

31921  
114

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON  
ADICCIONES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
LETICIA MEJIA LOPEZ

ASESORES:

MTRA. JOSELINA IBAÑEZ REYES  
DR. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES  
DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑON

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO.

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1



IZTACALA



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Ai Prof. Jesús Vargas**

Por todo el tiempo, apoyo y paciencia que tuvo para que este trabajo se realizara. Mi agradecimiento, respeto y admiración por siempre.

Gracias.

### **A mi mamá:**

Por la confianza, el apoyo incondicional, los valores y experiencias transmitidos GRACIAS, te admiro y respeto, pero sobre todo

Te amo Rufina.

### **A mi papá:**

Gracias por darme la mejor herencia que cualquiera pueda recibir. Te extraño y me haces mucha falta.

Te amo Don Lupe.

### **A mis hermanos Mau, Patty, Betty y Fher:**

Porque a su muy peculiar estilo, todos me ayudaron e impulsaron a seguir en el camino y no abandonar este sueño. Es imposible definir cuanto les agradezco y los quiero pero nunca lo duden.

Los quiero muchísimo.

### **Mary:**

Gracias por ser además de cuñada una gran amiga.

Te quiero

### **Mau y Lalo:**

Porque no han dejado que pierda mi niñez y me enseñan día con día a descubrir cosas nuevas y bonitas de la vida. Nunca dejen de ser mis niños.

Los quiero mucho.

### **A mamá Toña:**

Porque es una muestra y ejemplo de vida.

Te quiero mucho.

### **A Mis amigos**

Aida, Susana, Frinné, Mirna F; Mirna P; Ulises, Marco, Pablo, Isaac, Pablo Isaac, Mauricio y Lino  
Por quererme y aceptarme como soy, por valorar la amistad como la valoran. Recuerden que aunque nuestras vidas tomen caminos diferentes, siempre estaré para ustedes.

Los quiero.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2

## Resumen

La Calidad de Vida es un concepto que envuelve diversas áreas de la vida y ha sido estudiada por muchas disciplinas. Su importancia radica en que las condiciones de vida del sujeto mejoren.

La drogadicción es un problema que lejos de mejorar la Calidad de Vida, día con día la va disminuyendo hasta el momento en que ésta es nula.

En la presente investigación se evaluó la Calidad de Vida de 50 jóvenes de entre 16 y 22 años de edad con problemas de adicción y que se encontraban bajo tratamiento; lo anterior con el objetivo de identificar en que área de su vida (salud, familia, relaciones sociales) causaba más impacto la drogadicción.

Para dicha evaluación se aplicó el Instrumento para evaluar la Calidad de Vida elaborado por Palomar(1995) el cual es una escala tipo likert con 163 reactivos y evalúa 13 factores o áreas de vida como las relaciones sociales, las familiares, relaciones con los hijos, relaciones con la pareja, situación económica, entre otros.

Para su análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 10.0 y se siguió el procedimiento propuesto por Palomar (1995) para calificar dicho instrumento.

Los resultados obtenidos indican que la mayoría de los sujetos de la muestra tienen en este momento una Calidad de Vida mediana en todas las áreas evaluadas aún cuando ya están en rehabilitación. Se conduyó que para estas personas es difícil obtener una Calidad de Vida alta al igual que una persona no adicta, y que para lograr que estas personas alcancen una Calidad de Vida alta es necesario que no sólo se tome en cuenta el bienestar físico, también hay que tomar en cuenta el psicológico y el social; de esta manera se logrará una rehabilitación y reintegración total del individuo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1

## Índice

	Página
<b>Introducción</b>	3
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>Capítulo I Calidad de Vida</b>	8
I.1 Concepto de Calidad de Vida.	9
I.2 Líneas de Investigación.	15
I.3 Instrumentos de Medición.	21
<b>Capítulo II Drogadicción</b>	30
II.1 Antecedentes	31
II.2 Principales Definiciones	35
II.3 Clasificación de Drogas	40
II.4 Tipos de Consumidores	45
<b>Capítulo III Calidad de Vida y Drogadicción</b>	47
III.1 La Salud	49
III.2 La Familia	58
III.3 Relaciones Sociales	68
<b>SEGUNDA PARTE</b>	
<b>Método</b>	78
Sujetos	79
Instrumentos	80
Procedimiento	80
Análisis Estadístico	81
<b>Resultados</b>	83
<b>Discusión</b>	105
<b>Conclusión</b>	112
<b>Referencias</b>	116
<b>Anexos</b>	122

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2

## Introducción

La vida es difícil en todos sentidos, en ella encontramos felicidad, bienestar, sufrimiento y soledad, pero debemos aprender de todo esto; tomar en cuenta el pasado y el presente para planear el futuro.

Hasta que cesa el crecimiento físico y el desarrollo de un ser humano, y se llega a la edad adulta, las responsabilidades de los padres van más allá de proporcionar alimentos, casa y educación a los hijos; también tienen la obligación de enseñarles las actitudes y el estilo de vida adecuados, así como la responsabilidad del individuo para consigo mismo y para con los demás. Después de esta época, el individuo debe ser capaz de saber que es lo que quiere hacer con su vida, cuanto quiere vivir y como quiere que ésta sea.

Esta decisión involucra dos conceptos muy importantes que influyen directamente en el individuo.

El primer concepto es el de expectativa de vida, la cual se refiere al número promedio de años de vida desde el nacimiento hasta la muerte, es decir, los años que es probable que una persona viva.

Debido a los avances de la ciencia, sobre todo en el campo de la medicina, en los últimos años ha incrementado esta expectativa de vida. Viamonte (1993) comenta que las personas de 40 años así como los adultos de 75 años, han aumentado su expectativa de vida aunque relativamente poco en comparación con los recién nacidos, sin embargo es posible hoy en día encontrar a más y más gente longeva.

Surgen entonces preguntas como ¿la longevidad produce bien o mal al individuo, y a la sociedad?; los años de dependencia adicionales, enfermedad e incapacidad ¿para quien son benéficos?. Viamonte (1993) contesta que los esfuerzos para aumentar la longevidad deben dirigirse hacia la extensión del periodo de salud y vigor. Considera que la Calidad de Vida es más importante que la cantidad.

Es aquí donde surge el segundo concepto al que nos referíamos la Calidad de Vida.

La Calidad de Vida es una idea un poco complicada debido a que, dicho término constituye una expresión que frecuentemente es utilizada en la vida política, académica, científica y cotidiana. Utilizamos dicha expresión para referirnos de manera "popular" a "vivir mejor" o "llevar una buena vida", sin embargo, concretamente no se sabe que es Calidad de Vida.

A mediados de los años 70's y comienzos de los 80's, la expresión Calidad de Vida comienza a definirse como un concepto integrador, de acuerdo con Arostegui (1998) dicho concepto comprende todas las áreas de vida y hace referencia a condiciones objetivas y subjetivas, es decir, que Calidad de Vida, no sólo es lo objetivo y lo concreto que nos rodea, también es la relación subjetiva que todo esto produce y el valor que le concedemos, lo cual deriva en el bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población, frente a la vida social.

Donoso (1997) afirma que la Calidad de Vida cambia de manera constante de acuerdo a las expectativas que tienen los individuos para conseguir las mejores condiciones que le puede brindar cada momento de su vida, que al no obtenerse esta Calidad de Vida, se producen una serie de procesos caracterizados por insatisfacción, privación y marginalidad.

Palomar (1995) afirma que es un concepto que en las últimas décadas ha tomado gran relevancia en estudios, principalmente en ciencias sociales, sin embargo, estos estudios abordan la cuestión desde varios enfoques y disciplinas, que a pesar de los esfuerzos aún no existe un concepto definido totalmente.

Encontramos así una diversidad de definiciones del concepto debido a que cada autor interesado en el tema, realiza una definición propia generalmente, aunque también hay quienes retoman una ya escrita, siempre y cuando ésta cubra los propósitos de su investigación y aunque resulta difícil llegar a un consenso sobre el término se puede decir que en general la Calidad de Vida es la satisfacción que experimenta una persona o un grupo de personas en relación con sus condiciones de vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Evidentemente, así como existen múltiples definiciones del concepto Calidad de Vida, también existen diferentes enfoques de investigación del mismo, por ejemplo: el entorno social, la salud, la amistad, el estándar de vida, la educación, la vivienda, la política, la economía, entre otros.

Se puede observar que la dimensión del concepto dificulta un poco su definición y saber exactamente como evaluar, sin embargo, esto no ha sido obstáculo para que se lleven a cabo diversos estudios desde diferentes enfoques,

Entre las ciencias de la salud hay numerosos trabajos de investigación relacionados con la Calidad de Vida y generalmente la relacionan con la percepción que tiene el sujeto de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de algún tratamiento en varios ámbitos de su vida, sobre todo de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. De este modo, la meta de la atención en salud, se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino a la mejora de la Calidad de Vida del paciente

En el área social encontramos investigaciones realizadas respecto al trabajo, el espacio urbano, la población, la vivienda, investigaciones que permiten identificar las características y necesidades básicas de cierto tipo de población, sus satisfacciones, su desarrollo, incluso insatisfacciones que los funcionarios públicos deben corregir.

Estudios de este tipo, permiten proporcionar una mejor asistencia integral tanto en el área de la salud como en lo social, permitiendo poner énfasis y brindar mejor atención a todos los aspectos de la vida. La información que se obtiene de estos estudios es aplicable para la mejora de una sociedad sometida a transformaciones sociales, culturales, políticas, tecnológicas, económicas, entre otras.

Un problema que afecta la Calidad de Vida actualmente de las personas, es el de la drogadicción que es la necesidad incontrolable de usar una o varias drogas, en Centros de Integración Juvenil la definen como "enfermedad progresiva y degenerativa, característica por la ingestión de fármacos o drogas, con cierta regularidad y deseo incontrolable de consumo que produce alteraciones físicas y mentales" (CIJ, 1988, pp. 44)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Es conveniente recalcar que la Calidad de Vida es la satisfacción experimentada por una persona o un grupo de personas en relación con sus condiciones de vida, es la manera de cómo se vive y disfruta, el grado de satisfacción que cada uno de nosotros percibe día con día mientras tenemos vida. Por desgracia existen personas que no siempre saben elegir el mejor o más conveniente estilo de vida. Este es el caso de las personas drogadictas.

El alcohol y/o las drogas, provocan en el ser humano una desinhibición de su conducta y esto hará que la persona pueda cometer cualquier atentado contra su propia persona o contra otras.

Es importante considerar que la drogadicción surge a partir de varios y distintos factores como sociales, familiares individuales, estado de salud, principalmente.

Anteriormente se consideraba a la drogadicción como un problema exclusivo de salud y las causas que originaban la adicción eran de tipo físico, sin embargo, Arcos (2000) como muchos otros, aseguran que las investigaciones indican que entre su etiología se encontraban otros factores por lo que se requería de la participación de profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y médicos, entre otros para llevar a cabo su tratamiento, lo que lleva a establecer que la drogadicción no solamente es un problema de salud, también es un problema social, es decir, no sólo afecta al individuo físicamente, también afecta su posición social y al mismo tiempo afecta al grupo al que pertenece. Estas afecciones disminuyen considerablemente la Calidad de Vida.

Dado que el consumo de drogas es un problema que ha ido incrementando en la sociedad, sobre todo en la mexicana, se considero que una investigación relacionada con la Calidad de Vida en personas con adicciones, podrían arrojar datos interesantes y de utilidad para poder luchar contra la drogadicción, ya que no es suficiente con lograr que el individuo deje de consumir, hay que reintegrarlo a la sociedad, una sociedad que ya está lastimada por los actos cometidos por el mismo individuo que ahora busca incorporarse a ella.

Por ello, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar la Calidad de Vida de personas con problemas de adicción que ya se encontraran en

rehabilitación, de esta manera, se consideró que los sujetos estarían más concientes de cómo las drogas afectaron su vida.

Para alcanzar dicho objetivo, el presente trabajo se divide en dos partes:

En la primera parte, se llevó a cabo una revisión teórica de varios aspectos.

En el capítulo I se hace referencia a los distintos conceptos de Calidad de Vida, las líneas de investigación que existen sobre el tema y algunos instrumentos de medición que pueden ser utilizados para cualquier otra investigación.

En el capítulo II se describen aspectos sobre la drogadicción, como etiología, su definición, la definición de droga, la dependencia, la tolerancia y la abstinencia, algunos tipos de drogas y tipos de usuarios.

Durante el capítulo III se aborda en conjunto el tema de Calidad de Vida y drogadicción. En este capítulo se trata de explicar como es que se afecta la Calidad de Vida de un individuo cuando éste cae en las adicciones, cual es su impacto en tres áreas de vida como la salud, la familia y las relaciones sociales.

En la segunda parte se hace referencia al proyecto de evaluación, el cual abarca todo lo relacionado con el método y procedimientos utilizados.

Se presentan los resultados obtenidos seguidos de una discusión que retoma algunos puntos vistos en la parte teórica y finalmente se encuentran las conclusiones a las cuales se llegó mediante dicha investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



PRIMERA  
PARTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7-A



# **CAPÍTULO I**

## **Calidad de Vida**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CALIDAD DE VIDA**

### **1.1 Concepto de Calidad de Vida**

A mediados de los años 70's y comienzos de los 80's, la expresión **Calidad de Vida** comienza a definirse como un concepto integrador, de acuerdo con Arostegui (1998), dicho concepto comprende todas las áreas de vida y hace referencia a condiciones objetivas y subjetivas, es decir que **Calidad de Vida** no sólo es lo objetivo y lo concreto que nos rodea, también es la relación subjetiva que todo esto produce y el valor que le concedemos, lo cual deriva en el bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población, frente a la vida social.

Es así como la sociedad favorece el desarrollo de jerarquías de valores, estilos de vida y modos de pensar diversos. Según Satién (1993) esta diversidad puede conducir a los distintos grupos sociales a juzgar de forma distinta una misma condición. Por esta razón y a pesar de que la **Calidad de Vida** ha sido ampliamente estudiada, resulta difícil llegar a un consenso en cuanto a como definirla, medirla e incluso establecer cuales son las áreas específicas que la conforman. Sin embargo, a pesar de la falta de consenso, varios investigadores han intentado dar su propia definición y evaluar la **Calidad de Vida** de acuerdo a objetivos muy específicos, para lo cuál, han dividido la **Calidad de Vida** en áreas que les ha interesado estudiar. A pesar de que dicho tema se ha estudiado ampliamente en diferentes enfoques, para autores como Cabrera (2001a), Cabrera (2001b), Zarate (2000), Guerrero (2001) que han realizado investigaciones para trabajos de tesis, aún no queda muy claro dicho concepto.

Debido a esta dificultad para llegar a un solo concepto de **Calidad de Vida** es como nos encontramos con gran cantidad de definiciones como las siguientes:

De acuerdo con Satién (1993), la base de este concepto es desglosarlo en dos palabras: **CALIDAD**, que se entiende como la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa; como el grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de lo bueno y lo malo, es decir, la calidad se refiere al carácter de la vida más o menos bueno o satisfactorio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por su lado, la palabra VIDA se centra en la existencia humana: la vida humana puede ser individual o social, puede referirse a la actividad física o intelectual, a la vida cotidiana, al curso completo de la vida, en fin a diversas situaciones o acciones. En este término radica la dificultad de conceptualizar la Calidad de Vida según dicho autor.

Satién (1993) considera que es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico, mental y material así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

Este autor también considera que se trata de un concepto multidimensional puesto que para el estudio del concepto, diversos especialistas y en diferentes disciplinas han hecho aportaciones tanto en el terreno del entorno físico y biológico como en necesidades humanas de satisfacción mental. De igual manera se ha pretendido hacer uso de este concepto con el fin de mejorar el bienestar social e individual a través de la intervención estatal, logrando cubrir las necesidades humanas.

Por su parte, San Martín y Pastor (1990) señalan que es la relación global que el individuo establezca entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la sociedad y con el medio ambiente total en que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales, definen el concepto de la Calidad de Vida.

Palomar (1995) por su parte considera que la Calidad de Vida es un término multidimensional y subjetivo, que se refiere al grado de satisfacción del individuo durante su vida, según el grado de importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos que determinan su felicidad o bienestar.

M. Durand (en Satién, 1993) sostiene que la Calidad de Vida no es asimilable a cualquier felicidad o bienestar individual. El concepto de Calidad de Vida engloba todas las condiciones de la vida, en las que el Estado puede actuar.

De este modo, la perspectiva psicológica aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente se ven apreciablemente reducidas; se centra en las necesidades humanas y en su

satisfacción. Tales necesidades son a la vez biológicas y aprendidas, de modo que la cultura influye en su número y contenido (Satién, 1993).

Nussbaum (1993) propone que el concepto se refiere al sentido de bienestar que percibe una persona derivado de su experiencia ante la vida.

Lewis (citado en; Alvarado, 1996) considera la Calidad de Vida como el grado en que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad.

González (1995) menciona que el concepto se refiere a la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, tomando en cuenta los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. Sin embargo, no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinadas por las circunstancias materiales; podemos encontrar a la infelicidad y la enfermedad psíquica bajo condiciones favorables de bienes materiales.

En el libro Estado de la Nación (2000), indican que el concepto "Calidad de Vida" es en sí muy complicado, constituye una expresión frecuentemente empleada en la vida política, académica e incluso en la vida cotidiana, utilizado para denotar "algo" deseable para todas las personas es decir, se asocia con la noción de "vivir mejor" y creen que mejoraría es, por decirlo así, "la última meta del desarrollo humano". Dando su concepto de la siguiente manera: "Se entiende por Calidad de Vida, el grado en que las personas o grupos sociales viven en forma libre, digna, saludable, segura, creativa, solidaria y sin discriminación de ningún tipo" (Estado de la Nación, 2000, pp. 68).

Para, Cisneros, Santillán, Daltabuit y Vázquez (2000) es muy complejo el concepto de Calidad de Vida "La revisión del concepto Calidad de Vida nos remite a la noción actual de "necesidades", derivada del concepto de desarrollo propuesto después de la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad y desde una perspectiva integral del ser humano, el concepto de Calidad de Vida va más allá de las necesidades de libertad, democracia, seguridad y paz, esto implica una reconceptualización del término. De esta manera, hacemos una primera aproximación para la Calidad de Vida entendiéndola como: El grado de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función de la cultura y del entorno natural de una sociedad particular, la expresión de las necesidades materiales, así como la satisfacción de las aspiraciones y deseos. Todo lo anterior enmarcado en las condiciones ambientales propicias para el desarrollo humano" (Cisneros, Santillán, Daltabuit y Vázquez; 2000 pp. 90-91).

"Calidad de Vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos" (Blanco, Rivera, López y Rueda; 1997 pp. 69). Incluyen varias dimensiones como son el trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y la calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno ya sea protector o destructor del desarrollo humano.

Las definiciones antes mencionadas no son muy aceptables, al menos en este caso, debido a que no dan una definición completa, que abarque todos los aspectos de la vida de un individuo, es decir, hay autores que se rigen por "la experiencia ante la vida" sin dejar claro que tipo de experiencias son las que determinan la Calidad de Vida, otros afirman que depende del nivel de autoestima del individuo pero definitivamente, aunque si influye la autoestima, no es un factor determinante para poder evaluar la Calidad de Vida; otros autores (se podría decir que la mayoría), se enfocan en una característica o aspecto específico y no recuerdan que tienen que ver una gran infinidad de aspectos en conjunto y no por separado. No se puede afirmar que la Calidad de Vida dependa únicamente de que el Estado o las relaciones sociales puedan modificar o no los estilos de vida de o los individuos, como lo afirman algunos autores, o bien como lo dicen otros, proporcionándoles, dignidad, seguridad, derechos. "Los aspectos positivos del estilo de vida como (amar, trabajar, reír, compartir y aprender), así como la importancia de conocerse a sí mismo y a otros, conocer su medio ambiente, su misión en la vida y las formas de existencia en este planeta son tan importantes como conocer las consecuencias de un estilo de vida inadecuado: obesidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



alcoholismo, tabaquismo, el uso de otras drogas y otras enfermedades sociales" (Viamonte 1993 pp. 23).

Como se hace evidente, existen varias y diversas definiciones y cada una de ellas está conformada de acuerdo al punto de vista y disciplina bajo la cual se pretende estudiar la Calidad de Vida. Por lo tanto, mientras que no se logre un consenso en su definición, la Calidad de Vida debe ser estudiada dentro del marco conceptual y metodológico concreto en el que se aborde. Sin embargo no hay que olvidar, que se debe tratar de llegar a un concepto único e integrador.

Dadas estas condiciones, se considera que las definiciones que más satisfacen a los objetivos de este trabajo son: la propuesta por Levi y Anderson (1980), (citados en Cabrera, 2001b pp. 11) quienes definen la Calidad de Vida como "una medida compuesta por bienestar físico, mental y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad, satisfacción y recompensa"; (Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de competencia a ciertas instituciones y confianza entre otros). Así como la definición adoptada por las Naciones Unidas, sobre Calidad de Vida como "medida de bienestar físico, mental y social tal como lo percibe cada individuo y cada grupo; comprende un estado satisfactorio en nueve factores que la componen: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos" (Cabrera, 2001a pp. 9). O bien una tercera definición que va muy de la mano con las anteriores adoptada por Cabrera (2001a) y elaborada por García (1997) de acuerdo a su base conceptual la cual dice: "La Calidad de Vida es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto conceda a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico entre otras) que determinan bienestar" (García 1997: citado en: Cabrera, 2001a, pp. 9).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Estas definiciones son las más satisfactorias, debido a que abarcan una buena parte de aspectos o características a medir en el transcurso de vida del ser humano, además, no se centran únicamente en un aspecto como el bienestar físico, mental o social, lo hacen de manera conjunta, abriendo así, más posibilidades de evaluación en esta y en cualquier otra investigación que se realice sobre Calidad de Vida, no importando la disciplina que sea o el enfoque que se le dé.

Poder obtener una buena Calidad de Vida va a depender de la integración de todas estas acciones, es decir, el individuo debe adoptar un estilo de vida saludable y armonioso física y mentalmente consigo mismo y con todo lo que le rodea para así poder tener una buena relación con otros individuos, lo que los llevará a tener buenas relaciones como grupos sociales en todos los aspectos, y como consecuencia obtendrán una buena Calidad de Vida.

## 1.2 Líneas de Investigación

Como podemos darnos cuenta, debido a que no se ha llegado a un consenso sobre el concepto "Calidad de Vida" cada uno de los distintos autores ha optado por realizar su propia definición o bien tomar ya una definición de otros autores dependiendo de las necesidades que requiere su propio estudio y es así, como encontramos una gran diversidad de estudios y definiciones dependiendo del área o línea de investigación al que se enfoquen, sin embargo encontramos un factor común en todos ellos y es que estudian finalmente el "grado de satisfacción" en que las personas viven en sus diversas áreas de vida como son la salud, vivienda, familia, trabajo, política, ambiente, etcétera. A continuación se presentan en resumen algunos estudios realizados respecto a la Calidad de Vida.

- En el libro Estado de la Nación (2000) realizan una propuesta preliminar para el estudio de la Calidad de Vida en Costa Rica con el propósito de sentar bases conceptuales, metodológicas y técnicas, para dar seguimiento a los asuntos relacionados con la Calidad de Vida de los habitantes del país.

- Lasseonde (1997) realiza una propuesta sobre como poder transmitir una vida de calidad a las generaciones futuras, refiriéndose a cinco grandes temas que son:

1. La reproducción: los derechos relacionados con ella, los problemas sanitarios, la sexualidad.
2. La planificación familiar, la libre elección y el perfil de los servicios de anticoncepción.
3. La familia, su función social, su protección y las relaciones entre sus miembros.
4. Los grupos a quienes se dirige el programa.
5. Actores responsables de poner en práctica las recomendaciones.

- Cisneros, Santillán, Daltabuit y Vázquez (2000) presentan una evaluación de la Calidad de Vida en cinco comunidades rurales de México, Belice, y Guatemala, en la que analizan además de las necesidades básicas satisfechas, algunos aspectos subjetivos como son la percepción de los habitantes locales

sobre su salud y alimentación, la apropiación de los recursos naturales para la satisfacción de sus necesidades. Para ellos, el concepto de Calidad de Vida va más allá de las necesidades básicas de vivienda, servicios de salud y empleo. "La revalorización de la dimensión subjetiva en la vida del hombre, como pueden ser las necesidades de libertad, democracia, seguridad y paz, implica una reconceptualización del término" (Cisneros, Santillán, Daltabuit y Vázquez; 2000 pp. 91).

- Con el propósito de estimular y facilitar la identificación de alternativas para controlar el efecto entre la Calidad de Vida y la salud de las comunidades rurales en el país, Infante y Abreu (2000), analizan algunas evidencias derivadas de investigaciones desarrolladas a nivel nacional que esclarecen algunos mecanismos de como el contexto sociofísico se relaciona ampliamente con la Calidad de Vida y como esto produce las condiciones de vida en el medio rural, proponiendo estrategias que pueden intervenir en la relación salud y Calidad de Vida, relevando lo que denominan "emponderamiento a nivel individual y comunitario como uno de los mecanismos para elevar la Calidad de Vida de las comunidades rurales" ( Infante y Abreu. 2000 pp. 188).

- Ramírez (2000) realiza un estudio sobre Calidad de Vida, Medio Ambiente y Política, en el cual el campo de estudio abordado ha sido el de distintos procesos políticos de nivel local y municipal en áreas rurales, poniendo particular interés en las luchas y conflictos de distintos grupos que se disputan el poder, encontrando que en el tema, los problemas del medio ambiente y Calidad de Vida siempre están presentes aunque de manera indirecta y no como objeto central. De esta manera se encuentra que la convivencia familiar, o la preocupación por la salud de las mismas personas o de la comunidad en general pasa a segundo término aunque no se descartan algunos aspectos que se cuidan pero no se cumplen.

- Reyes (1997) presenta un seminario en el cual aborda el tema de Calidad de Vida y Medio ambiente, éste trabajo se refiere precisamente al concepto que tenemos de Calidad de Vida, y que es lo que estamos haciendo para mejorarlo o empeorar la situación, el medio ambiente en que vivimos esta muy deteriorado y

sin embargo no tomamos conciencia de todo el daño que nos hacemos a nosotros mismos. Este trabajo es como una llamada de atención sobre nuestro comportamiento en todos los sentidos, desde tirar basura hasta los contaminantes que desechan las fábricas, pasando por aerosoles, detergentes, químicos, entre otros, puesto que todo esto afecta nuestra salud física y mentalmente, así como las relaciones sociales.

• La Calidad de Vida cambia de manera continua, esto depende de las expectativas que tienen los individuos para conseguir las condiciones satisfactorias que les brinden cada momento que viven. Donoso (1997) menciona que al no obtener esa Calidad de Vida, se producen un conjunto de procesos caracterizados por un estado social de creciente insatisfacción.

Donoso (1997) afirma que la vida cotidiana en la ciudad, la insatisfacción que sentimos, ya sea por mala calidad de transporte, por el tráfico, el ambulante, la contaminación, la falta de seguridad ciudadana, entre otras cosas, hace que la percepción de nuestra vida sea desalentadora y además la mayoría de las veces las personas desean estar en lugares distintos del que se encuentran.

• Otros Autores como Piña (1997) han realizado diferentes investigaciones como por ejemplo Vida Cotidiana y Calidad en la Educación. Dicho autor se enfoca a la educación porque aunque no lo creamos, la manera en que se imparte la educación, el lugar en el que se está aprendiendo, el nivel académico de los estudiantes a través de la investigación y la enseñanza, mejora o empeora la Calidad de Vida de cada una de las personas y esto se refleja en la Calidad de Vida que se tiene en el trabajo y la familia principalmente, inclusive en la misma escuela.

Como se puede observar, estos estudios están enfocados a las necesidades sociales de los grupos, si bien es cierto que algunos hablan sobre salud física y mental de los individuos, es notorio que esta línea de investigación no es su prioridad. Su mayor preocupación en realidad es la de conocer las necesidades básicas como grupo y no como individuo que tiene la población como por ejemplo, el tipo de vivienda, trabajo, estabilidad económica, los valores socioculturales que se transmiten de generación en generación, entre otros, pues

estos son aspectos en los que el estado o sociedad pueden influir de manera directa y modificarlos.

Otro tipo de estudios que se realizan con frecuencia son los que se enfocan un poca más al individuo, sin embargo los dirigen a una característica específica por ejemplo: qué Calidad de Vida tienen las personas al llegar a la vejez dependiendo del estatus socioeconómico o bien la aceptación social que se tiene dependiendo de lo productivo que sea la persona al llegar a esta edad. Un ejemplo de este tipo de estudios son los realizados por:

- Stefani y Rodríguez (1988) realizan un trabajo con los propósitos principales de: a) obtener la descripción cuantitativa y cualitativa de las actitudes hacia la vejez; b) el estudio de la relación entre los puntajes obtenidos en la escala de actitudes hacia la vejez y las variables edad y nivel socioeconómico. Obteniendo como resultado que la mayoría de los sujetos entrevistados obtuvieron puntajes que denotan actitudes neutras y desfavorables hacia la vejez y que la variable edad y nivel socioeconómico influye de manera significativa en los puntajes obtenidos en la escala de actitudes hacia la vejez.

- Por otra parte Belando (1996), García y Escarbajal (1997) encuentran que en las principales investigaciones realizadas sobre vivienda y vejez revelan una alta satisfacción de las personas mayores con su hogar, encontrando sin embargo que la mayoría de las personas que ellos entrevistaron viven en edificios antiguos y además requieren de una remodelación. Por lo tanto, el autor habla de la gran diversidad que los ancianos tienen para mejorar sus hogares y esboza también una propuesta para poder dar una mejor educación ambiental y para la salud orientado a la autonomía de las personas de edad mayor y así se les favorecerá en lo posible su Calidad de Vida. Además también se observa que la vejez tiene un fuerte lastre que dificulta la incorporación de las personas a la sociedad conduciéndoles así a la marginación y al poco desarrollo familiar así como al cuidado de su propia salud.

De los tipos de estudio que más se encuentran además de los de Calidad de Vida relacionados con la vejez también encontramos los de Calidad de Vida en enfermedades como por ejemplo:

• El realizado por Cabrera (2001a) este estudio es sobre mujeres obesas y anoréxicas, se encontró que estas dos enfermedades pueden afectar de manera grave la Calidad de Vida de la persona y de su familia puesto que además de afectar su salud física, también afecta su salud mental, pues su autoestima es baja, sufren de depresión, y en muchas ocasiones del rechazo social.

• Guerrero (2001) realiza un estudio en pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal, evaluando la Calidad de Vida de los enfermos y dando una propuesta para que éstos la mejoren, debido a que las personas, cuando se sienten muy enfermos comienzan a tomar actitudes poco positivas, en algunos casos llegan a la depresión y creen que es el final de su vida, sin imaginarse que pueden realizar otras actividades que su salud si les permita.

• Por su parte Cabrera (2001b) realizó un trabajo relacionado con la Calidad de Vida en adolescentes consumidores de cocaína, en dicho trabajo podemos encontrar que la Calidad de Vida no sólo es medible en la gente mayor o enferma, de hecho en cualquier persona se puede evaluar la Calidad de Vida. Los resultados obtenidos por Cabrera (2001b) afirman que en la mayoría de los casos, el consumo de la cocaína afecta notablemente la vida del consumidor y que obviamente depende del tipo de consumidor que sea para saber a que grado le afecta sin embargo siempre será en el área de la salud, principalmente y seguido de las relaciones familiares y sociales.

• Castro y Maya (1982) realizaron una investigación cuyo objetivo fue encontrar "variables percibidas como proximales" por el adolescente y analizarlas con el uso de las drogas encontrando que la mayoría de los adolescentes eran consumidores de drogas y que su Calidad de Vida es perceptible como insatisfactoria debido a que reportan dificultades en el manejo de la realidad. Gracias a este estudio se pudo sugerir programas preventivos a la población en general pero sobre todo a los escolares.

Con todo lo anterior, se puede observar la razón por la cual resulta difícil dar una definición de Calidad de Vida específica y también es difícil precisar una sola área o línea de investigación en que se enfoque este concepto, todo debido a que podemos adentrarnos a la salud, la familia, el ambiente, la política, zonas

rurales o urbanas etcétera, así que podrían describirse cientos de estudios realizados. Sin embargo se debe tomar más bien la importancia de cada uno de ellos, ya que esto servirá para tratar de mejorar una sociedad como la nuestra que día con día sufre de transformaciones.

En este caso el concepto Calidad de Vida se utiliza para evaluar diferentes necesidades y niveles de satisfacción en las personas para que todos aquellos programas de evaluación y servicios humanos, así como la formulación de leyes, sean dirigidos a la población en general pero sobre todo a la que resulte más necesitada, en este caso puede ser el de los jóvenes que presentan problemas de drogadicción.



### **1.3 Instrumentos de Medición.**

Es lógico en este punto al cual hemos llegado, pensar que después de que no existe un consenso para la definición de Calidad de Vida y existen infinidad de líneas de investigación, también existan una gran diversidad de instrumentos que evalúen este "concepto", obviamente existen casi tantos instrumentos como investigaciones realizadas sobre el tema, debido a que cada autor propone y elabora un instrumento dependiendo de qué es lo que desea evaluar su investigación, es decir, si es la salud, la vivienda, longevidad, relaciones sociales u otras, cada instrumento será elaborado dándole el enfoque que desee el investigador.

Cabe recordar, que cada instrumento utilizado por cada uno de los investigadores ha sido validado y confiabilizado respectivamente, enfocándose para dicha validez y confiabilidad al grado de importancia que el sujeto concede a cada área o aspecto de su forma de vivir que determinan su felicidad y bienestar. Murillo (1996) señala que lo primero que hay que exigirle a un instrumento de medida, es que sea el adecuado para valorar el atributo que se desea medir, es decir, que sea válido para el tema de interés. Pero evidentemente este es uno de los problemas con los que se topan los investigadores al querer abordar el tema, porque no ha sido posible identificar con precisión, cuáles son aquellos componentes que integran a dicho fenómeno y se torna más difícil, cuando tales componentes son los concernientes al plano subjetivo.

Nos encontramos así con instrumentos que miden algo específicamente, ya sea en el plano social, económico, de salud: algunos de estos instrumentos son:

#### **Funcionamiento Familiar**

Palomar (1998) realizó una investigación relacionada con la función familiar y la Calidad de Vida. Tomando la decisión de crear otro instrumento debido a que según ella "no existe ningún instrumento estandarizado, y que tenga validez de constructo y consistencia interna adecuadas para ser utilizados en México"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(Palomar, 1998; pp. 46). Dicho instrumento es extremadamente largo debido a hay que contestar en total 5 cuestionarios de escala tipo Likert que son:

- 1.- Reactivos sociodemográficos y antecedentes familiares.
- 2.- Instrumento sobre hábitos de consumo de alcohol.
- 3.- Instrumento sobre una doble jornada de trabajo.
- 4.- Instrumento sobre funcionamiento familiar.
- 5.- Instrumento de Calidad de Vida.

En total el instrumento contiene 1276 ítems a contestar por cada sujeto. Todo esto para realizar comparaciones y evaluaciones con grupos de personas alcohólicas y con amas de casa o trabajadoras y su funcionamiento familiar.

Hernández (1997) para realizar su investigación sobre Variables condicionantes de Calidad de Vida en personas de la tercera edad realizó una recopilación de varias escalas como:

#### **La escala de depresión geriátrica de Yesavage**

Esta escala está diseñada para el diagnóstico de depresión en pacientes geriátricos, está constituida por preguntas de sintomatología depresiva como: quejas somáticas y cognoscitivas, motivación, orientación futura y pasada, pérdida de autoestima, agitación, humor, rasgos obsesivos. Dicha escala ha demostrado su validez y confiabilidad al ser utilizada en varios estudios con personas ancianas y ha sido reforzada al ser aplicada a población mexicana de acuerdo con Hernández (1997).

#### **El cuestionario General De Salud Goldberg (Mc Dowell y Newell, 1987)**

Hernández (1997) utiliza una prueba diseñada para detectar alteraciones psiquiátricas y es utilizada para identificar casos potenciales facilitando el diagnóstico a través de una entrevista psiquiátrica. Su validez y confiabilidad, fueron confirmadas en un estudio realizado en el hospital Español de México con personas mayores a los 65 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Cuestionario sobre Datos Socioeconómicos**

En el cuestionario sobre datos socioeconómicos utilizado por Hernández (1997) se investigaron datos sobre el estado civil, personas con quien vive, relaciones con la familia, propiedad de la vivienda, preparación escolar, actividad pasada y actual, ingresos, entre otras.

### **Cuestionario sobre dieta habitual, padecimientos físicos e ingestión de medicamentos.**

Por último, Hernández (1997) utilizó también el cuestionario sobre dieta habitual, padecimientos físicos e ingestión de medicamentos, en el cuál se realizan preguntas relativas a la adecuación, calidad, cantidad, proporción e higiene en la alimentación; para los padecimientos y la ingestión de medicamentos se tomaron en cuenta los expedientes clínicos de los sujetos.

### **Escala de Karnofsky**

La escala KPI (Karnofsky Performance Index) fue desarrollada por Karnofsky y Buchenal (1949) para valorar movilidad, funcionamiento físico, salud física y carga que representa un paciente oncológico en la familia y/o sociedad. Es una escala de observación que se complementa por los técnicos en el campo de la salud y se caracteriza por ser una prueba de heteroevaluación, subjetiva, unidimensional y específica por lo cual se considera un instrumento de pocos alcances ya que limita su utilidad a una sola dimensión y no considera todos los síntomas que pueden ser relevantes y sobre todo no considera los efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento.

Escalas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### **WHOPS (World Health Organization Performance Status, 1979).**

La OMS publicó esta escala como una alternativa a la de Karnofsky y con estructura similar. Contiene varios niveles como:

0 actividad normal: sin restricciones

1 Algunas restricciones: puede realizar trabajos ligeros.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2 Actividad y capacidad para su cuidado personal.

3 Capacidad limitada para su cuidado personal: la persona pasa el tiempo en cama un 50% del día.

4 Completamente incapacitado.

Esta escala se caracteriza por ser de aplicación e interpretación sencilla, pero se le critica el peso que le da a los componentes físicos.

#### **ADLI (Índice de Actividades de Vida Diaria)**

Este instrumento se caracteriza por ser unidimensional y específico, orientado a la evaluación del estatus funcional de pacientes ancianos, respecto a su dependencia/independencia de traslado y movilidad, y el nivel de autosuficiencia en el cuidado personal. La evaluación gira en torno a la dependencia de las personas en seis actividades: baño, aseo, vestido, continencia y alimentación. Se le ha criticado porque principalmente considera componentes físicos.

#### **RSCL (The Rotterdam Symptom Checklist)**

Este instrumento se creó con la finalidad de medir la toxicidad e impactos de los tratamientos, así como su repercusión en el funcionamiento psicosocial y Calidad de Vida. Se caracteriza por ser una escala tipo Likert, con cuatro alternativas de respuesta de nada a mucho. La mayoría de sus ítems se agrupa en dos subescalas: la dimensión física y la dimensión psicosocial, orientándose el resto a evaluar aspectos relativos a la enfermedad y al tratamiento.

#### **Perfil de Salud de Nottingham.**

Consta de 38 ítems y se ha empleado básicamente para evaluar la Calidad de Vida con padecimientos crónicos, principalmente reumatológicos. Los ítems se presentan en forma de aseveraciones, que están limitadas a dos opciones de respuesta (sí/no) y evalúa las siguientes dimensiones: Estado físico, relaciones sociales, ansiedad, depresión y dependencia.

Por lo tanto no son aplicables a esta investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Existen otro tipo de instrumentos en los que se requiere que el paciente realice una valoración diaria o muy continua sobre su enfermedad y sentimientos ante ella, o bien, dichos instrumentos son aplicables en una sola sesión, pero se requiere de mucho tiempo y paciencia por lo que debido a la poca tolerancia que presentan las personas con adicciones no es recomendable la aplicación de los siguientes instrumentos:

#### **Cuestionarios o Inventarios**

"Son instrumentos con normas preestablecidas para su cumplimiento e interpretación, obedece a protocolos elaborados de antemano y se lleva a cabo por observadores preparados así como condiciones adecuadas"(García, 1997).

#### **Estadillo Diario**

Fue uno de los primeros instrumentos desarrollados. Consiste en un estadillo que el paciente debe llenar para recoger los elementos que se deben medir por ejemplo: horas de sueño, números de evacuaciones, las veces que llega a dar el dolor etc. El paciente debe ir valorando diariamente en cada cuadro como se va comportando a lo largo de la semana (Murillo, 1996)

#### **Las Escalas Lineales Continuas o Escalas Analógicas Visuales**

Son usadas para valorar síntomas tales como dolor o cualquier variable continua. Cada síntoma que se requiere medir se representa por una línea de longitud fija. Al principio y al final de la línea se colocan frases que describen los dos extremos de esta variable como "tengo un dolor insoportable" y "no tengo dolor" (Murillo, 1996).

#### **Entrevistas**

Son preguntas y respuestas tan amplias como se quiera, pero su efectividad depende del nivel de formación y preparación del entrevistador. Según García (1997) el grado de subjetividad u objetividad de la entrevista depende del

nivel de estructuración de la misma, debiendo buscar un equilibrio entre la libertad y facilidad del entrevistado para su manifestación en los aspectos necesarios.

**WHOQOLI (World Health Organization Quality Of Life Instrument, 1994)**

Este instrumento es muy similar al de la Escala de Kamofsky y al WHOPS.

La diferencia de este instrumento con los anteriores es que es pluridimensional y aborda indicadores subjetivos. De hecho se considera que la creación de este instrumento, ha marcado un paso importante en lo que se refiere a Calidad de Vida, ya que implica que el componente subjetivo ha sido reconocido como parte integral determinante del constructo (Guerrero, 2001).

El instrumento se integra por 235 ítems referentes a la salud física, factores psicológicos, independencia, relaciones sociales, ambiente social, religiosidad. El instrumento puede aplicarse a cualquier población y cultura.

Debido a la falta de tolerancia que caracteriza a las personas adictas, para la realización de la presente investigación se requiere de un instrumento de fácil y rápida aplicación, pero que al mismo tiempo arroje la suficiente información para saber que sucede con la Calidad de Vida de estas personas. Entre los instrumentos que más se adecuan a este fin se encuentran:

**Cuestionario de Calidad de Vida.**

Ramírez G. y Cortés V. (2001, material inédito) (en Cabrera, 2001a y Bustamante y Trejo, 2002) elaboraron un Cuestionario de Calidad de Vida, escala Likert, compuesta por 127 reactivos en total. Este instrumento mide actitudes presentado 5 alternativas de respuesta como por ejemplo:

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Regular	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1	2	3	4	5

Dicho cuestionario recopila datos básicos como sexo, edad, servicio médico que utiliza y escolaridad y está dividido en dos subescalas: 1) evalúa el funcionamiento de la salud, está constituida por 69 ítems en 5 áreas que son:

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

respuesta a enfermedad, hábitos de salud, historia de salud, uso del sector salud, creencias y actitud con respecto a la salud.; 2) evalúa el funcionamiento psicosocial y contiene 58 ítems en cuatro áreas que son estrés de vida, afrontamiento, apoyo social y salud psicológica.

Cabrera, (2001a) y Bustamante y Trejo, (2002) utilizaron dicho instrumento para realizar sus investigaciones respectivas: El primero trabajó con mujeres anoréxicas y obesas y las segundas sobre Calidad de Vida en Psicólogos Titulados lo cual nos da una muestra sobre la versatilidad de dicho instrumento .

### **PAIS (Psychological Adjustment Inness Scale)**

Es un instrumento de autoevaluación con cuatro opciones de respuesta, contiene 45 ítems abarcando 7 dimensiones que son: cuidado de la salud, laboral, familiar, relaciones sexuales, relaciones extrafamiliares, dimensión social y distrés psicológico.

Es uno de los instrumentos de evaluación de Calidad de Vida, que más ha sido utilizado últimamente. Su construcción se debió al interés por valorar la influencia que tiene, tanto el tratamiento como la enfermedad en la Calidad de Vida independientemente del tipo de padecimiento.

Por su parte Castro y Maya (1982) realizaron una comparación entre usuarios y no usuarios de drogas en estudiantes de nivel medio superior y superior en el área del distrito federal y zona metropolitana, donde elaboraron tres escalas específicas con 61 ítems en total para dicho estudio, las cuales miden:

1.- **La percepción de Calidad de Vida.** Dicha escala es tipo Likert y se compone de 27 ítems donde se abarca tipo de servicios con los que cuenta la comunidad (drenaje, servicio medico, religioso transporte etc.), relaciones con la familia, relaciones con los amigos , oportunidades de empleo. En esta escala se califica con una numeración del 1 (máxima insatisfacción) al 7 (máxima satisfacción)

2.- **La percepción del medio ambiente social.** Las preguntas son relacionadas con la familia, los amigos, la escuela o el trabajo, relación con personas del sexo opuesto. Se contesta de igual manera con una numeración del

1 al 7 pero en esta ocasión se considera muy afirmativo el 1 y muy negativo el 7. Esta escala contiene 19 ítems solamente

3.- Por último tenemos la escala sobre manejo de la realidad. Cuenta con 15 ítems, se califica del 1 (nunca) al 7 (siempre) y se relaciona con situaciones que algunas veces nos suceden como por ejemplo el estar enojado, pensar en el sexo, tener problemas sobre toma de decisiones, estar activo o pasivo etc.

#### **Instrumento para evaluar la Calidad de Vida**

Palomar (1995) desarrolló un instrumento válido y confiable para evaluar la Calidad de Vida de sujetos mexicanos, dicho instrumento consta de 163 ítems relacionados con la salud, la pareja, los amigos, la familia, el trabajo, el estudio, e incluso el tiempo libre del sujeto. Además tiene la ventaja de que puede ser utilizado en futuras ocasiones en las que se siga casi cualquier línea de investigación, la importancia de esto, es que está diseñado para una población mexicana y no de alguna otra nacionalidad, hay que tomar en cuenta que cada población es diferente y sobre todo cuando son diferencias demográficas.

Aunque estos instrumentos parecen aptos para evaluar la Calidad de Vida en personas con adicciones, el que será utilizado en esta investigación será el elaborado por Palomar (1995) debido en primer lugar a que su elaboración es de los más recientes dentro del ámbito psicológico. En segundo lugar porque se sabe que es un instrumento que cuenta con validez y confiabilidad. En tercer lugar, porque es un instrumento que se realizó con población y para población mexicana, hay que recordar que no todas las poblaciones son iguales, cada una tiene ideas y actitudes diferentes ante una misma situación. Una cuarta razón, es que la aplicación de este instrumento es muy sencilla en comparación con el de Castro y Maya (1982) debido a que es más fácil decidir que tan importante o que tan satisfecho se está con respecto a una situación X, que calificar y darle un cierto grado de bueno o malo a la misma situación. Por último, aunque parece ser muy largo el instrumento, los ítems a contestar varían de entre 103 y 163 ítems dependiendo de la situación laboral del sujeto, si tiene pareja y/o hijos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Estos son solo algunos de la gran cantidad de instrumentos que existen para la evaluación de Calidad de Vida pero hay que recordar que se continúan generando más instrumentos con el fin de encontrar herramientas más exactas de evaluación para saber con más efectividad que tanto se afecta la Calidad de Vida en los pacientes con alguna enfermedad o bien por su forma de vida que llevan.

Como ya se mencionó, existen diversos grupos de personas en las que se ha evaluado la Calidad de Vida, por ejemplo, se evalúa la gente con cierto estatus social (que vive en la pobreza, la riqueza), sobre todo a las personas que padecen de alguna enfermedad como insuficiencia renal, cáncer, anorexia, entre otras, pues bien uno de estos grupos a evaluar es el de las personas que sufren de alguna adicción.

A continuación se presentan las características de la drogadicción debido a que es importante conocer su etiología, su desarrollo intervención y principalmente la manera en que puede llegar a afectar a la persona que la padece.



**CAPÍTULO II**  
**Drogadicción**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DROGADICCIÓN****II. 1 Antecedentes**

El consumo de drogas definitivamente no es nada nuevo, aunque en los últimos años se ha convertido en un problema, esto debido al uso pero sobre todo al abuso que se le llega a dar a ciertas sustancias, ya sean naturales o de composición química, sin embargo nos podemos remontar a siglos anteriores en los cuales no se consideraba un problema el uso de sustancias, por ejemplo:

Quirón, Orfeo, Melampo, entre otros, eran considerados en la época mítica como grandes herboristas, de acuerdo con Escotado (1990) ellos conocían perfectamente las virtudes de las drogas simples así como también tenían una gran habilidad para hacer compuestos.

Teofasto (citado en Escotado, 1990) proporcionó una lista de expertos en la materia a los cuales llamaba farmacólogos o vendedores y farmacólogos o fabricantes, los cuales vivían como terapeutas ya fuesen fijos o viajeros. En su "Historia de las plantas", primer tratado de botánica propiamente dicha, Teofasto, comenta que casi todos los lugares participan en la producción de drogas aunque difieren en la medida pues las regiones del norte y el sur poseen más variedad de hierbas de maravillosas virtudes.

El uso de drogas no siempre ha sido con fines "satisfactorios", en realidad, el uso de la mayoría de ellas comenzó con la finalidad de un uso terapéutico, Escotado (1990) menciona varias drogas como por ejemplo el opio, el cual en la época mítica era utilizado como un té tranquilizador conocido como "la adormidera", la cual era utilizada en ocasiones en que se presentaban accidentes o episodios dolorosos, también se consideraba un símbolo de amor y era utilizado para conjurar los embarazos, o para saber como les iría a las parejas en su matrimonio.

Otra droga era el alcohol, también utilizado por la cultura islámica con fines "tranquilizantes", sin embargo fue prohibida por Mahoma debido a que llegaba el momento en que la persona perdía el control de sí mismo y no podía salir del estado de embriaguez.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un tónico que se conoce desde el siglo IX es el café, una bebida oscura de un magnífico sabor, utilizada para quitar el cansancio, sin embargo Escotado (1990) afirma que fue a partir del siglo XVI cuando se propagó más el uso del café "en 1511, el sultán de Egipto nombró un nuevo virrey en La Meca, que no conocía la droga. Un día vio a algunos derviches tomando el licor para soportar los ejercicios de la noche y los encarceló. A continuación convocó una reunión de teólogos juristas y notables de la ciudad para que deliberasen sobre su capacidad de embriagar. Como no se ponían de acuerdo recurrió a dos médicos y estos coincidieron en decir que se trataba de una droga nociva para la salud. Precedida por el virrey, la asamblea condenó el fármaco y prohibió su venta. Sin embargo, el sultán era ya un gran aficionado al café, y revocó esas disposiciones tan pronto como llegaron a su conocimiento" (Escotado, 1990 pp. 265).

Sin embargo a pesar de las prohibiciones encontramos que años más tarde, en el Cairo, Siria, Persia, Turquía, por nombrar algunos países, aún se encuentra una gran producción de café, e incluso en algunos países, entre ellos México, además de ser uno de los principales productores de café, lo toman todas las clases sociales por costumbre.

El tabaco es uno más de la lista, se cuenta que toda América bebía, comía o fumaba esta hierba, jamás conocida en otros continentes. Que los primeros en probarla fueron Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, siguiendo a los indios en su costumbre de fumar cilindros de tabaco y llevando a Sevilla dicha costumbre. La inquisición decidió que era una droga que engendraba fricciones y que solo Satanás podía conferir al hombre la facultad de expulsar fuego por la boca, por lo que se prohibió. El tabaco es una droga solanácea, y era utilizado para poder realizar rituales, utilizado principalmente por los chamanes jíparos, ya que se producían un estado de ebriedad, fumando grandes cantidades de tabaco muy fuerte y bebían caldos del mismo. De acuerdo con Escotado (1990) otros grupos, usaban la droga en contextos más profanos y muchos dentro de finalidades terapéuticas también debido a que la embriaguez y somnolencia que causaba quitaba sobre todo la fatiga.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Rebollar (1997) afirma que algunas civilizaciones buscaban no sólo efectos placenteros y eufóricos, también experiencias místicas y religiosas. Las culturas muestran un gran apego a sus tradiciones ancestrales, ya que para ellas es un regalo que les han dado los dioses, es un don milagroso y divino pero nunca se imaginaron que esas plantas son drogas cuyos componentes afectan la mente del hombre.

Kalina (1988) comenta que a fines del siglo XIX, el hábito del opio, la morfina y la heroína empezó por lo que parecía ser una dosis terapéutica apropiada, sin embargo dando un salto en el tiempo hasta el siglo XX, encontramos que ha cambiado radicalmente de finalidad, el uso de las drogas.

Es un fenómeno bien conocido que tanto los adultos como los jóvenes ingieren, fuman, aspiran y abusan de muchas maneras de ciertas sustancias químicas.

Kalina (1988) afirma que el problema de la drogadicción de los años 60's, se refiere al uso "callejero" de drogas por parte de jóvenes de clase media y superior. En este brote ilegal de drogas, un gran número de jóvenes estaba de por medio por primera vez, y el uso que hacían de las drogas estaba en gran parte vinculado con una protesta más general en contra de las normas políticas, educativas y sociales en vigor.

A partir de los años 60's, se han fundado centros tanto en las grandes como en las pequeñas ciudades, comenta Rebollar (1997), para ayudar a los jóvenes que tienen problemas con las drogas. Estos centros son muy numerosos y variados, según la forma de ayuda que proponen.

A partir de 1970, el consumo de drogas por los jóvenes ha aumentado considerablemente. Dolto (1991) afirma que entre los países más afectados se encuentran Suecia, Dinamarca, Francia; España, Portugal, Estados Unidos y México. Lo que relaciona a la mayoría de estos países es, que pertenecen al grupo denominado como tercermundistas y que existe una franca desigualdad económica entre ellos mismos, ya que la riqueza no alcanza a satisfacer las necesidades de alimentación, atención de salud, vivienda ni educación.

También menciona que este hecho ha producido grandes consecuencias sociales que afectan a la población que en su mayoría es adolescente. Dolto (1991) afirma que el uso de drogas en nuestro país se ha venido incrementando en las últimas décadas y se considera actualmente un problema social ya que su práctica se ha extendido a grandes grupos de la población.

Kalina (1988) opina que la intensificación de la lucha contra las drogas en los 80's debe relacionarse con la desaparición de los movimientos de protesta de los jóvenes debido a que actualmente se encuentra muy disgregada la sociedad, los lazos de solidaridad son débiles entre las personas.

Por desgracia este problema no se quedó olvidado en los anteriores siglos, nos ha alcanzado en el que actualmente vivimos y teniendo un gran impacto durante los últimos años, principalmente en los jóvenes.

Cabrera (2001b) afirma que ya no es extraño encontrarse con niños y jóvenes que utilicen drogas ya que se ha vuelto un problema que ahora vemos con mucha familiaridad, que existe una gran permisibilidad y accesibilidad sobre su uso, al grado de que ya no es necesario esconderse para consumirla.

En estudios realizados por Centros de Integración Juvenil, se reporta que las escuelas y los centros de diversión que frecuenta principalmente la gente joven, resultan ser los lugares de mayor distribución de las drogas (Centros de Integración Juvenil (CIJ), 1999 a).

Como se puede comprobar, el uso de las drogas es muy antiguo, tanto como la humanidad misma, algunas plantas han sido utilizadas como alimento o medicamentos, sin embargo aunque su uso ha sido físico, algunas plantas tienen efectos sorprendentes sobre la mente y el cuerpo ya que producen sensaciones diferentes a las normales. Desafortunadamente su uso se convirtió en abuso y ahora la mayoría de estas sustancias son clasificadas como dañinas o nocivas para la salud debido al poco control que se tiene sobre ellas y su uso medicinal ha quedado más que olvidado, buscando en ellas únicamente un "placer" que es momentáneo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II.2 Principales Definiciones.

Es un hecho innegable que los usos de drogas están en todas las clases sociales, pero según a que grupo pertenezca la persona que las usa, se habla de ellas de una u otra manera.

Las drogas, provocan en el ser humano una desinhibición de su conducta y esto hará que la persona pueda cometer cualquier atentado contra su propia persona o contra otras, cuando esto sucede, se dice que se tiene una enfermedad llamada drogadicción.

Para poder prevenir o atacar de manera directa esta enfermedad, es necesario crear conciencia en toda la población, sobre el problema, y para hacerlo, es necesario conocer sobre lo que estamos hablando, por eso, a continuación se presentan los principales términos utilizados en el tema y sus definiciones.

### **DROGA**

Escohotado (1990) dice que drogas son "las sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando, o haciendo dormir" (pp. 133) pero también aclara que para llegar a una definición sobre la droga, los griegos recorrieron un largo camino llegando a la conclusión de que la mezcla de unos fármacos es saludable y la de otros es mortal.

"La definición científicamente básica de droga, dicen Dusek y Girdano (1990; pp. 37), es la siguiente: sustancia que por su naturaleza química, afecta la estructura de un ser vivo. Abarcan todo lo que la gente ingiere, inhala, se inyecta o absorbe, incluyendo medicina, drogas contraindicadas, drogas ilegales, bebidas, cigarras, aditivos de alimentos, sustancias industriales incluso alimentos".

Funes (1996) afirma que no es nada fácil poder dar una definición, de hecho que no existe una definición de droga y su dificultad radica en que se trata de un conjunto de sustancias muy diversas (lo cual podemos observar en la definición anterior), con una gran diversidad de efectos en el sistema nervioso

humano y de las cuales se hacen diversos usos. Además son sustancias que se pretenden limitar, regular y controlar por diversos motivos. Sin embargo da una aproximación de lo que sería una droga: "Los fármacos o drogas son aquellas sustancias que modifican alguna de las funciones del organismo" (Funes; 1996; pp. 33).

Otra definición es la de "Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que se emplean en medicina, en la industria o en las bellas artes. Es una sustancia capaz de originar toxicomanía" (Bruguera; 1976, pp. 691).

En general el término droga, se refiere a "cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo, modifica alguna de sus funciones" (De la Fuente, 1990, pp 2).

Para Suárez (2001) son sustancias que perturban las funciones naturales del cuerpo y que influyen en el estado de ánimo, los sentimientos y las percepciones.

En Centros de Integración Juvenil la definen como "Toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones físicas o mentales"(CIJ, 1999b; pp. 1).

Como se puede observar no hay mucha diferencia en la definición de este concepto, lo principal es que siempre se ha reconocido que la droga es una sustancia que siempre va a alterar las funciones de cualquier organismo produciendo así la enfermedad llamada farmacodependencia, o más comúnmente conocida como drogadicción.

En De la Fuente (1990, pp. 2) se afirma que la palabra droga da la idea de peligro, vicio, delito "pero es un término neutral en cuanto a que puede referirse tanto a sustancias que restauran la salud como a otras que por su naturaleza y/o forma de consumo causan problemas individuales y sociales".



## DROGADICCIÓN

"Drogadicción: enfermedad progresiva y degenerativa, característica por la ingestión de fármacos o drogas, con cierta regularidad y deseo incontrolable de consumo y que produce alteraciones físicas y mentales" (CIJ, 1988, pp. 44).

"La dependencia es el factor más importante en el uso regular y en la perpetuación del consumo de droga. Se le define como un estado resultante de la interacción entre un organismo animal y un medicamento que ocasiona cambios neurales, de comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre una impulsión a procurar del fármaco en forma continua o repetida para experimentar nuevamente sus efectos y algunas veces evitar el sufrimiento que suscita el verse privado de él" (De la Fuente: 1990 pp. 1-2).

En Alcohólicos Anónimos (A.A) consideran que tanto la drogadicción como el alcoholismo son una enfermedad que puede afectar a cualquiera, ya sean jóvenes, adolescentes, adultos, viejos, ricos, pobres, blancos, negros, eso no importa, ni tampoco importa cuanto tiempo se lleve bebiendo o consumiendo droga. " lo que realmente importa es como afecta en la vida la bebida o consumo" (A.A: 1981; pp-3).

Otros autores como Rebollar (1997) y Arcos (2000) entre otros consideran que no es posible abordar el tema de la drogadicción sin hacer explícito de antemano, la complejidad del fenómeno en sí y las dificultades que se expresan para establecer una definición que permita una mejor comprensión del mismo. Sin embargo la definición que más utilizan ellos es la de la Organización Mundial de la Salud OMS, la cual define a la drogadicción como "el estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizada por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. Una misma persona puede ser dependiente a uno o más fármacos" (OMS, 1974; citado en Rebollar, 1997 y Arcos 2000).

Se puede decir entonces que la drogadicción o farmacodependencia, es la necesidad incontrolable de usar una o varias drogas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, la drogadicción es una enfermedad que siempre presenta varias características, una de estas es la tolerancia.

### **TOLERANCIA**

Al parecer un sujeto llamado Trasias de Mantinea y su discípulo Alexias, fueron los primeros en formular el concepto de tolerancia. Según Teofasto "Las virtudes de todas las drogas van haciéndose más débiles para quienes se acostumbran a ellas, hasta hacerse completamente ineficaces en algunos casos. Pues parece que algunas drogas son tóxicas debido a la falta de familiaridad, y quizá sea un modo más preciso de hablar decir que la familiaridad quita su veneno a las drogas, porque dejan de ser tóxicas cuando la constitución las ha aceptado y prevalece sobre ellas, como observó Trasias; pues dijo que la misma cosa era droga para uno y no para otro, distinguiendo entre distintas constituciones, y observó con agudeza la diferencia"(Teofasto, citado en Escotado, 1990pp. 131).

De la Fuente (1990) dice que algunas sustancias producen tolerancia del organismo a sus efectos, lo que traduce como la necesidad de aumentar la dosis.

En Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1999b) definen la tolerancia como una adaptación del organismo a los efectos que causan las sustancias, esta adaptación lleva a la necesidad de aumentar la dosis para tener los mismos efectos iniciales.

"Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud" (Secretaría de Salud, 1992; citado en Zarate, 2000).

Entonces la tolerancia se puede explicar como si fuera un círculo, porque el cuerpo humano se va adaptando a la presencia de una droga (tolera su presencia), pero al adaptarse, obviamente la droga ya no hace el mismo efecto y el sujeto opta por introducir mayores dosis para sentir el mismo efecto, el cuerpo a su vez va adaptándose nuevamente y así continua el círculo.

Otra característica de la drogadicción, aparte de la tolerancia es el síndrome de abstinencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **ABSTINENCIA**

Funes (1996) explica que la adaptación de un organismo a una droga, provoca la aparición de intensos trastornos físicos, al igual que cuando se presenta una interrupción de la aplicación de la droga a lo cual llama síndrome de abstinencia. Explica que estos trastornos pueden estar constituidos por síntomas de carácter psíquico y/o físico, dependiendo del tipo de droga o drogas administradas.

De la Fuente (1990) dice que el síndrome de abstinencia tiene características propias dependiendo de la droga y que desaparecerá cuando la droga sea nuevamente administrada.

"Abstinencia. es el conjunto de signos y síntomas que se producen como consecuencia de la reducción o la interrupción en la administración de una sustancia psicotrópica después de un tiempo de uso prolongado" (C.I.J., 1999b; pp. 1).

Hasta aquí, se han presentado las principales palabras claves que se utilizan en el desarrollo del tema de la drogadicción y su definición. Como podemos observar no existe un criterio muy claro sobre ellas, es decir, las definiciones pueden ser claras en cuanto a lo que produce una droga, pero en ocasiones pueden ser muy abiertas y abarcar sustancias que tal vez no entren en el grupo de las drogas, o bien estar muy cerradas y no incluir otras sustancias; por lo tanto a continuación se presenta una clasificación de drogas para poder complementar así los términos anteriores.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### II.3 Clasificación de drogas.

Debido a que existe una gran diversidad de drogas todos aquellos autores o instituciones que se involucran en el tema, realizan una clasificación puesto que así resulta más sencillo conocer sus efectos físicos y psíquicos que ejercen en la persona.

En de la Fuente (1990), se realiza una clasificación de las drogas agrupándolas en tres grupos:

1. Las que sus efectos terapéuticos son importantes, no inducen dependencia ni son drogas de abuso, por ejemplo: Fenotiazinas, butirofenonas, derivados tricíclicos.

2. Aquellas cuyos efectos terapéuticos también son importantes, sin embargo, son capaces de generar dependencia, presentándose entonces el abuso y el tráfico ilícito de ellas, por ejemplo: morfina, heroína, anfetaminas, barbitúricos.

3. Aquellas que no tienen aplicación médica, por lo tanto son principalmente drogas de abuso como por ejemplo: cocaína, marihuana, mezcalina, alcohol.

Por su parte Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988), afirman que las drogas pueden ser clasificadas de dos maneras:

La primera:

1. Permitidas: Se consideran permitidas socialmente, debido a su función terapéutica en la mayoría de los casos, o porque no alteran notablemente ni de manera inmediata las funciones del organismo, por ejemplo: medicinas, cigarros, café, alcohol.

2. No Permitidas: Se refiere a aquellas que su consumo es mal visto por la sociedad, en esta clasificación entran prácticamente todas las drogas, principalmente la marihuana, cocaína crack, cemento, entre otras.

La segunda:

Estimulantes: Son aquellas que provocan una reacción de hiperactividad en el sujeto al ser consumida por ejemplo: la marihuana, cocaína, ICE, éxtasis, crack, alcohol.

TELECOM  
FALLA DE ORIGEN

**Depresivas:** Son aquellas que provocan una reacción de hipoactividad en el sujeto cuando éste la consume, por ejemplo: opioides, morfina, heroína, diasepán, inhalantes, alcohol.

Aunque esta última clasificación es la más utilizada encontramos que Schwebel (1991) y Madden (1986) dicen que la manera más fácil de recordar las drogas, es pensar en el propósito para el cual se toman, tomar en cuenta que éstas se utilizan para modificar estados de ánimo y conductas. Dividen entonces las drogas en 7 grupos principalmente:

#### Estimulantes

Son drogas que aceleran el sistema nervioso central, suelen reducir el apetito y permiten a la persona sentirse menos cansada, más alerta y con más energía. Los efectos posteriores sobre el cuerpo son una sensación de flojera y cansancio.

Algunos estimulantes son plantas que se encuentran en la naturaleza y otros son sustancias químicas; algunas de ellas son:

**COCAÍNA:** Derivado de la hoja de arbusto de coca. Legalmente se usa como analgésico pero fuera de la legalidad y generalmente se usa para excitación eufórica. Se aspira por la nariz, en ocasiones se disuelve en agua y puede inyectarse, también puede ser fumada. Aumenta la tensión cardiaca y la arterial. Debido al intenso placer que provoca, el sujeto se puede volver adicto en dos semanas.

**CAFEÍNA:** Es la droga más popular en el mundo, se trata de una sustancia amarga, de aspecto cristalino, que se encuentra en el café, el té, el cacao, y en plantas de cola. Constituye un ingrediente de remedios caseros para la tos y el resfriado pero sobre todo como bebida habitual de la mayoría de las personas del mundo.

Cuando se ingiere cafeína aumenta la presión arterial y la temperatura corporal, produce pérdida de apetito y retrasa el sueño; también es asociada con el riesgo de contraer cáncer y úlcera péptica.

**ANFETAMINAS:** Comenzaron a utilizarse en el campo de la medicina, convirtiéndose en una "droga milagrosa" pues permitía permanecer largos tiempos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

despierto, además de que ayudan a la reducción de peso con gran rapidez. Pueden inyectarse o ingerirse en forma de píldoras. Aumentan la frecuencia cardiaca y respiratoria.

**NICOTINA:** El cigarro produce taquicardia, aumento de la tensión arterial y disminución de la temperatura de la piel, el sistema cardiovascular se ve afectado. El cigarrillo estimula primero y después reduce la actividad de partes del cerebro y del sistema nervioso.

El uso de nicotina tiende a producir dependencia aunque no muy rápido. El hábito es muy difícil de dejar y la abstinencia produce irritabilidad, ansiedad, letargo y aumento de peso debido a cambios del metabolismo.

#### Depresores

Aflojan la mente y el cuerpo. Son particularmente peligrosos en combinación, por los efectos que se producen. Los depresores conducen a la tolerancia como a la dependencia y la abstinencia puede ser peligrosa, de hecho debe ser vigilada por un médico. Algunos depresores son:

**BARBITÚRICOS:** Continúan usándose con fines médicos, pero son muy peligrosos ya que una sobredosis puede ser mortal. La tolerancia se desarrolla rápidamente.

**BENZODIACEPINAS:** Las más conocidas son los tranquilizantes como el Valium y Librium. Son frecuentemente de las drogas más prescritas.

**METACUALONA Y ALCOHOL:** Los efectos de estas drogas son muy similares, producen un efecto tranquilizante y relajante y entre más se consume se da una lentitud de reflejos y pobre razonamiento. Es importante mencionar que el alcohol se incluye en el grupo de los estimulantes ya que al principio produce una aceleración del sistema nervioso pero después provoca lo contrario.

En un principio se comenzó a utilizar para fines religiosos y médicos pero al hacer abuso de él se convirtió en una droga aunque permitida, peligrosa.

#### Alucinógenos

Estas drogas producen alucinaciones de voces, visones o sensaciones imaginarias. También modifican la percepción del tiempo de experiencias vividas y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de distancias. Uno de los principales riesgos es que en los "viajes malos" el consumidor se vuelve ansioso y aterrado por la alteración de su estado de conciencia.

**LSD:** Uno de los alucinógenos más utilizados. Al principio se utilizó para ayudar a la psicoterapia ya que liberaba "material reprimido" y muchos consideraban placentera la experiencia con este ácido lisérgico. Pero debido a su uso incontrolado se prohibió posteriormente.

**PCD:** También conocido como polvo de ángel fue sintetizado como analgésico propiamente pero al ver los efectos secundarios que producía se prohibió su uso. Actualmente se utiliza como analgésico pero con animales como primates y elefantes.

#### Narcóticos

Estas drogas alivian el dolor y adormecen, sedan a la persona y crean sensaciones de euforia, las más conocidas son las que usan los médicos y odontólogos, para eliminar el dolor. Entre ellas se encuentran la codeína, demerol, morfina, y el percodan.

#### Inhalantes

Son productos químicos que producen intoxicación cuando se les inhala o aspira. Esto produce una sensación de embriaguez y una variedad de emociones, a veces alegres, otras de temor.

Algunos de ellos son la goma de pegar, gasolina, cemento, esmalte de uñas, aerosoles, marcadores de agua y nitrato de butilo, corrector de máquina, entre otros.

Por lo general producen dolor de estómago y desmayos. Su uso prolongado daña los nervios, el hígado, los riñones, provoca daño cerebral y problemas cardíacos.

#### Manhuana

Es la más popular de las drogas ilegales, se fabrica con la hoja y el tallo de la planta de cáñamo. Las personas que fuman, lo hacen para ponerse alegres, para distraerse y para alterar su estado de conciencia, se libera de inhibiciones y coloca a los individuos en un estado de ensueño.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

Los consumidores crónicos de gran cantidad, desarrollan sobre todo dependencia psicológica y de existir abstinencia pueden llegar a tener varios problemas con los demás.

El humo de la marihuana puede contribuir al cáncer al igual que el cigarrillo.

Esteroides Anabólicos.

Son una forma sintética de la hormona masculina testosterona. Combinada con ejercicios y una dieta hiperproteínica y calórica, esta droga produce un estado de euforia, disminuye la fatiga y aumenta el volumen, la fuerza, resistencia y agresividad en ambos sexos.

Su mal uso es asociado con cambios en la personalidad y en el humor, infertilidad, alteraciones en la función del hígado, aumento del nivel de colesterol, presión sanguínea elevada úlcera sangrantes y muerte prematura.

Estas son solamente algunas de las tantas drogas que en realidad existen, son las más conocidas y utilizadas, tanto por adolescentes como por jóvenes, adultos e incluso niños.



#### II-4 Tipos de Consumidores

Así como se ha realizado una clasificación de las drogas dependiendo del efecto que tiene sobre el organismo, para poder ayudar con más eficacia a las personas que sufren esta enfermedad, también se ha realizado una clasificación o división de consumidores, esta clasificación se hace basándose en la frecuencia con la que un individuo consume droga, y el grado de adicción o dependencia que se haya establecido. Madden (1986) y C.I.J (1988) definen los siguientes tipos de usuarios o consumidores:

**Grado I / Experimentador:** Es aquel individuo que consume alguna droga por la necesidad de tener una experiencia emocionante, no ha desarrollado dependencia alguna y de hecho no vuelve a consumir más droga.

**Grado II / Ocasional o Social:** Es el que consume drogas de vez en cuando, sobre todo cuando está en reuniones sociales y fiestas. Este tipo de consumidores siguen viviendo normalmente y son capaces de disfrutar y departir sin ayuda de la droga, ya que ésta no ocupa un lugar primordial en sus vidas.

**Grado III / Funcional:** Es aquel que necesita de cierta dosis de una droga para poder realizar sus actividades adecuadamente en la sociedad; es decir, relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o profesión dependiendo del trabajo.

**Grado IV / Disfuncional:** Son aquellos que definitivamente ya presentan una total dependencia de la droga, debido a su adicción ya no funcionan personal, social o productivamente. su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades son exclusivamente enfocadas a la obtención de la droga. Esto significa un deterioro en su vida social, familiar y personal, y por desgracia las posibilidades de recuperación son muy pocas aunque no imposibles.

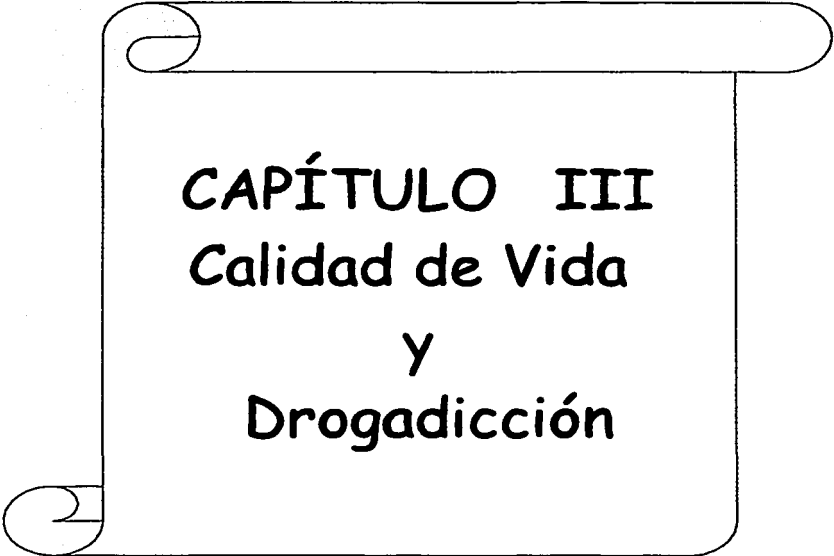
Es importante decir que las personas con problemas de drogadicción pasan por todos y cada uno de estos grados, en ocasiones logran curarse cuando van en los grados intermedios, pero por lo general la mayoría de ellos necesitan llegar al último para darse cuenta del problema en que se encuentran.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las drogas son sustancias naturales o compuestas, dichas sustancias a lo largo de la historia se han utilizado para diversos fines, principalmente el terapéutico, sin embargo el hombre encontró en ellas la manera de poder "escaparse de la realidad". Su uso incontrolado provocó lo que ahora conocemos como drogadicción, la cual constituye una enfermedad no solo física, también mental, y social.

Por último Schwebel (1991) comenta que entre la década de los 50's y los 70's proliferó mucho la información sobre las drogas pero más que ser un buen programa de prevención, se convirtió en un tema que incrementó la curiosidad principalmente de los niños. Sin embargo esto no quiere decir que debemos cerrar los ojos ante el problema, por el contrario, es importante estar bien informados para poder dar información correcta de cada una de ellas pero sobre todo para poder disipar la curiosidad de los jóvenes y niños sin que sea necesario que ellos la prueben directamente y caigan en una enfermedad que tal vez los mate.

Probablemente en las décadas anteriores no se transmitió la información de manera correcta debido a los tabúes que existían, sin embargo ya nos encontramos en una época en la cual se puede hablar abiertamente y así poder difundir con más precisión todo lo relacionado con el tema, se debe seguir tratando de prevenir a toda la población, sobre todo a los niños y adolescentes que son los más propensos a caer en esta enfermedad y cuando la prevención no funcione, hay que dar todo el apoyo a la persona que tiene el problema de drogadicción así como a todas las personas que le rodean pues no hay que olvidar que es una enfermedad que afecta no solamente al individuo, también a la sociedad



**CAPÍTULO III**  
**Calidad de Vida**  
**y**  
**Drogadicción**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CALIDAD DE VIDA Y DROGADICCIÓN**

El uso y abuso de las drogas no es nada nuevo, sin embargo, actualmente el mundo padece con más intensidad la presencia y con ello las consecuencias que la drogadicción produce.

Por su origen, dimensión e impacto, el uso de estas sustancias se considera no sólo un problema de salud física y mental, también es considerado un problema de salud pública que se presenta en los seres humanos sin importar sexo, raza, edad o clase social a la que éstos pertenezcan.

Recordemos que la Calidad de Vida es una medida de bienestar físico, mental y social y que el mismo individuo le concede la importancia correspondiente a cada área o aspecto de su vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico), por lo tanto, cuando se presenta una enfermedad como la drogadicción ésta afectará notablemente el nivel de satisfacción provocando un decaimiento en la Calidad de Vida del individuo, pero también de todos aquellos que le rodean.

A continuación se hablará no de factores de riesgo que llevan a la drogadicción, más bien de las consecuencias que esta enfermedad trae consigo. Para tal propósito se dividirán en tres grupos los aspectos que comprenden la vida del ser humano; salud, familia y relaciones sociales, debido a que en ellos o a su alrededor se mueven el resto de los aspectos que componen la vida del ser humano, como son los hijos, el trabajo, los amigos, o cualquier tipo de relación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III.1 La Salud

Hasta el momento no se conocen tratamientos que puedan evitar el envejecimiento, es decir, no existe un suplemento que demuestre que la vida se pueda alargar o mejor dicho, que evite la muerte, el momento final de todo ser humano, sin embargo, de acuerdo con Viamonte (1993) existen tres auxiliares que lo demoran y son: la alimentación, los amigos y el ejercicio, incluso se puede afirmar que estos auxiliares no sólo ayudarán a las personas adultas, es importante que los estilos de vida se adopten desde que se es joven para alcanzar la longevidad y con una buena Calidad de Vida, ya que no es algo que se logre de la noche a la mañana.

La salud del hombre siempre ha sido objeto de la práctica cotidiana de la medicina y aunque es parte indispensable del bienestar y la felicidad de los seres humanos, para muchos ha sido un poco difícil definirla. Esto es debido a que existen diferencias sobre todo culturales, pero también cotidianas en los diversos grupos sociales.

Vega (2000) enuncia diferentes definiciones de salud de acuerdo con las culturas que ha observado, por ejemplo, menciona que en el mundo occidental la salud es un artículo de consumo, que puede obtenerse al comprar vitaminas, productos naturales, realizando actividades deportivas u obteniendo un seguro médico.

En contraste existen otros grupos sociales para los cuales la salud es simplemente la ausencia de enfermedad. Vega (2000) dice que estos grupos humanos atribuyen la pérdida de salud a razones de índole mágica como "el mal de ojo", "la pérdida de la sombra", "agarró frío o aire"; en otras ocasiones se lo atribuyen a espíritus como los "chaneques" o "como Don o Castigo de Dios".

Vega (2000) menciona que en la China antigua, la salud era vinculada a un ente inmutable y eterno conocido como Tao, al cual se le reconoce como principio fundamental de la virtud y la vida, es el origen y esencia de todos los seres. De acuerdo con las ideas taoístas, el tao tiene dos atributos: el yin (oscuro, pasivo, misterioso, demoníaco) y el yang (brillante, activo, claro, benéfico), estos atributos

deben estar siempre en balance armónico, pues de ellos depende el goce de salud.

En la cultura helénica se decía que la combinación correcta de los elementos corporales era necesaria para generar un estado armónico compatible con la salud; un equilibrio entre lo seco-húmedo, calor-frío, dulce-amargo, entre otras dualidades, caracterizaba una vida sana. Vega (2000) apunta que de esta teoría surge el concepto armonía obteniendo objetividad, debido a que al término salud se le atribuyó la buena relación entre el hombre y su medio ambiente.

Otra definición encontrada es la de "estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones" (Bruguera, 1976, pp. 1793; Zamora; 2000, pp. 5) esta definición en realidad no ha sido muy utilizada debido a que no es muy precisa, sobre todo al referirse a las funciones, además se pueden realizar muchas funciones de manera "normal" aún cuando se tenga alguna enfermedad o impedimento.

Alvarado (1996) afirma que tradicionalmente se ha definido a la salud como "ausencia de enfermedad" debido a que se entiende mejor la enfermedad que la salud; explica que la enfermedad se asocia con el malestar (la fiebre, dolor e incomodidad, entre otros) y son claramente perceptibles, debido a que se relacionan directamente con la capacidad funcional de una persona, sin embargo la salud no es algo perceptible, no nos damos cuenta de que está ahí, por lo tanto se define a la salud como algo normal mientras que a la enfermedad como anormal.

Dimauro (1995) señala que el concepto de salud mental tiene que ver con su referente principal: el medio sociocultural, pero que se ha convertido en un tema controvertido lo que ha llevado a que se den diferentes conceptos. También afirma que varios autores han descartado la concepción de que la salud es la ausencia de enfermedad, pues la consideran una idea simple e inexacta.

Para el año de 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término salud de manera científica como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades" (citado en Vega; 2000, pp.9) y aunque en opinión de este autor lo que hizo la OMS

fue únicamente cambiar la palabra salud a la de bienestar pero sin dar una definición concreta, Alvarado (1996) afirma que en esta definición aparecen como componentes dos áreas relevantes del ser humano que son la psicológica y la social, las cuales se suman a las biológicas dando así un concepto integrador de salud, puesto que implica factores sociales, grupales, culturales y personales, los cuales determinan el origen, mantenimiento y evolución de la enfermedad. "El papel de los factores psicosociales en la salud no se reduce a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación, y consecuencias sintomáticas (siendo muchas veces las responsables de la mejoría o empeoramiento de una situación aguda o crónica), a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables" (Rodríguez-Marín, Pastor y López, 1988; Rodríguez-Marín, 1991; citados en Alvarado, 1996, pp. 354).

Dimauro (1995) tampoco está muy de acuerdo con esta última definición, ya que dice que se ingresa a un terreno muy ambiguo, subjetivo y cambiante... "la salud puede pensarse como un estado de equilibrio inestable, en el que una multitud de comportamientos convalidados como normales, participan como elementos inter-vinculados e interdependientes de la conformación de una amplia zona. Cada uno de estos comportamientos oscila dentro de determinada banda, que habrá de constituir el "espectro" de tolerancia social para cada uno de ellos... Cada sociedad establece la amplitud de cada una de estas bandas de oscilación de los comportamientos convalidados como normales conforme a su propia idiosincrasia, de modo tal que una conducta puede ser considerada normal en una cultura y no en otra" (Dimauro, 1995 pp. 109)

A pesar de las diferencias de opinión que surgen alrededor de este concepto, encontramos precisamente que se hacen críticas, pero ningún autor ha dado alguna otra definición al respecto que cubra todas las necesidades que dicen se debieran cubrir, por lo tanto, a la fecha se sigue considerando como correcta la proporcionada por la OMS que dice "Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades" (citado en Vega; 2000, pp.9)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el campo de la salud de acuerdo con Satién (1993), las metas de más alto grado de Calidad de Vida están representadas por:

-Una vida lo más larga posible y en el mejor estado de salud.

-Que dicho grado óptimo de salud y larga vida esté distribuido equitativamente entre los individuos y grupos que forman la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone cuatro metas de salud principalmente:

1.- Equidad en la salud

2.- Añadir años a la vida

3.- Añadir salud a la vida

4.- Añadir vida a los años (que todos puedan desarrollar su potencial de salud, y oportunidades para minusválidos) (en Satién, 1993).

Llegar a estas metas, dice Satién (1993), dependería de varias acciones que realizamos, por ejemplo:

→ Estado de salud de la población y su distribución

Por medio de esto se pretende conocer cuál es el estado de salud actual de la comunidad refiriéndonos a:

1.- La duración de la vida, donde se trata de conocer cuál la edad promedio a la que llega la población, cuáles son las causas que provocan una corta vida y qué hacen para que se cumpla o no este periodo de vida esperado

2.- Se refiere a la salud que se tiene durante la corta o larga vida del sujeto, conocer cuáles son las enfermedades que afectan a la población, las que más inciden y prevalecen, y su gravedad

Para esto es importante saber cuál es la evaluación de las personas respecto de su propia salud, cómo afectan los malestares en su comportamiento, y las consecuencias que con respecto de su desenvolvimiento en la vida supone la enfermedad o la deficiencia.

→ Atentados contra la salud

Aquí se intenta comprender la relación entre los modos de vida y la salud; Satién (1993) señala que los modos, formas o estilos de vida constituyen un conjunto de costumbres de la vida cotidiana

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Se debe tomar en cuenta que estos estilos no son sólo individuales, también se refieren a modos de comportamiento que adoptan otras personas, es decir, cada individuo vive a su manera, pero siempre sometido con mayor o menor rigor a las costumbres y reglas que establece la sociedad.

A nivel individual se puede decir que existen prácticas de conducta muy insanas que en ocasiones son valoradas por la sociedad como positivas, por ejemplo no realizar ejercicio, fumar o tomar; sin embargo es obvio que muchas de estas acciones tienen una estrecha relación con la salud, puesto que realizarlas o no contribuye significativamente a vivir mejor, es decir, sin enfermedades y con la posibilidad de alargar más años la vida de uno mismo, o bien, sufrir de enfermedades o simplemente vivir menos años del promedio común.

Satién (1993) afirma que existen prácticas nocivas para la salud que al parecer están arraigadas en nuestra sociedad, como son el consumo de alcohol y tabaco, que en la mayoría de los casos se presenta como una forma de relacionarse socialmente pero no nos damos cuenta de que estamos atentando contra nuestra propia salud, sin embargo en los últimos años se ha logrado establecer relación entre los hábitos de fumar y/o tomar y la mortalidad total en diferentes poblaciones, esto bajo la incidencia de enfisema pulmonar, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cerebro vasculares, úlceras pépticas, embarazos afectados por el consumo de dichas sustancias, dependencia a la nicotina e incluso consecuencias por la simple exposición al humo.

En el caso de las adicciones se debe recordar que la prevención comienza con los niños. Los infantes que ven a sus padres usar medicamentos pueden suponer que las medicinas resultan esenciales y más tarde, es altamente posible que busquen en una botella, cigarrillos o algún tipo de droga el placer, en lugar de tratar de obtenerlo de la vida misma.

De igual manera se debe relacionar la actividad física con el estado de salud en el que se encuentre el individuo. Viamonte (1993) afirma que una vida sedentaria, unida a la práctica de consumo de cualquier sustancia tóxica y alimentación desequilibrada pueden afectar a la persona e incluso si están muy

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

difundidas entre la población, también puede atender en contra empeorando su salud y por lo tanto su Calidad de Vida.

Carroll y Smith (1995) aseveran que existen muchas y diversas enfermedades que provocan las adicciones; algunas de ellas son el cáncer en diversas partes del organismo como boca, garganta, esófago, piel; problemas circulatorios, impotencia sexual, esterilidad, problemas cerebrales que van desde pérdida de memoria momentánea hasta la permanente; afectación al sistema nervioso, mala alimentación, problemas en el sistema respiratorio, e incluso la muerte.

Otro factor que afecta es el ambiente en que se desarrolla la persona, en él se incluyen el aire, el agua y la tierra, condiciones necesarias para la supervivencia del hombre. La contaminación del medio atenta contra la salud, de igual forma tiene mucho que ver el lugar de residencia y los hábitos de higiene en la vivienda e incluso en los lugares de trabajo; las relaciones con cada una de las personas con quienes se convive diariamente y si se colabora de manera activa o pasiva con la comunidad a la que se pertenece. Esto es confirmado por Blanco, Rivera, López y Rueda (1997) quienes realizaron un estudio en diferentes colonias de la Zona Metropolitana y Estado de México, encontrando que la Calidad de Vida siempre estará vinculada con las condiciones de terreno, luz, situación cultural y educacional, hábitos de higiene y costumbres de las personas que viven en esa zona.

Griffith (1986) menciona que los problemas de vivienda y los de alcoholismo o drogadicción con frecuencia van de la mano, por ejemplo, el hecho de vivir en lugares con muchas privaciones, la compañía que se encuentra en esos grupos sociales y mucha desorganización social, provocará casi de manera segura un problema de alcoholismo o drogadicción, sin embargo no sólo se le puede culpar a la vivienda, también se debe hablar de los casos en que la enfermedad o adicción son la frecuente causa de que se llegue a condiciones como éstas debido a que se pierde el control de la vida misma y por consecuencia se pierde vivienda, familia y trabajo; lo que se convierte en un círculo vicioso del que difícilmente se logra salir.

Por lo tanto debemos decir que vamos a construir la Calidad de Vida de manera individual, pero también es importante tomar en cuenta los factores sociales, ya que si no hay una combinación entre ambas es muy probable que nuestra Calidad de Vida disminuya eventualmente.

⇒ La educación sanitaria

Aquellas personas que conocen, tienen información y formación de la salud, son las que presentan mayor grado de participación, ya que de ellas puede seguirse el ejemplo de la práctica de modos de vida más sanos; la costumbre de utilización correcta de servicios preventivos puede impedir la llegada de enfermedades y así promocionar la salud.

La participación en la salud puede ser de manera individual, estar organizada en grupos de autoayuda o bien institucionalmente. Satién (1993) indica que aproximadamente desde los años setentas y hasta ahora, la difusión y demanda de salud pública, en la difusión de valores sobre la responsabilidad personal de cada individuo por su propia salud y en la transformación, ha ido incrementando considerablemente

Recordemos que la participación debe estar organizada y por medio de estos grupos (institucionalizados o de autoayuda) podemos hacer frente a las enfermedades para prevenirlas, hacer revisiones periódicas, y tener un control de salud escolar, familiar y laboral lo cual nos lleva a uno social que engloba a los tres, contribuyendo así a la salud en mayores medidas, mejorando su medio ambiente.

Dimauro (1995) dice que los profesionales de la salud con frecuencia son convocados a hablar sobre el alcoholismo crónico y el uso indebido de drogas, pero afirma que junto al tema preocupante del uso de tóxicos existe un aspecto oscuro al que los investigadores no han podido penetrar, a raíz de lo cual la educación sanitaria se ve limitada al contacto con el público para proporcionar información y generar alguna perspectiva diferente en torno de la relevancia que tiene la familia como educadora y promotora de la salud. El autor indica que no pretende desvalorizar las acciones preventivas realizadas por estos promotores,

sin embargo es obvio que no son suficientes pues el consumo de sustancias se va acrecentando a pasos agigantados.

El alcoholismo afecta a niños y adolescentes en proporciones alarmantes, al tiempo en que también lo hace el uso de diversas drogas como marihuana, cocaína y pegamentos, entre otros. Muchos padres y madres de familia desconocen las causas que pueden llevar a sus hijos a consumir drogas por lo tanto, también desconocen las posibles soluciones y las medidas de prevención que se pueden tomar, pero como afirman en el Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL) es importante que los promotores de la salud, sea quien sea, realicen esta labor de manera constante, procurando que el tema de las adicciones se convierta en algo cotidiano para toda la familia, en especial de los niños y adolescentes, pues así tendrán opciones para poder decidir con libertad su vida y de esta manera la lucha contra las adicciones podrá cobrar fuerza nuevamente.

El significado de la vida es más que nacer, crecer, llegar a la madurez, reproducirse y morir. "Para descubrir el significado de la vida hay que vivirla en cada una de sus etapas. Todos enfrentamos el reto de actualizar cada momento el día que vivimos" (Viamonte, 1993, pp. 23), "cuando una persona se vuelve adicta, su incontrolable necesidad de consumo la atrapa y así no puede decidir el rumbo de su vida" (CREFAL, 2000, pp.24).

Se puede decir entonces que siendo la drogadicción una enfermedad progresiva y degenerativa, el campo de salud de un individuo se ve afectado no solamente en lo personal y de manera física; las consecuencias de esta enfermedad se verán reflejadas en la Calidad de Vida del sujeto porque no tendrá satisfacción alguna con respecto de su propia vida, no estará bien físicamente, no tendrá una alimentación correcta ni realizará actividades que le ayuden a su persona, como ejercicio, actividades recreativas o artísticas y debido a este estilo de vida inadecuado que lleva, lo más probable es que no dé vida a los años, ni años a su vida, como menciona la OMS (en Satién;1993).

La vida es muy valiosa y nosotros somos parte suya, debemos respetarla y contribuir con ella, en realidad, es una opción que cada quien debe tomar,

podemos vivirla felices o tristes, tomarla en serio, con responsabilidades sobre nuestras decisiones o creer que es un juego.

Viamonte (1993) afirma que una existencia plena es aquella que se vive en el presente. El único valor verdadero se encuentra aquí y ahora. La vida representa una serie de hábitos y respuestas condicionadas. Por su parte Piña (1997) afirma que aceptar nuevas ideas y abandonar viejos valores y hábitos no siempre resulta fácil, pero si es posible un cambio, cualquier cambio es posible y afortunadamente, en la mayoría de los casos resulta ser beneficioso.

En general casi todos los autores (Viamonte 1993, Satién, 1993 y Piña, 1997) coinciden en que tradicionalmente se venera la longevidad, pero que en realidad lo que se debe valorar es la Calidad de Vida. No es la cantidad de horas, días, o tiempo lo que se cuenta, más bien es la calidad del tiempo vivido. El tiempo transcurre y nada lo hace regresar, pero no tiene significado por si mismo, somos nosotros y nuestras acciones lo que le da sentido.

Las adicciones afectan la Calidad de Vida del individuo debido a que provocan enfermedades e incluso la muerte, sin embargo como se observó anteriormente, no sólo dañan al individuo como tal, también causan estragos de manera social, al núcleo familiar y a la comunidad a la que pertenece.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III.2 La Familia

Se ha hablado de lo que representa la vivienda en la Calidad de Vida, pero no sólo podemos referirnos a la vivienda como el lugar en el que uno se refugia de la intemperie. "La vivienda u hogar puede ser definido como uno de los sistemas ambientales básicos que envuelven la vida del hombre y en el cual se estructuran multitud de interacciones recíprocas, ya que la vivienda condiciona de manera física, psicológica y socialmente la vida de los individuos que la habitan" (Belando, 1996, pp. 88). Efectivamente, la vivienda proporciona bienestar físico, porque generalmente encontramos higiene, comodidad y seguridad, lo que contribuye a mantener y/o mejorar la salud; psíquico, porque es un espacio propio y privado donde existen los recuerdos y cosas adquiridas que disfruta uno mismo y la familia; también es bienestar social porque la casa es un lugar de encuentro con las personas con quien se tiene una relación afectiva, ya sean amigos o familiares, basándose en esto, Bermejo (en Belando 1996) apoyándose en la definición de la OMS de salud, sostiene que definitivamente el hogar aporta gran parte de la salud de un individuo.

En el hogar se generan y asientan gran parte de los hábitos y comportamientos que el hombre desarrolla a lo largo de su vida como ser social, afirma Belando (1996), pero además, de manera paralela el entorno tiene gran influencia sobre la Calidad de Vida del individuo. Si bien es cierto que esta influencia tiene mayor impacto en las personas de la tercera edad como lo afirma el autor, no debemos olvidar que tiene mucho que ver en la formación del individuo desde que llega al seno familiar y cabe aclarar que no sólo se trata de la vivienda y de las condiciones en que ésta se encuentra; se trata principalmente de las relaciones e interacciones que se dan entre las personas que forman el grupo social denominado familia.

A continuación trataremos de definir a la familia actual para poder definir los valores y satisfacción que se producen en los individuos y la contribución de estos al pertenecer al grupo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Zamora (2000) define a la familia como "personas emparentadas entre sí que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, este grupo debe ser conformado por ascendientes y descendientes, colaterales y afines de un linaje" (pp. F).

Macías (1995) por su parte la define como un grupo de dos o más personas con o sin lazos de consanguinidad, generalmente deben vivir bajo el mismo techo, comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia, dicho grupo debe compartir dos o más generaciones de su ciclo vital.

Para Lassonde (1997) la familia es la unidad básica de la sociedad, opina que el matrimonio debe darse de común acuerdo entre los cónyuges y que se debe tratar de terminar de manera radical con las uniones de niños debido a que la pareja debe asumir responsabilidades que involucra a otros menores. "Hace relativamente poco tiempo, el matrimonio era una función necesaria y esencial para la institución familiar que superaba el amor lo cual por fortuna ahora no es así, el ritual del matrimonio, aunque atractivo socialmente, se ha vuelto accesorio" Lassonde (1997, pp. 103)

Rojas (1994) considera que la familia es una institución humana y opina que su estructura es de las más adaptables debido a que evoluciona y se amolda dependiendo de las demandas sociales que se le requieran.

Satién (1993) define a la familia como el grupo de personas, vinculadas por parentesco generalmente sanguíneo que hacen vida en común utilizando una sola vivienda.

En años anteriores se acostumbraba a que las diferentes generaciones de la familia vivían en la misma vivienda. Macías (1995); Minuchin y Fishman (1991); Satién (1993). dividen a estas familias como: familia nuclear que se compone del padre, la madre y los hijos; y familia extensa la cual incluye a todas aquellas personas que viven junto con la familia nuclear como son, abuelos, tíos, hermanos, primos, entre otros. Satién (1993) dice que se deben diferenciar estos subsistemas o relaciones de carácter diferente entre esposos, entre padres e hijos y las relaciones con la familia extensa, ya que son actores implicados de manera diferente y por lo tanto con posición distinta dentro de la institución familiar.

Actualmente, la familia es un sistema o grupo cerrado que se caracteriza por estar compuesto de un número reducido de personas (padres e hijos) de diversas edades y que se relacionan unos con otros de diferentes maneras y ya no es muy común observar en los hogares la participación de familia extensa.

Satién (1993), después de varios estudios e investigaciones realizadas descubre dos aspectos fundamentales de la familia a tomar en cuenta que son:

- ◊ La estructura y composición de la familia. Macías (1995) lo llama el ciclo vital de la familia.

Dentro de estas familias se debe tomar en cuenta que el individuo se agrupa de acuerdo con diferentes aspectos y etapas por las que pasa como son:

Construcción de la familia, que se refiere a tamaño y clase de familia de acuerdo con las existentes en la sociedad.

Matrimonio, que se refiere a la parte objetiva y subjetiva de lo que implica una primera fase o etapa del ciclo familiar.

Natalidad-fecundidad, incluye las medidas subjetivas y objetivas de una nueva etapa familiar.

Disolución de la familia, que se considera como una última fase familiar que se puede dar por el divorcio y separación de los integrantes o bien por el fallecimiento de estos.

Como se puede observar, estas divisiones son etapas fundamentales del ciclo vital de la familia y en general, en cualquier sociedad que se encuentre en el mundo se puede hacer alusión a ellas para describir una estructura de este ciclo vital del individuo.

- ◊ Las relaciones familiares

Otro aspecto que resalta Satién (1993) es el de las relaciones familiares, el cual es muy importante puesto que constituye el marco en el que se desenvuelve la vida familiar.

Las relaciones familiares suponen el soporte fundamental de la Calidad de Vida familiar "El estar o no casado constituye un factor influyente en la satisfacción



ante la vida pero, la calidad de las relaciones en el matrimonio y la familia son un recurso importante para el bienestar de los individuos." (Satién, 1993 pp. 302).

Cada persona tiene su propia historia y una familia diferente. Desafortunadamente las adicciones son un problema social muy amplio y que va afectando a más familias cada vez. Es frecuente encontrar familias en las que alguno de sus miembros sufra de esta enfermedad, hay alcohólicos, fumadores, consumidores de tranquilizantes, anfetaminas o cualquier tipo de droga.

Las adicciones pueden surgir de muchas formas, es decir, existen muchos factores de riesgo para los niños, adolescentes o jóvenes dentro y fuera de la familia como por ejemplo, la falta de comunicación en la familia, la curiosidad, la falta de información, el convivio con padres o algún familiar adicto, la violencia intrafamiliar, limitaciones económicas, entre otros.

Cuando en una familia surge un problema de adicción no solamente se involucra el enfermo como individuo, la familia resulta vinculada completamente, según Griffith (1986) en la mayoría de los casos la familia sufre deterioros, pero no se separa definitivamente y en algunos otros casos, aunque se dé una separación de ésta, se mantienen los vínculos sobre todo sentimentales familiares que les gustaría reactivar en algún momento.

Aunque por lo general solamente se tome en cuenta al cónyuge y a los hijos como los que tienen toda la carga ante un problema de adicción es importante aclarar que también funge un gran papel el resto de la familia como son los padres, abuelos, tíos, hermanos (familia extensa). Esto debido a que el compromiso de una persona puede determinarse de acuerdo con la magnitud de los sucesos adversos que experimenta la familia por la conducta del adicto. "Es importante el papel que desempeña la interacción familiar en la génesis del problema, la convivencia dañina de los miembros de la familia, o más positivamente, con base en la capacidad de la persona para ayudar en los procesos de recuperación" (Griffith, 1986 pp. 55).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Millard Waltz (citado en Satién, 1993) afirma que:

- a) Estar casado y tener un vínculo afectivo con esa persona, es un recurso social que primariamente, puede tener un impacto positivo en el área afectiva.
- b) La soledad emocional, como es la soltería o la escasa satisfacción matrimonial, son también problemas interpersonales que pueden tener un impacto negativo en el área afectiva.
- c) Los problemas crónicos matrimoniales son vistos como influencias particularmente adversas sobre los sentimientos de valía personal y de control del medio.
- d) Los individuos con un soporte social adecuado proveniente del esposo/a tienen mayor facilidad de control sobre las adversidades.

Sobre esto Satién (1993) afirma que el tipo de relaciones entre esposos parece caminar actualmente hacia la igualdad y democracia, la división de roles no parece tan pronunciada debido a la incorporación de la mujer al ámbito laboral y su liberación femenina, lo cual ayuda al apoyo y comprensión que hay en la pareja y la misma familia.

La felicidad matrimonial y las relaciones conyugales constituyen en suma, un recurso afectivo muy importante para las persona, sin embargo en el caso de las adicciones, este tipo de relaciones se puede ver seriamente afectado, para comenzar se debe tener claro que no precisamente debe ser el hombre en la pareja el que sufra de problemas de adicciones, también existen muchos casos en los que las mujeres presentan este problema pero obviamente son más rechazados por la sociedad misma y es por eso que casi no se mencionan, además también se habla de drogadicción en los hijos, los cuales forman parte importante de la familia.

Existen muchas teorías sobre lo que le sucede al matrimonio cuando alguno de los cónyuges presenta un problema de adicción, según comenta Griffith (1986) estas teorías explican de cierta forma lo que sucede con el matrimonio cuando enfrenta una situación así.

En una de ellas, la teoría afirma que la pareja realmente busca que el o la compañera sea adicta, en muchos casos los padres de estos lo fueron y buscan un estereotipo similar en la pareja, Griffith (1986) afirma que es una dinámica a la que se está acostumbrado y aunque se niegue se trata de manera sutil que este problema no se acabe, así pues, se logra que la pareja interrumpa constantemente los tratamientos, o que los abandone definitivamente insistiendo en que ya se ha recuperado o puede terminar de hacerlo por sí solo.

Otra teoría que se presenta comúnmente, comenta Griffith (1986), es la del chantaje, que consiste en que para demostrarte a la pareja lo mal que se ve y el daño que les está haciendo, también toman la decisión de comenzar a consumir lo mismo que el enfermo y por lo tanto se llega a caer en el mundo de las adicciones, lo cual no aceptan pues ellos creen que solamente es para dar un ejemplo al otro y no aceptan el daño que se hacen solos, lo que lleva a un rompimiento de la pareja, por lo general, cuando existen este tipo de matrimonios resulta difícil brindarles ayuda debido a que ambos establecen una relación compleja de entender y al mismo tiempo basada en la adicción únicamente.

En fin, es muy importante decir que las adicciones nunca son buenas consejeras y que cuando existe este problema en una pareja son señales de que su Calidad de Vida no será la óptima, sin embargo siempre existe una gran posibilidad de poder recuperarla mientras se tenga el deseo de salir adelante.

Como se mencionó anteriormente, no sólo existe la relación de pareja, también la relación entre padres e hijos que surge cuando la familia experimenta esta evolución o cambio de ser únicamente la pareja a contar con la presencia de los hijos.

En los últimos años se han realizado ya diversos estudios sobre las relaciones que se llevan a cabo entre padres e hijos, pero por lo general, para poder hablar de la familia se consideran aún más las relaciones entre pareja como soporte de la familia, que las relaciones de padres e hijos o entre los mismos hijos. Sin embargo S. del Campo afirma que las relaciones padres e hijos van sufriendo una evolución obligada y natural conforme los hijos van creciendo. "No son las

mismas relaciones cuando se trata de niños que cuando los hijos comienzan a ser adolescentes o se convierten en jóvenes" (en Satién; 1993, pp. 304).

La variedad y el grado de los daños que pueden causárseles a los hijos son extensos y dependen de la personalidad del hijo, del grado de apoyo emocional de uno de los padres, de la variedad de otros apoyos sociales y emocionales disponibles y de la edad del hijo en el momento en que uno de sus padres se vuelve adicto.

Griffith (1986) dice que es muy importante considerar el comportamiento real del padre cuando está ebrio; si hay peleas continuas, discusiones o violencia, el impacto será mucho más adverso que en los casos en que la ebriedad no está asociada con la agresividad.

Un problema, por ejemplo de alcoholismo de cualquier grado o naturaleza, que trae como consecuencia lo que se puede describir como una pésima atmósfera familiar ataca el centro de lo que la vida familiar debe proporcionar a cualquier hijo. "No se sabe con certeza quien sea más dañino, si la madre o el padre adicto, pero es muy posible que los hijos reciban un impacto muy distinto si el padre regaña, golpea, humilla o critica que cuando lo hace la madre en ese estado" (Griffith, 1986, pp. 62).

Todas estas actitudes tienen una estrecha relación entre los daños psicológicos y las trabas sociales resultantes según Griffith (1986), ya que psicológicamente puede presentarse ansiedad en los hijos dentro y fuera del hogar, también problemas de aprendizaje, incluso neurosis o trastornos de la conducta, puede ser que les falte un modelo satisfactorio cuando el padre de su mismo sexo es el enfermo y se dan relaciones alteradas respecto al sexo, lo que frecuentemente se refleja en autoestimas muy bajas, pero lo más grave son las relaciones intrafamiliares puesto que pueden presentarse las mismas conductas de los padres hacia los hijos, lo cual nos llevaría a nuevos cuadros de adicciones, además los jóvenes buscan una salida de este mundo y sólo logran caer más en él debido a que por lo general buscan vengarse de los padres por el daño que les están haciendo y ya sea solos o casi siempre en compañía de sus amigos siguen los mismos patrones de conducta

También apunta Griffith (1986), en cualquier etapa de la familia, sobre todo con hijos, se debe considerar la posibilidad del daño físico real. Hay una relación entre las adicciones y el maltrato infantil, y en la adolescencia persiste el peligro de violencia. Con frecuencia se dice que el daño no es serio, sin embargo nunca se descarta el riesgo de provocar lesiones graves.

Varios autores (CREFAL,2000) indican que se tiene poca información precisa sobre las perspectivas a largo plazo de los niños que provienen de este tipo de hogares, pero es muy razonable pensar que por lo menos 20 ó 30% de estos chicos caen en las adicciones.

Las adicciones no sólo afectan la salud física del individuo, también lo hacen con la familia y las personas que le rodean de acuerdo con el CREFAL (2000); Rojas (1994) y Griffith (1986) son muchas las consecuencias que se deben afrontar cuando en la familia se suscita un problema de adicción, como problemas económicos, rechazo de los demás miembros de la familia, desintegración familiar, actos delictivos, abandono de actividades frecuentes, abandono del trabajo o estudios, hijos de madres solteras, ausencia del padre, hijos numerosos, hijos abandonados y violencia intrafamiliar entre otros.

Satién (1993) afirma que algunos autores, al analizar la Calidad de Vida desde el bienestar individual no han desarrollado indicadores de Calidad de Vida familiar, limitándose a demostrar que el solo hecho de estar o no casado supone un recurso para aumentar la Calidad de Vida en general. Aunque el descubrimiento es importante, pues supone el considerar a la familia o el matrimonio en sí mismo como portador de satisfacción general, se puede considerar que la Calidad de Vida familiar y las relaciones entre miembros son más significativas para la Calidad de Vida en general que el hecho de vivir o no simplemente en familia.

Sin embargo Rojas (1994) retomando a Argyle y Ajerman, reafirma que la familia puede estar desorganizada y no desintegrada, lo cual provoca la inversión de los roles que no identifican la conducta a seguir por parte de sus miembros, sobre todo por los jóvenes que como consecuencia responden en forma inadaptada a su entorno social.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A pesar de que en los últimos años se ha dado una separación de la familia al llegar el momento de formar la propia, es decir se busca ser independiente de los padres para poder tomar el lugar de padres o jefes del hogar propio, no se puede negar que en muchos casos existen las parejas que continúan viviendo bajo el mismo techo que la familia original o bien llevan consigo a los familiares cercanos, es decir, la familia comienza a ramificarse y se habla entonces de una familia extensa. Sin embargo no se puede negar que aunque se trate de evitar, nunca deja de haber una estrecha relación entre la familia nuclear y la familia extensa aunque no lo parezca en ciertos momentos. Satién (1993) menciona que existen pocos estudios sobre la influencia de la familia extensa en la familia nuclear, pero es algo que no se puede negar que exista y que definitivamente en algún momento juega un papel muy importante en el desarrollo familiar.

En general se ha hablado del matrimonio y de los hijos, pero en esencia se ha tratado de exponer que de manera inevitable, los problemas de adicciones están incrustados en un sistema de interacciones familiares. El adicto influye en la conducta de su cónyuge, quien a su vez influye en la conducta del adicto, sin embargo, los hijos no son solamente participantes pasivos al igual que la familia extensa. No sólo intervienen los padres, los hijos y otros miembros de la familia, quizá también los amigos, que siempre visitan a la familia y también deben ser tomados en cuenta porque pueden ser piezas clave para poder ayudar a la familia identificando cuál es su dinámica.

Considerando que la familia es la encargada de educar y socializar al individuo incluyendo los valores morales, dando afecto y ayudando al niño a ir formando su propia personalidad, es de suma importancia la influencia familiar en el niño, ya que ésta le brinda el contacto con la sociedad, entonces "La tarea de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad" (Martínez 2000 pp. 27).

En suma, la familia es un factor muy influyente en la Calidad de Vida en general; dentro de ella, las relaciones habidas en el matrimonio son más determinantes del bienestar que otros elementos, debido a que son áreas afectivas predominantes donde las necesidades a cubrir participan de esta

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

característica. Cambell (en Martínez, 2000) encuentra que la satisfacción con la familia está muy relacionada con la satisfacción ante la vida en general.

La familia constituye un marco fundamental de relaciones sociales, marcadas por la intimidad y cercanía que hay entre sus miembros, cada miembro de la familia debe hacerse responsable de las obligaciones que ha adquirido al pertenecer a este grupo, así como también tiene el derecho de expresarse libremente ante los demás. Las buenas relaciones que se den entre sus miembros ayudarán a que el núcleo familiar se consolide y será más difícil que una enfermedad como la drogadicción los afecte como familia y como sociedad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III.3 Relaciones Sociales

Calidad de Vida es un concepto que desde hace unas décadas ha tomado relevancia en los estudios de ciencias sociales, debido a que se ha comprobado que el desarrollo y crecimiento económico de un país no implica necesariamente el mejoramiento en la vida de sus habitantes, afirma Palomar (1997) al realizar su estudio "Calidad de Vida en la Ciudad de México" (Palomar, 1997) en el cual descubrió que si bien es cierto que mucho tiene que ver el nivel socioeconómico en el que se desarrolle el individuo para determinar si tiene o no una buena Calidad de Vida, también es cierto que para la mayoría de las personas serán más importantes las relaciones sociales y el grado de satisfacción que tenga de éstas para poder determinar su Calidad de Vida.

Viamonte (1993) afirma que los aspectos positivos del estilo de vida (amar, reír, compartir y aprender), así como lo importante que es conocerse a sí mismo, conocer a los otros, el medio ambiente, y cuál es nuestra misión en la vida son tan importantes como conocer las consecuencias de un estilo de vida inadecuado (obesidad, alcoholismo, tabaquismo, uso de drogas y otras enfermedades sociales). Dicho autor asegura que para poder conseguir este estilo de vida se debe tener una actitud positiva que incluye ser asertivo y tener una autoestima sana tratando de contrarrestar las actitudes negativas como la vergüenza, irritabilidad y apatía, ya que todos estos elementos nos darán más opciones para poder dar un buen curso a nuestras vidas.

Es importante como dice Viamonte (1993) que cada uno de nosotros cuidemos nuestra vida y adoptemos estilos de vida adecuados para estar bien con nosotros mismos y por lo tanto tener una buena Calidad de Vida, sin embargo, como lo resalta Palomar (1997), el ser humano está acostumbrado a vivir acompañado y actualmente para sentirse bien y satisfecho consigo mismo debe estarlo también con el grupo social al que pertenece. "Los seres humanos viven en sociedad, la cual se compone de numerosas pautas de comportamiento y usos, así como de grupos de todo tipo. Una sociedad contiene una serie de características comunes, entre las que sobresalen la pluralidad de personas, la



comunidad de fines para el bien común, y la autoridad socialmente organizada, para que exista una sociedad es imprescindible un propósito de estabilidad y la observancia de ciertos requisitos o normas" (Bruguera, 1976, pp. 1848).

Si bien es cierto que en el seno familiar es donde comienzan a darse nuestras relaciones sociales, no se debe olvidar que este grupo o institución está involucrada totalmente con la sociedad y que ella marca sus tradiciones, educación, cultura y principios.

Debido a la relación tan estrecha que hay entre familia y sociedad, nos encontramos que todo lo que involucre a la familia, sean cosas positivas o negativas, también tendrá influencia en la sociedad.

Estamos ante una enfermedad que además de ser física también es social, esta enfermedad es la drogadicción. "Excluyendo el alcohol, tabaco y medicamentos, 5.27% de la población urbana del país entre 12 y 65 años de edad han consumido una droga ilegal alguna vez en su vida, lo que equivale aproximadamente a 2.5 millones de personas" (CIJ, 1999b), también mencionan que el consumo de drogas es más considerable en los hombres (11.09%) que entre mujeres (0.87%) y además, el consumo es más alto en los varones entre 18 y 34 años de edad (15.61%) y aunque estos sólo parecen números, son el reflejo de la situación que vivimos en México con respecto a este problema de drogadicción.

La psicóloga María Elena Medina (en Galicia, 1990) sostiene que la drogadicción en México, al igual que en otros países, no sólo tiene que ver con la demanda de sustancias ilegales y los efectos físicos que tienen sobre el individuo, tiene que ver con las consecuencias en el individuo, el grupo social y la situación social. "En nuestro caso, la situación social, incluye la legalidad de las drogas —no quiere decir ello que esté a favor de la legalización, específica—, el incremento de la violencia, la dolarización del campo y el establecimiento de grupos de poder. El narcotráfico mismo y toda una serie de circunstancias, dijo, se deben entender como parte de la problemática" ( Ma. Elena Medina, en Galicia, 1990, pp. 15)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En este caso Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1999a) reconoce también que existen varios factores sociales que influyen en el individuo para que éste consuma o no drogas, estos factores pueden ser causa de que se caiga en la drogadicción, sin embargo también se pueden considerar como áreas de nuestra vida afectadas por dicha enfermedad; tales factores son por ejemplo: desintegración familiar, migración, niños que trabajan en la calle, bandas juveniles, falta de capacitación, problemas económicos, sociales y laborales, y la penetración de los medios masivos de comunicación, los cuales facilitan la pérdida de identidad y el deterioro de valores sociales y culturales.

A continuación veremos cómo se afectan algunos de estos factores.

Un factor social que se altera cuando existe un problema de drogadicción es el estado laboral del individuo.

El trabajo es esencial para la actividad normal de todos los órganos del cuerpo. La falta de un órgano conduce a su incapacidad para funcionar correctamente. "El trabajo es una forma de retardar el proceso de envejecimiento y construye una necesidad humana básica que produce satisfacción y orgullo personal a través de los logros obtenidos; una persona activa es útil no sólo para sí misma, también para la sociedad, la inactividad y la pérdida de interés pueden conducir a una involuación emocional, y causar trastornos mentales que asemejan demencia senil" (Viamonte, 1993, pp.179).

Viamonte (1993) enfatiza que el trabajo es importante a lo largo de toda la vida o en todas las edades. A los niños se les debe enseñar la responsabilidad y la importancia del trabajo, y las personas mayores deben mantenerse ocupadas el mayor tiempo posible puesto que la inactividad produce deterioro físico, mental y emocional. "Quienes se hallan en el otoño o el invierno de su vida pueden evitar, por medio del trabajo, la psicoesclerosis (endurecimiento de la mente). El hombre previene la muerte al encontrar un significado para su vida" (Becker, en Viamonte, 1993, pp 180).

Otra cosa muy importante es que el trabajo también debe ser una experiencia placentera y se recomienda que se realicen diversos tipos de trabajo, puesto que esto puede darnos muchas satisfacciones a varias aspiraciones que

tengamos a lo largo de nuestra vida. Para quienes trabajan en sitios cerrados, por ejemplo, es muy recomendable realizar actividades al aire libre como hacer deportes, caminatas, arreglar jardines, lavar sus autos o cualquier actividad que se nos ocurra, ya que cuando tenemos algo que hacer en nuestra vida y encontramos buenas opciones para mejorarla tenemos algo por qué vivir y mejorar día con día.

Los franceses, según Antoine y Navarin (en Satién, 1993) fijan su meta más alta de Calidad de Vida referida al trabajo en la seguridad del empleo, en conseguir empleo y en la preocupación de las condiciones de trabajo.

Lutz (en Satién, 1993) enuncia las metas de Calidad de Vida referidas al trabajo en cinco principios o reglas de importancia creciente:

- 1.- El trabajo tiene un valor intrínseco para la dignidad de la personalidad humana.
- 2.- El puesto de trabajo debe ser lo más seguro posible. Debe ir acompañado de fuertes medidas para evitar despidos, desocupación temporal o accidentes
- 3.- El trabajo no debe obstaculizar la satisfacción de las necesidades sociales de los trabajadores.
- 4.- El trabajo debe realizarse en un contexto de democracia participativa. Decisión conjunta que permita al trabajador satisfacer sus necesidades de recibir el aprecio de su grupo y de apreciarse a sí mismo.
- 5 - El trabajo permitirá expresar al máximo la capacidad creadora de quien lo realiza.

Dada la existencia de un consenso en las metas que implican mejor Calidad de Vida respecto al trabajo, Satién (1993), las enuncia en tres puntos claves:

- 1.- Que los activos de la sociedad tengan la posibilidad de trabajar.
- 2.- Que las condiciones en que se realice dicho trabajo sean satisfactorias, tanto en la seguridad física y mental como en la satisfacción de las necesidades materiales, sociales y psicológicas.
- 3.- Que tanto el trabajo como las buenas condiciones de trabajo estén equitativamente distribuidas, sin discriminación por edad, sexo o cualquier otra característica.

Ahora bien, cuando se habla de trabajo se suele utilizar el término de aplicación-física o mental a la consecución de un fin u objetivo que generalmente causa remuneración, sin embargo debemos recordar que existen trabajos que se realizan al margen del mercado, como son los quehaceres del ama de casa.

Lutz (citado en Satién, 1993) ofrece dos definiciones de trabajo:

1. Es la actividad humana que proporciona los medios materiales para sobrevivir y para disfrutar de la vida.
2. La actividad humana que proporciona los medios para sobrevivir y disfrutar de la vida. Como se puede observar, esta definición suprime el término o adjetivo "materiales", ya que con ello se dice que el trabajo provee no sólo los medios materiales sino también los medios intrínsecamente sociales y morales para disfrutar de la vida.

Esta visión del trabajo muestra no sólo el trabajo como un factor de producción, sino también como un factor de desarrollo de personalidad, puesto que el trabajador adquiere significado y valor en función de sus necesidades sociales.

Se puede decir entonces que si un hombre logra satisfacer sus necesidades de amistad y aprecio al mismo tiempo que trabaja, evidentemente incrementará de manera directa su propio bienestar y satisfacción.

Es probable que si el trabajo es un valor importante en la vida de las personas, aquellas personas que no encuentran empleo sientan la necesidad de estar ocupadas para no perder su propia estima. Se trataría, según Satién (1993), de trabajo que se realiza fuera del circuito del empleo, pero que parece importante tener en cuenta, dada la influencia que pueda ejercer en la Calidad de Vida.

Las necesidades que satisface el trabajo remunerado o no, distribuido de forma equitativa, puede observarse desde dos puntos de vista diferentes según Satién (1993):

- 1.- Estado de trabajo y su distribución.
- 2.- Calidad de Vida proporcionada por el trabajo.

En esta ocasión, sólo nos enfocaremos a la segunda, puesto que es la de nuestro interés.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esta observación pretende medir la forma en que el trabajo influye en la vida de las personas, y cómo puede contribuir a su bienestar.

Una de las metas de Calidad de Vida en lo que respecta al trabajo, se refiere, según Satién (1993) a que las personas activas tengan posibilidad de encontrar un empleo remunerado, ya que aquellos que no lo tienen pueden ver su Calidad de Vida afectada. También se busca que el trabajo se realice en condiciones satisfactorias.

Son muchas y muy costosas las influencias que puede tener el alcoholismo o drogadicción en el trabajo. El impacto no está limitado a ningún nivel de antigüedad en el trabajo, ni en la jerarquía; siempre es probable encontrar problemas en cualquier nivel, ya sea entre los obreros o los mismos patrones.

Es posible que se pierdan días de trabajo por enfermedad o simple ausentismo, también es probable que la persona se encuentre en el lugar de trabajo pero obviamente no rinde lo suficiente provocando así que otros tengan que realizar su tarea o ésta se quede parada, así también, representa un gran peligro para sus compañeros y para él mismo, porque sea cual sea la labor que desempeñe, puede ocasionar accidentes en ella e incluso terminar por ser despedido o en el mejor de los casos trasladado a un puesto de menor categoría. En los puestos más altos de la industria, en el ejército o servicio diplomático por ejemplo, la drogadicción puede provocar la falta de elocuencia en la toma de decisiones importantes, además del incumplimiento parcial o total del trabajo. Todos estos problemas ocasionarán un conflicto social.

Algo que no hay que olvidar es que así como la drogadicción puede dejar inactiva laboralmente a una persona, también es posible que la falta de trabajo o actividad la lleve a la drogadicción.

Aunado al factor laboral encontramos el económico. Natera y Terroba (1982) dicen que la problemática del alcoholismo se debe ubicar en el contexto socioeconómico en el que se da, debido a que actualmente el consumo de alcohol ya no es para uso ritual o cultural, se ha convertido en un problema de salud público pero también es de índole socioeconómico internacional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Griffith (1986) enmarca los problemas económicos que surgen como consecuencia del alcoholismo o drogadicción de la persona y considera que para hacer una evaluación completa de cualquier caso es necesario conocer las posibles complicaciones económicas de los problemas de alcoholismo, y la posición económica de la familia.

Recordemos lo costoso que es mantener un hábito de consumo excesivo; las personas que lo hacen con frecuencia se gastan grandes sumas adicionales sin darse cuenta de ello, por lo general en invitarles a los amigos, comidas, taxis, consumo elevado de cigarrillos y probablemente de otras sustancias, y en ocasiones llegan hasta el juego. Como en el caso de la salud y de las relaciones familiares, una persona adinerada posiblemente tenga más solvencia un poco más de tiempo que alguna de escasos recursos, pero finalmente llegará a quedarse en bancarrota y seguramente sin una actividad a realizar más que la de seguir con su adicción, lo cual seguramente puede llevar al desamparo y vagancia o bien a delinquir para conseguir lo que desea afectando de esta manera a toda la sociedad.

Precisamente los problemas económicos conllevan a otros factores de riesgo, como son la formación de bandas juveniles o niños que trabajan en las calles.

Zarate (2000) menciona que los niños que trabajan en la calle contribuyen al gasto familiar realizando diversas actividades, como limpiar parabrisas, vender dulces o cualquier producto, hacer show, o mendigar, y que esta clase de actividades favorece la iniciación de los niños a la cultura de la droga, lo que los lleva a abandonar los estudios, abandonar a la familia, cometer actos delictivos y formar parte de bandas que se dedican a lo mismo. Estos últimos grupos están conformados por adolescentes o jóvenes en los que frecuentemente existe la falta de empleo y alternativas de capacitación como reafirma CREFAL (2000) y esto influye en su estilo de vida encaminándolos a cometer actos delictivos en grupo y al consumo de drogas, especialmente marihuana, activo y otros inhalables.

Al igual que la situación laboral, en este caso es probable que salirse a las calles, pertenecer a bandas, carecer de estudios o algún conocimiento para poder

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ser una persona activa y funcional para la sociedad, empuje al individuo hacia el mundo de las drogas, también es probable que el consumo de ellas y la necesidad de obtenerlas lo coloque en una o varias situaciones como las anteriores.

La CREFAL (2000) asegura que el alcohol y el tabaco son las puertas de entrada al mundo de la adicción, debido a que como todo mundo sabe, estas drogas son permitidas socialmente, encontrándose así de manera fácil al alcance de los niños. Aunque su consumo es visto como algo natural el problema radica en la frecuencia y el abuso; lo peor del caso es que la sociedad no se da cuenta del daño que se está haciendo a sí misma.

La CREFAL (2000) reporta que las drogas de mayor consumo entre niños, niñas y jóvenes son el thiner, activo, marihuana, cocaína y anfetaminas, además del alcohol y el tabaco.

Si nos damos cuenta, cualquiera que escribe sobre la drogadicción habla del rechazo familiar y la marginación social que sufre el enfermo (los sobornan, los expulsan de escuelas, los despiden de su trabajo, los encarcelan, e incluso los prostituyen y entran en las redes del narcotráfico), pero la misma sociedad es la que en muchas ocasiones da la pauta para provocar esta enfermedad. No se puede decir con precisión qué es lo que causa la enfermedad de la drogadicción, pero sí se sabe que la Calidad de Vida es una medida de satisfacción, bienestar y recompensa de un estado físico, mental y social que definitivamente se ve afectada por la drogadicción. Éste problema no sólo afecta a la persona enferma —volvemos a repetir— daña a la familia y a la sociedad. Es necesario insistir en una vida sana; tratemos de liberar a nuestro país de este problema, hay que hacer conciencia para evitarles a próximas generaciones la lucha contra esta enfermedad y dejarlos sólo con la tarea de prevenir.

Como sociedad podemos hacer mucho y no solamente seguir creyendo que ésta es una enfermedad que debe arreglar el individuo o la familia nuclear como si se tratara de una gripe. Recordemos nuestra responsabilidad para con nosotros mismos y para con los demás; cada uno de nosotros tenemos la oportunidad de elegir la calidad de nuestras vidas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Finalmente no se debe olvidar que una persona activa es útil no sólo para sí misma, también lo es para la sociedad, ya que el trabajar y mantenerse activo siempre garantizará salud individual y grupal.

A continuación se presenta una investigación realizada con el objetivo de evaluar la Calidad de Vida en jóvenes que han sufrido a causa de las adicciones, y para identificar en qué área de su vida (salud, familia, relaciones sociales) causan más impacto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





SEGUNDA  
PARTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# Método

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Método**

Dado que el consumo de drogas es una problemática que se ha agudizado en la sociedad y sobre todo en la mexicana, se considera que una investigación que evalúe la Calidad de Vida en personas con adicciones puede arrojar datos importantes sobre como viven las personas que han tenido que enfrentar una adicción y de esta manera saber como luchar contra este problema. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es evaluar la Calidad de Vida en jóvenes que han sufrido a causa de las adicciones, e identificar en qué área de su vida (salud, familia, relaciones sociales) causan más impacto.

Para alcanzar tal objetivo se llevó a cabo el siguiente método.

## **Sujetos**

En la presente investigación se requirió de 50 jóvenes con una edad entre 16 y 22 años, sexo masculino, principalmente que tuvieran problemas de adicción (no importando cual droga sea la de consumo) con un tiempo de consumo de al menos 3 años, estos jóvenes formaban parte de los grupos de ayuda Centros de Integración Juvenil Naucalpan, Grupo Jóvenes del Valle Alcohólicos Anónimos y Clínica del Tabaquismo. Al momento de la aplicación del instrumento se encontraban bajo tratamiento cada uno de ellos en la segunda fase de Psicoterapia breve, en la cuarta, quinta o sexta sesión. Esta última característica se decidió debido a dos aspectos: el primero es que a este nivel del tratamiento, el paciente es más conciente de cómo afectó la drogadicción su vida; el segundo aspecto fue que los terapeutas de las instituciones temían que al contestar el instrumento algunos de los pacientes tuvieran una recaída y sentían más seguros a los que casi terminaban con su rehabilitación.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA 79  
FALLA DE ORIGEN

**Instrumentos.**

Se utilizó el Instrumento para evaluar la Calidad de Vida elaborado por Palomar (1995), debido a que dicho instrumento fue diseñado para población mexicana específicamente además cuenta con validez y confiabilidad.

El instrumento es una escala tipo likert, consta de 163 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 opciones de respuesta que son: 1 equivalente a poco, 2 equivalente a regular y 3 que equivale a mucho. El instrumento se compone de dos partes, la primera es para describir el grado de importancia que se le da a ciertas situaciones cotidianas y la segunda parte hace referencia al grado de satisfacción que se tiene respecto a estas mismas situaciones (anexo 1).

Los reactivos de esta escala evalúan 13 factores o áreas de la vida que son: 1) Sociabilidad y amigos, 2) Entorno social, 3) Bienestar económico, 4) Actividades recreativas, 5) Desarrollo personal, 6) Percepción personal, 7) Familia en general, 8) Familia de origen, 9) Desarrollo personal a través del trabajo, 10) Reconocimiento económico y social a través del trabajo, 11) Relaciones de pareja, 12) Relación afectiva con los hijos y 13) Desarrollo personal de los hijos

Los primeros ocho factores son generales y todos los sujetos podían contestarlos. Los últimos 5 factores únicamente eran contestados por aquellos sujetos que tuviesen esa característica (trabajar, tener pareja y/o tener hijos).

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS, versión 10.0.

**Procedimiento.**

La selección de los 50 participantes se realizó con la ayuda de los terapeutas y médicos de las instituciones debido a que ellos eran los que proporcionaban los datos de los pacientes y de esta manera se escogió a las personas que cumplieran con los requisitos antes mencionados. Cuando terminaban con su terapia se les preguntaba si deseaban participar en esta investigación y si su respuesta era afirmativa se les entregaba el cuestionario

Al finalizar la aplicación de los 50 cuestionarios, se procedió al análisis estadístico con el programa SPSS, versión 10.0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Análisis Estadístico.**

Para la calificación del instrumento se utilizó el mismo código para obtener el puntaje de Calidad de Vida propuesto por Palomar (1995) y a continuación se presenta.

Calificación que el sujeto concede en <b>Importancia</b> a las áreas de la vida.	Calificación que el sujeto concede en <b>Satisfacción</b> a las áreas de la vida.	Calificación Obtenida por el sujeto en <b>Calidad de Vida.</b>
3	3	9
2	3	8
3	2	7
2	2	6
1	3	5
1	2	4
1	1	3
2	1	2
3	1	1

Recordemos que el instrumento se compone de dos partes, una califica el grado de importancia y sus opciones de respuesta son: 1- poco importante, 2- regularmente importante y 3- muy importante. La segunda parte califica el grado de satisfacción y sus opciones de respuesta son 1- poco satisfecho, 2- regularmente satisfecho y 3- muy satisfecho, (anexo 1).

La tabla muestra que se da el máximo puntaje (9) de Calidad de Vida a las áreas que fueron calificadas por el sujeto con mayor grado de importancia (3) y satisfacción (3). A su vez, aquellos que presentaron un alto grado de importancia (3) pero bajo en satisfacción (1) se les concedió el menor puntaje (1) en Calidad de Vida. La misma lógica se lleva en el resto de las calificaciones; si el sujeto calificaba con (2) y con (3) se le daba una calificación de (8) en Calidad de Vida, si daba en importancia un (3) y en satisfacción un (2) se le otorgaba un (7), al

calificar con un (2) en importancia así como en satisfacción se daba un (6) en Calidad de Vida, si daba un (1) en importancia pero un (3) en satisfacción se daba un (5) en Calidad de Vida, al dar un (1) en importancia pero un (2) en satisfacción se daba un (4), un (1) en importancia y en satisfacción corresponden a un (3) de Calidad de Vida, un (2) en importancia y un (1) en satisfacción corresponde a (2) en Calidad de Vida. "No sólo se toma en cuenta el grado de satisfacción o el grado de importancia que los sujetos dan a las distintas áreas, se consideran ambas respuestas debido a que el grado de satisfacción únicamente es relevante cuando el área se considera importante" Palomar (1995; pp. 59).

Se calificaron cada uno de los cuestionarios de manera individual otorgando, el puntaje correspondiente a cada uno de los ítems considerando ambas respuestas de las dos partes del instrumento (importancia y satisfacción) dependiendo de la calificación que dio el sujeto a cada uno de ellos.

La interpretación de datos se da de acuerdo con los puntajes obtenidos en Calidad de Vida de la siguiente manera: si se obtienen puntajes de 1 a 3 se considera como escasa Calidad de Vida, si los puntajes van del 4 al 6 es considerada como mediana Calidad de Vida y si éstos van del 7 al 9 se dice que tienen alta Calidad de Vida.

La Calidad de Vida se obtiene por cada uno de los factores que constituyen el instrumento tomando en cuenta la respuesta de todos los sujetos, cada uno de estos factores está compuesto por varios reactivos, las calificaciones de estos reactivos se suman y se dividen entre el número de reactivos que componen el factor para obtener el puntaje total de éste. Posteriormente se interpretan los resultados de acuerdo a las categorías de escasa, mediana y alta Calidad de Vida.

Por último se calculó la media, mediana, moda y desviación estándar de cada uno de los 13 factores, con el objeto de poder observar en que grado se encuentran la mayoría de los sujetos (escasa, mediana y/o alta) respecto a su Calidad de Vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# Resultados

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Resultados

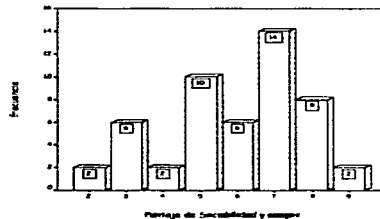
Los resultados se obtuvieron de acuerdo a cada uno de los 13 factores del instrumento, a continuación se describe cada uno de ellos.

### Factor I Sociabilidad y amigos.

Este factor se basa en qué tan importante es para la persona la convivencia con otras personas, el trato que da, que le dan y la opinión que tienen de su persona.

Los reactivos que componen este factor son: 1) estar acompañado por otras personas, 2) conocer a nuevas personas, 3) llevarse bien con la gente, 4) tener buena comunicación con la gente, 5) que la gente que le rodea sea feliz, 6) que la gente tenga una buena opinión de usted, 7) convivir con sus amigos, 8) contar con el apoyo de sus amigos, 9) tener buenas relaciones con sus amigos.

**FIGURA 1. Distribución del puntaje en el factor 1 Sociabilidad y amigos.**





**TABLA 1. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 1  
sociabilidad y amigos**

Sociabilidad y amigos	
N	50
Media	5.92
Mediana	6.00
Moda	7
Desviación Estándar	1.85

La figura 1 muestra la puntuación de Calidad de Vida de las personas evaluadas que han padecido alguna adicción, esta puntuación corresponde al área o factor de Sociabilidad y amigos. Basándonos en la interpretación de escasa, mediana y alta Calidad de Vida de acuerdo al puntaje, se observa que la mayoría de los sujetos (24) reportan alta Calidad de Vida.

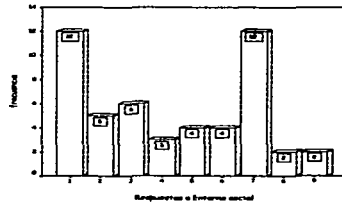
La tabla 1 muestra los datos descriptivos de los indicadores del factor 1, la mayor parte de los sujetos se encuentran por arriba de la media (5.92) con una desviación estándar de 1.85, encontrando el punto más alto en 7 con 14 sujetos.

#### **Factor II Entorno social.**

Este factor hace referencia a algunos problemas sociales que todos sufren.

Los reactivos que componen este factor son: 1) que en el país no haya problemas económicos, 2) que en el país no haya problemas políticos y 3) que haya paz en el país.

**FIGURA 2. Distribución del puntaje en el factor 2 Entorno social.**



**TABLA 2. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 2 Entorno social**

Entorno social	
N	50
Media	4.28
Mediana	4.00
Moda	1 <sup>a</sup>
Desviación Estándar	2.63

\* Multiple modes exist! The smallest value is shown

La figura 2 muestra la puntuación de Calidad de Vida correspondiente al factor 2 referente al entorno social, en esta figura se observa que 23 personas de la muestra reportan escasa Calidad de Vida

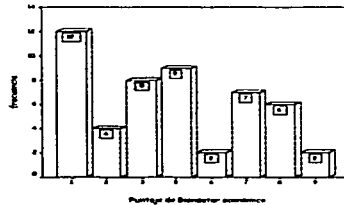
En la tabla 2 se muestran los datos descriptivos de los indicadores del factor 2, observándose una media de 4.28 con una desviación estándar de 2.63, encontrando dos picos máximos de igual tamaño en 1 y 7 con 12 sujetos cada uno.

### **Factor III Bienestar económico.**

Este factor se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo.

Los reactivos que componen este factor son: 1) no tener problemas, 2) tener tranquilidad económica, 3) tener dinero para cubrir sus necesidades básicas, 4) contar con más dinero del que ahora tiene, 5) no gastar más de lo que gana, 6) ser independiente económicamente, 7) no deber dinero.

**FIGURA 3. Distribución del puntaje en el factor 3 Bienestar económico**



**TABLA 3. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 3 Bienestar económico.**

Bienestar económico	
N	50
Media	4.32
Mediana	5.00
Moda	1
Desviación Estándar	2.68

La tabla 3 muestra una media de 4.28 con una desviación estándar de 2.68, el punto máximo se localiza en 1 con 12 sujetos

Por otro lado, la figura 3 muestra que definitivamente la mayoría de las personas evaluadas (24) están muy insatisfechas en su Calidad de Vida respecto al bienestar económico, 15 personas están muy satisfechas y 11 están medio satisfechas respecto a su economía

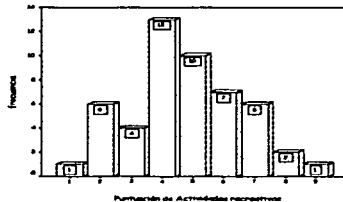
#### **Factor IV. Actividades recreativas.**

Este factor tiene que ver con la salud física y mental de la persona de acuerdo a lo activo o pasivo que esta sea.

Los reactivos que componen este factor son: 1) hacer actividades que le diviertan, 2) leer, 3) ir al cine, 4) escuchar música, 5) viajar, 6) salir a pasear.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FIGURA 4. Distribución del puntaje en el factor 4 Actividades recreativas.**



**TABLA 4. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 4 Actividades recreativas.**

Actividades recreativas	
N	50
Media	4.72
Mediana	5.00
Moda	4
Desviación Estándar	1.81

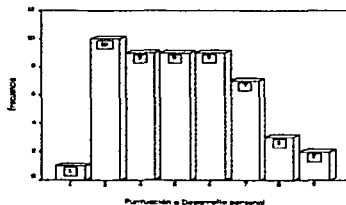
La tabla 4 muestra que la media es de 4.72 con una desviación de 1.81, el pico más alto es el de 4 con 13 sujetos y se encuentra por debajo de la media, sin embargo se puede observar en la figura 4 que 30 sujetos reportan una mediana Calidad de Vida mientras que 11 sujetos reportan escasa Calidad de Vida y sólo 9 reportan alta Calidad de Vida.

**Factor V. Desarrollo personal.**

Este factor incluye todas las actividades, actitudes y conductas que promueven el desarrollo personal.

Los reactivos que componen este factor son: 1) realizar cambios para que su vida mejore, 2) estudiar, 3) terminar los estudios que haya iniciado, 4) desarrollarse en lo que estudió, 5) superarse personalmente, 6) alcanzar las metas que se propone, 7) aprender cosas nuevas.

**FIGURA 5. Distribución del puntaje en el factor 5 Desarrollo personal.**



**TABLA 5. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 5 Desarrollo personal.**

Desarrollo personal	
N	50
Media	5.14
Mediana	5.00
Moda	3
Desviación Estándar	1.81

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

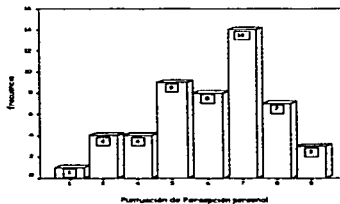
La figura 5 muestra que la mayor parte de los participantes (27) reportan una mediana Calidad de Vida, los datos de la tabla 5 muestran una media de 5.14 con una desviación estándar de 1.81 y aunque el punto más alto se encuentra en el 3 (equivalente a escasa Calidad de Vida) con 10 personas, no es significativo.

**Factor VI. Percepción personal.**

Este factor hace referencia a los aspectos positivos y negativos de la auto-percepción personal que influyen en la Calidad de Vida.

Los reactivos que componen este factor son: 1) sentirse bien consigo mismo, 2) sentirse estable emocionalmente, 3) sentirse tranquilo, 4) ser una persona responsable, 5) ser una persona activa, 6) estar de buen humor, 7) sentirse seguro de si mismo.

**FIGURA 6. Distribución del puntaje en el factor 6 Percepción personal.**



**TABLA 6. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 6 Percepción personal.**

Percepción personal	
N	50
Media	6.06
Mediana	6.00
Moda	7
Desviación Estandar	1.78

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La figura 6 muestra que en este factor reportan únicamente 5 sujetos una escasa Calidad de Vida, 21 sujetos reportan mediana Calidad de Vida mientras que 24 sujetos la reportan como muy alta.

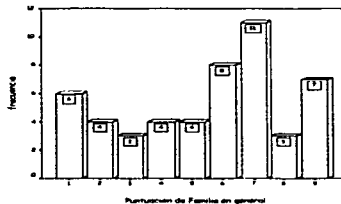
En la tabla 6 se observa que la media se encuentra en 6.06 y con una desviación de 1.78, el pico más alto se localiza en 7 con 14 sujetos correspondiente a la categoría de alta Calidad de Vida.

#### **Factor VII. Familia en general.**

En este factor se abarcan los aspectos relacionados con el bienestar de la familia, la importancia de convivir con ella y que sea una familia unida.

Los reactivos que componen este factor son: 1) que haya una buena relación familiar, 2) que su familia este bien, 3) que haya buena comunicación en su familia, 4) convivir con su familia, 5) compartir actividades con la familia, 6) tener una familia unida, 7) que haya cariño entre los miembros de la familia.

**FIGURA 7. Distribución del puntaje en el factor 7 Familia en general.**





**TABLA 7. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 7  
Familia en general.**

Familia en general	
N	50
Media	5.42
Mediana	6.00
Moda	7
Desviación Estándar	2.60

La figura 7 muestra que 13 personas reportan escasa Calidad de Vida respecto a la familia general, 16 personas la reportan como mediana y 21 personas lo hacen como alta Calidad de Vida.

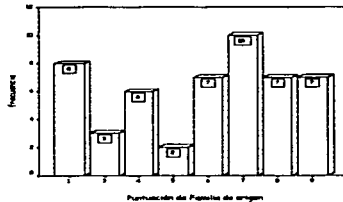
La tabla 7 marca una media de 5.42 la cual se coloca en el nivel de mediana Calidad de Vida, con una desviación estándar de 2.60 y el pico más alto en 7 con 11 sujetos.

#### **Factor VIII. Familia de origen.**

Este factor abarca aspectos similares al anterior relacionados con el bienestar de la familia, la importancia de convivir con ella y que sea una familia unida pero, se enfoca más a la familia nuclear.

Los reactivos que componen este factor son: 1) que haya buena relación entre hermanos, 2) que sus hermanos estén bien, 3) tener una buena relación con su madre, 4) tener una buena relación con su padre.

**FIGURA 8. Distribución del puntaje en el factor 8 Familia de origen.**



**TABLA 8. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 8 Familia de origen.**

Familia de origen	
N	50
Media	5.64
Mediana	6.00
Moda	7
Desviación Estandar	2.66

Los datos de la figura 8 muestran que 11 personas son de escasa Calidad de Vida, mientras que 24 personas reportan una alta Calidad de Vida.

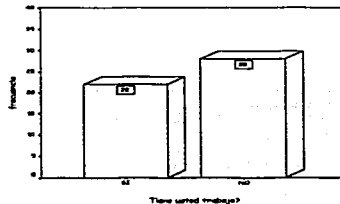
En la tabla 8 encontramos que la mayoría de los sujetos (31) se encuentran por arriba de la media (5.64) con una desviación estándar de 2.66, encontrando el pico más alto en 7.

**Factor IX. Desarrollo personal a través del trabajo.**

Esta área involucra aspectos que tienen que ver con el desarrollo como persona a través de lo que se esta haciendo.

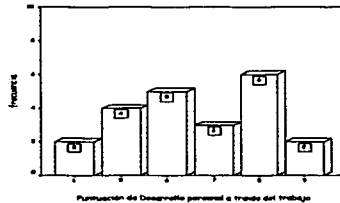
Los reactivos que componen este factor son: 1) tener un trabajo estable, 2) aprender cosas nuevas en su trabajo, 3) hacer en su trabajo cosas que le gusten, 4) hacer bien su trabajo, 5) tener éxito en su trabajo, 6) que su trabajo sea útil a otras personas.

**FIGURA 9. Situación laboral de los sujetos.**



La figura 9 indica la situación laboral en que se encuentran los sujetos al momento de ser encuestados, en ella se puede observar que aunque es poca la diferencia, la mayor parte de la población se encuentra sin trabajo (28).

**FIGURA 9.1. Distribución del puntaje en el factor 9 Desarrollo personal a través del trabajo.**



**TABLA 9. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 9 Desarrollo personal a través del trabajo.**

Desarrollo personal a través del trabajo	
N	22
Media	6.32
Mediana	6.50
Moda	8
Desviación Estándar	2.15

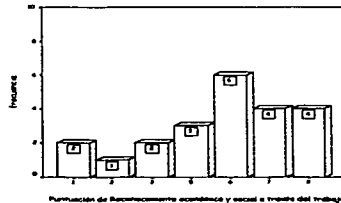
De las 22 personas que se encuentran laborando, encontramos que únicamente 2 de ellas reportan escasa Calidad de Vida en lo que se refiere a este factor mientras que 11 reportan alta Calidad de Vida (figura 9.1). La tabla 9 muestra que la mayoría de los sujetos se encuentran por arriba de la media (6.32) con una desviación estándar de 2.15 y que el máximo pico se encuentra en 8 con 6 personas que reportan alta Calidad de Vida.

**Factor X. Reconocimiento económico y social a través del trabajo.**

Esta área involucra aspectos que tienen que ver con el reconocimiento que otros le dan como persona a través de lo que esta haciendo. Se tomo en cuenta solamente a los 22 sujetos que reportaron trabajar.

Los reactivos que componen este factor son: 1) que le reconozcan su trabajo, 2) que le paguen bien por su trabajo, 3) que el ambiente de su trabajo sea agradable, 4) convivir con sus compañeros de trabajo, 5) que su trabajo sea útil a otras personas.

**FIGURA 10. Distribución del puntaje en el factor 10 Reconocimiento económico y social a través del trabajo.**



**TABLA 10. Datos Descriptivos de los indicadores el factor 10  
Reconocimiento económico y social a través del trabajo.**

Reconocimiento económico y social a través del trabajo	
N	22
Media	5.50
Mediana	6.00
Moda	6
Desviación Estándar	2.20

La figura 10 muestra la distribución de los puntajes obtenidos en este factor, como se puede observar no existen diferencias significativas entre escasa, mediana o alta Calidad de Vida ya que las puntuaciones son muy similares.

En la tabla 10 observamos una media de 5.50 con una desviación estándar de 2.20, el pico más alto se localiza en 6 con 6 sujetos que corresponde a mediana Calidad de Vida.

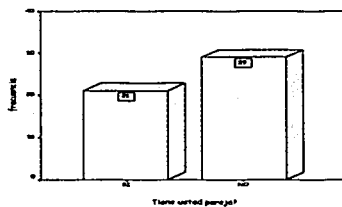
#### **Factor XI. Relaciones de pareja.**

En este factor se refieren a la necesidad de tener una pareja, y que ésta cubra aspectos importantes para el sujeto como persona.

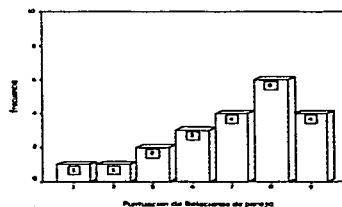
Los reactivos que componen este factor son: 1) tener una buena relación de pareja, 2) contar con el apoyo de su pareja, 3) convivir con su pareja, 4) tener una relación estable de pareja, 5) ser valorado por su pareja, 6) compartir actividades con su pareja, 7) ser amado por su pareja, 8) que su pareja sea como a usted le gusta, 9) tener relaciones sexuales con su pareja.

De las cincuenta personas encuestadas únicamente 21 sujetos tenían pareja en ese momento como lo muestra la figura 11.

**FIGURA 11. Situación civil de los sujetos.**



**FIGURA 11.1. distribución Del puntaje en el factor 11 Relaciones de pareja.**



**TABLA 11. Datos Descriptivos de los Indicadores del factor 11  
Relaciones de pareja.**

Relaciones de pareja	
N	21
Media	6.86
Mediana	7.00
Moda	8
Desviación Estándar	2.06

La figura 11.1 muestra claramente que de las 21 personas con pareja 14 de ellas tienen una alta Calidad de Vida.

La tabla 11 muestra los datos descriptivos del factor, se observa una media de 6.86 con una desviación estándar de 2.06, el pico más alto se localiza en 8 con 6 sujetos colocándose estos datos en el área de alta Calidad de Vida.

#### **Factor XII. Relación afectiva con los hijos.**

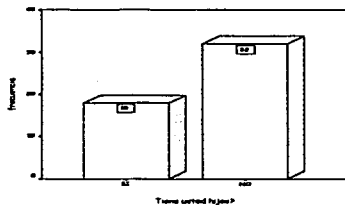
En este factor estuvieron incluidos los aspectos relacionados con tener y criar hijos, enfocándose a la ayuda, confianza, cariño que se les da a los hijos.

Los reactivos que componen este factor son: 1) convivir con los hijos, 2) que sus hijos estén bien, 3) tener una buena relación con los hijos, 4) que haya confianza con sus hijos, 5) dar suficiente atención a sus hijos, 6) que sus hijos sean autosuficientes, 7) darle a sus hijos lo que necesiten.

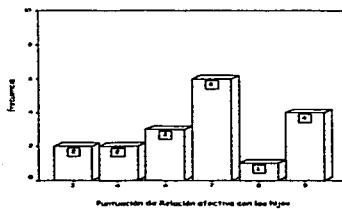
De las cincuenta personas encuestadas únicamente 18 sujetos tenían hijos como lo muestra la figura 12.



**FIGURA 12. Personas con hijos.**



**FIGURA 12.1. Distribución del puntaje en el factor 12  
Relación afectiva con los hijos.**



**TABLA 12. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 12**  
**Relación afectiva con los hijos.**

Relación afectiva con los hijos	
N	18
Media	6.56
Mediana	7.00
Moda	7
Desviación Estándar	1.98

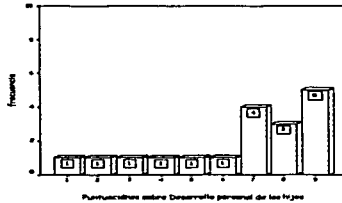
Los datos que aparecen en la figura 12.1, muestran que la mayoría de los sujetos reportan alta Calidad de Vida en este factor (11 de 18) y la tabla 12 muestra que la media es de 6.56 con una desviación estándar de 1.98, el pico más alto se encuentra en 7 con 6 sujetos.

**Factor XIII. Desarrollo personal de los hijos.**

En este factor se incluyeron los aspectos relacionados con tener y criar hijos pero, enfocándose al desarrollo del hijo y no del sujeto.

Los reactivos que componen este factor son: 1) ayudar a sus hijos a salir adelante, 2) que sus hijos tengan logros, 3) educar bien a sus hijos, 4) que sus hijos aprovechen bien la escuela.

**FIGURA 13. Distribución del puntaje en el factor 13  
Desarrollo personal de los hijos.**



**TABLA 13. Datos Descriptivos de los indicadores del factor 13  
Desarrollo personal de los hijos.**

Desarrollo personal de los hijos		
N	Valid	18
Mean		6.56
Median		7.00
Mode		9
Std. Deviation		2.55

Como se puede observar en la figura 13, 12 sujetos de los 18 que tienen hijos reportan alta Calidad de Vida con respecto al desarrollo personal de los hijos; la mayoría de los sujetos se encuentran por arriba de la media (6.56) con una desviación estándar de 2.55 (tabla 13), el pico más alto se localiza en 9 con 5 sujetos.

**Magnitud de la Calidad de Vida por factores.**

En la tabla 14 se presentan en conjunto las medias de cada uno de los factores de Calidad de Vida.

**Tabla 14. Calidad de Vida de los 13 Factores.**

Factor	Media
Relaciones de pareja	6.86
Relación afectiva con los hijos	6.56
Desarrollo personal de los hijos	6.56
Desarrollo personal a través del trabajo	6.32
Percepción personal	6.06
Sociabilidad y amigos	5.92
Familia de origen	5.64
Reconocimiento económico y social a través del trabajo	5.50
Familia en general	5.42
Desarrollo personal	5.14
Actividades recreativas	4.72
Bienestar económico	4.32
Entorno social	4.28

Como se puede observar, las principales áreas o factores son los de relaciones de pareja, relación afectiva con los hijos, desarrollo personal de los hijos, desarrollo personal a través del trabajo y percepción personal con medias por arriba del 6, seguidos por los factores: sociabilidad y amigos, familia de origen, reconocimiento económico y social a través del trabajo, familia en general y desarrollo personal que se encuentran en una media arriba del 5 y por último tenemos con las medias más bajas las actividades recreativas, bienestar económico y el entorno social.

Es importante mencionar que a excepción del factor relaciones de pareja que prácticamente obtiene una puntuación de 7, el resto de las puntuaciones se engloban en la calificación de Mediana Calidad de Vida.



# Discusión

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Discusión**

Se sabe que los rasgos de personalidad más comunes en individuos con problemas de adicción son la inseguridad, baja autoestima, conflictos con la autoridad, agresividad, frustración, poca tolerancia, depresión; así como dificultad para establecer relaciones duraderas con otras personas ya sean de amistad, trabajo o pareja, éstas, entre otras muchas características son resaltadas siempre por cualquier estudioso sobre el tema y con ellas se esperarían resultados en esta investigación que mostrarán una escasa Calidad de Vida en los sujetos evaluados, sin embargo, encontramos que la mayoría de ellos reportan mediana Calidad de Vida en los diversos factores abarcados aquí y algunos casos reportan alta Calidad de Vida.

Estos resultados probablemente se deben a que los sujetos se encontraban en una fase avanzada de tratamiento, es decir, no se trata de personas que aún viven la enfermedad y sus estragos, son personas que ya están saliendo de las adicciones. Tales condiciones no impidieron que se pudiera llegar al objetivo planteado con anterioridad más bien ayudaron a saber cuál es el área más afectada en la vida de estas personas por la drogadicción, ya que se sabe que todas se afectan en menor o mayor grado cuando se tiene la adicción, pero generalmente no se sabe cuáles son las que quedan más dañadas o en qué grado, al tiempo que se recupera el adicto.

Encontramos así que en el factor I Sociabilidad y amigos, la mayoría de los sujetos logran obtener una buena Calidad de Vida aunque una buena parte sólo lo logra de manera regular, en contraste encontramos que el factor II Entorno Social no es muy satisfactorio para los sujetos, debido a que 23 de ellos reportan escasa Calidad de Vida.

Estos dos factores están estrechamente relacionados, porque si bien es cierto que mucho se dice "a mí no me importan los demás o lo que opine de mí el resto de la gente", hay que recordar que vivimos en sociedad y que todo lo que le afecte al grupo, también le afecta al individuo, incluso en Centros de Integración Juvenil lo describen como "un problema multifactorial esencialmente como social

que produce riesgos, daños y perjuicios a la sociedad" (CtJ, 1988, pp. 60). Debido a esto no se puede decir que los sujetos evaluados se encuentren totalmente rehabilitados en cuestión social, aún les falta mucho para poder recuperar los lazos con ésta y mejorar así su Calidad de Vida y la de su mismo grupo.

Los resultados obtenidos en el factor III Bienestar económico demuestran que las personas con problemas de adicción de esta muestra, siempre requieren más dinero del que poseen, pero que aquellas que se encuentran en recuperación también lo necesitan aún cuando ya no gasten en drogas y es un poco difícil para ellos poder satisfacer sus necesidades económicas debido a que cuando están enfermos comienzan a hacerse de deudas que no terminan cuando la persona se recupera de la adicción.

Con los resultados del factor IV Actividades recreativas se puede observar que la mayor parte de los sujetos evaluados reportan mediana Calidad de Vida, este factor se relaciona con los anteriores debido a que cuando se tiene una adicción, las personas dejan de interesarse en sí mismas así como en los demás, y cuando comienzan a recuperarse, también empiezan a involucrarse y buscar actividades que les ayuden a evitar estar pensando en las drogas, además, puede deberse a la misma insatisfacción económica que tienen, lo que lleva a las personas a dejar en segundo lugar la preocupación por su salud física y mental razones por las cuales no les es posible alcanzar una alta Calidad de Vida.

El desarrollo y la percepción personal son de suma importancia para las personas que están tratándose de una enfermedad como la drogadicción. Cuando el sujeto se encuentra aún enfermo cualquiera que sea el grado en que se encuentre de la enfermedad, éste se va a olvidar de realizar cambios en su vida y su propia persona que van a evitar un desarrollo personal adecuado, como estudiar, trabajar, alcanzar metas entre otros, al mismo tiempo que dejará de percibirse como una persona activa y responsable, todo lo anterior lo llevara a sentirse muy mal consigo mismo.

A esto se refieren los factores V y VI, Desarrollo personal y Percepción personal respectivamente, dichos factores muestran que cuando las personas evaluadas se sometieron a un tratamiento y lo trataron de cumplir, encontraron

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mejoría en su forma de pensar, logrando un mejor desarrollo así como también la percepción de sí mismos se volvió positiva.

Como ya se ha mencionado, la familia es muy importante en la vida de cualquier sujeto, ya que es el primer y principal grupo social al que pertenece éste, cuando algún miembro, no importa cual sea, cae en las adicciones, toda la familia se ve afectada, comenzando por las relaciones y la importancia que el adicto le da a cada miembro de la familia. Cuando el enfermo decide someterse a un tratamiento, la familia es la primera en notar los cambios positivos que se van dando.

En este caso el factor VII Familia en general muestra que, aunque un poco más de la 3ra parte de la muestra reporta alta Calidad de Vida, es difícil alcanzar este nivel ya muchos reportan mediana e incluso escasa Calidad de Vida, probablemente se deban estos resultados al grado de adicción que los sujetos tuvieron ya que mientras más alto fuese, más afectaron a sus familiares y por lo tanto, más difícil era lograr establecer nuevamente los lazos familiares.

Lo mismo ocurre con el factor VIII Familia de origen, aunque en este caso la mayoría de los sujetos de la muestra reportan alta Calidad de Vida y 8 de ellos reportan escasa Calidad de Vida, los resultados de estos factores VII y VIII muestran claramente que siempre es más sencillo para ellos tratar de sobrellevar una relación con personas extrañas que establecer realmente una buena relación con la familia y compartir un poco de su vida y de su tiempo con ella.

En Centros de Integración Juvenil (CIJa, 2000) remarcan y difunden la importancia de que la familia este unida siempre y que aún cuando el adicto no quiera reconocer su problema, la familia puede comenzar a dar apoyo, quizá por esta razón encontramos estos resultados, en la mayoría de los casos, se ha difundido la importancia de la familia y ésta no ha permitido que el paciente se sienta solo o abandonado lo que le ha ayudado a obtener una Calidad de Vida más o menos alta.

Respecto a la situación laboral de los sujetos encontramos que más del 50% de ellos se encuentran sin empleo, lo cual indica la dificultad para poder incorporarse a una actividad productiva de manera fácil, probablemente porque

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



aún se encuentran en un estado medio de desarrollo y percepción a sí mismos o porque se encuentren con un gran rechazo de la sociedad, la declaración universal de Derechos Humanos, específica que " toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo" (en Satién, 1993, pp. 201) dicha ley debiese proteger a las personas desempleadas en este caso, sin embargo en este país encontramos que es muy diferente la realidad y que es probable que las personas adictas se enfrenten a un problema de discriminación.

Sin embargo, de los que si trabajan, la mayoría reportan estar a gusto con su desarrollo personal al igual que con el reconocimiento económico y social que reciben a través del trabajo, factores IX y X respectivamente. Satién (1993) dice que la satisfacción vivida en las actividades de trabajo van desde estados de insatisfacción, tristeza, depresión o neurosis, hasta los estados de realización de sí mismo, de satisfacción. En este caso es probable que todos los sujetos ya han pasado por todas estas etapas que marca Satién desde el desempleo, hasta la completa satisfacción que se obtiene mediante el empleo, sin embargo, casi todos se encuentran en un nivel medio o alto de Calidad de Vida.

Respecto al factor XI Relaciones de pareja se observa que aproximadamente el 40% de la población tiene pareja actualmente lo que indica que a ellos se les dificulta establecer una relación afectiva seria y estable con otras personas; hay que hacer notorio que a la edad que tienen los sujetos evaluados, la mayoría tiene ya una pareja más o menos estable y/o formal cosa que no han logrado muchos de ellos.

Este factor se refiere a la necesidad de tener una pareja y que ésta cubra aspectos para el sujeto, que lo quieran, lo apoyen, lo atiendan y lo respeten, las relaciones de pareja se definen como la interacción e intercambio entre dos personas, hay que dar y recibir para que una relación se lleve lo mejor posible, si esta dinámica no es llevada a cabo, la relación afectiva desaparecerá poco a poco afirma Curriel (1965). Los resultados obtenidos reportan una alta Calidad de Vida para la mayoría de los sujetos, sin embargo habría que tomar en cuenta que sólo se habla de la perspectiva del sujeto y no de la pareja, opinión que sería

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

importante poder obtener, para así saber de manera más real que Calidad de Vida llevan como pareja. No se puede dejar de mencionar que es bueno para los adictos contar con una pareja que esté a su lado mientras ellos tienen una rehabilitación.

Finalmente están los factores XII Relación afectiva con los hijos y XIII Desarrollo personal de los hijos, en el cual casi todos los sujetos reportan alta Calidad de Vida.

Se puede observar que los ítems correspondientes a estos factores califican la percepción del enfermo adicto sobre los aspectos que cree haber cubierto respecto a los hijos, sin embargo sería más razonable si se pudiera preguntar de forma directa a los hijos para poder hacer una evaluación más objetiva con ambas respuestas.

"Las circunstancias en que se desenvuelve una familia influyen de manera muy importante en la formación de sus integrantes. Pero lo más decisivo son las conductas y pautas que como padres se marquen para cumplir con las responsabilidades que tienen con sus hijos" (CREFAL, 2000b, pp. 10), cada familia tiene su propia historia y por lo tanto cada una tiene diferentes formas de pensar actuar y relacionarse, es importante que se mencione el hecho de que no siempre las personas que dijeron tener trabajo reportaron también tener pareja o hijos, lo cual puede explicar que al no tener responsabilidades como una familia, logren estar conformes con lo que trabajan pues así les alcanza para sus propios gastos. De igual manera no todos los que reportaron tener pareja trabajaban o tenían hijos, lo que probablemente los lleva a una relación de pareja que comenzaba, en muchos casos, y que por lo tanto aún no tenían que cubrir las responsabilidades de pareja, solamente adquirían los derechos. Por último tenemos a aquellos que tenían hijos, muchos reportaron no tener trabajo ni pareja, lo que podría interpretarse como una desintegración familiar y parece lógico pensar que en realidad ellos no han tenido la responsabilidad que implica un hijo, la han relegado a alguien más (expareja, abuelos, otros familiares cercanos) y cuando tienen contacto con los hijos les parece que han sido bien educados y que pueden tener una buena relación con ellos. Debido a estas circunstancias, los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

resultados de los últimos factores parecan ser muy subjetivos, no concuerdan del todo con la realidad a la que continuamente se enfrenta el adicto.

Por último se tienen en la tabla 14 la media de cada uno de los factores, como se observa la mayoría de las medias se engloban en una calificación de mediana Calidad de Vida a diferencia del estudio realizado por Palomar (1995) en el cual todas sus puntuaciones se colocan en un nivel de Alta Calidad de Vida a excepción de bienestar económico y entorno social que se colocan en mediana Calidad de Vida y casualmente, esos factores se colocan en ambas investigaciones son los que obtienen las más bajas calificaciones, lo cual quiere decir que para cualquier persona es difícil obtener alta Calidad de Vida en estos dos factores, probablemente porque no son cosas que finalmente puedan realizarse de manera individual, requieren también de la cooperación de otras personas.

Ahora, el hecho de que nuestros resultados difieran de esta manera con los de Palomar (1995), tiene que ver con la drogadicción, al comparar los resultados se observa que efectivamente la Calidad de Vida disminuye considerablemente en las personas que sufren de una adicción y que para volver a recuperarla cuesta mucho trabajo aún cuando se lleve a cabo una rehabilitación, por lo tanto, difícilmente se lograra tener una Calidad de Vida alta como la de una persona que no ha sido víctima de las adicciones.



# Conclusión

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Conclusión**

Durante esta investigación se encontró que Calidad de Vida es un término utilizado de manera popular desde hace mucho tiempo, sin embargo, para los profesionales interesados en el tema ha sido un poco difícil definir el término y sobre todo llegar a una definición unánime. Por esta razón existen una gran cantidad de definiciones y cada una de ellas está conformada de acuerdo a la disciplina bajo la cual se pretenda estudiar la Calidad de Vida.

En esta ocasión se retomo la definición de García (1997) "Constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto conceda a cada una de las áreas o aspectos de su vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico) que determinan bienestar" (García; 1997, pp.30).

Esta diversidad de definiciones puede deberse a la gran cantidad de líneas de investigación que existen, ya que no sólo es en Psicología donde interesa el tema, también interesa en otras áreas como la sociología, la economía, la medicina, entre otras y se enfocan en diversos temas como enfermedad, vejez, economía, vivienda, familia, por mencionar algunos, por lo tanto, cada investigador se ha visto en la necesidad de buscar la manera de poder evaluar la Calidad de Vida de su población, diseñando así en muchos caso un instrumento que cubra las necesidades específicas de su estudio, sin embargo hay instrumentos que sirven de igual manera para realizar diferentes evaluaciones de Calidad de Vida. Uno de ellos fue el elaborado por Palomar (1995), con él evaluó la Calidad de Vida en personas que vivieran en la ciudad de México y zonas conurbanas. Tomo en cuenta la clase social, estudios, trabajo y economía de los participantes. En esta ocasión, el Instrumento se utilizó para evaluar la Calidad de Vida en personas con adicciones.

La drogadicción o farmacodependencia se define como la necesidad incontrolable de usar una o varias drogas y es catalogada como una enfermedad pero no sólo y mental, también es considerada como una enfermedad social

debido a que aunque el adicto no se percate de ello, no sólo afecta su estado físico y mental al ingerir drogas, su comportamiento también afecta a las personas que le rodean. La Calidad de Vida se ve afectada tanto en el adicto como en la familia, trabajo, relaciones sociales, en fin, en su medio ambiente.

En esta investigación se evaluó la Calidad de Vida de 50 personas con problemas de adicción, las cuales ya se encontraban bajo tratamiento con el objeto de saber en que área de su vida causa más impacto la drogadicción.

Se encontró que la mayoría de los adictos consideran tener una Calidad de Vida mediana lo que concuerda con los resultados obtenidos por Cabrera (2001b) en su trabajo de Calidad de Vida en Adolescentes Consumidores de Cocaína y el de Castro y Maya (1982) en su estudio de comparación entre usuarios y no usuarios de drogas; los resultados de estos estudios confirman que la Calidad de Vida de los sujetos consumidores es notablemente baja en comparación con los que no son usuarios, En el presente estudio, se tiene el reporte de mediana Calidad de Vida, sin embargo se puede afirmar que su Calidad de Vida durante el tiempo que vivieron con la adicción fue muy baja y que a la fecha se les dificulta elevarla al máximo.

En comparación con Palomar (1995) quien encontró finalmente que mientras más alta es la posición social, el nivel de estudios, la posición económica, etcétera, también es más alta la Calidad de Vida de los sujetos, en los resultados obtenidos de la presente investigación cabe resaltar el hecho de que no importa cual sea el estilo de vida del sujeto, si es rico o pobre, si tiene o no estudios o la edad; toda persona que tenga alguna adicción, cualquiera que ésta sea, su Calidad de Vida se vera afectada inevitablemente.

Posiblemente esta investigación no sea muy significativa debido a que la muestra fue relativamente pequeña si se toma en cuenta lo grande que es la población de adictos, sin embargo, tal vez pueda ayudar a situar la Calidad de Vida que tienen muchas personas con un problema como éste y concientizar a la población que no lo tiene.

Debemos recordar que las personas adictas difícilmente se dan cuenta de cómo afectan su vida y sobre todo de cómo se afecta la de los demás. Los

resultados aquí obtenidos podrían no ser del todo exactos debido a esta característica, por lo tanto resultaría interesante que en investigaciones futuras se pudieran hacer evaluaciones de familias enteras para así poder comparar cada una de las perspectivas de los integrantes, sobre la misma situación y poder definir el grado de conciencia del enfermo al momento de la rehabilitación, de esta manera se le podría dar más apoyo en las áreas que lo necesitara. También sería conveniente calificar de manera individual y no grupal cada evaluación debido a que en las adicciones, cada caso es distinto, no se puede comparar un caso de adicción a anfetaminas con uno de cocaína o de tabaquismo, aparte se debe individualizar dependiendo de las relaciones familiares y sociales que hay en cada caso.

No se intenta criticar las diferentes maneras que tienen de dar tratamiento o terapia de rehabilitación las distintas instituciones que se dedican a esto, al contrario, se pretende hacer una aportación para que tal vez después de lograr que la persona deje las drogas, se pueda hacer algo más para elevar su Calidad de Vida y no solamente conformarse con que el sujeto ya no consuma y sólo alcance una mediana Calidad de Vida y así reintegrarlo a la sociedad y a la misma vida.

Es cierto, las secuelas que una enfermedad como la drogadicción deja son difíciles de borrar, pero no imposibles.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# Referencias

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## REFERENCIAS

Alcohólicos Anónimos (1981). **Un Mensaje a los Jóvenes...Como saber cuándo la bebida se está convirtiendo en un problema.** (Folleto informativo) México: A.A. World Services, Inc.

Alvaradejo G; (1996) **Estudio Preliminar a la Construcción de una Escala de Calidad de Vida para pacientes que sobreviven a Padecimiento Oncológico.** Tesis de Licenciatura México: UNAM.

Alvarado J. L; (1996). **Psicología Social Aplicada.** España: McGraw Hill. cap. 13.

Arcos A.H.G; (2000) **La labor preventiva del Psicólogo en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) Naucalpan.** Tesis de Licenciado en Psicología. Edo. de México: UNAM Iztacala.

Arostegui I; (1998). **Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del país Vasco.** España: Universidad de Deusto.

Belando M. M. R; (1996). El hogar de las personas de edad como propuesta de calidad de una autentica educación ambiental. **Anales de Pedagogía.** (14) 87-102

Blanco G.J; Rivera M. J. A; López A. O. y Rueda A. F; (1997). Calidad de Vida y Salud. Aproximaciones Teóricas y su Exploración en el Espacio Urbano. En: **Calidad de Vida: Seminario Permanente de Antropología Urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano.** México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Coordinación de Humanidades / Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad UNAM. pp. 69-80

**Bruguera, Diccionario Enciclopédico** (1976) México: Bruguera Mexicana de Ediciones, s.a. Tomo 6 pp.691 y Tomo 15.

Bustamante B. P. y Trejo J.J; (2002) **Calidad de Vida en Psicólogos Titulados.** Tesis de Licenciatura FES Iztacala: UNAM

Cabrera M. J. E.; (2001a) **Calidad de Vida en Mujeres Obesas y Anoréxicas.** Tesis de Licenciado en Psicología FES Iztacala: UNAM.

Cabrera R. S; (2001b). **La Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína.** Tesis empírica de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala: UNAM

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

117

Carroll S. y Smith T; (1995). **Enciclopedia de la Salud para toda la Familia**. España: Grijalbo. cap. 4.

Castro M. y Maya M; (1982). Respuestas de la Población Estudiantil a Tres Escalas Psicosociales. Comparación entre Usuarios y No Usuarios de Droga. **Revista Salud Mental**. 5 (5), 1. 94-99

Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe CREFAL (2000). **Cuidado con las adicciones. Libros de papá y mamá**. México: SEP y Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos.

Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe CREFAL (2000). **El amor en la Familia. Libros de papá y mamá**. México: SEP y Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos.

Centros de Integración Juvenil (1999a). **Tratamiento de la adicción a sustancias: Un enfoque cognitivo conductual**. México: Centros de Integración Juvenil.

Centros de Integración Juvenil CIJ; (1988) **Manual de Capacitación para el Voluntario** México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil CIJ; (1999b) **Abre los Ojos. El consumo de drogas en México**. (Folleto Informativo) México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil CIJ; (1999b) **La unión Familiar: la mejor prevención**. (Folleto Informativo) México: CIJ.

Cisneros R. H; Santillán H. E.; Daltabuit G. M. y Vázquez G. L.M. Aproximaciones Metodológicas para Evaluar La Calidad de Vida en Comunidades Rurales. En: Viesca A. M; (2000) **Calidad de Vida, Medio Ambiente y Educación en el Medio Rural**. México: Colegio de Michoacán y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM. pp. 89-106

Curriel b, J. L; (1965) **Desintegración Familiar (un tema de concilio)**. México: CULBIMEX. pp. 173- 193.

De la Fuente R. (1990). Aspectos Psicológicos y Sociales de la Farmacodependencia. **Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría**. México: UNAM Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría.

Dimauro M, (1995). **Salud Mental y Sociedad: más allá de lo endógeno**. Buenos Aires: El Ateneo. cap. 6.

Dolto F; (1991) **La Causa de los Adolescentes**. México: Seix Barral 2da parte cap. 11.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Donoso S. R; (1997). **Violencia Urbana y Vida Cotidiana.** En: **Calidad de Vida: Seminario Permanente de Antropología Urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano.** México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Coordinación de Humanidades / Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad UNAM. pp. 47-57

Dusek D. E. y Girdano D. A; (1990). **Drogas.** México SITESA

Escohotado A. (1990). **Historia General de las Drogas.** España Madrid: El libro de Bolsillo y Alianza Editorial.

Funes J; (1996). **Drogas y Adolescentes.** Madrid: Aguilar.

Galicia R. (1990). La Drogadicción, problema social con múltiples facetas. En **Gaceta UNAM.** México: UNAM. pp.15

García R. (1997). **UN modelo Multidisciplinario en el Estudio del Fenómeno Urbano. Calidad de Vida.** México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

García M. A. y Escarbajal H. A; (1997). Calidad de Vida y Vejez: Un cambio de Perspectiva. **Anales de Pedagogía.** (15) 141-158

González E; (1995). **Diagnóstico de la Salud en México.** México: Trillas.

Griffith E. (1986). **Tratamiento de Alcohólicos: guía para el ayudante profesional.** México: Trillas cap. 3 y 4

Guerrero E. K. L; (2001) **Calidad de Vida en Pacientes Sometidos a Diálisis Peritoneal.** Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala: UNAM

Hernández Z; (1997) Variables Condicionantes en la Calidad de Vida de Personas de la Tercera Edad. **Psicología Iberoamericana.** 5 (2) 23-32

Infante C. y Abreu L.F. Salud, Poder y Calidad de Vida: Mecanismos Involucrados. En: Viesca A. M; (2000) **Calidad de Vida, Medio Ambiente y Educación en el Medio Rural.** México: Colegio de Michoacán y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM. pp. 179 - 190

Kalina E. (1988) **Adolescencia y Drogadicción.** Buenos Aires Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Lassonde L. (1997). **Los Desafíos de la Demografía. ¿Que Calidad de Vida habrá en el siglo XXI?.** México: Fondo de Cultura Económica / UNAM

Macías R; (1995). **La Familia.** México: CONAPO. pp. 165 – 169.

Madden J. S; (1986). **Alcoholismo y Farmacodependencia**. México: El Manual Moderno.

Martínez A. L. (2000). **El Trabajo del Psicólogo en la Preceptoría Juvenil**. México: ENEPI.

Minuchin S. Y Fishman CH; (1991). **Técnicas de Terapia Familiar**. Buenos Aires: Paidós. pp. 25 – 41.

Murillo M. (1996). La Calidad de Vida en el enfermo neoplásico. En González B.M; Ordoñez A; Felix J; Zamora P; y Espinosa E. (Eds) (1996). **Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo con cáncer**. España: Panamericana.

Natera G. Y Terroba G; (1182). Prevalencia del Consumo de Alcohol y Variables Demográficas Asociadas de la Cd. De Monterrey, N. L. En **Salud Mental**. 5 (3) 1 – 4.

Nussbaum M; (1993) **La Calidad de Vida**. México: Fondo de Cultura Económica.

Palomar J. L; (1997). Calidad de Vida en la Ciudad de México. En: **Calidad de Vida: Seminario Permanente de Antropología Urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano**. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Coordinación de Humanidades / Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad UNAM. pp. 111-123.

Palomar L. J; (1995) **Diseño de un Instrumento de Medición Sobre Calidad de Vida**. Tesis de Maestría en Psicología Clínica México: UNAM.

Palomar L. J; (1998) **Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida**. Tesis de Doctorado en Psicología México: UNAM.

Piña J.M; (1997). Vida Cotidiana y Calidad en la Educación. En: **Calidad de Vida: Seminario Permanente de Antropología Urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano**. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Coordinación de Humanidades / Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad UNAM. pp. 81-84

Propuesta Preliminar para el estudio de la Calidad de Vida en Costa Rica. en: **Estado de la Nación: En desarrollo Humano Sostenible**. (2000) Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación, 6to. Informe pp. 67-85.

Ramírez S. L. Calidad de Vida, Medio Ambiente y Política. En: Viesca A. M; (2000) **Calidad de Vida, Medio Ambiente y Educación en el Medio Rural**. México: Colegio de Michoacán y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM. pp.137-142

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Rebollar R.R.; (2000) **Orientación Preventiva de la Farmacodependencia para Adolescentes.** Tesis de Licenciatura. Edo. de México: UNAM, Iztacala.

Reyes L. S; (1997). Calidad de Vida y Medio Ambiente. En: **Calidad de Vida: Seminario Permanente de Antropología Urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano.** México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Coordinación de Humanidades / Programa Universitario de Estudios sobre la Cuidad UNAM. pp. 19-24

Rojas M. L; (1994). **La Pareja Rota: Familia, crisis y superación.** España: Espasa Calpe. pp. 18 – 28.

San Martín H; Pastor N; (1990) **Epidemiología de la Vejez. ¿Que edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?.** Madrid: McGraw Hill-Interamericana de España.

Satién S. M. L. (1993). **Indicadores Sociales de Calidad de Vida: Un sistema de medición aplicado al país Vasco.** Madrid: Siglo XXI y De España Editores. cap. 6, 8 y 12.

Schwebel R; (1991). **Decir No no es suficiente.** México: Paidós.

Stefani D. y Rodríguez N.F; (1988). Actitudes hacia la vejez y nivel socioeconómico. **Revista Latinoamericana de Psicología.** 20 (2) 207-216

Suárez C. M; (2001). **No te prendas con el Alcohol** (folleto informativo). México: Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales.

Vega F. L; (2000). **La Salud en el Contexto de una Nueva Salud Pública.** México: Manual Moderno, UNAM. cap. 1

Viamonte M. (1993). **Al Encuentro de la Salud, Felicidad y Longevidad.** México Trillas. parte IV

Zamora (2000). **Diccionario Enciclopédico.** Colombia: Zamora Editores.

Zarate R.R;(2000). **Orientación Preventiva de la Farmacodependencia para Adolescentes.** Tesis de Licenciatura en Psicología. Los Reyes Iztacala: FES Iztacala, UNAM

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Anexo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

Por favor, marque con una cruz el cuadro que indique que tan importantes son para usted, cada uno de los aspectos que se señalan.

- 1 Estar acompañado por otras personas.
- 2 Conocer a nuevas personas
- 3 Llevarse bien con la gente
- 4 Tener buena comunicación con la gente
- 5 Que la gente que le rodea sea feliz
- 6 Que la gente tenga una buena opinión de usted
- 7 Convivir con sus amigos
- 8 Contar con el apoyo de sus amigos
- 9 Tener buenas relaciones con sus amigos
- 10 Que en el país no haya problemas económicos
- 11 Que en el país no haya problemas políticos
- 12 Que haya paz en el país
- 13 No tener problemas
- 14 Tener tranquilidad económica
- 15 Tener dinero para cubrir sus necesidades básicas
- 16 Contar con más dinero del que ahora tiene
- 17 No gastar más de lo que gana
- 18 Ser independiente económicamente
- 19 No deber dinero
- 20 Hacer actividades que le diviertan
- 21 Leer
- 22 Ir al cine
- 23 Escuchar música
- 24 Viajar
- 25 Salir a pasear
- 26 Realizar cambios para que su vida mejore
- 27 Estudiar
- 28 Terminar los estudios que haya iniciado
- 29 Desarrollarse en lo que estudió
- 30 Superarse personalmente
- 31 Alcanzar las metas que se propone
- 32 Aprender cosas nuevas
- 33 Sentirse bien consigo mismo
- 34 Sentirse estable emocionalmente
- 35 Sentirse tranquilo
- 36 Ser una persona responsable
- 37 Ser una persona activa
- 38 Estar de buen humor
- 39 Sentirse seguro de sí mismo
- 40 Que haya una buena relación familiar
- 41 Que su familia este bien
- 42 Que haya buena comunicación en su familia
- 43 Convivir con su familia
- 44 Compartir actividades con su familia
- 45 Tener una familia unida
- 46 Que haya una buena relación entre hermanos
- 47 Que sus hermanos estén bien
- 48 Tener una buena relación con su madre
- 49 Tener una buena relación con su padre
- 50 Que haya cariño entre los miembros de la familia

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

	muy importante	regularmente importante	poco importante
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

Si usted trabaja por favor continúe.  
Si no trabaja pase a la pregunta 61.

- 51 Tener un trabajo estable
- 52 Aprender cosas nuevas en su trabajo
- 53 Hacer en su trabajo cosas que le gusten
- 54 Hacer bien su trabajo
- 55 Que le reconozcan su trabajo
- 56 Tener éxito en su trabajo
- 57 Que le paguen bien por su trabajo
- 58 Que el ambiente de su trabajo sea agradable
- 59 Convivir con sus compañeros de trabajo
- 60 Que su trabajo sea útil a otras personas

	muy importante	regularmente importante	poco importante
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

Si usted tiene pareja (novia(a), esposo (a), etc.,)  
Por favor continúe, si no, pase a la pregunta 70.

- 61 Tener una buena relación de pareja
- 62 Contar con el apoyo de su pareja
- 63 Convivir con su pareja
- 64 Tener una relación de pareja estable
- 65 Ser valorado por su pareja
- 66 Compartir actividades con su pareja
- 67 Ser amado por su pareja
- 68 Que su pareja sea como a usted le gusta
- 69 Tener relaciones sexuales con su pareja

	muy importante	regularmente importante	poco importante
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			

Solamente conteste la siguiente parte si tiene hijos.

- 70 Ayudar a sus hijos a salir adelante
- 71 Que sus hijos tengan logros
- 72 Educar bien a sus hijos
- 73 Que sus hijos aprovechen bien la escuela
- 74 Convivir con sus hijos
- 75 Que sus hijos estén bien
- 76 Tener una buena relación con sus hijos
- 77 Que entre usted y sus hijos haya confianza
- 78 Dar suficiente atención a sus hijos
- 79 Que sus hijos sean autosuficientes
- 80 Darle a sus hijos lo que necesiten

	muy importante	regularmente importante	poco importante
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			

Por favor marque una cruz en el cuadro que indique su respuesta.

- ¿Tiene usted trabajo?
- ¿Tiene usted hijos?
- ¿Tiene usted pareja?

SI	NO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Por favor, en el cuadro de la derecha ponga una cruz que indique que tan satisfecho está con lo que se señala

- 1 De la compañía que le dan otras personas
- 2 De conocer nuevas personas
- 3 De cómo se lleva con otras personas
- 4 Con la comunicación que tiene con los demás
- 5 Con la felicidad de la gente que le rodea
- 6 Con la opinión que los demás tienen de usted
- 7 De su convivencia con los amigos
- 8 Del apoyo que tiene con sus amigos
- 9 De la relación que tiene con sus amigos
- 10 Con la situación económica del país
- 11 Con la situación política del país
- 12 Con la paz del país
- 13 Con los problemas que tiene
- 14 De su situación económica
- 15 Del dinero que tiene para cubrir sus necesidades básicas
- 16 Con el dinero que tiene
- 17 Con lo que gasta en relación a lo que gana
- 18 Con su independencia económica
- 19 Con sus deudas
- 20 Con las diversiones que tiene
- 21 Con lo que lee
- 22 Con sus idas al cine
- 23 Con la música que escucha
- 24 Con lo que usted viaja
- 25 Sus salidas a pasear
- 26 Con los cambios realizados en su vida para mejorar
- 27 Con sus estudios
- 28 De haber podido terminar sus estudios
- 29 De su desarrollo en lo que estudia
- 30 De su superación personal
- 31 De las metas alcanzadas en su vida
- 32 De las cosas nuevas que aprende
- 33 Consigo mismo
- 34 De su situación emocional
- 35 De la tranquilidad que siente
- 36 De ser una persona responsable
- 37 De ser una persona activa
- 38 Con su sentido del humor
- 39 De su seguridad en si mismo
- 40 De la relación que hay en su familia
- 41 Con el bienestar de su familia
- 42 Con la comunicación que hay en su familia
- 43 Con la convivencia que hay en su familia
- 44 Con las actividades que comparten en familia
- 45 Con la unión que hay en su familia
- 46 Con la relación que hay entre usted y sus hermanos
- 47 Con el bienestar de sus hermanos
- 48 Con la relación que tiene con su madre
- 49 Con la relación que tiene con su padre
- 50 Con el cariño que hay entre los miembros de la familia

	muy satisfecho	regularmente satisfecho	poco satisfecho
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Si usted trabaja por favor continúe.  
Si no, pase a la pregunta 61.

- 51 Con la estabilidad de su trabajo  
52 Con lo nuevo que aprende en su trabajo  
53 Con lo que hace en su trabajo  
54 Con lo bien que hace su trabajo  
55 Con el reconocimiento que tiene en su trabajo  
56 Con el éxito que tiene en su trabajo  
57 Con lo que le pagan en su trabajo  
58 Con el ambiente que hay en su trabajo  
59 Con su convivencia con compañeros de trabajo  
60 Con la utilidad que tiene para otras personas su trabajo

	muy satisfecho	regularmente satisfecho	poco satisfecho
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

Si usted tiene pareja (novio(a), esposo (a), etc.)  
Por favor continúe, si no, pase a la pregunta 70.

- 61 Con su relación de pareja  
62 Con el apoyo que le da su pareja  
63 Con la convivencia que tiene con su pareja  
64 Con la estabilidad de su relación de pareja  
65 Con lo que su pareja lo valora  
66 Con las actividades que comparten su pareja y usted  
67 Con el amor que le da su pareja  
68 Con la forma como es su pareja  
69 Con las relaciones sexuales que tiene con su pareja

	muy satisfecho	regularmente satisfecho	poco satisfecho
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			

Solamente conteste la siguiente parte si tiene hijos.

- 70 Con la ayuda que da a sus hijos para salir adelante  
71 Con los logros de sus hijos  
72 Con la educación que da a sus hijos  
73 Con el aprovechamiento escolar de sus hijos  
74 Con la convivencia que tiene con sus hijos  
75 Con el bienestar de sus hijos  
76 Con la relación que tiene con sus hijos  
77 Con la confianza que se tienen sus hijos y usted  
78 Con la atención que da a sus hijos  
79 Con la autosuficiencia de sus hijos  
80 Con lo que le da a sus hijos

	muy satisfecho	regularmente satisfecho	poco satisfecho
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN