no es fácil el estudiar la relación entre la violencia familiar y el abuso infantil y las posibles consecuencias. La violencia familiar induce estrés en los niños y este a su vez se puede manifestar en diversas formas y con muy distintos efectos. Una de las repercusiones más fuertes de la violencia doméstica es el consumo en edades tempranas de la vida de fármacos y alcohol.

Los efectos en los niños de ser testigos de violencia familiar tanto como observadores como víctimas ha tomado niveles tan importantes que en los Estados Unidos este problema ha sido considerado como un problema de salud pública con proporciones epidémicas (Margolin, & Gordis, 2000). El ser testigo de violencia familiar no solo afecta el estado físico del infante, pero también su adaptación psicológica, relaciones sociales y sus logros académicos. El impacto de la violencia, además de producir desordenes emocionales y de comportamiento, afecta cómo el infante ve al mundo y a él mismo, y de sus ideas acerca del significado y propósito de la vida.

Los niños son muy vulnerables a la violencia familiar porque fácilmente se les puede alterar trayectorias evolutivas típicas y esto produce ansiedad y depresión, lo que a su vez induce diversos efectos negativos en el niño tanto a corto como a largo plazo, que le pueden afectar el resto de sus vidas. También se ha encontrado que la exposición a situaciones de violencia familiar afecta la neurobiología del niño, lo que se debe a la maleabilidad del cerebro en los primeros años de la vida y a la importancia de períodos críticos para la organización y desarrollo de regiones específicas del cerebro (Perry, 1997). Además de determinar los efectos de ser testigos de violencia familiar, es importante el entender las causas, para poder implementar acciones correctivas que reduzcan el nivel de violencia familiar en nuestra sociedad.

El objetivo del presente trabajo fue el estudiar en un grupo de adolescentes, la relación que tiene la historia de violencia familiar, con el uso de fármacos y el consumo de alcohol, así como el apoyo social percibido y las reacciones del adolescente ante situaciones de la violencia familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉTODO

Sujetos

Para el presente estudio, se obtuvo una muestra de alumnos del primero al tercero de una escuela preparatoria oficial, con edades comprendidas entre los 14 y 20 años. La distribución de alumnos con respecto al año escolar y género se muestra en la tabla 1.

Escenario

Los instrumentos se aplicaron en salones de clase tradicionales con luz y ventilación adecuada.

Instrumentos

Los instrumentos que evalúan historia de maltrato, uso de drogas y apoyo social fueron los siguientes:

Historia de Violencia Familiar

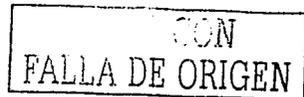
Para detectar la existencia de historia de violencia, se aplicó la subescala desarrollada ex profeso del cuestionario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez-Sosa, & Hernández Guzmán, 1993), la cual consta de 28 preguntas que evalúan la situación y ambiente familiar entre el hijo o hija y los padres ya sean naturales o adoptivos. A las respuestas de las preguntas se les asigna valor de 1 a 5, en donde 1 indica que no se reportan incidentes de violencia y 5 corresponde a la presencia cotidiana de acciones violentas en el hogar.

Adicciones y consumo de alcohol

Para evaluar adicciones se empleó el cuestionario desarrollado por López (1994), el cual es un instrumento estandarizado, basado en la Encuesta Nacional de Adicciones, que consta de 28 reactivos, y se encuentra dividido en dos secciones, una en donde se abordan preguntas relacionadas con el uso y abuso de fármacos a la cual se le agregaron otras preguntas sobre el consumo de alcohol, y una segunda sección que contiene un total de 5 preguntas relacionadas con la auto percepción del rendimiento académico. Este instrumento se ha venido utilizando en diversas muestras de estudiantes y ha sido sometido a pruebas de confiabilidad y validez en los siguientes aspectos: a) estimación de la bajo-respuesta, b) consistencia de las respuestas, c) preguntas en blanco (en la muestra nacional de 1986, el rango sin respuesta osciló entre 1.1% y 6.9%), d) grado de confianza del estudiante para reportar su consumo de drogas (en un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud en 1980, y en otro De Castro (1987) señala que la mayoría de los sujetos contestaban que se sentían confiados de reportar su consumo de drogas), e) respuestas del cuestionario mediante la comparación entre consumidores y no-consumidores, y f) influencia de la deseabilidad social en el auto-reporte de consumo. Todas las observaciones anteriores llevan a suponer un grado de confianza aceptable en el cuestionario, comprensión del lenguaje utilizado, estructura funcional del mismo y la validez del auto reporte.

Apoyo Social

Para la evaluación del apoyo social, se utilizó el cuestionario de Apoyo Social desarrollado originalmente por Sarason, Sarason, & Pierce (1990) y validado en México por Acuña, & Bruner (1999). Este cuestionario mide el apoyo percibido como disponible mediante 27 preguntas. Cada pregunta tiene dos partes: la primera evalúa el número de personas disponibles a quienes puede dirigirse el



sujeto en momentos de necesidad y en cada una de una variedad de situaciones. La segunda parte de cada pregunta mide, en una escala de hasta 6 puntos, rangos que van desde "muy insatisfecho" hasta "muy satisfecho", lo cual da el grado de satisfacción de la persona con el apoyo percibido como disponible. Así, este cuestionario arroja dos puntajes: el promedio de proveedores de apoyo disponible y el promedio del nivel de satisfacción con la cantidad de apoyo disponible.

Reacciones ante la violencia familiar

Se desarrollo un cuestionario piloto para evaluar las reacciones del adolescente ante situaciones de violencia familiar.

Variables

Variable independiente

Historia de Violencia Familiar. Se define la violencia familiar como la existencia de agresión física o de otro tipo (por ejemplo, emocional) dentro del núcleo familiar, la cual puede ser del esposo a la esposa o el trato violento en cada uno de los integrantes de la familia. Se considero que un adolescente manifiesta historia de violencia familiar, si el valor de la calificación es mayor a 73 puntos en la subescala del cuestionario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1993).

Variables dependientes

Uso de drogas: Sé definió como el consumo de cualquier tipo de sustancia química que produce en la persona cambios fisiológicos, emocionales y de comportamiento. Los indicadores se obtuvieron tomando como base la siguiente clasificación:

TEST CON
FALLA DE ORIGEN

No usuarios: Los sujetos que reportan no haber consumido algún tipo de droga durante su vida.

Experimentadores: Aquellos individuos que hayan consumido algún tipo de droga de una a cinco veces durante su vida.

Usuarios: Todos los individuos que han consumido cualquier tipo de droga en más de cinco ocasiones durante su vida.

Consumo de alcohol: Se define como el consumo de una de las siguientes cuatro categorías: bebidas nacionales (pulque y tequila), cerveza, brandy o ron, y vino de mesa. El consumo se divide en 6 categorías que son nunca, menos de 1 por semana, 1 por semana, 2 o 3 por semana, 3 o 4 por semana, y diario.

Apoyo social: Esta variable fue medida a través de indicadores del apoyo social percibido, el cual se compone de los siguientes dos elementos:

- (a) El número de personas a quienes se puede recurrir en caso de necesitarlo.
- (b) El grado de satisfacción con dicho apoyo disponible.

Reacciones ante la violencia familiar: Se elaboró un cuestionario con tres preguntas abiertas sobre conductas y sentimientos respecto a los incidentes de violencia doméstica.

Procedimiento

Para la realización del estudio, se pidió autorización al Colegio de Bachilleres, Plantel Ciudad Satélite, Estado de México. Se aplicaron todos los instrumentos a un total de 600 alumnos aproximadamente de los años primero a tercero de preparatoria con edades entre los 14 y 20 años. Antes de la aplicación de los instrumentos, se les explicó el objetivo de la aplicación de los cuestionarios y la manera que deberían ser llenados y que no se les pediría su nombre para

mantener la confidencialidad de las respuestas y para que los alumnos los contestaran lo más honestamente posible. El número de estudiantes por salón de clase decrece con el año escolar, razón por la cual se tiene menor número de estudiantes con mayor año escolar. Los grupos grandes fueron de 50 alumnos aproximadamente y los pequeños de 20 alumnos aproximadamente. De los 600 cuestionarios aplicados algunos no fueron contestados adecuadamente o fueron contestados de manera incompleta, por lo que estos cuestionarios fueron desechados quedando un total de cuestionarios utilizados de 510.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 510 adolescentes del Colegio de Bachilleres, situado en Ciudad Satélite, Estado de México, 132 con historia de violencia familiar y 378 sin ella, 229 hombres y 281 mujeres, de los años escolares del primero al tercero de preparatoria con edades entre los 14 y 20 años. La distribución de alumnos con respecto al año escolar y sexo se muestra en la tabla 1.

Para el análisis de resultados, se desarrollaron dos programas de cómputo, el primero para la captura de la información, y el segundo para el análisis de resultados. Después de excluir los cuestionarios que no fueron contestados adecuadamente, la muestra total quedo conformada de 510 alumnos de los cuales 132 (25.9%) con historia de violencia familiar, y 378 (74.1%) sin historia de violencia familiar. A esta muestra es lo que llamamos la muestra completa que fue subdividida en las muestras masculina y femenina, que a su vez fue subdividida en seis muestras por año escolar y sexo. Los años escolares son el primero, segundo y tercer año de preparatoria, y las edades oscilaron entre los 14 y 20 años. La tabla 1 muestra el número de sujetos en cada muestra y el porcentaje en cada muestra con y sin historia de violencia familiar. De aquí en adelante, historia de violencia familiar se denotará como HVF. La muestra masculina consta de 229 hombres, 58 (25.32%) con HVF y 171 (74.68%) sin HVF. La muestra femenina consta de 281 mujeres, 74 (26.61%) con HVF y 207 (73.39%) sin HVF. En la tabla 1 se presentan detalles de las seis muestras para los tres años escolares y los dos sexos. Para todas las muestras, el porcentaje de sujetos con y sin HVF se encuentra en el rango de 20-30% y 70-80%, respectivamente. El número de sujetos en las muestras de primer año de preparatoria son 348, 147 hombres y 201 mujeres. Para el segundo año de preparatoria son 115, 58 hombres y 57 mujeres, y para el tercer año 47, 24 hombres y 23 mujeres. El número de alumnos para el segundo y tercer año de preparatoria se reduce significativamente, lo que se debe principalmente a deserción escolar.

Para cada muestra, se calcularon medias para los sujetos con y sin HVF. Para determinar si la diferencia entre muestras es estadísticamente significativa, se utilizó la prueba ANOVA así como un análisis correccional con las variables que se determinaron como significativas.

USO DE FÁRMACOS

Los resultados con relación al uso de fármacos se han resumido en las tablas 2 a 6. Los fármacos considerados en el instrumento son Marihuana, Anfetaminas (píldoras para elevarse, pastillas para quitar el sueño y para la dieta, redotex, pastas, aceleradores, etc.), Cocaína, Alucinógenos (LSD, mezcalina, hongos, peyote, psilocibina, PCP, etc.), sustancias (pegamento, sprays en aerosol, thiner y otros gases), tranquilizantes (librium, valium, million, etc.), Sedantes (barbitúricos, ecuamil, mandraz, etc.) y heroína. Solo se consideran los fármacos cuando son ingeridos sin indicación médica. Las abreviaciones en las tablas de estos fármacos son Mar para Marihuana, Anf para anfetaminas, Coc para cocaína, Alu para Alucinógenos, Sus para sustancias, Tra para Tranquilizantes, Sed para sedantes y Her para Heroína.

Cocaína

Los resultados en las tablas 2 a 6 se agruparon en tres casos que indican si se utilizaron alguna vez en la vida (primer caso), en el último año (segundo caso) y en el último mes (tercer caso). De las tablas es claro que el fármaco más utilizado es la cocaína, lo cual resulta sorprendente tomando en cuenta que la cocaína es uno de los fármacos más caros, y el nivel socioeconómico de los alumnos de la muestra no es alto. Para la muestra completa, la utilización de cocaína es 35%, 29% y 250% superior en los sujetos con HVF con respecto a los sujetos sin HVF para los tres casos, respectivamente. De acuerdo a los valores obtenidos de F, para el primer caso, la diferencia es significativa para $p < 0.01$ y para el segundo y tercer caso es significativa para $p < 0.05$. El consumo de cocaína para la muestra masculina es 41%, 68% y 257% superior con HVF

para los tres casos y es significativa con $p < 0.01$ para los dos primeros casos y con $p < 0.05$ para el tercer caso.

MUESTRA	NÚMERO	PORCENTAJE	F(P<0.01)	F(P=0.05)
Completa(C)	132	25.88	6.63	3.84
Completa(S)	378	74.12		
Masculina(C)	58	25.32	6.63	3.84
Masculina(S)	171	74.68		
Femenina(C)	74	26.61	6.63	3.84
Femenina(S)	207	73.39		
Mas: 1 (C)	35	23.80	6.63	3.84
Mas: 1 (S)	112	76.20		
Mas: 2 (C)	17	29.31	7.14	4.02
Mas: 2 (S)	41	70.69		
Mas: 3 (C)	6	25.0	8.02	4.32
Mas: 3 (S)	18	75.0		
Fem: 1 (C)	54	26.86	6.63	3.84
Fem: 1 (S)	147	73.14		
Fem: 2 (C)	12	21.05	7.14	4.02
Fem: 2 (S)	45	78.95		
Fem: 3 (C)	8	34.78	8.10	4.35
Fem: 3 (S)	15	65.22		

Tabla 1. Número y porcentaje de estudiantes en las muestras: completa, masculina y femenina, y para los años primero (1), segundo (2) y tercero (3) de preparatoria para el sexo masculino (Mas) y femenino (Fem) con (C) y sin (S) Historia de Violencia Familiar. Los valores de F son valores críticos para la prueba ANOVA para un nivel de significancia de $p < 0.05$ y $p < 0.01$.

En la tabla 5 se muestran los resultados para las muestras masculinas para el primer, segundo y tercer año de preparatoria y los resultados muestran la misma tendencia. Para el primer año, las diferencias son significativas con $p < 0.01$ para los primeros dos casos, y significativas con $p < 0.05$ para el tercer caso. Para el segundo año, las diferencias son significativas con $p < 0.05$ solo para el primer caso, y no son significativas con $p < 0.05$ para el segundo y tercer caso. Para el tercer año, las diferencias son significativas con $p < 0.05$ para el primer y segundo caso y no son significativas con $p < 0.05$ para tercer caso..

La conclusión para la muestra completa y para las muestras masculinas es que el consumo de cocaína en los sujetos con HVF es estadísticamente superior con respecto a los sujetos sin HVF. El consumo de cocaína para las muestras femeninas es completamente distinto.

El consumo de cocaína para la muestra femenina es 31%, 24% y 0% superior con HVF para los tres casos, pero solo es significativa con $p < 0.05$ para el primer caso. De la tabla 6, el consumo de cocaína para las muestras femeninas para los años escolares primero, segundo y tercero, para utilización alguna vez en la vida (caso 1) son 95%, 87% y 99% superior en los sujetos con HVF con respecto a los sujetos sin HVF, respectivamente. La diferencia entre medias es significativa con $p < 0.01$ solo para el primer año, significativa con $p < 0.05$ para el segundo año y no es significativa para el tercer año. Para la utilización de cocaína el último año y el último mes para los tres años de preparatoria, prácticamente no hay consumo en las muestras sin HVF y un bajo consumo en las muestras con HVF, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La conclusión con respecto a las muestras femeninas es que la utilización de cocaína alguna vez en la vida si es superior en las muestras con HVF, pero para consumo frecuente que es representado por los casos dos y tres, el consumo de cocaína no es significativo para las muestras femeninas.

La razón por la cual los resultados no son tan claros en las muestras por sexo y año escolar es que estas muestras tienen un número menor de sujetos, lo que hace que los resultados de la estadística no sean tan precisos, sin embargo, son en general consistentes con los resultados para muestras con mayor número de sujetos.

Marihuana

El siguiente fármaco en frecuencia de uso es la marihuana, que en la muestra completa es utilizado para los tres casos 39%, 27% y 43% más en los sujetos con HVF y la diferencia entre medias es significativa con $p < 0.01$ en el primer caso y significativa con $p < 0.05$ en el segundo y tercer caso. Para la muestra masculina, la frecuencia de uso es superior en los sujetos con HVF en un 46%, 34% y 69% pero la diferencia solo es significativa con $p < 0.05$ para el primer caso. De la tabla 5 se observa que la utilización de Marihuana en las muestras masculinas con HVF es consistentemente mayor que en los sujetos sin HVF pero la diferencia entre muestras sólo es significativa con $p < 0.05$ en la tercera parte de las muestras. Aquí también el número reducido de sujetos en las muestras por sexo y año escolar hace que los resultados de la estadística no sea tan precisa pero sigue siendo consistente con los resultados obtenidos para muestras con un número mayor de sujetos.

La tabla 4 indica que en la muestra femenina la utilización de marihuana alguna vez en la vida es 279% superior en los sujetos con HVF y la diferencia es estadísticamente significativa con $p < 0.01$. Sin embargo, los resultados no son claros para el segundo y tercer caso. De la tabla 6 se observa que para las muestras femeninas para los tres años de preparatoria, la utilización de marihuana es mayor en los sujetos con HVF pero la diferencia entre medias solo es estadísticamente significativa para el primer caso y para el segundo y tercer caso el número de sujetos es muy bajo por lo que no se pueden hacer inferencias.

En la sección anterior se vio que el consumo de cocaína es superior en las muestras masculinas y se incrementa con la presencia de HVF pero que este fármaco no es particularmente importante para las muestras femeninas. Para el caso de la marihuana (y las anfetaminas, ver abajo) la conclusión es inversa, o sea que el consumo de marihuana es importante en las muestras femeninas y se incrementa con la presencia de H.V.F pero en las muestras masculinas no es particularmente importante con respecto a otros fármacos.

Anfetaminas

Este fármaco es más importante en las muestras femeninas que en las masculinas como ocurre con la marihuana. En la muestra completa el consumo de anfetaminas es para los tres casos 214%, 312% y 250% superior con HVF y la diferencia es significativa con $p < 0.01$ para los dos primeros casos y significativa con $p < 0.05$ para el tercer caso. De la tabla 3, el consumo de anfetaminas en la muestra masculina es 36%, 84% y 295% superior con HVF pero la diferencia entre medias solo es estadísticamente significativa con $p < 0.05$ para el segundo caso. El valor de F para el primer caso se encuentra cerca del valor crítico de 3.84 para esta muestra. Para las muestras masculinas por año escolar, el consumo de anfetaminas con HVF es consistentemente superior que sin HVF aunque la diferencia entre medias solo es significativa en algunos de los casos como se observa en la tabla 5.

La tabla 4 indica que el consumo de anfetaminas es para los tres casos 305%, 504% y 224% superior en la muestra con HVF y que la diferencia entre medias es significativa para $p < 0.01$ solo en los dos primeros casos. El valor de F para el tercer caso no se encuentra muy lejos del valor crítico para $p < 0.05$. Para las muestras femeninas por año escolar (vea tabla 6) hay un fuerte aumento en el consumo de anfetaminas con la presencia de HVF y la diferencia entre medias es estadísticamente significativa para $p < 0.01$ en la mayoría de las muestras.

Por consiguiente, bajo la presencian de HVF la poblaci3n femenina no solo muestra un aumento en el consumo de marihuana sino que hay un muy fuerte incremento en el consumo de anfetaminas. Este comportamiento no se observa en las muestras masculinas.

Tranquilizantes

Los tranquilizantes se comportan de una manera similar que las anfetaminas para las muestras femeninas pero afectan ambos sexos. De la tabla 2 se observa que para la muestra completa el aumento en el consumo de tranquilizantes con HVF para los tres casos es 445%, 333% y 473% con diferencia entre medias significativa con $p < 0.01$ para el primer caso y con $p < 0.05$ para el segundo y tercer caso. El aumento en el consumo de tranquilizantes para la muestra masculina para los tres casos es de 589%, 584% y 876% con diferencia entre medias significativa con $p < 0.01$ para los tres casos. En las muestras masculinas por a1o escolar se observa un aumento en el consumo de tranquilizantes pero la diferencia entre medias no es significativa. Para la muestra femenina el aumento en el consumo de tranquilizantes con HVF para los tres casos es de 392%, 280% y 272% con diferencia entre medias significativa con $p < 0.01$ para el primer caso, con $p < 0.05$ para el segundo caso y no significativa para el tercer caso. Para las muestras femeninas por a1o escolar se obtiene un fuerte aumento en el consumo de tranquilizantes con HVF y la diferencia entre medias es significativa en la mayor1a de las muestras. Por consiguiente, la presencia de HVF conduce a un aumento en el consumo de tranquilizantes en ambos sexos aunque esta tendencia se encuentra m1s marcada en el sexo femenino.

Alucin3genos

La frecuencia de uso de los alucin3genos es menor que para los f1rmacos anteriores pero tambi3n se encuentra un importante aumento con HVF. Para la muestra completa el aumento en el uso de alucin3genos para los tres casos es de 204%, 229% y 428% con diferencia entre medias significativa con $p < 0.01$

para los dos primeros casos y con $p < 0.05$ para el tercer caso. De la tabla 3 se observa que para la muestra masculina hay un cierto incremento en el consumo de alucinógenos con HVF pero que la diferencia entre medias no es estadísticamente significativa. Las muestras masculinas por año escolar muestran la misma tendencia con un aumento en el consumo con HVF pero la diferencia entre medias solo es significativa con $p < 0.05$ en uno de los casos. La muestra femenina indica un fuerte aumento en el consumo con HVF pero la diferencia entre medias no es significativa. Una tendencia similar se encuentra en las muestras femeninas por año escolar. En conclusión, a pesar que la muestra completa indica un incremento en el consumo de alucinógenos con HVF, esta tendencia no es encontrada en las otras muestras.

Sustancias, Sedantes y Heroína

Los fármacos de menor utilización son las sustancias, los sedantes y la heroína para los cuales aunque se obtiene para la muestra completa una clara relación entre el consumo y la HVF, los resultados para las otras muestras no indican una relación similar. De la tabla 2 se observa que para la muestra completa hay un incremento importante en el consumo de estos fármacos con una diferencia significativa entre medias del 1% para las sustancias y la heroína para el primer caso y para los sedantes para el primer y segundo caso.

Para la heroína se obtiene una diferencia entre medias significativa con $p < 0.05$ para el segundo caso. Para las muestras masculinas y femeninas y para las muestras por año escolar y sexo, aunque hay un claro incremento en el consumo con HVF, la diferencia entre medias no es significativa, esto en parte puede ser debido a que para estos fármacos el número de sujetos que lo consumen en las muestras es bajo y se requiere de muestras con mayor número de sujetos para que los resultados sean estadísticamente significativos.

DROGA	USO ALGUNA VEZ	ULTIMO AÑO	ULTIMO MES
Marihuana (C)	12.12	6.06	3.03
Marihuana (S)	8.73	4.76	2.12
F	9.44**	5.24*	4.72*
Anfetaminas (C)	13.64	10.61	5.30
Anfetaminas (S)	6.35	3.4	2.12
F	14.51**	11.73**	5.52*
Cocaína (C)	14.39	6.82	5.30
Cocaína (S)	10.64	5.29	2.12
F	9.07**	7.02**	4.78*
Alucinógenos (C)	3.79	3.03	2.27
Alucinógenos (S)	1.85	1.32	0.53
F	12.7**	7.36**	4.21*
Sustancias (C)	6.82	2.27	1.51
Sustancias (S)	5.03	2.12	1.06
F	7.72**	2.38	1.27
Tranquilizantes(C)	8.33	5.30	3.79
Tranquilizantes(S)	1.85	1.59	0.80
F	10.86**	5.60*	4.32*
Sedantes (C)	2.27	1.51	0.76
Sedantes (S)	0.53	0.26	0.26
F	9.83**	7.27**	3.54
Heroína (C)	3.79	0.76	0.0
Heroína (S)	1.06	0.26	0.26
F	7.54**	5.47*	0.00

Tabla 2. Porcentaje de uso de fármacos en la muestra completa para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p< 0.01

11.11.11
FALLA DE ORIGEN

DROGA	USO ALGUNA VEZ	ULTIMO AÑO	ULTIMO MES
Marihuana (C)	17.24	14.07	6.90
Marihuana (S)	11.79	10.53	4.09
F	5.75*	3.44	2.82
Anfetaminas (C)	10.34	8.62	5.17
Anfetaminas (S)	7.60	4.68	1.75
F	3.21	3.92*	2.35
Cocaína (C)	22.41	13.79	12.07
Cocaína (S)	15.79	8.19	4.68
F	9.35**	5.21*	4.46*
Alucinógenos (C)	3.45	3.45	3.45
Alucinógenos (S)	3.51	2.34	1.17
F	1.14	1.89	2.87
Sustancias (C)	8.62	3.45	3.45
Sustancias (S)	7.02	3.51	2.34
F	2.74	1.14	1.89
Tranquilizantes(C)	6.90	3.45	5.17
Tranquilizantes(S)	1.17	0.59	0.59
F	8.32**	7.09**	11.92**
Sedantes (C)	1.72	1.72	1.72
Sedantes (S)	0.58	0.59	0.59
F	1.42	1.42	1.42
Heroína (C)	3.45	0.00	0.00
Heroína (S)	2.34	0.59	0.59
F	2.89	0.21	0.21

Tabla 3. Porcentaje de uso de fármacos en la muestra masculina para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

DROGA	USO ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
Marhuana (C)	8.11	1.35	0.00
Marhuana (S)	2.90	0.00	0.48
F	8.22**	0.00	0.00
Anfetaminas (C)	16.22	12.16	5.40
Anfetaminas (S)	5.31	2.41	2.41
F	9.01**	8.24**	2.99
Cocaína (C)	8.11	2.35	0.00
Cocaína (S)	6.21	1.90	0.00
F	6.43*	1.32	0.00
Alucinógenos (C)	4.05	2.70	1.35
Alucinógenos (S)	0.48	0.48	0.00
F	2.99	2.14	0.87
Sustancias (C)	5.40	1.35	0.00
Sustancias (S)	3.38	0.97	0.00
F	3.11	1.50	0.00
Tranquilizantes(C)	3.46	6.76	2.70
Tranquilizantes(S)	2.41	2.41	0.97
F	6.79**	3.91*	1.96
Sedantes (C)	2.70	1.35	0.00
Sedantes (S)	0.48	0.00	0.00
F	3.14	0.87	0.00
Heroína (C)	4.05	1.35	0.00
Heroína (S)	0.00	0.00	0.00
F	2.83	0.87	0.00

Tabla 4. Porcentaje de uso de fármacos en la muestra femenina para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

DROGA	ALGUNA VEZ: 1	ALGUNA VEZ: 2	ALGUNA VEZ: 3	ULTIMO AÑO: 1	ULTIMO AÑO: 2	ULTIMO AÑO: 3	ULTIMO MES: 1	ULTIMO MES: 2	ULTIMO MES: 3
Mar(C)	17.14	17.65	16.67	14.29	17.77	5.56	8.57	7.88	5.56
Mar(S)	14.29	14.39	5.56	8.93	11.07	0.00	2.68	5.32	0.00
F	3.01	3.89	2.34	3.97*	5.89*	0.66	3.00	2.81	0.66
Anf(C)	11.43	7.88	16.67	8.57	5.88	16.67	5.71	5.88	0.00
Anf(S)	7.14	5.32	11.11	4.46	4.88	5.56	0.89	2.444	5.56
F	3.11	2.81	3.23	3.89*	2.61	4.34*	2.93	2.29	0.66
Coc(C)	25.71	24.77	33.33	14.29	7.88	33.33	17.14	5.88	5.56
Coc(S)	16.96	14.63	11.11	8.93	5.32	5.56	6.25	0.00	0.00
F	7.08**	4.70*	6.75*	6.84**	2.81	6.64*	6.02*	0.47	0.66
Alu(C)	5.71	2.44	5.56	5.71	2.44	5.56	5.71	0.00	0.00
Alu(S)	3.57	0.00	0.00	1.79	0.00	0.00	0.89	0.00	0.00
F	3.52	0.09	0.66	3.94*	0.09	0.66	1.93	0.00	0.66
Sus(C)	14.29	4.88	5.56	5.71	4.88	5.56	5.71	2.44	0.00
Sus(S)	8.04	0.00	0.00	2.68	0.00	0.00	1.79	0.00	5.56
F	2.43	0.17	0.66	2.54	0.17	0.66	1.64	0.09	0.66
Tra(C)	8.57	5.88	5.56	5.71	2.44	0.00	5.71	5.88	0.00
Tra(S)	0.00	2.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44	0.00
F	2.64	1.29	0.66	1.68	0.09	0.00	1.68	1.29	0.00
Sed(C)	2.86	0.00	0.00	2.86	0.00	0.00	2.86	0.00	0.00
Sed(S)	0.00	0.00	5.56	0.00	0.00	5.56	0.00	0.00	5.56
F	0.80	0.00	0.66	0.80	0.00	0.66	0.80	0.00	0.66
Her(C)	2.86	5.88	0.00	0.00	2.44	0.00	0.00	0.00	0.00
Her(S)	1.79	4.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
F	1.25	0.61	0.00	0.00	0.09	0.00	0.14	0.00	0.00

Tabla 5. Porcentaje de uso de fármacos en las muestras masculinas de: primer año (1), segundo año (2), y tercer año (3) de preparatoria para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p<0.01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DROGA	ALGUNA VEZ: 1	ALGUNA VEZ: 2	ALGUNA VEZ: 3	ULTIMO AÑO: 1	ULTIMO AÑO: 2	ULTIMO AÑO: 3	ULTIMO MES: 1	ULTIMO MES: 2	ULTIMO MES: 3
Mar(C)	5.56	16.67	12.50	1.85	2.22	0.00	0.00	0.00	6.67
Mar(S)	2.04	2.22	13.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
F	3.25	2.31	3.39	0.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.94
Anf(C)	14.82	16.67	25.00	14.81	2.22	0.00	7.41	0.00	6.67
Anf(S)	5.44	4.44	6.67	2.72	0.00	0.00	2.72	0.00	0.00
F	8.87**	6.21*	9.98**	9.98**	0.10	0.00	8.72**	0.00	0.94
Coc(C)	13.00	8.33	13.33	6.67	2.22	6.67	0.00	0.00	6.67
Coc(S)	6.67	4.44	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
F	7.51**	5.39*	3.90	0.69	0.09	0.94	0.00	0.00	0.00
Alu(C)	5.56	0.00	0.00	3.70	0.00	0.00	1.852	0.00	0.00
Alu(S)	0.68	0.00	0.00	0.68	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
F	3.85*	0.00	0.00	3.03	0.00	0.00	0.83	0.00	0.00
Sus(C)	5.56	8.33	0.00	1.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sus(S)	4.08	2.22	0.00	0.68	2.22	0.00	0.00	0.00	0.00
F	1.29	3.10	0.00	3.39	0.10	0.00	0.00	0.10	0.00
Tra(C)	11.11	2.22	12.50	7.41	2.22	12.50	3.70	0.00	0.00
Tra(S)	2.04	0.00	6.67	2.04	0.00	6.67	1.36	0.00	0.00
F	7.50**	3.10	5.17*	6.88**	0.10	5.17	4.81*	0.00	0.00
Sed(C)	3.70	0.00	0.00	1.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sed(S)	0.68	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
F	3.03	0.00	0.00	0.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Her(C)	3.70	0.00	12.50	1.85	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00
Her(S)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
F	1.73	0.00	0.50	0.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 6. Porcentaje de uso de fármacos en las muestras femeninas de, primer año (1), segundo año (2), y tercer año (3) de preparatoria para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p< 0.01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSUMO DE ALCOHOL

Se consideraron cuatro categorías para consumo de alcohol que son: bebidas nacionales (pulque o tequila), cerveza, brandy o ron y vino de Mesa. Los rangos de frecuencia de uso son nunca (caso 1), menos de 1 por semana (caso 2), 1 por semana (caso 3), 2 ó 3 por semana (caso 4), 3 ó 4 por semana (caso 5) y diario (caso 6). Los resultados para el consumo de bebidas se muestran en la tabla 7 para bebidas nacionales, en la tabla 8 para cerveza, en la tabla 9 para brandy o ron y en la tabla 10 para vino de mesa. Para la mayor parte de los resultados de comparación de frecuencia de consumo de bebidas entre las muestras con y sin historia de violencia familiar, la diferencia entre medias resulto no ser estadísticamente significativa. Por simplicidad, en la discusión de bebidas que a continuación se presenta, se sobreentiende que la diferencia entre medias no es estadísticamente significativa a menos que se indique explícitamente.

Bebidas nacionales

En la tabla 7 se presentan los resultados para bebidas nacionales con contenido de alcohol. Para el caso 1 que corresponde a que nunca se han consumido bebidas nacionales, hay un alto porcentaje en casi todas las muestras. Para la muestra completa es de 70.37% y 62.12% sin y con HVF, respectivamente, lo que indica que hay menor número de sujetos con HVF que nunca han consumido bebidas nacionales. Esta es la tendencia general para casi todas las muestras excepto para la muestra masculina de segundo año y la femenina de tercer año. La diferencia entre las medias de las muestras sólo es significativa con $p < 0.05$ para la muestra femenina de segundo año, pero la conclusión para el caso 1 para bebidas nacionales es que no hay una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de este tipo de bebidas como función de la HVF.

Un análisis de los datos de la tabla 7 no indica una relación clara entre consumo de bebidas nacionales y la HVF aunado al hecho que para la mayoría

de los casos la diferencia entre muestras no es significativa. Una excepción es para la muestra femenina de segundo año de preparatoria en donde el consumo con HVF es 4 veces superior a sin HVF y la diferencia entre medias es significativa con $p < 0.05$, pero en general uno no puede concluir que existe una correlación entre HVF y el consumo de bebidas nacionales. Lo único que es notorio de la tabla 7 es que el consumo se incrementa con el año escolar.

Cerveza

Los resultados para el consumo de cerveza se muestran en la tabla 8 y la tendencia general es similar que para bebidas nacionales. La diferencia entre medias no es significativa excepto para dos casos. El primero es para el caso 1 de la muestra masculina de segundo año en donde el porcentaje de consumo es 39.02 y 76.47 sin y con HVF, respectivamente, y el valor de F es 4.21. El segundo es para la misma muestra pero para consumo de menos de 1 por semana (caso 2). En este caso el porcentaje de consumo es 31.71% y 17.65% sin y con HVF, respectivamente, y el valor de F es 3.28 que se encuentra cerca del valor crítico para $p < 0.05$. Estos dos casos son contradictorios, lo que conduce a concluir que el consumo de cerveza no está relacionado con la historia de violencia familiar como ocurre con bebidas nacionales.

Brandy o ron y vino de mesa

Las dos últimas bebidas siguen el mismo patrón que las anteriores y la diferencia entre medias no es en general estadísticamente significativa y en los pocos casos en que la diferencia entre medias si es estadísticamente significativa se obtienen resultados contradictorios como el mostrado para cerveza. Los casos de nunca y menos de uno por semana representan poco consumo de alcohol. Un caso contradictorio se obtiene para la muestra masculina de tercer año en donde las frecuencias de uso con y sin HVF son 66.67% y 61.11% para el caso 1 y 16.67% y 33.33% para el caso 2, respectivamente. Para el caso 1 se reduce y para el caso 2 se incrementa. Un

efecto similar se observa para la muestra femenina de segundo año en donde la diferencia entre medias es significativa con $p < 0.05$.

Muestra	Nunca	<1 por semana	1 por semana	2o3 por semana	3ª4 por semana	DIARIO
Com.(C)	62.12	28.79	5.30	3.030	0.00	0.76
Com.(S)	70.37	19.05	7.41	2.65	0.26	0.26
F	1.94	2.14	1.55	0.93	0.00	0.44
Mas.(C)	56.90	29.31	6.89	5.17	0.00	1.72
Mas(S)	59.65	25.73	9.94	4.01	0.59	0.00
F	1.73	1.66	3.02	1.94	0.00	0.00
Fem.(C)	66.22	28.38	4.05	1.35	0.00	0.00
Fem.(S)	79.23	13.53	5.31	1.45	0.00	0.48
F	1.56	1.94	1.78	0.05	0.00	0.00
1M (C)	54.29	28.57	8.57	5.71	0.00	2.86
1M (S)	63.39	21.43	8.93	5.36	0.89	0.00
F	2.78	1.94	0.97	0.44	0.00	0.00
2M (C)	70.59	29.41	0.00	0.00	0.00	0.00
2M (S)	56.10	31.71	9.76	2.44	0.00	0.00
F	1.37	0.78	0.00	0.00	0.00	0.00
3M (C)	33.33	33.33	16.67	16.67	0.00	0.00
3M (S)	44.44	38.89	16.67	0.00	0.00	0.00
F	1.27	0.67	0.28	0.00	0.00	0.00
1F (C)	70.37	24.07	3.70	1.85	0.00	0.00
1F (S)	80.95	12.24	5.44	1.36	0.00	0.00
F	1.78	2.10	0.84	0.39	0.00	0.00
2F (C)	50.00	41.67	8.33	0.00	0.00	0.00
2F (S)	84.44	11.11	2.22	0.00	0.00	2.22
F	4.12*	4.98*	3.10	0.00	0.00	0.00
3F (C)	62.50	37.50	0.00	0.00	0.00	0.00
3F (S)	46.67	33.33	13.33	6.67	0.00	0.00
F	2.24	1.67	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 7. Porcentaje de frecuencia de consumo de bebidas nacionales para las muestras, completa, masculinas (M) y femeninas (F), y por año escolar (1, 2 ó 3) y sexo, para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Muestra	Nunca	<1 por semana	1 por semana	2o3 por semana	3o4 por semana	DIARIO
Com.(C)	71.21	15.91	6.82	3.03	2.27	0.00
Com.(S)	67.46	16.67	8.99	4.76	1.85	0.26
F	1.63	0.64	1.24	1.55	1.15	0.00
Mas.(C)	62.07	15.52	8.62	6.90	5.17	0.00
Mas(S)	52.63	21.64	14.03	7.02	4.09	0.59
F	1.75	1.83	1.69	1.55	1.96	0.00
Fem.(C)	78.38	16.22	5.41	0.00	0.00	0.00
Fem.(S)	79.71	12.56	4.83	2.90	0.00	0.00
F	0.71	1.54	1.28	0.00	0.00	0.00
1M (C)	57.14	14.29	11.43	5.71	8.57	0.00
1M (S)	58.93	16.96	12.50	6.25	5.36	0.00
F	1.24	0.89	1.04	0.75	1.78	0.00
2M (C)	76.47	17.65	0.00	5.88	0.00	0.00
2M (S)	39.02	31.71	14.63	9.76	2.44	2.44
F	4.21*	3.28	0.00	2.78	0.00	0.00
3M (C)	50.00	16.67	16.67	16.67	0.00	0.00
3M (S)	44.44	27.78	22.22	5.56	0.00	0.00
F	2.71	2.14	1.94	2.78	0.00	0.00
1F (C)	83.33	11.11	5.56	0.00	0.00	0.00
1F (S)	83.67	10.88	4.08	1.36	0.00	0.00
F	0.28	0.91	1.47	0.00	0.00	0.00
2F (C)	66.67	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00
2F (S)	77.78	13.33	4.44	4.44	0.00	0.00
F	0.78	3.15	0.00	0.00	0.00	0.00
3F (C)	62.50	25.00	12.50	0.00	0.00	0.00
3F (S)	46.67	26.67	13.33	13.33	0.00	0.00
F	1.94	1.01	0.83	0.00	0.00	0.00

Tabla 8. Porcentaje de frecuencia de consumo de cerveza para las muestras, completa, masculinas (M) y femeninas (F), y por año escolar (1, 2 ó 3) y sexo, para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muestra	Nunca	<1 por semana	1 por semana	2o3 por semana	3o4 por semana	DIARIO
Com.(C)	80.30	15.91	1.51	1.51	0.00	0.76
Com.(S)	79.36	14.29	4.76	1.06	0.53	0.00
F	0.34	0.65	1.25	1.13	0.00	0.00
Mas.(C)	75.86	17.24	3.45	1.72	0.00	1.72
Mas(S)	69.59	19.29	7.60	2.34	1.17	0.00
F	1.70	1.91	2.69	2.08	0.00	0.00
Fem.(C)	83.78	14.86	0.00	1.35	0.00	0.00
Fem.(S)	87.44	10.14	2.41	0.00	0.00	0.00
F	1.24	1.53	0.00	0.00	0.00	0.00
1M(C)	77.14	17.14	2.86	2.86	0.00	0.00
1M(S)	71.43	16.07	7.14	3.57	1.79	0.00
F	1.55	1.04	1.14	0.24	0.00	0.00
2M(C)	76.47	17.65	0.00	0.00	0.00	5.88
2M(S)	68.29	21.95	9.76	0.00	0.00	0.00
F	1.45	1.28	0.00	0.00	0.00	0.00
3M(C)	66.67	16.67	16.67	0.00	0.00	0.00
3M(S)	61.11	33.33	5.56	0.00	0.00	0.00
F	1.28	2.78	3.64	0.00	0.00	0.00
1F(C)	87.04	12.96	0.00	0.00	0.00	0.00
1F(S)	89.12	8.84	2.04	0.00	0.00	0.00
F	0.94	1.47	0.00	0.00	0.00	0.00
2F(C)	66.67	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00
2F(S)	93.33	4.44	2.22	0.00	0.00	0.00
F	3.98	5.74*	0.00	0.00	0.00	0.00
3F(C)	87.50	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00
3F(S)	53.33	40.00	6.67	0.00	0.00	0.00
F	4.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 9. Porcentaje de frecuencia de consumo de brandy o ron para las muestras, completa, masculinas (M) y femeninas (F), y por año escolar (1, 2 ó 3) y sexo, para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p<0.01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muestra	Nunca	<1 por semana	1 por semana	2o3 por semana	3o4 por semana	DIARIO
Com.(C)	83.33	12.12	3.03	0.76	0.00	0.76
Com.(S)	82.80	12.17	2.91	1.32	0.53	0.26
F	0.98	0.34	1.04	0.84	0.00	1.17
Mas.(C)	77.59	13.79	5.17	1.72	0.00	1.72
Mas(S)	78.95	14.62	3.51	1.75	0.58	0.58
F	1.54	1.64	1.66	1.78	0.00	0.02
Fem.(C)	87.84	10.81	1.35	0.00	0.00	0.00
Fem.(S)	85.99	10.14	2.41	0.97	0.48	0.00
F	1.59	0.74	1.12	0.00	0.00	0.00
1M (C)	80.00	11.43	5.71	2.86	0.00	0.00
1M (S)	80.36	12.50	3.57	2.68	0.00	0.89
F	0.54	0.72	1.33	0.72	0.00	0.00
2M (C)	82.35	11.77	0.00	0.00	0.00	5.88
2M (S)	73.17	19.51	4.88	0.00	2.44	0.00
F	2.47	2.25	0.00	0.00	0.00	0.00
3M (C)	50.00	33.33	16.67	0.00	0.00	0.00
3M (S)	83.33	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00
F	5.34*	3.74	0.00	0.00	0.00	0.00
1F (C)	88.89	11.11	0.00	0.00	0.00	0.00
1F (S)	88.44	8.84	2.04	0.00	0.68	0.00
F	0.21	2.73	0.00	0.00	0.00	0.00
2F (C)	83.33	8.33	8.33	0.00	0.00	0.00
2F (S)	86.67	8.89	2.22	2.22	0.00	0.00
F	0.95	0.24	2.67	0.00	0.00	0.00
3F (C)	87.50	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00
3F (S)	60.00	26.67	6.67	6.67	0.00	0.00
F	3.80	3.57	0.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 10. Porcentaje de frecuencia de consumo de vino de mesa para las muestras, completa, masculinas (M) y femeninas (F), y por año escolar (1, 2 ó 3) y sexo, para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para vino de mesa la situación es similar y también se encuentran dos casos contradictorios y similares a los ya discutidos que son para nunca y menos de 1 vez por semana para la muestra masculina de segundo año y para la muestra femenina de tercer año.

La conclusión general para el consumo de bebidas es que no se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el consumo de bebidas y la historia de violencia familiar.

APOYO SOCIAL

Los resultados con respecto al apoyo social percibido se presentan en la tabla 11, en donde se observa que el apoyo social percibido y el grado de satisfacción con el apoyo son menores con la presencia de HVF para todas las muestras. Los individuos con HVF tienen menos personas que los apoyen y este apoyo además de escaso es pobre.

Para la muestra completa, el apoyo social percibido es 29.8% inferior en los sujetos con HVF y el valor de F es 3.745 que se encuentra por debajo pero cerca del valor crítico para $p < 0.05$ para esta muestra que es de 3.84 (ver tabla 1). Para la muestra masculina la diferencia entre medias no es significativa. Para la muestra femenina, el apoyo social percibido por los sujetos con HVF es 34% inferior que para los sujetos sin HVF y la diferencia entre medias es significativa con $p < 0.05$. Para la muestra masculina de primer año la diferencia entre medias no es significativa. Para las muestras masculinas de segundo y tercer año la diferencia entre medias es significativa con $p < 0.01$ para el segundo año y con $p < 0.05$ para el tercer año. Para las muestras femeninas por año escolar las diferencias entre medias son todas significativas con $p < 0.05$. Para los sujetos sin HVF el apoyo social percibido aumenta con el año escolar en todas las muestras. Esto también ocurre para los sujetos con HVF excepto en uno de los casos, pero en general podemos concluir que el apoyo social percibido incrementa con el año escolar.

MUESTRA	APOYO SOCIAL PERCIBIDO	GRADO DE SATISFACCION
Completa (CON)	1.636	4.622
Completa (SIN)	2.124	5.145
F	3.745	3.521
Masculina (CON)	1.621	4.595
Masculina (SIN)	2.024	5.094
F	3.152	2.438
Femenina (CON)	1.647	4.644
Femenina (SIN)	2.207	5.187
F	4.123*	2.971
Masculina-año 1 (CON)	1.596	4.618
Masculina-año 1 (SIN)	1.816	5.084
F	1.934	3.621
Masculina-año 2 (CON)	1.573	4.591
Masculina-año 2 (SIN)	2.386	5.172
F	9.212**	2.834
Masculina-año 3 (CON)	1.908	4.469
Masculina-año 3 (SIN)	2.500	4.977
F	4.823*	1.571
Femenina-año 1 (CON)	1.609	4.655
Femenina-año 1 (SIN)	2.139	5.170
F	5.284*	3.135
Femenina-año 2 (CON)	1.707	4.713
Femenina-año 2 (SIN)	2.307	5.223
F	4.971*	2.574
Femenina-año 3 (CON)	1.819	4.463
Femenina-año 3 (SIN)	2.568	5.240
F	4.394*	4.537*

Tabla 11. Promedio de apoyo social percibido y grado de satisfacción en las muestras completa, masculina, femenina, y por sexo y año escolar que son el primer (1), segundo (2) y tercer (3) año de preparatoria, para adolescentes con (CON) y sin (SIN) H. V. F.

* $p < 0.05$

** $p < .01$

Los resultados indican que las mujeres buscan un mayor apoyo social y la diferencia entre medias es significativa para todas las muestras femeninas. La diferencia entre medias para los hombres no es significativa para la muestra completa y para la muestra de primer año. Por consiguiente, al avanzar en el año escolar los hombres obtienen un mayor apoyo social y esto hace que la diferencia entre medias se vuelva significativa.

Grado de satisfacción con el apoyo social percibido

Para la muestra femenina de tercer año el grado de satisfacción en el apoyo es 17.40% inferior para los sujetos sin HVF y la diferencia entre medias es significativa con $p < 0.05$. Para todas las demás muestras el grado de satisfacción en el apoyo es 10-12% inferior en los sujetos sin HVF pero la diferencia entre medias no es significativa.

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN

Por otra parte se llevaron a cabo una serie de análisis de correlaciones a fin de conocer el grado de asociación entre las variables de interés.

Apoyo social percibido y drogas

El coeficiente de correlación entre apoyo social percibido y uso de drogas es 0.744 para la muestra completa, lo que indica que la relación es moderada y que en promedio existe una cierta relación entre estas variables. Para la muestra masculina, el coeficiente de correlación es de solo 0.511 que indica que para este sexo un aumento en el consumo de drogas no viene acompañado de un aumento en el apoyo social, que es importante para ayudar a los sujetos a reducir su consumo de drogas. Para la muestra femenina este coeficiente de correlación aumenta a 0.696 y sugiere que el sexo femenino recurre con mayor medida al apoyo social con el consumo de drogas.

Para las muestras masculinas por año escolar, el coeficiente de correlación entre el apoyo social percibido y drogas aumenta de 0.553 para el primer año, a 0.678 para el segundo año, y a 0.762 para el tercer año. Estos coeficientes aumentan de moderadamente bajos para el primer año a moderados para el tercer año y sugieren la necesidad de aumentar el apoyo social en los sujetos masculinos. Para las muestras femeninas por año escolar este coeficiente aumenta de 0.744 para el primer año, a 0.817 para el segundo año, y a 0.894 para el tercer año. Para la muestra femenina de primer año el coeficiente es moderado y se requiere de un mayor apoyo social pero para las muestras femeninas de segundo y tercer año, el coeficiente es moderadamente alto, lo que indica que para estas muestras el apoyo social es en general satisfactorio. Para un mismo año escolar el coeficiente de correlación para los hombres es significativamente inferior que para las mujeres, lo que muestra la necesidad de dar más apoyo a individuos del sexo masculino que son los que más recurren a drogas con la presencia de historia de violencia familiar.

Grado de satisfacción en el apoyo percibido y drogas

Para la muestra completa el coeficiente de correlación entre el grado de satisfacción en el apoyo social percibido y el consumo de drogas es 0.747 que es similar al obtenido para esta muestra entre apoyo social percibido y drogas e indica que la relación es moderada y que en promedio existe una cierta relación entre estas variables pero que debe ser mejorada. Para la muestra masculina decrece a 0.504 que es una deficiente correlación entre el grado de satisfacción y el consumo de drogas y aumenta a 0.703 para la muestra femenina que aunque mayor que para la muestra masculina, con una mejor calidad de los servicios de apoyo podría ser mejorada.

Para las muestras masculinas por año escolar, este coeficiente de correlación aumenta de 0.582 para el primer año, a 0.651 para el segundo año, y a 0.688 para el tercer año. Todos estos valores son moderadamente bajos, lo que implica la gran importancia no solo de aumentar el número de apoyadores sino

también la calidad en el apoyo. Para las muestras femeninas por año escolar, el coeficiente de correlación es muy similar, 0.747 para el primer año, y aproximadamente 0.79 para el segundo y tercer año. Esta correlación es moderadamente alta lo que implica que para las muestras femeninas el grado de satisfacción es alto pero debe ser mejorado para las muestras masculinas.

Apoyo social y grado de satisfacción percibido

Los datos de la tabla 12 para los coeficientes de correlación entre apoyo y drogas, y satisfacción y drogas, indica que para todas las muestras los valores son similares. Esto sugiere una fuerte relación entre apoyo social percibido y el grado de satisfacción como efectivamente ocurre. Los coeficientes de correlación entre el apoyo social percibido y el grado de satisfacción se encuentran cercanos a 0.85 para la muestra completa, para la muestra masculina y femenina, y para las muestras masculina y femenina para el primer año. Para las muestras masculinas y femeninas para el segundo y tercer año, este coeficiente de correlación aumenta a aproximadamente 0.93. Todos estos coeficientes de correlación son moderadamente altos, lo que implica una buena satisfacción con el apoyo social percibido pero que debe ser mejorada en los años escolares inferiores.

El coeficiente de correlación entre grado de satisfacción del apoyo y uso de drogas es de 0.7 a 0.8 para las muestras masculinas y de 0.85 a 0.90 para las muestras femeninas. Esto es una correlación bastante alta y aquí también hay una clara mayor satisfacción en el sexo femenino.

El coeficiente de correlación entre apoyo social y grado de satisfacción es superior a 0.85 en todos los casos lo que indica una correlación bastante alta.

MUESTRA	r(apoyo,drogas)	r(satisfacción,drogas)	R(apoyo,satisfacción)
Completa	0.744	0.747	0.866
Masculina	0.511	0.540	0.852
Femenina	0.696	0.703	0.843
1M	0.553	0.582	0.865
2M	0.678	0.651	0.933
3M	0.762	0.688	0.933
1F	0.744	0.747	0.866
2F	0.817	0.786	0.929
3F	0.894	0.785	0.934

Tabla 12. Coeficiente de correlación r entre apoyo social percibido y drogas, grado de satisfacción y drogas, y apoyo social y grado de satisfacción percibido para las muestras completa, masculina y femenina, y masculinas (M) y femeninas (F), para el primer (1), segundo (2) y tercer (3) año de preparatoria.

REACCIONES ANTE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Con el propósito de determinar las reacciones y actitudes del adolescente ante una situación de violencia familiar, se elaboró un cuestionario que consta de tres preguntas abiertas, la primera de las cuales es: ¿Describenos lo que más comúnmente haces o haz hecho cuando tus padres empiezan a pelear? Con el propósito de poder realizar un análisis cuantitativo, a las respuestas se les asignaron varias acciones las cuales fueron:

- Salirse de la casa.
- Ver televisión.
- Poner música fuerte.
- Hablar por teléfono.
- Encerrarse en el cuarto.
- Ignorarlos.
- Defender a uno de ellos.
- Pelearse con ellos.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Para las respuestas abiertas de los alumnos, se les asigno un máximo de 4 reacciones, aunque muchos de los alumnos solo mencionaron una o dos. Los

resultados a esta pregunta se presentan en la tabla 13 para las diversas muestras y con el valor de F podemos determinar si la diferencia de las medias entre las muestras con o sin HVF es estadísticamente significativa. Las reacciones con mayor frecuencia son *salirse de la casa*, *encerrarse en el cuarto* e *ignorarlos*. La reacción más violenta es *salirse de la casa* y es notorio que en casi todas las muestras la frecuencia es significativamente superior para adolescentes con HVF. La única excepción es para la muestra femenina de primer año en donde el comportamiento es similar con y sin HVF, y para la muestra femenina de tercer año en donde por lo reducido de la muestra los resultados no son significativos: De las muestras masculinas por año escolar se observa un incremento de esta acción con HVF con el año escolar. Existe por lo tanto un marcado aumento en la respuesta *salirse de su casa* como respuesta a la violencia familiar en los adolescentes con HVF.

La reacción *encerrarse en el cuarto* presenta una menor frecuencia en los estudiantes con HVF para todas las muestras excepto la muestra masculina de tercer año y la muestra femenina de primer año. La frecuencia de esta reacción para una determinada muestra es mayor que la reacción *salirse de la casa*, pero los resultados indican que adolescentes con HVF muestran un incremento en la reacción *salirse de la casa* y una reducción en la reacción *encerrarse en el cuarto*. La muestra femenina de primer año tiene el mismo comportamiento con y sin HVF en la reacción *encerrarse en el cuarto* y en la muestra masculina de tercer año hay un fuerte aumento de esta reacción con la presencia de HVF.

La reacción *ignorarlos* indica un marcado incremento en los adolescentes con HVF para la mayor parte de las muestras. La excepción a este comportamiento es para la muestra femenina, la muestra femenina de primer año y las muestras de tercer año pero los resultados para estas últimas muestras no son muy significativos por el reducido número de sujetos en estas muestras.

La cuarta reacción en importancia es *defender a uno* de ellos con una menor frecuencia en los estudiantes con HVF en la mayoría de las muestras excepto en la muestra femenina de tercer año. Esto indica que los estudiantes con HVF tienen una menor tendencia a enfrentarse a ellos. Las reacciones *ver televisión, poner música fuerte, hablar por teléfono y pelearse con ellos*, tienen una frecuencia bastante menor que las reacciones previamente discutidas y la diferencia entre medias es en general no significativa.

La segunda pregunta abierta es ¿Explica ampliamente tus diferentes sentimientos cuando observas a tus padres pelear? Las respuestas fueron categorizadas en los siguientes sentimientos:

Coraje.
Angustia.
Depresión.
Ansiedad.
Indiferencia.
Dolor.
Culpabilidad.
Tristeza.
Nada.

El sentimiento con mayor frecuencia es *tristeza* con una menor frecuencia en los sujetos con HVF, excepto en la muestra masculina de tercer año pero que por el número reducido de sujetos en esta muestra los resultados no son muy significativos. Esto indica que los sujetos con HVF tienen un mayor desinterés por las relaciones de sus padres. El siguiente sentimiento en importancia es *coraje*, sin una marcada diferencia en las frecuencias con y sin HVF para las diversas muestras. El sentimiento *angustia* es el siguiente en importancia y para la mayoría de las muestras la frecuencia de individuos con HVF es menor,

lo que indica de nuevo un incremento en el desinterés de las relaciones de los padres que es resultado de las situaciones de violencia familiar que ha experimentado en el seno familiar. El siguiente sentimiento en importancia es *nada* sin una marcada diferencia de comportamiento en los individuos con y sin HVF. La relativa alta frecuencia de este sentimiento muestra un desinterés por las relaciones de los padres.

El siguiente sentimiento en importancia es *dolor*, y para la mayoría de las muestras se obtiene una menor frecuencia en los sujetos con HVF que es la misma tendencia observada para los sentimientos *tristeza* y *angustia*. El sentimiento *depresión* tiene un comportamiento similar al de *tristeza* y *angustia*. El último sentimiento con una frecuencia importante es *indiferencia*, y aquí para la mayoría de las muestras, los individuos con HVF tienen una mayor frecuencia, lo que comprueba que experimentan un mayor desinterés en los problemas familiares. Los sentimientos *ansiedad* y *culpabilidad* tienen una frecuencia bastante menor que los sentimientos previamente discutidos y la diferencia entre medias es en general no significativa.

La tercer pregunta abierta es "Describe ampliamente tus diferentes sentimientos cuando tus padres amenazan con separarse o divorciarse". Las categorías de sentimientos son los mismos que para la pregunta 2.

El sentimiento de mayor importancia y con una frecuencia para la mayoría de las muestras significativamente superior que todos los demás sentimientos es *nada*, lo que de nuevo indica un preocupante desinterés por las relaciones de los padres. No se observa una clara tendencia de este sentimiento con la presencia de HVF.

El siguiente sentimiento en importancia es *tristeza* que fue el sentimiento de mayor importancia para la pregunta anterior. Aquí no se muestra una clara tendencia para individuos con o sin HVF, como se para la pregunta anterior.

Respuesta MUESTRA	Salirse de la casa	Ver televisión	Poner música fuerte	Hablar por teléfono	Encerrarse en el cuarto	Ignorarlos	Defender a uno de ellos	Pelearse con ellos
Com.(C)	25.00	5.30	3.03	2.27	35.61	24.24	21.21	7.58
Com.(S)	20.63	6.35	6.35	2.38	41.01	20.90	23.54	9.26
F	4.95*	0.68	2.77	0.24	6.47*	3.78	3.03	1.98
Mas.(C)	31.03	8.62	3.45	3.45	27.59	32.76	18.97	6.90
Mas(S)	24.56	6.43	5.85	2.34	33.33	23.98	23.98	10.53
F	4.15*	1.43	1.14	1.21	3.92*	7.52**	4.24*	1.68
Fem.(C)	20.27	2.70	2.70	1.35	41.89	17.57	22.97	8.11
Fem.(S)	17.39	6.28	6.76	2.42	47.34	18.36	23.19	8.21
F	3.21	2.89	2.94	0.87	3.49	1.72	1.07	0.14
1M (C)	37.14	11.43	2.86	5.71	31.43	34.29	14.29	8.57
1M (S)	31.25	8.04	6.25	2.68	35.71	23.21	19.64	11.61
F	3.94*	0.61	2.41	1.04	2.83	8.74**	6.47*	0.54
2M (C)	11.76	5.88	0.00	0.00	17.65	41.18	23.53	5.88
2M (S)	7.32	4.88	7.32	2.44	34.15	26.83	24.39	12.2
F	7.45**	2.19	0.00	0.00	8.03**	7.33**	1.07	2.71
3M (C)	50.00	0.00	16.67	0.00	33.33	0.00	33.33	0.00
3M (S)	22.22	0.00	0.00	0.00	16.67	22.22	50.00	0.00
F	9.71**	0.00	0.00	0.00	7.73*	0.00	8.21**	0.00
1F (C)	18.52	0.00	1.85	1.85	48.15	16.67	16.67	7.41
1F (S)	18.37	8.16	6.80	3.40	48.30	20.41	20.41	10.88
F	0.41	0.00	3.21	2.51	0.49	3.95*	3.64	1.74
2F (C)	41.67	8.33	8.33	0.00	33.33	33.33	8.33	16.67
2F (S)	15.56	2.22	6.67	0.00	44.44	13.33	28.89	2.22
F	5.38*	3.64	2.47	0.00	6.21*	8.21**	9.52**	8.31**
3F (C)	0.00	12.5	0.00	0.00	12.50	0.00	87.50	0.00
3F (S)	13.33	0.00	6.67	0.00	46.67	13.33	33.33	0.00
F	0.00	0.00	0.00	0.00	7.21*	0.00	10.21**	0.00

Tabla 13. Frecuencia relativa de respuestas a la pregunta "Descríbenos lo que más comúnmente haces o haz hecho cuanto tus padres empiezan a pelear", para las muestras completa (Com), masculina (Mas) y femenina (Fem), y por año escolar (1, 2 ó 3), y sexo masculino (M) y femenino (F), para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p<0.01

Respuesta MUESTRA	Coraje	Angustia	Depresión	Ansiedad	Indiferencia	Dolor	Culpabilidad	Tristeza	Nada
Com.(C)	30.30	17.42	15.15	3.79	15.91	15.15	4.55	40.15	18.94
Com.(S)	28.31	21.16	17.46	5.03	8.99	20.90	3.17	45.77	19.05
F	1.74	3.97*	2.28	1.73	7.84**	6.77**	2.71	3.61	0.48
Mas.(C)	20.69	13.79	13.79	5.17	22.41	5.17	0.00	34.48	31.03
Mas(S)	25.15	18.71	14.62	7.60	9.94	16.96	3.51	38.01	23.98
F	4.63*	5.28*	1.54	3.29	8.21**	9.71**	0.00	3.17	6.34*
Fem.(C)	37.84	20.27	16.22	2.70	10.81	22.97	8.11	44.59	9.46
Fem.(S)	30.92	23.19	19.81	2.90	8.21	24.15	2.90	52.17	14.98
F	5.34*	2.21	4.18*	0.94	2.65	1.17	4.27*	4.70*	3.91*
1M(C)	20.00	11.43	11.43	5.71	22.86	5.71	0.00	28.57	37.14
1M(S)	18.75	21.43	20.54	10.71	10.71	14.29	2.68	36.61	22.32
F	3.01	8.74**	7.23**	4.10*	8.53**	5.28*	0.00	5.04*	6.71**
2M(C)	23.53	23.53	17.65	5.88	29.41	5.88	0.00	35.29	23.53
2M(S)	34.15	14.63	4.88	2.44	9.76	14.63	4.88	39.02	31.71
F	6.60*	2.12	7.24**	3.70	9.13**	5.18*	0.00	2.79	5.28*
3M(C)	16.67	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	66.67	16.67
3M(S)	44.44	11.11	0.00	0.00	5.56	38.89	5.56	44.44	16.67
F	5.71*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.71*	0.29
1F(C)	35.19	25.93	18.52	1.85	11.11	20.37	5.56	46.30	11.11
1F(S)	31.97	26.53	22.45	3.40	8.16	25.17	3.40	52.38	12.93
F	3.97*	0.74	4.73*	2.58	3.54	5.13*	3.14	2.95	1.17
2F(C)	58.33	8.33	16.67	8.33	8.33	33.33	16.67	41.67	0.00
2F(S)	26.67	15.56	11.11	0.00	6.67	15.56	2.22	51.11	24.44
F	9.71**	6.74*	5.24*	0.00	4.13*	8.10**	7.04*	5.24*	0.00
3F(C)	25.00	0.00	0.00	0.00	12.50	25.00	12.50	37.50	12.50
3F(S)	33.33	13.33	20.00	6.67	13.33	40.00	0.00	53.33	6.67
F	3.90	0.00	0.00	0.00	1.78	4.71*	0.00	4.15	5.74*

Tabla 14. Frecuencia relativa de respuestas a la pregunta "Explica ampliamente tus diferentes sentimientos cuando observas a tus padres pelear", para las muestras completa (Com), masculina (Mas) y femenina (Fem), y por año escolar (1, 2 ó 3), y sexo masculino (M) y femenino (F), para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p<0.01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respuesta MUESTRA	Coraje	Angustia	Depresión	Ansiedad	Indiferencia	Dolor	Culpabilidad	Tristeza	Nada
Com.(C)	9.09	9.85	11.36	3.03	11.36	14.39	1.52	23.48	38.64
Com.(S)	6.08	10.32	10.05	1.59	5.56	16.4	0.53	26.19	37.57
F	4.10*	2.45	2.78	3.17	3.71	3.07	2.84	3.49	0.93
Mas.(C)	3.45	8.62	6.90	3.45	12.07	8.62	0.00	15.52	53.45
Mas(S)	5.85	8.77	10.53	2.34	6.43	9.94	0.00	25.15	38.01
F	3.01	1.04	3.47	2.74	3.67	2.49	0.00	4.28*	5.19*
Fem.(C)	13.51	10.81	14.86	2.70	10.81	18.92	2.70	29.73	27.03
Fem.(S)	6.28	11.59	9.66	0.97	4.83	21.74	0.97	27.05	37.20
F	5.09*	1.14	4.78*	1.74	3.43	2.70	3.12	2.94	5.73*
1M (C)	5.71	5.71	5.71	2.86	14.29	8.57	0.00	8.57	51.43
1M (S)	6.25	11.61	12.50	3.57	8.04	8.93	0.00	28.57	32.14
F	0.71	4.13*	4.30*	2.74	4.09*	0.71	0.00	8.71**	7.19**
2M (C)	0.00	17.65	11.76	5.88	0.00	11.76	0.00	29.41	58.82
2M (S)	2.44	4.88	9.76	0.00	2.44	9.76	0.00	12.20	48.78
F	0.00	4.94*	3.20	0.00	0.00	2.91	0.00	4.71*	5.14*
3M (C)	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	16.67	50.0
3M (S)	11.11	0.00	0.00	0.00	5.56	16.67	0.00	33.33	50.0
F	0.00	0.00	0.00	0.00	9.71**	0.00	0.00	7.24*	0.18
1F (C)	12.96	14.81	18.52	3.70	9.26	22.22	1.85	31.48	25.93
1F (S)	5.44	14.29	10.20	1.36	4.08	19.05	0.68	27.21	34.69
F	3.37	0.47	4.70*	2.78	3.15	3.93*	2.21	4.27*	5.98*
2F (C)	16.67	0.00	8.33	0.00	16.67	16.67	8.33	25.00	8.33
2F (S)	6.67	2.22	8.89	0.00	6.67	26.67	2.22	20.00	42.22
F	5.74*	0.00	0.71	0.00	5.27*	4.33*	4.15*	4.99*	9.10**
3F (C)	12.50	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	25.00	62.50
3F (S)	13.33	13.33	6.67	0.00	6.67	33.33	0.00	46.67	46.67
F	1.71	0.00	0.00	0.00	4.21	0.00	0.00	7.14*	5.38*

Tabla 15. Frecuencia relativa de respuestas a la pregunta "Describe ampliamente tus diferentes sentimientos cuando tus padres amenazan con separarse o divorciarse", para las muestras completa (Com), masculina (Mas) y femenina (Fem), y por año escolar (1, 2 ó 3), y sexo masculino (M) y femenino (F), para adolescentes con (C) y sin (S) historia de violencia familiar.

* p<0.05

** p<0.01

El siguiente sentimiento es *dolor*, sin un claro comportamiento diferente para individuos con o sin HVF y la diferencia entre medias es en general no significativa. Los siguientes sentimientos en importancia son *coraje*, *angustia* e *indiferencia*, sin una marcada diferencia de frecuencia entre individuos con o sin HVF. La frecuencia para *indiferencia* es similar que para las anteriores pero aquí si se observa una mayor frecuencia en individuos con HVF.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo fue el estudiar los efectos que tiene la historia de violencia familiar en el uso de drogas, el consumo de alcohol, el apoyo social percibido y las reacciones y actitudes que resultan como consecuencia de violencia doméstica.

Los resultados de manera general señalan la existencia de una relación entre la historia de violencia familiar y el consumo de fármacos. No se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la presencia de historia de violencia familiar. Las diversas estadísticas del CONADIC muestran un importante aumento en el consumo de fármacos en las pasadas dos décadas, sin embargo no existe información con relación al papel que juega la historia de violencia familiar en el consumo de fármacos y sustancias que es el objetivo de este estudio.

De esta investigación se encontró que los fármacos de mayor consumo son la cocaína, la marihuana y las anfetaminas. Con respecto al uso de la cocaína, se encontró que para la muestra completa y para las muestras masculinas por año escolar, la diferencia de consumo entre los sujetos con y sin HVF es estadísticamente significativa. El consumo de cocaína para las muestras femeninas es completamente distinto. La diferencia entre medias es significativa con $p < 0.01$ solo para el primer año, significativa con $p < 0.05$ para el segundo año y no es significativa para el tercer año. La conclusión con respecto a las muestras femeninas es que la utilización de cocaína alguna vez en la vida si es superior en las muestras con HVF, pero para consumo frecuente, el consumo de cocaína no es significativo para las muestras femeninas. Este resultado es consistente con datos reportados por el CONADIC en 2002, en donde se ha determinado que la cocaína es consumida principalmente por sujetos del sexo masculino.

Para las muestras masculinas, se observa que en términos generales el consumo de cocaína es similar al de marihuana. La diferencia principal entre los resultados obtenidos en el presente trabajo y los reportados por otros autores (Belsasso, 2001; Ortiz, Soriano, & Galván, 2001; Llanes, & Castro, 2001) es que para estos últimos, el mayor consumo se encuentra en la marihuana y el consumo de cocaína está por debajo del consumo de marihuana por cuando menos un factor de dos, lo cual puede deberse a que su muestra representa un espectro mucho más amplio de la sociedad.

La tendencia encontrada para el consumo de marihuana es inversa que para el consumo de cocaína, el consumo de marihuana es importante para las muestras femeninas y se incrementa con la presencia de HVF, pero en las muestras masculinas es de menor importancia con respecto a otros fármacos. Para las muestras femeninas, los resultados son consistentes con las tendencias encontradas por otros autores (Belsasso, 2001; Ortiz, Soriano, & Galván, 2001; Llanes, & Castro, 2001). Bajo la presencia de HVF, la población femenina no solo presenta un aumento en el consumo de marihuana sino que hay un muy fuerte incremento en el consumo de anfetaminas. Este comportamiento no se observa en las muestras masculinas. Esta tendencia indica que la respuesta de un individuo bajo la presencia de HVF es muy distinta dependiendo de su sexo. El sexo masculino recurre más a las drogas, mientras que el femenino a las anfetaminas y en una menor medida a las drogas. La reacción del sexo masculino a la presencia de HVF es mucho más fuerte por lo que esta población requiere de más atención profesional para contrarrestar este efecto. El apoyo social percibido y la calidad de este apoyo es superior en las muestras femeninas, lo que contribuye a que el efecto de haber tenido una infancia violenta sea menor. Con relación a los tranquilizantes, se observa que en las muestras con HVF se tiene un aumento en el consumo en ambos sexos, aunque esta tendencia se encuentra más marcada en el sexo femenino. En la muestra completa, se encontró un aumento en el consumo de alucinógenos con la presencia de HVF pero esta tendencia no es encontrada en las otras muestras.

Para los fármacos de menor consumo, que son las sustancias, los sedantes y la heroína, se encontró un aumento en el consumo con la presencia de HVF, pero la diferencia entre medias no es estadísticamente significativa.

Los resultados que hemos descrito indican que las muestras con HVF tienen un mayor consumo de fármacos que las muestras sin HVF. Estos resultados son muy interesantes y no han sido reportados por las diversas comunicaciones del CONADIC (vea por ejemplo, Belsasso, 2001 y Ortiz, Soriano, & Galván, 2001) ya que ellos se enfocan al consumo de drogas y alcohol para diversas muestras pero no los relacionan a la historia de violencia familiar.

Con respecto al consumo de bebidas, la conclusión general es que la presencia de HVF no se asocia a un mayor consumo de bebidas, el efecto de la HVF es predominantemente sobre la utilización de fármacos. Aquí tampoco se encuentra en la literatura información sobre la relación entre el consumo de alcohol y la historia de violencia familiar, que en general ha sido poco estudiada en nuestro país.

Por lo que respecta al apoyo social, las muestras femeninas reportan percibir un mayor apoyo social y la diferencia entre medias es significativa para todas las muestras femeninas. La diferencia entre medias para el apoyo social en las muestras masculinas, no es significativa para la muestra completa y para el primer año, pero sí es significativa para el segundo y tercer año. Al avanzar en el año escolar, los hombres obtienen un mayor apoyo social y esto hace que la diferencia entre medias se vuelva significativa. En general, para todas las muestras, el apoyo social percibido aumenta con el año escolar. Con respecto al grado de satisfacción, en la mayoría de las muestras el grado de satisfacción en el apoyo es 10-12% inferior en los sujetos sin HVF pero la diferencia entre medias no es significativa. Estos resultados indican que es importante incrementar el apoyo social percibido y el grado de satisfacción en el apoyo, en particular en los años escolares inferiores, antes de que el alumno recurra a las

drogas para resolver problemas que son consecuencia de la violencia domestica en la que vive.

Los coeficientes de correlación entre apoyo social percibido y drogas, grado de satisfacción en el apoyo y drogas, y apoyo social y grado de satisfacción percibido, señalan lo siguiente: con respecto al coeficiente de correlación entre apoyo social percibido y drogas, para las muestras masculinas, los coeficientes aumentan de moderadamente bajos para el primer año a moderados para el tercer año. Para la muestra femenina de primer año, este coeficiente de correlación es moderado, pero para las muestras femeninas de segundo y tercer año, el coeficiente es moderadamente alto, lo que indica que para estas muestras el apoyo social percibido es en general satisfactorio. Si comparamos un mismo año escolar, el apoyo social percibido en los hombres es menor que en las mujeres, de donde se infiere que éste puede tener un papel importante en los sujetos masculinos con HVF que son los que recurren con mayor frecuencia al consumo de drogas.

Por otro lado, los coeficientes de correlación entre grado de satisfacción en el apoyo y drogas, son moderadamente bajos para las muestras masculinas, lo que resalta no solo la percepción de que cuentan con pocas personas a quien recurrir, sino también una baja percepción en el grado de satisfacción del apoyo. Para las muestras femeninas por año escolar, el coeficiente es moderadamente alto para todos los años, lo que indica un buen grado de satisfacción en el apoyo percibido.

Con relación a las respuestas de los adolescentes a situaciones de violencia familiar, se observa que las reacciones más comunes ante un episodio agresivo son de escapar ante este (salirse de la casa, encerrarse en el cuarto e ignorarlos), resaltando el salirse de la casa en los adolescentes con HVF. Con respecto a los sentimientos ante una disputa paterna, el de mayor frecuencia fue la indiferencia en sujetos con HVF, lo que resalta su creciente desinterés

ante los episodios de violencia doméstica, es decir, carecen de habilidades de afrontamiento. Ante la amenaza de separación de sus padres, no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las frecuencias para adolescentes con y sin HVF, lo que indica que posiblemente no le creen a sus padres de su interés de una separación real.

El resultado más sobresaliente del presente estudio es el haber mostrado que para una muestra específica de estudiantes de bachillerato, el consumo de drogas en adolescentes con HVF es estadísticamente superior que en estudiantes sin HVF. En este trabajo se encontró que los fármacos de mayor consumo son la cocaína y la marihuana. Sin embargo, es importante realizar estudios similares pero para muestras con un espectro más amplio tanto en características como en número de individuos. Otro resultado importante es que el consumo de alcohol es similar para las muestras con y sin historia de violencia familiar, lo que indica que las nuevas generaciones recurren más a las drogas y no tanto al alcohol como una posible respuesta a la violencia doméstica, lo que es realmente preocupante y requiere de acciones específicas por parte de la sociedad.

En el presente trabajo, se determinaron algunos de los efectos de la historia de violencia familiar, sin embargo, el problema es más complejo, por lo que para su abordaje se necesita entender otra serie de factores y su interacción, por lo que una propuesta para aproximarse a los efectos que tiene sobre los adolescentes el ser testigos de violencia familiar, deberá contemplar aspectos tales como el auto concepto, habilidades de afrontamiento prosocial, niveles de estrés, ansiedad y repertorios en solución de problemas. Asimismo, se considera pertinente profundizar en factores tales como el tipo de violencia ejercida en la familia y las redes de apoyo social, que pudieran tener una posible influencia en el impacto que tiene la violencia doméstica sobre los jóvenes y tratar de evaluar el papel que juega el consumo de drogas.

BIBLIOGRAFIA

Acuña, L., & Bruner, C. (1999). Estructura funcional del cuestionario de apoyo social de Sarason, Levine, Basham y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 267-279.

Bell, C. C., & Jenkins, E. J. (1993). Community violence and children on Chicago's Southside. En D. Reiss, J. E. Richters, M. Radke-Yarrow y D. Scharff (Eds.), *Children and violence* (pp. 46-54). New York: Guilford Press.

Belsasso, G. (2001). *Conadic informa*, Boletín de junio 2001, pp. 4-7, Secretaría de Salud.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.

Brook, J. S., Whiteman, M., Gordon, A. S., & Brook, D. W. (1985). Father's influence on his daughter's marijuana use viewed in a mother and peer context. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 165-190.

Cappell, C., & Heiner, R. B. (1990). The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of Family Violence*, 5, 135-152.

Carlson, B. E. (1984). Children's observations of interparental violence. En A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families* (pp. 147-167). New York: Springer.

Castro, M. E. (1987). El uso de drogas entre los estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el período de 1975 a 1986. *Salud Mental*, 10, 30-38.

Castro, M. E., & Maya, M. A. (1982). Variables predictoras y características psicosociales de la población estudiantil que reporta uso de drogas. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 2, 21-48.

Castro, M. E., Rojas, E., & De La Serna, J. (1987). Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. *Salud Mental*, 11, 35-47.

Castro, M. E., Pérez, M. A., Rojas, E., & De La Serna, J. (1988). *Cobertura Colegio de Ciencias y Humanidades del Distrito Federal*. Publicación Interna. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Chao, Z., & Castro, M. E. (1976). *Investigación Nacional sobre Consumo de Fármacos y las Actitudes hacia la Farmacodependencia en la Población Escolar*

de 14 a 18 Años (Informe Regional. Publicación interna. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

Cherek, D. R., & Steinberg, J. L. (1987). Effects of drugs on human aggressive behaviour. *Advances in Human Psychopharmacology*, 4, 239-290.

Collins, W. A., & Russell, G. (1991). Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: A developmental analysis. *Developmental Review*, 11, 99-136.

Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.

Cummings, E. M. (1987). Coping with background anger in early childhood. *Child Development*, 58, 976-984.

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.

Dusek, J. B., & Danko, M. (1994). Adolescent coping styles and perceptions of parental child rearing. *Journal of Adolescent Research*, 9, 412-426.

Fantuzzo, J. W., De Paola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., & Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 258-265.

Gálvez, X. (2001). *Conadic Informa*, pp. 14-19, Secretaría de Salud.

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1992). *Children in danger*. San Francisco: Jossey-Bass.

Garmezy, N. (1987). Stress, competence and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 159-174.

Grych, J. H., Seid, M., & Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child Development*, 63, 558-572.

Hershom, M., & Rosenbaum, A. (1985). Children of marital violence: A closer look at the unintended victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 260-266.

Hill, J. P., & Holmbeck, G. N. (1987). Disagreements about rules in families with seventh-grade girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 221-246.

Huarte, A. (1994). *Adolescencia y personalidad*. México: Trillas.

Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.

Jessor, S. J., & Jessor, R. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

Johnson, G. M., Schoutz, F. C., & Locke, T. O. (1984). Relationship between adolescents drug use and parental drug behaviors. *Adolescence*, 19, 295-299.

Leal, H., Mejía, L., Gómez, L., & Salinas, O. (1977). Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la ciudad de México. En: Contreras, C. (Eds.). *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. (pp. 442-459). México: Trillas.

Leonard, K. E. (1992). Drinking Patterns and Intoxication in Marital Violence: Review, Critique, and Future Directions for Research. In: *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*, NIAAA Research Monograph, 24, 253-280.

Lipsitt, L. P., & Mitnick, L. L. (1991). *Self-regulating behavior and risk taking: Causes and consequences*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corp.

Loney, J., Kramer, J., & Milich, R. (1979). *The Hyperkinetic Child Grows up: Predictors of Symptoms, Delinquency, and Achievement at Follow-up*. Artículo presentado en la American Association for the Advancement of Science, Houston, Texas.

López, E. (1994). *Relación entre la autopercepción del rendimiento académico y el consumo de drogas en estudiantes de educación media y media superior*. Tesis de Maestría. Facultades de Psicología, UNAM.

Llanes, J., & Castro, M. E. (2001). *Conadic informa*, Boletín de junio 2001, pp. 20-22, Secretaría de Salud.

Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and development* (pp. 1-101). New York: John Wiley.

Margolin, G. (1998). Effects of Domestic Violence on Children. En P. K. Trickett y C. J. Schellenbach (Ed.), *Violence Against Children in the Family and the Community* (pp. 57-101). American Psychological Association: Washington DC.

Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The Effects of Family and Community Violence on Children, *Annu. Rev. Psychol.* 51, 445-479.

Martínez, P., & Richters, J. E. (1993). The NIMH Community Violence Project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. En D. Reiss, J. E. Richters, M. Radke-Yarrow y D. Scharff (Eds.), *Children and violence* (pp. 22-35): New York: Guilford Press.

McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., & Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 1239-1261.

Medina-Mora, I. M. E. (1994). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En C. R. Tapia, *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. pp 25-55. México: Manual Moderno.

Medina-Mora, I. M. E., Ortiz, A., Caudillo, C., & López, S. (1982). Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud Mental*, 5, 77-86.

Medina-Mora, I. M. E., Rojas, E., Juárez, F., Berenson, S., Carreño, S., Galván, J., Villatoro, J. A., López, E. K., Olmedo, R., Ortiz, E., & Nequis, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República mexicana, *Salud Mental*, 16, 3-8.

Minuchin, P. (1988). Relationships within the family: A system perspective on development. En R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 7-26), Oxford, England: Oxford University Press.

Montemayor, R. (1982). The relationship between parent-adolescent conflict and the amount of time adolescents spend alone and with parents and peers, *Child Development*, 53, 1512-1519.

Natera, G. R., Mora, J., & Tiburcio, M. (1997). El Rol de las Mujeres Mexicanas Frente al Consumo de Alcohol y Drogas en la Familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, Vol. XIII, No. 2, 165-190.

Natera, G. R., Tiburcio, M. S., & Villatoro, J. V. (1997). Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemporary Drug Problems*, 24, 787-804.

O'Brien, M., John, R. S., Margolin, G., & Erel, O. (1994). Reliability and diagnostic efficacy of parents' reports regarding children's exposure to marital aggression. *Violence and Victims*, 9, 45-62. Ortiz, A., Soriano, A. y Galván, J. (2001). *Conadic Informa*, Boletín de junio 2001, pp. 16-19, Secretaría de Salud.

Ortiz, A., Soriano, A., & Galván, J. (2001). *Conadic informa*, Boletín de junio 2001, pp. 16-19, Secretaría de Salud.

Overall, J. E., Henry, B. W., & Woodward, A. (1974). Dependence of marital problems on parental family history. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 446-450.

Owens, D. M., & Straus, M. A. (1975). The societal structure of violence in childhood and approval of violence as an adult. *Aggressive Behavior*, 1, 193-211.

Pedersen, W., & Lavik, N. J. (1991). Adolescents and benzodiazepines: Prescribed use, self-medication and intoxication. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 94-98.

Petersen, A. C., Kennedy, R. E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. En M. E. Colten & S. Gore (Eds). *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 93-110). New York: Aldine de Gruyter.

Perry, B. (1997). Incubated in terror: neuro-developmental factors in the "Cycle of Violence". En *Children in a Violent Society*, ed. JD Osofsky, pp. 124-149. New York: Guilford.

Pick, S. & Vargas, E. (1997). *YO adolescente respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.

Procidano, M. (1983). Measures of Perceived Social Support From Friends and From Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

Rosenbaum, A., & O'Leary, D. K. (1981). Children: The unintended victims of marital violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 692-699.

Sarason, B., Sarason, I., & Pierce, G. (1990). *Social Support: An Interactional View*. New York: John Wiley and Sons.

Sarason, B., Schearin, E., Pierce, G., & Sarason, Y. (1987). Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sánchez-Sosa, J. J., & Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC)*. Tercera Edición, Facultad de Psicología, UNAM.

Saucedo, G. I. (1995). *Violencia Doméstica y Social. Demos, UNAM, pp. 32-34.*

Saucedo, G. I. (1997). *Violencia domestica y salud; avances y limitaciones para la investigación y atención. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Morelos. México, junio 2-6.*

Slep, A. M. S., & O'Leary, G. O. (2001). *Examining Partner and Child Abuse: Are We Ready for a More Integrated Approach to Family Violence? Clinical Child and Family Psychology Review, 4, 87-107.*

Straus, M., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family.* Garden City, NY: Anchor Books.

Straus, M. A., & Yodanis, C. L. (1996). *Corporal punishment in adolescence and physical assaults on spouses in later life: What accounts for the link? Journal of Marriage and the Family, 58, 825-841.*

Thoits, P. (1982). *Conceptual Methodological, and Theoretical problems in Studying Social Support as a Buffer Against life Stress. Journal of Health and Social behavior, 23, 145-159.*

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth.* New York: McGraw-Hill.

Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. K., & Zak, L. (1985). *Children of battered women: The relation of child behavior to family violence and maternal stress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 657-665.*

Wolfe, D. A., Zak, L., Wilson, S., & Jaffe, P. (1986). *Child witnesses to violence between parents: Critical issues in behavioral and social adjustment. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, 95-104.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN