



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PERCEPCIÓN DEL ESTILO FAMILIAR EN
ESTUDIANTES NO CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS Y CONSUMIDORES CON
PROBLEMAS ASOCIADOS”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
VERÓNICA MONTES CASTRO

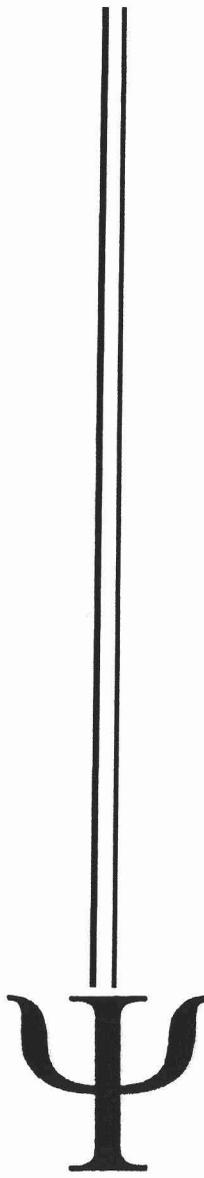
DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

REVISORA:
MTRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MÉXICO, D. F.

2005

m350809



AGRADECIMIENTOS

Otorgo mi más profundo y especial agradecimiento a mis padres Julio y Ma. Dolores, a mis hermanos Raquel y Pablo y, a mi abuela Catalina, por su incansable amor, cuidado y confianza en mí. Los llevo siempre en mi corazón.

A David Vázquez, por ayudarme a mantener la fe y por su apoyo en las tantas crisis asociadas a esta transición. Tu amor y buen juicio han sido cruciales en mi vida.

Doy gracias a todos mis amigos, especialmente a Karla, Araceli y Gerardo porque con su afecto han suavizado los momentos ásperos de mi existencia.

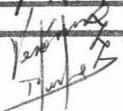
Gracias al personal del Departamento de Psicopedagogía del Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo y de la Escuela Nacional Preparatoria No. 2 por las facilidades otorgadas, así como a los alumnos que amablemente participaron.

Quiero agradecer al Mtro. Horacio Quiroga, porque su experiencia, ideas y meditadas sugerencias fueron fundamentales en la realización de este trabajo.

Asimismo, mi reconocimiento a la Mtra. Mariana Gutiérrez, al Dr. Ariel Vite, a la Dra. Georgina Cárdenas, a la Mtra Luz Ma. Rocha y al Lic. Marcos Valdez cuyo interés, profesionalismo y competencia ayudaron a fortalecer esta investigación.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Yerónica Montes Castro

FECHA: 28 / Nov / 05

FIRMA: 

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I LA FAMILIA	4
1.1 Breve revisión histórica de las transformaciones sociales	4
1.2 Relevancia social de la familia	6
1.3 Condiciones familiares relacionadas con el consumo de drogas	8
1.4 Estilos familiares	11
1.4.1 Antecedentes	11
1.4.2 Características	14
1.5 La participación de la familia en la prevención del consumo de drogas	17
1.6 Reflexiones en torno a la familia	20
CAPÍTULO II LA ADOLESCENCIA	22
2.1 Aspectos básicos sobre adolescencia	22
2.2 Desarrollo físico	23
2.3 Desarrollo intelectual	24
2.4 Desarrollo moral	25
2.5 Independencia	26
2.6 Identidad	27
2.7 Grupo de pares	28
2.8 Información estadística	29
2.8.1 Encuesta Nacional de Juventud 2000	29
2.8.2 Encuesta sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del D.F. 2003	32
CAPÍTULO III LA PERCEPCIÓN SOCIAL	34
3.1 Breves consideraciones en torno a la percepción	34
3.2 Factores que intervienen en la percepción de personas	35
3.3 Áreas de la percepción interpersonal	37
3.4 El rol en la percepción	41

CAPÍTULO IV	FAMILIA Y ADOLESCENCIA	43
4.1	El adolescente en la familia	43
4.2	Percepción del adolescente de su entorno familiar	44
CAPÍTULO V	LAS DROGAS	48
5.1	Aspectos históricos del uso de drogas	48
5.2	Conceptos elementales en torno al consumo de drogas	49
5.3	Prevalencias del consumo de drogas en población juvenil	51
5.3.1	Encuesta Nacional de Adicciones 2002	51
5.3.2	Encuesta sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del D.F. 2003	53
5.3.2.1	Estudiantes de nivel medio superior	53
5.4	Clasificaciones de drogas	55
5.5	Drogas clasificadas con base en su perfil farmacológico	56
5.5.1	Depresores	56
5.5.1.1	Alcohol	57
5.5.1.2	Inhalables	59
5.5.1.3	Benzodiazepinas	61
5.5.1.4	Barbitúricos	62
5.5.2	Estimulantes	63
5.5.2.1	Metilxantinas	63
5.5.2.2	Nicotina	64
5.5.2.3	Marihuana	66
5.5.2.4	Cocaína	68
5.5.2.5	Anfetaminas	70
5.5.3	Alucinógenos	72
5.5.4	Opiáceos	74
5.6	El fenómeno del consumo de drogas	76
5.6.1	Factores de riesgo y factores de protección	77
5.6.1.1	Relacionados con la sustancia	77
5.6.1.2	Relacionados con el individuo	78
5.6.1.3	Relacionados con el contexto	81
5.6.1.3.1	Macrosocial	83

5.6.1.3.2	Microsocial	85
5.6.1.3.2.1	Ámbito familiar	86
5.6.1.3.2.2	Ámbito escolar	89
5.6.1.3.2.3	Grupo de amigos	91
5.6.1.3.2.4	Ámbito laboral	92
5.7	Problemas asociados al consumo de drogas	93
5.7.1	Mediciones	93
5.7.2	Consecuencias médicas	95
5.7.3	Consecuencias sociales	95
5.7.4	Consecuencias psicológicas	97
5.7.5	Clasificaciones internacionales	97
5.7.5.1	Instrumentos desarrollados a partir de las clasificaciones internacionales	100
CAPÍTULO VI	MÉTODO	103
6.1	Justificación	103
6.2	Objetivo general	104
6.3	Hipótesis estadísticas	104
6.4	Variables	104
6.4.1	Definición conceptual de variables	104
6.4.2	Definición operacional de variables	107
6.5	Participantes	109
6.6	Tipo de muestreo	115
6.7	Tipo de estudio	115
6.8	Instrumentos	115
6.9	Procedimiento	118
CAPÍTULO VII	RESULTADOS	120
CAPÍTULO VIII	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	127
LIMITACIONES		136
SUGERENCIAS		136
REFERENCIAS		138
ANEXOS		142

Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior	143
Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (CFFS)	145
Plantilla de Calificación	146
Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)	147
Formato de Calificación	148

Se efectuó este trabajo de tesis con el propósito de comparar la percepción que tienen los estudiantes de nivel medio superior no consumidores de sustancias en torno a los estilos familiares -democrático, autoritario, permisivo y negligente- y los consumidores con problemas asociados. Se trató de un estudio descriptivo, comparativo, transversal y ex post facto. Participaron 100 adolescentes a quienes se les aplicó el Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior el cual permitió diferenciar a los grupos de consumidores y no consumidores de sustancias. Asimismo, se empleó la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (CFFS), para evaluar las dimensiones de control y afecto que conforman los estilos familiares, mientras que, para analizar los problemas asociados al consumo de sustancias se utilizó el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT). La información fue analizada en el paquete estadístico SPSS, recurriendo a la prueba Chi Cuadrada, mediante la cual no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción que tuvieron los consumidores de sustancias entorno a los estilos familiares y los no consumidores. En ambos grupos se encontraron los cuatro estilos familiares. Por último, en relación con las consecuencias asociadas a la ingesta de sustancias, se observó desde los que tenían de 1 a 5 problemas hasta quienes reportaron entre 7 y 14 problemas.

INTRODUCCIÓN

La maduración apoya y orienta la evolución en el ser humano, pero no puede lograr su crecimiento sin el acompañamiento de los padres. Es necesario que estos lo protejan, lo instruyan, lo eduquen. Los padres adquieren su carácter de autoridad, término que no se reduce a la necesidad de “hacerse obedecer”, como en la sociedad del pasado, pues esta práctica no le asegura al niño el desarrollo de una personalidad autónoma y capaz de adaptarse, aspectos fundamentales en el momento actual. El ejercicio de la autoridad es necesario e ineludible, donde los educadores son responsables de hacerlo de una forma eficaz, benévola y adaptada a las necesidades del niño y más tarde del joven. El concepto de libertad no se opone al de autoridad, no son dos formas de educación contrarias, se trata de dos necesidades complementarias para el ser humano. Es preciso asegurar suficiente libertad a las actividades del joven y asimismo hacerle sentir cierta seguridad que se desprende de la autoridad que ejercen los padres.

Los estudios sobre el consumo de drogas han sido realizados con enfoques diversos, siendo la población de adolescentes uno de los grupos de mayor interés. Para entender el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, es preciso estudiar variables sociales, familiares e individuales. Se ha intentado medir el peso de estos factores con el propósito de construir una jerarquía e identificar su grado de importancia, logrando una mejor comprensión de la forma como interactúan tales elementos. En términos generales, la conjunción de las tres variables acrecienta el riesgo de consumo (Needle, et. al. 1986; Beardslee, 1986; Blum, 1972; Jurich, et. al., 1985; Tec, 1974; Pandina & Schuele, 1983; Rees & Wilborn, 1983; Adler & Lotecka, 1973; citados en Denton & Kampfe, 1994).

El medio familiar como uno de los factores relevantes en el desarrollo de una conducta adictiva, puede presentar características como las siguientes (Denton & Kampfe, 1994):

- Los patrones de consumo en la familia.- La ingesta de alcohol y otras drogas por parte de los padres y de hermanos mayores.
- La composición familiar.- Implica la ausencia de alguno de los padres, causado por divorcio o muerte.
- La interacción familiar.- Incluye características como una asociación negativa entre padres e hijos (hostilidad, falta de amor, poca cohesión, cooperación mínima, comunicación

deficiente); los vínculos débiles con los padres frente a vínculos fuertes con amistades; la escasa supervisión y el poco interés en las actividades de los hijos, entre otras.

- Las discrepancias entre las percepciones de los miembros de la familia.- Sugiere, por ejemplo, que la imagen del “joven ideal” que se forman los padres, no coincide con la imagen que tiene el adolescente (Medina-Mora, et. al., 1995; Denton & Kampfe, 1994; Charro & Martínez, 1991).

La familia juega un papel muy destacado en nuestra sociedad, puesto que es en su seno donde se desarrolla el individuo. En general, es la principal fuente de apoyo y de amor, en su marco se adquieren una serie de actitudes, valores y creencias. Conforme avanza en su desarrollo, el individuo modifica en distintos grados estos elementos y a su vez, sus redes sociales se amplían: conoce a los compañeros de escuela, a los maestros, a los amigos, el grupo de trabajo, etc. Asimismo, la autoridad de los padres se consolida a través de actos firmes pero pausados, pacientes y constantes siempre acompañándose de confianza y de expresión de afecto hacia el adolescente, manifestado en actitudes más que en palabras. Pero no existe sólo un estilo de conducta educativa, al menos existen cuatro estilos (Bloom, 1985, 1994) que suelen adoptar los padres también conocidos como estilos de paternidad o estilos familiares: el **estilo familiar democrático** (alto control más alta expresividad), el **estilo familiar autoritario** (alto control más baja expresividad), el **estilo familiar permisivo** (bajo control más alta expresividad) y el **estilo familiar negligente** (bajo control más baja expresividad).

La aproximación conceptual que se empleó para definir estos estilos familiares fue propuesta por Méndez y Hulsey (1994) quienes adaptaron la clasificación de Schaefer (1959), autor que propone dos continuos: control, cuyos extremos van de autoritarismo a permisividad, y afecto cuyo rango fluctúa desde lo amoroso hasta lo hostil. La reconceptualización de Méndez y Hulsey consiste en que la dimensión de afecto tiene en un extremo la expresión libre y abierta de éste y en el otro extremo a la indiferencia. Dado que los autores mencionados emplearon la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (CFFS – Colorado Family Functioning Scale, en Bloom, 1985; Bloom & Naar, 1994), para evaluar estas dimensiones, renombraron la terminología original de Schaefer para hacerla corresponder con los nombres de la escala CFFS. Como consecuencia, la dimensión de Control de Schaefer es medida por la subescala de Estilo Familiar Autoritario, mientras que el Afecto de este mismo autor, es medido a través de la Expresividad en la Escala de Colorado.

La institución familiar se funda por la necesidad de convivencia con los semejantes y se convierte en la célula de la sociedad. La familia es responsable de satisfacer las necesidades biológicas básicas y favorecer el desarrollo de las cualidades humanas. Cuando la especie humana inició, las familias tenían la responsabilidad de satisfacer por sí mismas funciones muy relevantes que iban desde la reproducción; los servicios económicos -como la alimentación-; el orden social -mantener una conducta pacífica-; la socialización -modelar conductas competentes y participativas-; y el apoyo emocional -manejo de crisis-, fundamentalmente. Sin embargo, a medida que aumentó la complejidad en las sociedades, fue necesario distribuir estas funciones en estructuras sociales más grandes como las instituciones políticas, legales, religiosas y escolares (Berk, 1998; Natera, 2003).

Aun cuando estas funciones se comparten con las instituciones, la familia juega un papel determinante en los factores de tipo biológico, psicológico y social, según Rojas (1974). Desde el ángulo de la biología, cumple con la función de conservar la especie, siempre que la organización social sea la adecuada. En cuanto al ámbito psicológico, se crean lazos de interdependencia, se modelan conductas, se estimula el aprendizaje, la iniciativa personal y la creatividad. Son naturales los períodos críticos que sirven para consolidar los vínculos familiares y en el peor de los casos para debilitarlos. La esfera social abarca la satisfacción de necesidades materiales, la provisión de alimentos; es un espacio apto para desenvolverse y para encontrar una identidad familiar. Todo esto lo prepara para afrontar nuevas experiencias e involucrarse en otras funciones sociales con responsabilidad.

1.1 BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DE LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES

Desde un punto de vista sociológico es importante destacar que existen profundas transformaciones que la sociedad occidental ha experimentado a partir de la segunda mitad del siglo XX, por lo que resulta necesario exponer brevemente estos cambios históricos en los que se insertan las familias y los jóvenes (Ponce de León, 2003):

Cambios históricos fundamentales en la década de los 50's (Ponce de León, 2003)

- Se observa un crecimiento económico, reflejado en oportunidades de empleo y que se traduce en una movilidad social ascendente.
- La televisión está al alcance de las familias mexicanas.

- Se introduce al país la píldora anticonceptiva.
- Antes de los 21 años los jóvenes son considerados hijos de familia o “rebeldes sin causa”.
- La figura paterna como autoridad incuestionable.
- La educación formal es el requisito para convertirse en adulto respetable.

La época de los años cincuenta es de desarrollo y consolidación de la política social a través de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Se registran crecientes migraciones del mundo rural al urbano. Es la época del llamado “milagro mexicano”, que, sin embargo, pronto empieza a mostrar fragilidad con los movimientos sociales de principios y fines de los años sesenta.

Cambios históricos fundamentales en la década de los 60's (Ponce de León, 2003)

- Surgen movimientos de grupos sociales como ferrocarrileros, maestros, médicos.
- Alrededor del año de 1968, el joven es considerado como: estudiante, cada vez se tiene mayor acceso a la educación superior; pacifista o revolucionario: crítico del *status quo* y la autoridad; cuestiona los valores y creencias tradicionales.

El movimiento estudiantil de 1968 constituye, según la óptica de Ponce de León (2003), “un reclamo democrático que señaló el agotamiento de un sistema político autoritario, pero que también evidencia mundialmente la emergencia de un nuevo sujeto social que demanda atención, espacio, libertad y escucha de su propia voz y perspectiva: los jóvenes”.

Cambios históricos fundamentales en las décadas de los 70's y 80's

- La mayoría de edad se alcanza a los 18 años.
- La “apertura democrática” se debilita ante el inicio de la crisis económica, social y política.
- Se incorporan poco a poco las mujeres solteras y madres de familia al mercado de trabajo y a la política.
- Surgen las bandas en los sectores urbano-populares.
- Nacen las generaciones que vivirán el fin de siglo XX y el inicio del siglo XXI.
- El debilitamiento de las grandes ideologías, da paso a los nuevos movimientos sociales.

Pérez Islas (en Ponce de León, 2003) señala que “... este proceso se ha ido haciendo cada vez más complejo en función de los cambios que se están produciendo a nivel mundial, regional, nacional y local y, catalizándose los problemas con mayor fuerza en la población joven, donde se acentúan las transformaciones, pero también las exclusiones. Quizá hasta la década de los setenta persistía en el imaginario social que el tránsito de las nuevas generaciones hacia la adultez tenía que ver con el circuito que empezaba en la familia, continuaba en la escuela y de ahí al empleo y a la participación social y política.”

Cambios históricos fundamentales de 1990 a 2003 (Ponce de León, 2003)

- Se habla de generación X, generación Z.
- El espectro de identidades juveniles es amplio: fresas, campesinos, indígenas, darkies, cholos, góticos, skatos, estudiantes, artesanos, sin oficio ni beneficio, desempleados, etc.
- Aumenta la deserción escolar en el nivel medio.
- El constante crecimiento del consumo de drogas en la población juvenil (no exclusivamente) es motivo de alarma.
- El futuro de los jóvenes se vislumbra incierto.
- Crece la incertidumbre y la desorientación.

Al respecto, Pérez Islas (citado en Ponce de León, 2003) comenta “La década perdida de los ochenta y la acentuación y sistematicidad de la crisis en los noventa configuraron un panorama donde este imaginario se fue desdibujando para amplios sectores juveniles.” De esta cita, destacan las nuevas circunstancias que la población joven debe enfrentar, entre ellas la pérdida de modelos de identificación. En medio de la creciente y profunda desigualdad que observamos en el país, ha dejado de tener sentido para una buena parte de los jóvenes mexicanos, la fórmula “se buen hijo, se buen estudiante y tu esfuerzo será recompensado por la sociedad, ya que serás un buen profesionista, tendrás tu propia familia, tu casa y estabilidad”.

1.2 RELEVANCIA SOCIAL DE LA FAMILIA

Las formas que ha tomado la familia a lo largo de la historia son muy diversas. La polémica en torno a cuál de ellas ha sido la “mejor” es amplia. Dentro de los tipos de familia que han existido se encuentran la *poliándrica* (una sola madre que se hace cargo de los hijos que ha tenido con diferentes esposos); la *poligámica* (varias madres que cuidan cada una a sus propios hijos, siendo el padre de ellos uno mismo); la *familia nuclear* (una pareja de esposos y

sus hijos); y la *familia extensa* (la familia nuclear más un número indefinido de parientes tales como tíos, primos, sobrinos, abuelos, parientes políticos) [Puente, Gómez-Mont, Souza & Espel, 1989].

En nuestra sociedad, la familia nuclear es la más común y, en general, tenemos contacto con la familia extensa en ocasiones especiales. Así, en la Encuesta Nacional de Juventud 2002 (citado en Ponce de León, 2003), se describen diferentes tipos de familias: nucleares, monoparentales, extensas y compuestas. El 58% de los adolescentes y jóvenes vive en hogares nucleares. Sin embargo, factores como los cambios demográficos, económicos y socioculturales, por ejemplo, el descenso de la natalidad y la mortalidad, un mayor número de divorcios, el aumento del grado escolar, el intercambio de los roles masculino y femenino, entre otros, han afectado las estructuras familiares (González, 1996; Pérez & Valdez, 2003).

La familia es el terreno propicio para fomentar la aceptación de sí mismo mostrándole que es un ser único e irrepetible; proporcionar cariño y afecto, aspectos que ayudan al sujeto a salir adelante cuando las crisis y angustias personales surgen. El establecimiento de un diálogo honesto, respetuoso y directo entre los miembros que permita averiguar las inquietudes, las necesidades, los deseos y expectativas de los jóvenes es importante dada la necesidad de una seguridad emocional. El conjunto de estos elementos conforman una “familia nutridora” que según Camacho (2003), es aquella que tiene la capacidad de amarse, esto es “...amar no es sólo un sentimiento, es selección, es compromiso, es decisión, es aceptación, es dolor, es aprender las cosas sin dañar”.

Los padres de familia son quienes encabezan la responsabilidad de crear estos espacios de estima real y positiva, de abrir los canales de comunicación y de proporcionar amor. Sin duda, los hijos tienen una corresponsabilidad, entendiendo ésta como la capacidad de dar respuesta a los esfuerzos de los padres (Camacho, 2003).

Así, la familia es definida por Salles y Tuirán (citados en Natera, 2003) como: “Ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima (de solidaridad, de poder, de autoridad, de afecto) donde conviven e interactúan personas emparentadas, de generaciones y géneros distintos. Se distribuyen los recursos, se definen las obligaciones, responsabilidades y derechos”.

De acuerdo con Natera (2003) existen distintas áreas que impactan en la estructura familiar, producto de la globalización como son la política, lo laboral, la economía, el libre comercio y la salud. Más específicamente, cuando se habla de *política*, implica la incapacidad del Estado para afrontar los retos políticos y mantener el control sobre el empleo de la fuerza, así

como una mayor disponibilidad de armas. En lo que respecta al *área laboral*, se hace evidente la falta de oportunidades de empleo, la degeneración de zonas urbanas y rurales, que en ocasiones conduce a los habitantes a emigrar desde edades cada vez más tempranas, teniendo que subsistir en algunas regiones de Estados Unidos por ejemplo, donde la disponibilidad de sustancias es mayor. Por su parte, el *sistema económico* ha repercutido en un aumento en el número de familias pobres, un aumento de la competencia por recursos y de igual forma se observa una creciente privatización. El *libre comercio* ha influenciado en un reemplazo paulatino de la cultura tradicional. Asimismo, en términos de *salud*, se aprecia una reducción de la seguridad social; el incremento en los problemas de salud a edades más tempranas; mayor disponibilidad de drogas como uno de los factores que aumentan la probabilidad de iniciar el hábito de consumo de sustancias.

En términos de una dimensión teórico-explicativa de la cultura y desde el punto de vista del Colectivismo-Individualismo, Natera (2003) plantea que la familia en México muestra más bien valores y normas colectivistas, esto es, predominan los intereses colectivos por encima de los individuales; se espera siempre ayudar y cuidar del otro; el sacrificio y la resignación visto principalmente en las madres de familia son rasgos comunes; se comparten los escasos recursos; se intenta fomentar la tolerancia entre unos y otros; minimizar el conflicto, ya sea negándolo, pensando que tarde o temprano se resolverá, incluso que no requieren ayuda externa para modificar la situación; el discurso es en el sentido de “nosotros” versus el “yo”. Por esto, la autora considera que si la familia mexicana no fuera de carácter protector, se tendría en puerta un problema social mucho más severo. Es decir, la familia ha servido para contener la problemática social que le correspondería resolver al Estado.

1.3 CONDICIONES FAMILIARES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS

Dada la importancia de la familia, los investigadores han enfocado su atención en ella y encontrado relación entre el consumo de sustancias y las características de la familia. Así, por ejemplo, Denton y Kampfe (1994) han hecho una revisión de la literatura sobre la relación entre estas dos variables y describen dos categorías de las características familiares:

- a) Patrones de consumo de drogas en la familia
- b) Atmósfera familiar

Dentro de los hallazgos relacionados con los **patrones de consumo en la familia** destaca la relación positiva entre el consumo de drogas de los padres y el de los hijos. Por

ejemplo, dichos autores encontraron que el abuso en el consumo de alcohol por parte de los padres, favorece una actitud positiva de los adolescentes hacia éstas, aumentando su intención de utilizarlas.

Los adolescentes que hacen uso de sustancias reportan que sus padres también las usan como una forma de sobrellevar sus problemas y combatir el estrés generado, por lo que para estos jóvenes el uso de drogas también representa una estrategia de escape. En las familias donde se consume alguna sustancia, los padres ponen de manifiesto una “moral hipócrita”, esto es que, los padres les hablan a sus hijos adolescentes sobre el peligro del uso de drogas y ellos mismos las utilizan (Jurich, A., Polson, Jurich, J. & Bates, 1985; Rosovsky, 2003). Para los adolescentes, es importante que el discurso de los padres esté ligado con sus acciones.

En México se ha visto que el consumo por parte de la madre, más que cualquier otro miembro de la familia (hermanos mayores, por ejemplo) tiene un mayor impacto en el adolescente en el abuso de sustancias (Medina-Mora, Villatoro, López & Berenzon, 1995; Rosovsky, 2003). Al respecto, Natera (2003) apunta que el consumo de alcohol por parte de la madre implica una probabilidad 7 veces mayor de que sus hijas también lo hagan, en comparación con las madres que no modelan conductas de consumo de drogas.

Lo anterior puede explicarse desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje social, que asume que la disponibilidad en la familia, y los principios de modelamiento y refuerzo social incrementan la probabilidad de que el adolescente se vea inmerso en el consumo (Bandura, 1973, citado en Rice, 1999). Por tanto, los padres tienen la responsabilidad de modelar y reforzar conductas adecuadas que serán incorporadas al estilo de vida de los hijos, creando sus propios recursos que posibiliten su éxito al enfrentarse al exterior, y que quizá no son inamovibles pero sí sientan las bases (Rosovsky, 2003).

La segunda categoría descrita por Denton y Kampfe (1994) la comprende la **atmósfera familiar** y su influencia en los adolescentes en el consumo de sustancias. Esta atmósfera incluye la composición familiar, la interacción de los miembros y las discrepancias entre las percepciones de uno de los miembros con respecto a otros.

Así, encontramos que una proporción de los hogares los encabezan las madres, ya sea porque se han divorciado, porque el padre de sus hijos nunca se hizo cargo de ellos, por el cambio en los roles o por decisión personal. Otra de las variantes son los hogares integrados por matrimonios que ya han tenido hijos con sus anteriores parejas, incluso uniones entre

personas del mismo sexo. Estos son aspectos de la *composición familiar* que contribuyen a un probable consumo (Rosovsky, 2003).

Por lo que respecta a las *discrepancias entre los miembros de la familia*, éstas indican una relación con el consumo de sustancias en el adolescente. Mucha de la hostilidad y el desentendimiento puede ser el resultado de una inadecuada percepción entre los miembros de la familia. Y es que la imagen del “joven ideal” que tienen los padres, no coincide con la imagen que su hijo ha creado sobre sí mismo. Los adolescentes que consumen sustancias describen que sus padres no son sinceros ni los entienden, mientras que estos padres sienten que sí poseen esas cualidades (Denton & Kampfe, 1994).

En lo que corresponde a la *interacción familiar*, una asociación positiva entre padres e hijos favorece el desarrollo de un autoconcepto fuerte, lo que a su vez funge como un factor protector con respecto al abuso de sustancias. El adolescente consumidor de drogas describe su ambiente familiar como hostil, escaso de amor, con poca cohesión, cooperación mínima, con una comunicación deficiente (poco clara o cerrada, sin expresiones de aceptación o entendimiento), según la revisión que efectuaron Denton y Kampfe (1994) y Rosovsky (2003).

A pesar de la valoración positiva que hacen los jóvenes no consumidores de drogas sobre sus familias, existen dificultades de comunicación entre los miembros, y es que hablar de sexualidad con los padres, o el hablar de los sentimientos, o tratar temas de política, son de difícil abordaje en el ámbito familiar, y esto “desdibuja la figura paterna como imagen orientadora, pues en general no existe ningún tema sobre el cual conversen mucho con sus padres” (Valenzuela, citado en Ponce de León, 2003). A este respecto, el 67.8% de los adolescentes afirma que sus padres hablan con ellos cuando cometen alguna falta, según la Encuesta Nacional de Juventud 2002 (citado en Ponce de León, 2003). Los datos también dejan ver que prevalece una incompreensión de los padres frente a las necesidades de expresión y de libertad que los jóvenes requieren para aprender a actuar con mayor responsabilidad y autonomía, frente a lo que la sociedad les exige.

La vinculación a los padres frente a la vinculación a los amigos juega un papel importante en las conductas adictivas, esto es, quienes no son usuarios de drogas, reportan un mayor vínculo con los padres que con sus amigos, mientras que en los consumidores sucede lo contrario (Charro & Martínez, 1991). Si bien es cierto que en los adolescentes se aprecia un distanciamiento de los padres y una mayor implicación con los amigos, en modo alguno significa una pérdida o rechazo absoluto de los valores inculcados por los progenitores. La

influencia del grupo de pares se encuentra mediatizada por la forma en la que la familia preparó al joven para tomar decisiones, para hacer elecciones y entre ellas, la de sus amistades ante quienes podrá poner en práctica sus estrategias de manejo de presión social en torno a ciertas conductas como la de consumo de drogas (Rosovsky, 2003).

Continuando con la interacción familiar cabe destacar la influencia de la falta de supervisión por parte de los padres en el inicio del consumo de alcohol, así como el paso a su consumo habitual. Esta falta de supervisión y el poco interés por implicarse en las actividades y en el tiempo libre de los hijos adolescentes puede llevar al joven a involucrarse en un grupo de amigos con prácticas inadecuadas, contexto en el que se experimenta no sólo con alcohol sino con otras drogas, estableciéndose su consumo (Charro & Martínez, 1991). Al respecto, cabe señalar que en muchos sectores de la población, es común que ambos padres trabajen fuera de casa, lo que dificulta la observación de las actividades de los hijos y por consecuencia, el seguimiento de sus conductas. Aunado a esto, vemos que con frecuencia la familia extendida (abuelos, tíos) no vive cerca de la familia nuclear, lo que impide que adultos confiables acompañen o supervisen a los menores (Rosovsky, 2003). De ahí la importancia de tener un seguimiento de las actividades y de lo que le rodea al joven adolescente, promoviendo en él su participación en actividades prosociales. Esta cercanía les permite a los padres transmitir valores y reforzarlos, lo que convierte al consumo de sustancias (y a otras conductas inadecuadas) en algo poco atractivo y con elevado costo.

1.4 ESTILOS FAMILIARES

1.4.1 ANTECEDENTES

Dentro de la interacción familiar, un aspecto importante es el estilo familiar o también llamado estilo de paternidad que ejercen los padres. En relación con esto, se ha encontrado que los papás, cuyos hijos abusan de alguna sustancia ven a la paternidad como un trabajo que requiere esfuerzo y sacrificio, además aprecian una falta de confidencialidad entre ellos y sus hijos (Jurich, et. al., 1985).

Los estilos familiares han variado ampliamente según el grupo cultural y la época en que se vive. Así como ha habido tiempos de rigidez y castigo físico, otros han sido de relativa permisividad. En los años cincuenta y principios de los sesenta se advertía en contra de los métodos demasiado intimidatorios; la preocupación de los padres era evitar reprimir las emociones de sus hijos y convertirlos en personas ansiosas, reprimidas y neuróticas. En

cambio, para los años setenta y ochenta se señalaba la importancia de un control social suficiente, firme y coherente para sembrar seguridad en los hijos. Para los noventa continuó la tendencia de un control firme por parte de los padres, pero sin descuidar las expresiones de afecto y aprobación (Davidson, A. & Davidson R., 1996).

Se han definido los estilos familiares o de paternidad como: “una constelación de actitudes hacia los hijos que les son comunicadas y que en su conjunto crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres” (Darling & Steinberg, 1994, citado en Vallejo, 2002).

Al respecto, es preciso hacer mención de los trabajos de Baumrind en los años de 1965, 1966, 1967, 1971, 1972 (citado en Berk, 1998) y 1980 (Baumrind, 1980) quien recopiló amplia información sobre las prácticas de educación que los padres ejercen en sus hijos de edad preescolar tanto en casa como en laboratorio. De estas observaciones se desprenden dos dimensiones: control (grado de restricción) y calidez (grado de afecto y aprobación). A partir de estas dimensiones identificó tres estilos de paternidad: *autoritativo*, *autoritario* y *permisivo*. Más tarde fue propuesto el estilo de no implicación o negligente por otros investigadores (Craig, 1997; Berk, 1998). Esta clasificación bidimensional se muestra en la Tabla I.

Tabla I. Clasificación Bidimensional de Estilos Paternales

	Calidez	No Calidez
Control	Padres Autoritativos	Padres Autoritarios
No Control	Padres Permisivos	Padres No Implicados

Los padres *autoritativos* combinan un alto grado de calidez, aceptación y aliento de la autonomía de sus hijos; estos padres pueden establecer límites explicando las razones que tienen para hacerlo. Los niños logran aceptar lo establecido por sus padres dado que el carácter de sus juicios no son arbitrarios o injustos. Los padres autoritativos se prestan a escuchar las objeciones de sus hijos y se muestran flexibles ante lo que les parece apropiado (Baumrind, 1967, citado en Craig, 1997).

Asimismo, dicho autor define a los padres *autoritarios* como controladores y con adherencia a reglas rígidas. Tienden a ser poco cálidos, aunque no siempre es el caso. Estos padres dan órdenes y esperan que los obedezcan, en muchas ocasiones evitan intercambios verbales con sus hijos. De acuerdo con este planteamiento, el niño puede frustrarse al no conseguir la independencia de sus padres. En el otro extremo, se ubica a los padres *permisivos*, quienes establecen pocas restricciones a la conducta de sus hijos. La libertad es demasiada,

pero la conducción es mínima. Los sentimientos que los padres experimentan de ira, fastidio o impaciencia los reprimen, pues se empeñan en mostrar a sus hijos un “amor incondicional” (Baumrind, 1967, citado en Craig, 1997; Baumrind, 1971, citado en Berk, 1998).

Los resultados obtenidos por Baumrind (citado en Charro & Martínez, 1991) señalan que las familias cuyos hijos informan de menor uso de drogas tienen una característica en común: vínculos fuertes que persisten durante la adolescencia y organización consistente que incluye supervisión y disciplina. Los hijos de padres autoritativos (alto control y alto afecto) son quienes presentan mejor ajuste psicológico y poco consumo de drogas. Contrario a esto, los adolescentes que muestran mayores problemas de conducta, menor competencia y menor desarrollo cognitivo tienen, con más frecuencia, padres autoritarios, no directivos y con baja vinculación afectiva.

En México, por su parte, Natera realizó un estudio para determinar cuáles eran las prácticas de disciplina y educación que utilizan los padres (citado en Natera, 2003), encontrando las siguientes características:

- ♦ No existe negociación en el establecimiento de las normas, las cuales se caracterizan por su rigidez.
- ♦ Valores como el respeto están vinculados al miedo. Los jóvenes deben hablarles de “usted” a los padres, “obedecer sin repelar”.
- ♦ A los procedimientos disciplinarios comúnmente les subyace el sentimiento de culpa, sin embargo, no cuentan con las herramientas necesarias para replantear la situación.
- ♦ Esperan no repetir los patrones de conducta de sus propios padres.
- ♦ Las madres consideran fundamental la participación de los padres en la disciplina de los hijos.
- ♦ Las madres creen que la responsabilidad de la educación recae en ellas pero no saben cómo hacerlo con efectividad.
- ♦ Son diversas las estrategias que emplean para evitar que los hijos abandonen el hogar pero a menudo los resultados son paradójicos.
- ♦ Los esfuerzos son en un sentido de provisión material, más que en el ámbito afectivo.
- ♦ Cuando los padres pierden el control de la educación, los niños dominan la situación.

Asimismo, Valenzuela (citado en Ponce de León, 2003), comenta que, según la Encuesta Nacional de Juventud, un alto porcentaje de familias recurre al castigo físico o a la indiferencia como formas de controlar la conducta de los jóvenes. Entre las principales

prohibiciones que los padres establecen están aquellas que se refieren al control sobre el cuerpo del joven, como tatuarse, fumar, beber alcohol o la regulación de sus espacios y tiempos a través de los permisos para salir o llegar tarde a casa. Sin embargo, es importante ponderar las diferencias de esos comportamientos y sus significados, para lo cual hay que echar mano del cuerpo de conocimientos producto de la investigación.

Los castigos, los prejuicios, las prohibiciones, que son algunos elementos que conforman las estrategias disciplinarias de los padres, infantilizan y descalifican a los jóvenes, entorpeciendo su aprendizaje sobre las situaciones de riesgo que hay que afrontar.

1.4.2 CARACTERÍSTICAS

La aproximación conceptual que se ha empleado en este trabajo de tesis ha sido propuesta por Méndez y Hulsev (1994) quienes adaptaron la clasificación de Schaefer (1959) [citado en Méndez & Hulsev, 1994], autor que propone dos continuos: *control*, cuyos extremos van de autoritarismo a permisividad, y *afecto* cuyo rango fluctúa desde lo amoroso hasta lo hostil. La reconceptualización de Méndez y Hulsev consiste en que la dimensión de afecto tiene en un extremo la expresión libre y abierta de éste y en el otro extremo a la indiferencia, por lo que se le ha considerado como *expresividad*. Como consecuencia, la combinación de las dimensiones de *Control* y de *Expresividad* de Schaefer da lugar al Estilo Familiar Autoritario, al Estilo Familiar Democrático, al Estilo Familiar Permisivo y al Estilo Familiar Negligente.

Los padres que ejercen un **Estilo Familiar Democrático** son cordiales y amorosos, capaces de dar apoyo y al mismo tiempo hacen demandas razonables para la madurez de sus hijos, además establecen sanciones a la conducta del niño de ser necesario. La toma de decisiones no está basada exclusivamente en el consenso del grupo, ni en los deseos individuales del niño, pero tampoco se ven los padres a sí mismos como infalibles, permitiendo a los hijos mayor libertad de acción dentro de los límites ya conocidos. Es continuo el contacto entre padres e hijos, pues se explican las razones por las que existen reglas familiares y se ofrecen respuestas para satisfacer la curiosidad de sus hijos. Incluso se les recompensa por su actividad independiente, por su curiosidad, por su expresión espontánea de sentimientos y opiniones, dentro de un marco social (Powell, 1981; Bloom, 1984, 1985; Mussen, Janeway & Kagan, 1987; Berk, 1998; Macià Antón, 2000).

Aun cuando los padres ejercen un control firme en aspectos en que ellos y el niño sustentan puntos de vista divergentes, no los acosan con restricciones continuas. Como padres

reconocen sus derechos, pero también los intereses individuales y las características especiales del niño. Aceptan las cualidades presentes de su hijo, pero también modelan conductas que le serán útiles en el futuro. Sus principales herramientas son la razón y el poder para lograr sus objetivos (Martin, 1992; Craig, 1997).

Los niños que han crecido bajo este esquema se muestran alegres, confían en sí mismos para la realización de tareas nuevas y tienen mayores habilidades para decidir su participación en actos peligrosos. En su interacción con los demás se portan amistosos y cooperativos. En términos generales, son niños con un ajuste psicológico adecuado para su edad (Denham, et. al., 1991, citado en Berk, 1998).

Algunos investigadores han visto que existe una correlación entre el estilo democrático y una serie de características competitivas en adolescentes como elevada autoestima, madurez social y moral, así como logros académicos (Steinberg, et. al., 1992, 1994; Luster & McAdoo, 1996, citados en Berk, 1998). El carácter competitivo de los hijos educados bajo un estilo democrático puede interpretarse de diferentes maneras ya que quizá los padres de adolescentes maduros usan tácticas exigentes porque los jóvenes en sí mismos tienen disposición a cooperar y obedecer, no porque el control firme sea un ingrediente esencial de la paternidad eficaz. Al respecto, Baumrind (citado en Berk, 1998) señala que los adolescentes, con frecuencia, se resistían a obedecer a los adultos (en un ambiente familiar democrático), pero que los padres hacían un manejo paciente y racional. Además cuando las demandas de los hijos no eran razonables, los padres no respondían con arbitrariedad. En conclusión, el control no sólo debe ser firme, también debe usarse de manera razonable.

Otro aspecto de la competencia de los adolescentes es que ésta se genera a través de la efectividad de los reforzadores que emplean los padres, pues reciben alabanzas al alcanzar sus expectativas y hacen un adecuado uso de la desaprobación que funciona mejor cuando la aplica un adulto que ha sido cálido. Además, las demandas que realizan los padres democráticos se ajustan a las habilidades de sus hijos para tomar responsabilidad de su propia conducta. El resultado, según Kuczynski (citado en Berk, 1998) es que los papás le hacen saber a sus hijos que son competentes y que pueden tener éxito en sus actividades, fomentando la elevada autoestima y la conducta independiente y madura.

Con relación al **Estilo Familiar Autoritario**, los padres fijan exclusivamente los límites y reglas, las cuales a menudo están determinadas por consideraciones teológicas. Esperan de sus hijos una obediencia inquebrantable, sin dudas ni preguntas a unas normas claramente

establecidas, inhibiendo la posibilidad del cuestionamiento y la negociación, enfatizando que los padres son la autoridad. La cordialidad y afecto que los padres demuestran a sus hijos es mínima (Bloom, 1985, 1994; Mussen, et. al., 1987; Berk, 1998; Macià Antón, 2000).

Para estos padres la obediencia es una virtud y favorecen medidas punitivas y el uso de la fuerza y el castigo para sancionar las acciones o las creencias del adolescente que entran en conflicto con lo que ellos piensan que es buena conducta. Los valores que se promueven son el respeto por la autoridad, el trabajo y la conservación del orden tradicional. El estilo autoritario se inclina a favor de las necesidades de los padres, suprimiendo la expresión y la autonomía de sus hijos (Martin, 1992; Craig, 1997).

Baumrind encontró que las características de los niños cuyos padres ejercen un estilo autoritario eran ansiosos e introvertidos. En su relación con otros niños se apreciaba hostilidad en caso de frustración. Algunos no mostraron conductas de espontaneidad y exploración ante tareas desafiantes. Solían ser muy obedientes ante los adultos y dominados por sus compañeros. En la etapa de la adolescencia, Steinberg (citado en Vallejo, 2002) encontró que continúan siendo menos ajustados psicológicamente que los hijos de padres democráticos, y con problemas de seguridad y autoestima. Sin embargo, tienen alto rendimiento académico y es menor la probabilidad de que participen en actos antisociales que los adolescentes cuyos padres no son exigentes (Baumrind, 1991; Lamborn, et. al. 1991; Kuderik & Fine, 1994; citados en Berk, 1998).

El **Estilo Familiar Permisivo**, es aquel en el que los padres permiten a los adolescentes que marquen sus propias normas y límites sin que los progenitores participen demasiado en ello. Estos padres no supervisan cómo emplean sus hijos el tiempo, ni los amigos o actividades en que se implican y adicionalmente les facilitan dinero sin control. Son padres que no desean imponer sus propios criterios sobre el adolescente, portándose indulgentes y poco tradicionales con sus hijos. Evitan el ejercicio del control y no estimulan a sus hijos a que obedezcan normas definidas desde afuera. Prácticamente no emplean el castigo como medida disciplinaria y se comportan tolerantes y afirmativos ante los impulsos, deseos y acciones de sus hijos (Jurich, et. al., 1985; Bloom, 1985, 1994; Martin, 1992; Craig, 1997).

Los adultos permiten que sus hijos tomen decisiones a una edad en la que no son completamente capaces de hacerlo. En pocas ocasiones demandan una conducta madura de su hijo y las veces que lo hacen se muestran débiles. A su vez prestan poca atención al

entrenamiento para la independencia y el valerse por sí mismos (Coleman, 1985; Mussen, et. al., 1987; Berk, 1998; Macià Antón, 2000).

Los reportes han indicado que los niños de padres permisivos tienen dificultades para controlar sus impulsos y desobedecen ante peticiones que van en contra de sus deseos de ese momento. Expresan conductas que demandan mucho y son dependientes de los adultos. Su desempeño en las tareas denota poca persistencia en relación con los niños educados con mayor control (Baumrind, 1971, citado en Coleman, 1985). Los adolescentes también muestran poco autocontrol y su implicación en el aprendizaje escolar es bajo. Es más frecuente el consumo de drogas en estos jóvenes que en aquellos que logran comunicar normas claras en la conducta (Baumrind, 1991; Lamborn, et. al. 1991; Kuderik & Fine, 1994; citados en Berk, 1998).

En 1983 Maccoby y Martin (citado en Berk 1998) definieron una cuarta forma de paternidad: el **Estilo Familiar Negligente** o No Implicado. Son padres cuyos esfuerzos no van más allá de proveer alimento y algunas cuestiones materiales a sus hijos. Estos tienen pocas restricciones para con sus hijos y adicionalmente la calidez es mínima. Su indiferencia puede deberse a su poco interés por la familia o quizá porque su propia vida ya es demasiado estresante como para tener energía suficiente en la conducción de sus hijos. Como resultado, los niños que viven en estas condiciones ven seriamente limitado su proceso de desarrollo. Son padres que rara vez mantienen una conversación con su hijo adolescente e ignoran la mayor parte de sus actividades. La baja tolerancia a la frustración, el poco control emocional, la escasez de metas a largo plazo y una probable participación en actos delictivos son características de estos adolescentes (Martin, 1981; Lamborn, et. al. 1991; Kuderik & Fine, 1994; citados en Berk, 1998).

De acuerdo con Jurich (1985), se ha encontrado relación entre el consumo de sustancias en la familia y los estilos permisivo o bien autoritario. Más aún, algunas familias emplean ambos tipos de disciplina, mostrándose los padres indulgentes y con gran sentido de libertad en ocasiones, y por otro lado, exigiendo un cumplimiento inconvencional de las normas. Añade que, son pocos los casos que muestren relación entre una forma de disciplina democrática y adolescentes consumidores de drogas.

1.5 LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

En términos de la importancia del papel de la familia en la prevención, Rosovsky (2003), considera que los esfuerzos de las intervenciones preventivas han estado encaminados al ámbito escolar, a la implementación de campañas en medios masivos de comunicación y en ciertas medidas que controlen la oferta de drogas y su disponibilidad (p. ej. se eleve la edad permitida para el consumo de bebidas, el incremento en los impuestos de bebidas alcohólicas o de cigarrillos o bien un costo mayor de estos), pero no con la misma intensidad se ha trabajado con las familias. Desde el punto de vista de la autora, resulta más accesible el trabajo con alumnos en la escuela, por tratarse de una población cautiva. Al mismo tiempo, la información enviada a través de los medios de comunicación se dirige a toda la población y poco se sabe de su impacto. En este sentido Camacho (2003) apunta que estamos acostumbrados a poner “remedios de urgencia”, pero no constituyen una solución a la problemática familiar, ya que no se abordan las causas que lo originaron. La raíz de la problemática debe ser analizada; es preciso crear y afianzar una cultura de la formación tanto en los padres como en los hijos, lo cual lleva tiempo, pero es de larga duración.

Asimismo, existe una tendencia a responsabilizar al joven y a las instituciones sociales el asunto del consumo de drogas, sin embargo, no debemos hacer a un lado el papel de los adultos más significativos para el adolescente (padres y otros familiares). Para autores como Macià Antón (2000), prevenir el consumo de drogas en el ámbito familiar supone, sencillamente, desempeñar las funciones de padre y madre. Por lo tanto, siempre es el momento de prevenir y la actuación de los padres es fundamental.

El tipo de información de la que dispongan los padres no ha de reducirse a conocimientos farmacológicos, pero sí pueden obtener información de fuentes confiables acerca de las principales drogas y sus modos de acción, los motivos para su uso, los diversos factores que faciliten o inhiban su consumo, así como tener siempre presente la importancia de mantener abiertas las líneas de comunicación que permitan discutir abiertamente sus posturas ante el consumo de drogas (Macià Antón, 2000). La educación de los hijos merece adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentren. Durante los primeros años de vida, los niños demuestran poco a poco su capacidad para tomar nuevas responsabilidades, ante lo cual los padres deben realizar una supervisión del proceso de toma de decisiones de sus hijos, a lo que se conoce como coregulación. Se trata de una relación cooperativa entre padre e hijo, basada en el respeto mutuo. Es un proceso que implica distintas tareas para los padres. Esto es, guiar y apoyar a los hijos a pesar de que físicamente se encuentren separados, para lo cual los niños

deben estar dispuestos a informar a los padres de su ubicación y sus actividades. Además, tener un contacto efectivo cuando están cara a cara, fortaleciendo las habilidades que les permitan guiar su propia conducta dentro de un marco social (Maccoby, 1984, citado en Berk, 1998).

La importancia de los valores morales en el desarrollo del niño y del adolescente constituye una base sólida en sus vidas. En términos de prevención desde el ámbito familiar, los padres tienen una tarea relevante en la transmisión de estos valores. Así, en cada cultura existen formas diferentes de enseñar los valores morales a los miembros de su sociedad. Si entendemos a la disciplina como medio de educación que le permite al adolescente tener autocontrol de su conducta, vemos cuán necesaria es al proporcionarle una guía útil, que a su vez le brinda un sentimiento de seguridad porque le indica qué puede y qué no puede hacer. Para este momento, los adultos ya han reforzado las conductas que son deseables en él o ella y han empezado a desarrollar una conciencia que le permitirá elegir por sí mismo (Vicente, 1996). Se sugiere que los criterios educativos que se empleen sean firmes y constantes. Por ejemplo la arbitrariedad y el trato diferente para cada sexo lleva a confusiones en la diferenciación de lo correcto y lo incorrecto, o bien a afianzar la desigualdad sexual, dejando al descubierto una doble moral, pues las conductas que se aplauden en los varones, se censuran en las mujeres. Cuando el joven desconoce lo que se espera de él, sencillamente hará lo que desea hacer y, con frecuencia, sus conductas serán contrarias a las normas sociales (Vicente, 1996).

Desde la niñez es conveniente enseñar las reglas porque preparan al individuo para su futura inserción en otros ambientes como el escolar y más tarde el laboral. Una forma de llevar un control sobre el cumplimiento de las reglas es utilizando el premio o el castigo. Los premios o recompensas ayudarán a reforzar las conductas deseables, en tanto que los castigos inhibirán el incumplimiento de las normas. Resulta importante que los padres ofrezcan un trato equilibrado entre sus hijos, procurando no pasar por alto una acción con uno de los miembros mientras que con otro sí se premie o se castigue, porque se puede generar confusión e inseguridad (Vicente, 1996).

Una disciplina basada en la motivación de conductas deseables, bajo la forma de recompensas puede resultar más benéfica y agradable para el adolescente que una basada en el castigo. Si se enfatizan los aspectos negativos, efectivamente el adolescente sabrá lo que no debe hacer, sin embargo, puede llevarlo a tener una visión pesimista, pues los constantes regaños podrían generar un pensamiento de que es más fácil caer en el error que tener aciertos.

La aprobación social, traducida en felicitación y estima es una sencilla pero muy efectiva forma de recompensa (Vicente, 1996).

Por tanto, los factores individuales de protección que se desarrollan y promueven en la interacción familiar (Rosovsky, 2003), incluyen: habilidades sociales; la opción de crecer con un conjunto de creencias y valores positivos hacia sí mismo y hacia el medio que le rodea; fomentar una adecuada toma de decisiones congruente con la responsabilidad de su propio cuidado; el desarrollo de la resiliencia que implica la capacidad para hacer frente a las crisis y fracasos en la vida y salir adelante; aprender un estilo de afrontamiento (o coping) que es la capacidad para manejar el estrés y resolver problemas. Los factores de protección tanto en el área familiar como los de tipo individual son descritos a detalle en el Capítulo V. En su conjunto, estos aspectos permitirán tomar decisiones adecuadas, prevaleciendo el autocuidado y midiendo las consecuencias de su conducta, evitando presentar problemas.

1.6 REFLEXIONES EN TORNO A LA FAMILIA

Aun cuando se cuente con mayor cantidad de información acerca de los cambios en las estructuras familiares, ello no significa que se sepa con certeza lo que implican, por lo que hay que insistir en la búsqueda de claridad que nos lleve a realizar aportaciones más efectivas, específicamente en el área de la prevención de las situaciones de riesgo en las que se involucren los jóvenes. Al respecto, Valenzuela (citado en Ponce de León, 2003) lanza una serie de cuestionamientos y reflexiones: “...si esta mayor permanencia de los jóvenes en el hogar, ¿es mera necesidad o simple deseo de conservarse más protegidos en la familia, es falta de deseos de establecer compromisos de pareja o estrategia de supervivencia en las crisis? ¿Se está produciendo una relación menos autoritaria entre padres e hijos? ¿Los jóvenes tienen una mayor distribución de las tareas domésticas o se siguen reproduciendo las condiciones tradicionales del género?...”

En la opinión de Rosovsky (2003) la calidad de la paternidad es muy importante, pero ¿en realidad quién está capacitado para ejercer la paternidad adecuadamente? Probablemente se trata de un proceso de ensayo y error, influenciado en parte por el tipo de relación que estos padres hayan llevado a su vez con los suyos.

El conocimiento hasta hoy estructurado permite aportarles a los padres de familia una serie de recomendaciones, pero todavía es necesario realizar análisis más finos para conocer las circunstancias en las que viven los jóvenes dentro de la familia, y que además de reconocer el

impacto de los cambios en la sociedad, también es necesario reconsiderar la imagen idealizada de la familia ya que “diversas investigaciones...han puesto al descubierto la ‘caja negra’ familiar, donde se registran la violencia y los abusos”. Se ha estimado, según Frenk (Valenzuela, citado en Ponce de León, 2003) que cerca del 26% de las mujeres son golpeadas por sus parejas; que en el 30 y el 50% de los hogares los hombres agreden a su pareja, mientras que el 82% de los casos reportados de violencia intrafamiliar las víctimas son niños y niñas.

De acuerdo con el panorama anterior, Ponce de León (2003) se cuestiona si la familia es un factor de riesgo o de protección. En el contexto de las transformaciones sociales y su impacto en las familias, así como las características de la juventud contemporánea, este autor apunta que “...una de las instituciones más confiables para los jóvenes es la familia, a pesar de los desgastes y costos emocionales que representan las grandes contradicciones a que está sometida esta institución en la actualidad”. Afirma que la familia sigue siendo la célula principal de la sociedad debido a las funciones trascendentales que cumple en términos de socialización primaria y reproducción. No obstante, considera que ha perdido parte de la solidez institucional incuestionable que la ha caracterizado. Para algunos, la familia es ahora menos una institución y más un tipo de relación, de mucha importancia, pero que como toda relación, cuando se desgasta desaparece, o al menos se diluye. El ambiente familiar es imprescindible, pero la autora insiste en que no es válido afirmar contundentemente que es en sí misma un factor de protección, aseveración avalada por la información estadística y empírica disponible.

Se trata pues, de un asunto complejo que hay que abordar multidimensionalmente. Una propuesta de Ponce de León es que los sectores público y privado enfrentemos el agravamiento de los conflictos intrafamiliares y así terminar con la reproducción de los mismos, porque de ello depende una buena parte de la trayectoria y el futuro que los adolescentes pueden construir. Insiste en la necesidad de desarrollar estrategias, diseñar materiales y proporcionar espacios que hagan posible un proceso de reeducación dirigida a los padres para que tengan más elementos útiles en la práctica de una parentalidad más “nutritiva” en términos afectivos y que estén habilitados para proporcionar información objetiva, libre de censuras y sesgos ideológicos, al tiempo que se fortalecen los valores que suponen la autonomía y responsabilidad para con ellos mismos y los demás. Natera (2003) propone que se debe apoyar a la familia reforzando las políticas de salud, con el mejoramiento de los servicios de seguridad social; propiciando la educación formal e informal y, afrontando los retos macrosociales como son la pobreza, el alcoholismo y la violencia.

CAPÍTULO II LA ADOLESCENCIA

2.1 ASPECTOS BÁSICOS SOBRE ADOLESCENCIA

Es preciso entender a los jóvenes de hoy, pero no con los mismos criterios, conceptos y valores con los que fueron pensados los adolescentes de los sesenta. El joven de hoy está inserto en una sociedad crecientemente compleja, cuyo escenario es de incertidumbre cotidiana, de profundas contradicciones ideológicas y sociales, en un contexto que cada vez le exige más y le da menos (Ponce de León, 2003).

La palabra adolescencia se deriva del latín *adolescere*, que significa crecer hacia la madurez. Pero el adolescente no vive su estructura psicológica ni sus estados como fenómenos evolutivos, por ello el adolescente no se comprende a sí mismo por completo, ya que tiene una idea vaga de sus crisis y evoluciones, según Spranger (citado en Carneiro, 1977). Es un período caracterizado por su ubicación en los límites de la dependencia infantil y la autonomía adulta. Además la adolescencia nunca es un todo en sí misma, es una etapa, un segmento; también se distingue por su marginalidad, en tanto que es un “ya no” y, simultáneamente, un “todavía no” (Machín, 2003).

La adolescencia es una forma de clasificación social, de relaciones de poder. En palabras de Bordieu (en Machín, 2003) “En la división lógica entre jóvenes y viejos está la cuestión del poder, de la división (en el sentido de repartición) de poderes. Las clasificaciones por edad (y también por clase o sexo) vienen a ser una forma de imponer límites, de producir un orden en el que cada cual debe ocupar su lugar”.

Básicamente, la mayoría de los autores coinciden en que durante la adolescencia ocurren profundas modificaciones en el total del organismo, donde la estructura corporal cambia, varios procesos fisiológicos y químicos se modifican y las funciones psicológicas se orientan hacia la vida adulta. Se trata de un proceso de maduración (Carneiro, 1977).

Cabe señalar la distinción entre pubertad y adolescencia. La primera es un conjunto de cambios físicos que capacitan para la reproducción y constituye un fenómeno universal, que ocurre en la especie humana. La adolescencia es un hecho sociopsicológico (no precisamente universal) y sus características -como la duración- dependen de cada cultura (Palacios, 1990, citado en González, 1996).

Aguirre Baztán (citado en González, 1996) ha hecho una división temporal de la adolescencia con fines didácticos:

- a) Pubertad y preadolescencia.- Está dada por el desarrollo puberal.
- b) Protoadolescencia (12-16 años).- Se caracteriza por las relaciones con el grupo de pares.
- c) Mesoadolescencia (17-22 años).- Selección del rol sexual, social y profesional.
- d) Postadolescencia (23-29 años).- Elección de una relación de pareja más o menos estable y el ejercicio laboral.

Sin embargo, Carneiro (1977) señala que no es posible fijar una edad cronológica en la que todos los individuos alcancen la madurez, ni siquiera en los integrantes de una misma raza. Aún más, no se puede afirmar que todas las funciones de un mismo individuo maduran armoniosamente. La madurez se da a varios niveles: físico, fisiológico, emocional, psicológico, moral, social, educacional.

En términos globales, las actividades del desarrollo adolescente según Noller y Callan (citado en González, 1996), Craig (1997) y Rodríguez (1996) se pueden resumir así:

- 1) Independencia de los padres;
- 2) Adquisición de habilidades para la vida laboral, con la posterior economía independiente;
- 3) Diferenciación psicosexual;
- 4) Logro y exploración de la identidad.

2.2 DESARROLLO FÍSICO

En lo relativo a su desarrollo físico, ambos sexos supervisan su crecimiento a veces con poca información, con esperanza, con temor, con agitación y tratando de reconciliar las diferencias entre sus propias características y las ideales. Se aprecia una aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de caracteres sexuales secundarios como el vello corporal, mayor actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas, el incremento de grasa y de masa muscular, así como crecimiento de huesos y vísceras. El sexo femenino suele experimentar cambios específicos como desarrollo de los senos y la aparición de la primera menstruación (menarquia), mientras que los varones tienen su primera eyaculación seminal y les cambia la voz (Rojas, 1974; Carneiro, 1977; Craig, 1997). Todos estos cambios están controlados por las hormonas que son sustancias bioquímicas secretadas por las glándulas endocrinas. Algunas de estas hormonas son los andrógenos que predominan en los varones y las mujeres cuentan con más estrógenos y

progesterona. El hipotálamo y la hipófisis son las encargadas del mantenimiento de las glándulas endocrinas (Tanner, 1978, citado en Craig, 1997).

2.3 DESARROLLO INTELECTUAL

En el plano intelectual el pensamiento concreto evoluciona hacia el pensamiento hipotético-deductivo. Aumenta la capacidad de pensamiento que amplía los procesos de conciencia, de imaginación, de juicio y discernimiento. Partiendo de la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget (1993) durante la adolescencia aparece el pensamiento operacional formal, el cual le permite al adolescente superar las barreras de la experiencia y la percepción directa del objeto para reflexionar y sacar conclusiones. Se observa la capacidad de formular, probar y valorar hipótesis; muestran una habilidad creciente para planear. Para Inhelder y Piaget (1993) el pensamiento es de segundo orden, porque consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscando enlaces entre las relaciones y moviéndose entre realidad y posibilidad. Una característica del pensamiento operacional formal es la habilidad para analizar los propios procesos intelectuales. Se observan a sí mismos y a los demás con mayor agudeza. A su vez, comienzan a creer ciegamente en sus reflexiones y se vuelven egocéntricos intelectuales (Rojas, 1974).

Suelen sumergirse en sus propios sentimientos, suponiendo que sus emociones son únicas y que nadie más podrá experimentar tales sensaciones, lo cual habla de sus rasgos de egocentrismo. De ahí su creencia de ser individuos especiales e invulnerables, exentos de las leyes de la naturaleza, fundamentándose su comportamiento riesgoso que es tan frecuente durante este período. Sin embargo, una vez que perciben que están sujetos a normas tal como cualquier otra persona y que no pueden ser siempre el centro de atención, su egocentrismo disminuye paulatinamente (Buis & Thompson, 1989, citado en Craig, 1997).

Asimismo, la complejidad que alcanza el pensamiento del adolescente en términos de contenido, le permite hacer distintas valoraciones del mundo social. En este sentido, los adolescentes comparan con frecuencia a sus padres reales con los ideales. Se muestran críticos de las instituciones incluyendo a la familia y sus progenitores. Por tanto, las riñas familiares se acentúan durante esta etapa por motivos de diversa índole, que pueden considerarse útiles para que los jóvenes prueben su independencia y para que los padres aprendan a ver a su hijo como una persona apta para emitir opiniones diferentes. Es el tiempo en el que padres e hijos negocian relaciones nuevas (Flaste, 1988, citado en Craig, 1997).

Hacia mediados y finales de la adolescencia puede crecer la preocupación por los asuntos sociales, políticos y morales. El joven comienza a formar conceptos generales de la sociedad y sus instituciones, así como principios éticos que enriquecen sus relaciones personales (Helwig, 1995, citado en Craig, 1997).

2.4 DESARROLLO MORAL

Los conceptos morales son las reglas a las que se han habituado los integrantes de una cultura e influyen en su conducta. Por lo que actuar de forma moral es comportarse conforme a las normas del grupo. En este sentido, la inmoralidad es la trasgresión de las exigencias del grupo. El sujeto inmoral es quien viola las normas intencionadamente, ya sea porque no se siente identificado con ellas o porque no siente la obligación de someterse a tales reglas. En opinión de Vicente (1996), la falta de voluntad por apegarse a las reglas sugiere la creencia del individuo de que no debe nada al grupo dado que éste no le ha tratado favorablemente, y está resentido. O bien, se siente mejor cuando decide por sí mismo y no son los otros quienes lo hacen por él a través de la norma. La trasgresión de los adolescentes, en tanto que supone tener opiniones distintas de los padres y de la sociedad en general, es necesaria para su evolución, además de que le permite buscar experiencias personales.

En su desplazamiento hacia la madurez, los jóvenes se ven obligados a enfrentar aspectos morales nunca antes encarados. Algunos ejemplos de las valoraciones que deben hacer son: cuándo iniciar sus relaciones sexuales; qué actitud asumir ante los compañeros que consumen drogas; qué desempeño tendrán en la escuela; si la religión quedará incorporada en su vida. Sus decisiones en esta etapa sentarán las bases de su futuro como adultos (Craig, 1997).

El adolescente necesita aprender los conceptos morales no sólo de forma abstracta y verbal, sino también, tener experiencias variadas que le permitan aprender los valores, ya que las generalizaciones y transferencias (grado de extensión en la que existen elementos comunes en dos situaciones) no pueden establecerse sin la existencia de diversas experiencias. Los jóvenes no adquirirán un grado de madurez suficiente en su proceso de independencia y autonomía, mientras no hayan podido contrastar en situaciones imprevistas, sus formas de actuar (Vicente, 1996; Kohlberg, 1966, citado en Craig, 1997). Algunos individuos se conformarán con evitar el castigo, tendientes a obedecer y preparados para someterse a los

estereotipos morales; otros conformarán su estructura moral a partir de principios éticos elegidos por sí mismos (Kohlberg, 1966, citado en Craig, 1997).

Es importante la identificación como fuente de aprendizaje de la conducta moral del niño y del adolescente, ya que el individuo toma los valores de otra persona y los va a convertir en el modelo de su conducta. Con frecuencia, al adolescente le resulta difícil asumir la responsabilidad de tener que someterse a estos principios, por lo que, si no está suficientemente motivado, aunque sepa qué debe hacer, sencillamente, no siempre lo hará (Vicente, 1996).

De acuerdo con Vicente (1996), el pensamiento moral de los adolescentes tiene un desarrollo progresivo:

- ♦ Al término de la niñez, la moralidad todavía está basada en la autoridad de los adultos (padres y educadores). Pero conforme transcurre la adolescencia, comienza a basarse en la propia reflexión y criterios personales.
- ♦ Es significativo que durante esta evolución, el joven se distancie y se rebele de las normas de los adultos, de manera que desea que prevalezca su propio juicio y decisión. Algunos especialistas opinan que la transgresión es necesaria para la evolución, puesto que supone tener opiniones distintas de los mayores y la búsqueda de experiencias personales.
- ♦ El joven sobreestima su capacidad recién adquirida de pensamiento abstracto y cree captar la complejidad de la vida para después establecer sus propias reglas morales. Sin embargo, simplifica las cosas y a veces sus principios son intransigentes.
- ♦ A esta edad el joven necesita un punto de referencia y ciertas normas, pero rechaza la autoridad procedente de la familia, la escuela o la iglesia. Prefiere elegir a alguien que personifique en su forma de vida sus valores morales.
- ♦ Un logro de este desarrollo es que el valor moral de sus acciones ya no está sólo en función de las leyes, sino más bien por su responsabilidad en tales acciones.

2.5 INDEPENDENCIA

Algunos autores sugieren que no sólo a través de conflictos y actos rebeldes, los jóvenes logran su autonomía e independencia de los padres, tal como pueden manejarlo autores con enfoques freudianos quienes aseveran que son inevitables en esta edad los conflictos que surgen de los impulsos biológicos. Para Hill (citado en Craig, 1997), el concepto de independencia debe dar cuenta de la influencia constante de los padres sobre sus hijos

durante y después de la adolescencia. Es por ello, que este autor define a la autonomía como autorregulación, o sea, la capacidad de hacer los propios juicios y regular la propia conducta. Es un momento en el que los adolescentes evalúan reglas, valores y límites adquiridos en el hogar y en la escuela. Esta revaloración puede originar ciertas resistencias y conflictos con los padres, pero en el mejor de los casos, los padres tratan de reducir las tensiones y ayudan a sus hijos a desarrollar un pensamiento independiente y una conducta autorregulada (Hill, 1987, citado en Craig, 1997). Cada miembro de la familia desempeña una serie de actividades interdependientes –funciones y obligaciones para con el grupo- que son propias de su rol. Los vínculos que se establecen, los roles y funciones de cada cual, así como las leyes internas contribuyen a la creación de un sentimiento de pertenencia, de identidad. De esta manera el individuo se siente dentro de la familia (Rodríguez, 1996).

2.6 IDENTIDAD

En cuanto a la formación de la identidad, los adolescentes se ven en la necesidad de abandonar antiguos papeles y modificar las relaciones con los demás. Para autores como Erikson (citado en Labajos, 1996), la formación de la identidad constituye una de las bases de una vida adulta exitosa.

De acuerdo con Erikson (citado en Labajos, 1996), este proceso de autodefinición es largo y complejo debido a que se busca una continuidad entre el presente, el pasado y el futuro del individuo; en su marco se organizan e integran comportamientos de diversas áreas de la vida; se concilian las inclinaciones personales con los papeles que anteriormente los padres y el resto de la sociedad enseñaron; ayuda a determinar la posición que se tiene comparado con los demás y desde luego proporciona dirección y sentido.

Desde un punto de vista psicosocial, la crisis de identidad tiene dos caras: una individual y otra social. La primera se caracteriza por la afirmación del yo, mientras que la segunda por la rebelión contra todo el sistema de valores de los adultos.

1. Afirmación del yo: El adolescente destaca sus diferencias respecto a los demás. Se considera a sí mismo excepcional y único, sobreestimándose. Manifiesta su grandiosidad a través de una tendencia a estar solo. En la intimidad de la soledad trata de entenderse y profundizar en su propia realidad (Debesse, citado en Labajos, 1996). Otra forma de mostrar su excepcionalidad es mediante su comportamiento

extravagante, relacionado con su forma de vestir, con sus conductas desconcertantes, con su particular lenguaje y escritura, con la conformación de grupos.

2. Rebelión contra el sistema de valores de los adultos: Se muestra irritable y descontento, lo cual contrasta con su conformidad vista durante la niñez. Su rebelión surge ante su necesidad de afirmación personal frente a las instituciones como la familia, la religión, etc. Cuando el adolescente se declara en contra de la forma de vida adulta es porque se atenta contra su independencia, en tanto que la sociedad le impone una forma de ser y, además, se siente incomprendido ahora que han cambiado sus aspiraciones.

De acuerdo con Ehrenfeld (2003), las condiciones sociales han empujado paulatinamente a la individualización de los jóvenes. La identidad "...se transforma en una especie de hábito de búsqueda que no acaba jamás, ni puede ni debe acabar. La vida propia de los jóvenes es la vida experimental, la vida a prueba. Esto incluye la identidad que emplaza, con el tiempo, el autocercioramiento" (Beck, citado en Ehrenfeld, 2003). De manera que, las diversas culturas juveniles se construyen a partir de la exploración de la individualización, en la cual el cuerpo, desde todos sus ángulos, adquiere un papel central. El joven quiere mostrar un cuerpo diferente al de sus pares, a través de adornos y de todo tipo de elementos distintivos que lo hagan sentir "él", pero sin perder las señales que indiquen que pertenece a un grupo, con el que comparte actitudes, creencias y valores.

2.7 GRUPO DE PARES

El grupo de iguales (también llamado grupo de compañeros o grupo de pares), lo integra individuos de más o menos la misma edad y, no significa que posean igualdad de inteligencia, habilidades o características socioeconómicas, es decir, siempre existen diferencias entre ellos. Poseen valores, normas y patrones de conducta propios y diferenciados (González, 1996). Dicho grupo cumple con algunas funciones socializadoras tales como: interactuar en un espacio con mayor libertad, estimulándose el pensamiento autónomo mediante la discusión y la crítica. Constituye una fuente de aprobación y aceptación distinta a la de los adultos; la autoestima está influenciada por el grado de aceptación y/o de rechazo del grupo y ayuda a formar el concepto de sí mismo (Mussen et. al., 1969, citado en González, 1996). Además, el grupo de pares amplía los modelos de identificación que ofrecen los medios de comunicación, los cuales son valorados de acuerdo con su contribución a la vida social del grupo.

La búsqueda de su nueva identidad, conduce al adolescente a cuestionar las antiguas normas establecidas y a desear desarrollar un campo de acción y de manifestación realmente propio, comúnmente acompañado del temor a fracasar. El joven tiene el deseo de encontrar otros modelos de actuación, lo cual suele provocar angustia en los padres quienes reafirman su vigilancia y control (no en todos los casos) ante sucesos como el ejercicio de la sexualidad, el involucramiento con las drogas o la práctica de conductas antisociales. Es común que los adolescentes perciban a los padres como persecutorios (Rodríguez, 1996).

Una tendencia clara del adolescente es agruparse con otros que atraviesen por las mismas necesidades de él o de ella. La vivencia grupal permite “ritualizar” la separación de la familia y adaptarse paulatinamente a su nuevo rol como adulto. La convivencia con chicos de su edad le hace sentirse acompañado en su camino hacia la separación del grupo familiar y poder ensayar conductas como el acercamiento a las personas del otro sexo (Rodríguez, 1996).

En ocasiones, las actitudes y valores se toman no de un conjunto de personas, sino de una sola (el otro significativo, por ejemplo, un amigo, un maestro, un hermano, etc.). La influencia tanto del grupo de referencia como del otro significativo se integra en una identidad personal, en tanto que los valores rechazados ya sea que se reconsideren o que definitivamente se descarten (Perelló, 1991, citado en González, 1996; Craig, 1997).

2.8 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

2.8.1 ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD 2000

El Instituto Mexicano de la Juventud en conjunto con otros académicos realizó la Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ) con el objeto de obtener un mapa indicativo de lo que acontece en la población juvenil, la cual está determinada por el rango de edad de 12 a 29 años ($n= 33\ 634\ 860$). Los criterios de agrupación que emplearon fueron educación y trabajo a partir de los cuales se conformaron 4 grupos caracterizados “metafóricamente” para identificarlos con facilidad: *aprendices*, *reclutas*, *guerreros* y *vasallos* (Pérez & Valdez, 2003).

Dentro del grupo de los *aprendices* se condensa a los jóvenes que declararon como su única actividad el estudiar. Según la ENJ 11.5 millones de jóvenes se encuentran en esta condición (34.4% del total). Aquí se localizan los jóvenes de menor edad (p. ej. 37.9% son de entre los 15 y 19 años), donde la mayoría son solteros. Los niveles de instrucción predominantes son la primaria y la secundaria, sin embargo, el 21.2% de los jóvenes entre 15 y

19 años se encuentran estudiando la preparatoria o el bachillerato. El 70% de todos ellos nunca había trabajado hasta el momento de ser encuestados (Pérez & Valdez, 2003).

Por lo que respecta al grupo de los *reclutas* (la imagen del recluta tiene que ver con los individuos que, no obstante ya estar en activo, todavía no concluyen su capacitación) se incluyen a los jóvenes que declararon estudiar y trabajar al mismo tiempo. Representan el 11.1% del total, es decir, 3.7 millones de jóvenes. El promedio de edad es de 19.2 años, pero, el 38.2% de ellos se encuentra entre los 15 y 19 años. Continúa predominando el estado civil de soltero aunque también se observan a casados y en unión libre. Los principales niveles de escolaridad son la secundaria y el nivel medio superior (32.2% y 26.9% respectivamente) [Pérez & Valdez, 2003].

En cuanto al grupo de los *guerreros* se hace alusión a los que cuando menos de manera formal, concluyeron su período de instrucción (o bien las circunstancias lo obligan al abandono de la escuela) y están reconocidos socialmente para incorporarse al mundo laboral. El grupo de jóvenes que sólo está trabajando representa el 30.8% de la población juvenil (10.3 millones). El 22% de estos jóvenes tiene entre 15 y 19 años. Los niveles de escolaridad predominantes son la primaria y la secundaria, pero, el 17.8% de este grupo ha estudiado hasta la preparatoria. La proporción de solteros disminuye para esta edad y, lógicamente, el de casados y en unión libre aumenta (Pérez & Valdez, 2003).

Cabe señalar que, la falta de apego de los jóvenes a la preparación académica no es gratuita, y para Ehrenfeld (2003) quizá se deba a que los contenidos de la escuela no coinciden con las necesidades materiales ni con sus expectativas de vida. En este contexto, aún hay jóvenes que consideran a la educación como un recurso potencial y deseable para la movilidad social, sin embargo, es difícil hacer coincidir sus intereses con las condiciones actuales de vida, sin que se pierda la esperanza de lograr la meta.

Los *vasallos* representan el cuarto grupo y se trata de todos aquellos que están en condición de dependencia en la mayor parte de sus esferas de acción, sobre todo en el aspecto de manutención y que compensan su situación con la realización de otras actividades. Son 7.9 millones de jóvenes que declararon no estudiar ni trabajar (la mayoría son mujeres). El 26.2% de todos ellos tienen entre 15 y 19 años. El 60.6% de las mujeres está casada o en unión libre, mientras que el 78.4% de los varones son solteros. Estos jóvenes presentan el menor nivel de escolaridad (primaria), sin embargo, el 12.9% cursó el nivel medio superior. El 43.9%

abandonó la escuela antes de los 15 años, mientras que el 41.4% lo hizo antes de los 20. Un porcentaje (60.1) había trabajado alguna vez en su vida (Pérez & Valdez, 2003).

Para los cuatro grupos, la edad en la que salieron de casa por primera vez se concentra entre los 15 y 19 años. Los motivos principales de los aprendices y reclutas fueron el estudio; para los guerreros y reclutas (motivos secundarios para los últimos) son de tipo laboral; para los vasallos, el matrimonio o la unión libre. Una de las causas de segundo orden para la separación de los padres, tanto para aprendices, reclutas y guerreros, fue la unión o el matrimonio. Cerca del 60% de los jóvenes, regresaron a los 6 meses de haber partido y fue por haber terminado el periodo de estudios, por divorcio o separación, o bien, porque “se sintieron solos”, lo cual amerita profundización, pues habla de la familia como un escenario fundamental de arraigo para los jóvenes (Pérez & Valdez, 2003).

En relación con el contexto laboral de los jóvenes que al momento de ser encuestados se encontraban trabajando se aprecia que, en general, las principales actividades desempeñadas fueron el comercio al menudeo, la industria manufacturera, la agricultura y en menor porcentaje, a servicios profesionales y técnicos especializados. Por cada dos hombres que están en el mercado laboral, sólo 1 mujer trabaja. Asimismo, los jóvenes se encuentran en una posición de poco dinamismo y productividad; sólo en el caso de los reclutas, es probable que su panorama laboral mejore dada su actual capacitación (Pérez & Valdez, 2003).

La mayor parte de los jóvenes convive con su familia (padre, madre, hermanos). Como segundo ámbito de socialización está el círculo de amigos, o bien la relación de pareja o noviazgo. Otros de los espacios en donde los jóvenes mantienen un contacto directo con formas y expresiones de participación social, son las organizaciones deportivas, religiosas y estudiantiles e inician sus actividades hacia los 11 años –en el caso de aprendices y reclutas- o bien hasta los 15 y 19 años –en el caso de guerreros y vasallos- (Pérez & Valdez, 2003).

Un dato que llama la atención es que los jóvenes perciben que su nacionalidad no juega un papel importante en la construcción de su identidad, de manera que el indicador “ciudadanos” ocupa el último lugar en el proceso de auto-reconocimiento. En la opinión de Ehrenfeld (2003), este resultado no es sorprendente ya que “si algo ha caracterizado a las instituciones, los discursos y programas políticos, las estrategias, y que se ha filtrado en todos los ámbitos de la vida, es un proceso de muchas décadas de control, de verticalidad y de autoritarismo. La falta de sistemas sociales democráticos, en casi 100 años han promovido una

sociedad, en todo caso, “disciplinada”, “obediente”, pero no educada en las prácticas activas de una sociedad democrática”.

La Encuesta Nacional de la Juventud exploró las actitudes de los jóvenes con respecto a algunas acciones, al desarrollar una serie de enunciados en los que tenían que asumir una posición ética. Al respecto, se muestran a favor del no consumo de drogas, del rechazo de los sobornos, no evadir impuestos y de no comprar algo robado. Existen dos acciones ante las cuales los jóvenes se mostraron ambivalentes que son, el emborracharse y no votar en las elecciones (Pérez & Valdez, 2003).

Para Ehrenfeld (2003), el análisis de los jóvenes pertenecientes a la sociedad mexicana es muy complejo dadas las fuertes desigualdades económicas, de género, regionales e incluso étnicas que prevalecen. Las formas de vida de los jóvenes son muy diversas, tal como los hogares de los que provienen; asimismo, las condiciones de desarrollo económico y social están polarizadas. Por lo anterior, el autor comenta que es muy arriesgado establecer generalizaciones, a menos que se contemplen los contextos en que se desenvuelven estos jóvenes y sus familias.

2.8.2 ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DEL D. F. 2003

Cabe mencionar que la Encuesta sobre el Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del D.F., medición otoño 2003 (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez & Ramos, 2004) proporciona información en torno a otras áreas exploradas y que son de interés para el análisis de los adolescentes que cursan el nivel medio superior, como a continuación se presenta.

Se evaluaron algunos aspectos del ambiente familiar del adolescente, con relación a lo cual los estudiantes reportan que el apoyo entre sus padres y ellos es recíproco. A su vez, el grado de hostilidad y rechazo en sus casas es bajo y que el nivel de comunicación entre ellos es intermedio. En cuanto a los métodos de corrección empleados por los padres, según el reporte de los adolescentes, es a través de una conversación, en el que los adultos les hacen ver sus errores (52.8% hombres y 59.1% mujeres). Sin embargo, el porcentaje de los padres que lo hacen a través de regaños y llamadas de atención es de 30.4% en el caso de los hombres y 35.4% en el caso de las mujeres. Los métodos menos empleados fueron los golpes, dejarlos sin comer u obligarlos a hacer cosas que no quieren.

Asimismo, se indagó acerca del grupo de amigos del adolescente, quienes en su mayoría asisten a la escuela y practican algún deporte. Más de una tercera parte de estos amigos fuman tabaco y/o consumen bebidas alcohólicas. En cambio, el consumo de otras drogas entre sus amigos fue una característica poco señalada por ambos sexos, así como el tener problemas con sus papás. En lo que respecta a las fuentes de apoyo de los adolescentes, se observa que recurren principalmente a un amigo (60.9% hombres y 79.7% mujeres) y a sus padres (58.3% hombres y 57.8% mujeres). Sin embargo, los consejos dados por los papás son tomados en cuenta por los adolescentes en 94% de los hombres y en 95.9% de las mujeres, en tanto que en segundo lugar son tomados en cuenta los consejos emitidos por los amigos (83% hombres y 89.9% mujeres).

Se analizó su percepción del entorno escolar y se encontró que reciben malos tratos por parte de sus maestros el 5.6% de los hombres y el 4.3% de las mujeres, según su consideración. Los estudiantes opinan que la escuela les servirá para obtener un mejor empleo (58.5% hombres y 70.8% mujeres). El 6.7% de los hombres y el 3.3% de las mujeres considera que la enseñanza en su escuela es mala. El motivo principal por el cual se encuentran estudiando los adolescentes es el de superación (94.4% hombres y 96.6% mujeres), seguido por el deseo de tener una profesión (90% hombres y 95% mujeres). El porcentaje de hombres que le dedica menos de una hora al día al estudio es de 52.3%, mientras que las mujeres que le dedican de 1 a 2 horas es de 45.6%. Los estudiantes de nivel medio superior señalan que sus principales actividades fuera de la escuela son: el escuchar música tanto hombres como mujeres (55.6% y 73.2% respectivamente). La segunda actividad que comúnmente realizan los hombres, es el practicar algún deporte (39.1%), mientras que las mujeres mencionan ver televisión en casa (41%). El mantenerse sin actividad alguna lo hace el 4.5% de los hombres y, el irse a beber con sus amigos, el 10.5%. Por su parte, se exploró el nivel de satisfacción en las diversas áreas de sus vidas y donde se encontró un mayor nivel fue en la relación que guardan con su mamá (85.3% para hombres y 86.1% para mujeres). El grado más bajo de satisfacción es el relacionado con la escuela, específicamente de su rendimiento académico (51% hombres y 57.4% mujeres).

Cabe señalar que otras de las áreas exploradas en la presente encuesta son: conducta antisocial, intento suicida, conducta alimentaria de riesgo, déficit de atención, conducta sexual, e inseguridad social.

CAPÍTULO III LA PERCEPCIÓN SOCIAL

3.1 BREVES CONSIDERACIONES EN TORNO A LA PERCEPCIÓN SOCIAL

La Psicología ha estudiado el fenómeno de la percepción y se le ha definido (Allport, 1974; Cohen, 1973; Coren & Ward, 1979; Ardila, 1980; Day, 1981; Rock, 1985; citados en Vargas, 1994) como “el proceso cognitivo de conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”.

Para Vargas (1994), la percepción es biocultural porque por un lado, están involucrados estímulos físicos y sensaciones y, por otro lado, también depende de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado a través de pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos. Por lo que el proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, donde están insertas pautas ideológicas y culturales. Los seres humanos tenemos la capacidad de percibir selectivamente y nos permite adaptarnos a una sociedad. Así, la percepción es un caso en el que la capacidad corporal es moldeada y matizada por el aprendizaje.

De esta manera, la percepción no es solamente recibir estimulación sensorial, implica comprender y dar un significado. La significación es producto de nuestras experiencias de vida. Este proceso no sólo se limita a abordar la situación presente sino que va más allá al permitir la generación de predicciones. Resulta necesario que podamos predecir y anticipar las reacciones de los demás ante una situación particular, de lo contrario estaríamos en desventaja para disponer nuestras propias acciones (Moya, 1996).

La percepción interpersonal no se limita a observar y juzgar con base en la apariencia física de las personas, también se consideran sus actos y el papel que tienen en la sociedad. A partir de un primer encuentro con una persona podemos crear expectativas, especular sus intenciones y analizar las acciones, pero un mayor contacto personal permite descubrir nuevas características y corregir juicios erróneos (Vidals, 1998).

3.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PERCEPCIÓN DE PERSONAS

La percepción no sólo depende de la naturaleza y características de la estimulación, sino que se ve influida por los estados momentáneos o permanentes de las personas, el contexto en el cual se realiza el proceso y las expectativas respecto a las consecuencias reforzantes. Las características medioambientales y las prácticas del individuo determinan cuáles aspectos de la realidad tienen importancia para la adaptación y supervivencia. La posición que ocupe el individuo en el medio social y económico, determinará todo un campo de experiencias y conductas que afectarán la forma como se percibe y actúa frente al medio. Cabe recordar que las experiencias son variadas, cambiantes y en ocasiones impredecibles, por lo tanto la percepción social adquiere un matiz dinámico (Vidals, 1998). En este sentido, Vargas (1994) opina que la percepción posibilita la reformulación tanto de las experiencias como de las estructuras perceptuales si así lo requieren las circunstancias ambientales, debido a la flexibilidad cultural. Además, Merleau-Ponty (citado en Vargas, 1994) señala que la percepción no es un acumulado de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo. Por lo tanto, la percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social puesto que tiene ubicación en espacio y tiempo, además depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias nuevas que incorporen otros elementos a las estructuras perceptuales previas, modificándolas y adecuándolas a las condiciones.

Existen variables que influyen en las percepciones, tales como el momento en el que ocurre, el lugar y el hecho que se observa, de ahí que Mann (1975) considere que “la percepción interpersonal está más influenciada por procesos subjetivos: actitudes, emociones, deseos, intenciones y sentimientos. El modo como se interpreta la intención subyacente al comportamiento de otra persona, por ejemplo, determina a menudo la reacción a tal comportamiento.” Al respecto, Merleau-Ponty (citado en Vargas, 1994) considera que la percepción es un proceso parcial, porque el observador no percibe las cosas en su totalidad, dado que las situaciones y perspectivas en las que se tienen las sensaciones son variables y lo que se obtiene es sólo un aspecto en un momento determinado.

Se ha visto que otra de las variables que influyen en la percepción es el o los objetivos que persiguen los perceptores y que modelan los procesos cognitivos asociados a la percepción de personas. Cuando no se conocen las metas del perceptor es poco posible especificar el tipo de impresión que se formará de la persona percibida. Las metas de quien percibe no sólo

influyen en cómo se procesa la información recibida, sino también en el tipo de información que es buscada (Shower, 1985; Bargh, 1989; Hilton, 1991; citados en Moya, 1996). Los tipos de metas que una persona busca cuando percibe a otra y que influyen en todo el proceso perceptivo (Jones & Thibaut, 1958, citado en Moya, 1996) son:

- a) Probar o confirmar sus propios valores,
- b) Comprender a la otra persona y las causas de su conducta,
- c) Determinar si la conducta de la otra persona se ajusta a alguna regla o norma o, por el contrario, la viola.

Las motivaciones se combinan con las circunstancias para crear metas específicas que favorecen el procesamiento de la información. De este modo, si la motivación del perceptor consiste en formarse una impresión segura del estímulo –por ejemplo, porque depende de él– el perceptor atenderá mucho más a todos los elementos informativos que si su motivación consiste en mantener una categorización negativa del estímulo –por ejemplo, porque amenace su autoestima (Fiske, 1988, citado en Moya, 1996).

Las categorías nos llevan a crear estereotipos y si hacemos un uso adecuado de ellos podemos crear un juicio acertado. El estereotipo “es un conjunto de características que comparten todos los miembros de una categoría social...es una clase especial de esquema basado en cualquier rasgo distintivo, a saber, sexo, raza, ocupación, aspecto físico y lugar de residencia” (Mann, 1975). Ahora, cuando en determinadas situaciones se combinan las metas del perceptor y la interacción con ciertas expectativas (por ejemplo estereotipos) puede llevar al perceptor a realizar ciertas tácticas que provoquen la confirmación conductual de sus expectativas, a lo que Hilton y Darley, 1991 (citado en Moya, 1996) denominaron “la profecía que se cumple a sí misma” (o “profecía autocumplida”).

El escenario en el cual interactuamos con otros individuos es un campo interpersonal. Tal interacción supone una disposición de ambas partes, para intercambiar, respetar y enfrentar la individualidad del otro. La sociedad marca una serie de normas y reglas las cuales el individuo debe aprender para conducirse en los diferentes escenarios e interactuar con las demás personas. Por lo tanto, la sociedad moldea los procesos perceptuales y cognitivos de sus miembros de manera que estos aprenden a pensar de acuerdo con las normas vigentes y por lo cual tienden a adquirir actitudes y sentimientos comunes (Vargas, 1994).

El estatus de una persona constituye un elemento importante en la interpretación de su responsabilidad en un acto. En opinión de Vidals (1998) las personas de estatus elevado son

percibidas como más responsables de sus actos que las personas de bajo estatus. De manera que la percepción de la causalidad social es influida tanto por las percepciones situacionales, por el estatus de la persona y por las características de personalidad del juez.

El conocimiento que tenemos de una persona sirve para verificar su capacidad y habilidad para llevar a cabo un acto, y en función de esto, percibimos si su acción es intencional o accidental. Al deducir que un acto fue intencional, recurrimos al conocimiento de su habilidad para hacerlo e inferimos los motivos que propiciaron su ejecución. Con frecuencia, se le atribuyen a las personas de estatus más elevado actos con más buenas intenciones que a los de bajo estatus (Mann, 1975).

La justificación de los actos interpersonales depende del grado en que estén autorizados o motivados. Si una persona desempeña un rol que lo obliga a llevar a cabo una acción repudiada, comúnmente se le excusa. En cambio si la acción parece injustificada, la reacción es diferente. No obstante, cuando el autor de la conducta es de estatus elevado, se tiende a justificar su acto, a veces independientemente de la naturaleza del mismo.

3.3 ÁREAS DE LA PERCEPCIÓN INTERPERSONAL

Según Mann (1975) y Vidals (1998) el área de percepción interpersonal puede clasificarse de la siguiente manera: 1. La percepción de la persona y, 2. La percepción social.

En cuanto a la primera, ésta es la forma en la que se crean las impresiones, opiniones, sentimientos o emociones sobre otras personas. De esta manera, una persona (o juez) puede crear juicios sobre otra tomando en cuenta la información obtenida durante la interacción. La percepción social es más general, pues lo que se percibe son los procesos sociales. Entonces “los objetos de la percepción social son las relaciones de la persona con los demás, incluyendo su percepción de los grupos e instituciones sociales” (Mann, 1975).

La percepción de las personas implica procesos de cognición, que nos permite entender a un individuo en particular a través de la formación de impresiones. Para Vidals (op. cit.) literalmente, percibimos de las personas sus características físicas (como las formas de su cuerpo, sus gestos y movimientos, los colores de su piel y de su cabello, etc.). Sin embargo, no podemos dejar de lado que las personas somos objetos sociales y que contamos con una serie de características que nos distinguen de los objetos físicos (somos autónomos, tenemos libertad de movimiento, actuamos, reaccionamos, intuimos, etc). De acuerdo con Moya (1996) uno de los fenómenos de este proceso psicosocial es el reconocimiento de emociones que

consiste en el diagnóstico que realiza un observador sobre las condiciones anímicas de su(s) posible(s) interlocutor(es) a partir de la expresión facial y, en general, de señales verbales y no verbales.

Por su parte, existen dos temas relevantes en el estudio de la percepción de la persona, que son: 1) la formación de impresiones y 2) la habilidad de juzgar a la gente (Vidals, 1998 y Mann, 1975).

Por *formación de impresiones* se entiende el proceso mediante el cual se infieren características psicológicas a partir de la conducta —así como de otros atributos de la persona observada— y se organizan estas inferencias en una impresión coherente (Moya, 1996).

Las primeras impresiones comúnmente están matizadas por los afectos y los juicios de valor del observador, además no son tan confiables como pudiera parecer. Moya (1996) señala que el observador elabora un primer concepto de la persona a partir de los rasgos más distintivos que provee el (los) interlocutor(es) y el contexto donde este evento social ocurre. De acuerdo con Mann (1975), dada la brevedad del primer encuentro con una persona, son pocas las probabilidades de que se manifiesten contradicciones o que se adviertan los rasgos centrales de la personalidad y diferenciarlos de los incidentales, de hecho varias características quedan ocultas. Cabe destacar que la primera impresión puede ser duradera e influir en el comportamiento posterior aunque no sea del todo exacta y a esto se le conoce como “efecto de primacía”.

No es raro pensar que lo que percibimos corresponde exactamente con los objetos o eventos de la realidad y en pocas ocasiones se piensa que las cosas pueden ser percibidas de otra manera, porque se parte del hecho de que lo percibido del ambiente es el ambiente mismo y ni siquiera se piensa que las percepciones sean tan sólo una representación parcial de dicho ambiente, pues lo que se presenta como claro y evidente únicamente lo es bajo cierto contexto físico, cultural e ideológico. En este sentido, Vargas (1994) dice que “la percepción es simultáneamente fuente y producto de las evidencias, pues las experiencias perceptuales, proporcionan la vivencia para la construcción de las evidencias; al mismo tiempo, son confrontadas por el aprendizaje social donde los modelos ideológicos tienen un papel importante en la construcción de elementos interpretativos que se conciben como la constatación de la realidad del ambiente.”

Entonces, resulta importante tomar en cuenta que tenemos un margen de error al hacer los primeros juicios de las relaciones, por lo que Mann (1975) dice que “los estados temporales

tales como el hambre, la fatiga y la tensión emocional, afectan también la sensibilidad con que una persona es capaz de juzgar a otra; en general, dichos estados conducen a una mayor simplicidad en la percepción del otro”. La familiaridad también produce ciertos sesgos perceptivos, como el efecto de la “mera exposición” (Zajonc, citado en Moya 1996), el cual consiste en que la constante exposición de las personas estímulo -y si su valor es positivo o neutral-, termina por convertirlas en más atractivas.

Asimismo, el valor que el estímulo tiene para los jueces afecta la percepción, tendiendo a darse una “acentuación perceptiva”. Por su parte, el “efecto de halo” consiste en que a la persona que muestra características favorables al inicio de una relación interpersonal se le atribuyen otras todavía más favorables sin saber si las tiene o no. La acentuación perceptiva y el efecto de halo pueden explicar porqué las personas de elevado rango, posición o prestigio son percibidas de forma más favorable de lo que sus verdaderas cualidades merecerían. De manera que la primera impresión que tenemos de alguien no es totalmente confiable, es preciso recabar la información y jerarquizarla para hacer una mejor evaluación como juez (Mann, 1975 y Moya, 1996).

El valor emotivo depende del poder del estímulo para proporcionarnos consecuencias positivas o negativas. En relación con este significado emotivo de los estímulos, se observan dos fenómenos contrapuestos. Uno de ellos es la “defensa perceptiva” que consiste en el alto umbral de reconocimiento de que gozan algunos estímulos amenazadores, es decir, no vemos aquello que no queremos ver; así, las fallas de quienes estimamos mucho, pueden pasar desapercibidas o ser excusadas y no vistas como tales, mientras que las virtudes de nuestros enemigos suelen ignorarse. El otro proceso es de “perspicacia perceptiva” y consiste en el bajo umbral de reconocimiento de aquellos estímulos que puedan satisfacer una necesidad o traernos beneficios, es decir, atribuimos características más allá de las que poseen (Moya, 1996).

Una más de las principales causas de error es la tendencia a ver a las personas y no a las situaciones como el origen de la acción. Por eso, calificamos a una persona de neurótica, cuando la vemos gritar y de mal humor, sin tomar en cuenta el contexto que la tiene así. Al respecto, Mann (1975) considera que el modo de reaccionar de una persona a los actos de los demás está influenciado por su modo de percibir o de interpretar la causa de la conducta. La responsabilidad de una persona en la acción tiene implicaciones distintas. En ocasiones, el autor no es el responsable directo de su acción, pues obedece a factores ajenos a él, llámese el

medio físico u otras personas. Pero, en otras circunstancias, la persona es directamente responsable de sus actos, pues origina las consecuencias.

Cuando se ha creado una impresión ya sea positiva o negativa en los demás tendemos a manipularla. En general, si es una buena impresión la que tienen de nosotros tratamos de no defraudarla, pero cuando no son genuinas las características que mostramos, en ocasiones tratamos de disfrazar nuestro propio yo e incluso nos tornamos compatibles con el juez. Sin embargo, no en todo momento podemos sobrereactuar, pues surgen condiciones distintas ante las cuales tarde o temprano nos mostramos con nuestros verdaderos rasgos de personalidad (Mann, 1975 y Moya, 1996).

Otro aspecto del manejo de la impresión es la “intimidación”, en la que las personas intentan mostrar el poder que ejercen sobre la otra persona, mediante amenazas y creando temores (Jones & Pittman, citado en Moya, 1996). Se trata de una táctica que suele darse casi exclusivamente en relaciones que no son voluntarias. Es frecuente que el perceptor se someta a los deseos de la persona percibida con el fin de evitar las consecuencias negativas, o un dolor emocional por estar en desacuerdo, lo cual se ve, por ejemplo, en la conducta de muchos hijos ante sus padres.

Por su parte, una de las características básicas de la percepción es la **elaboración de juicios**, como un proceso intelectual consciente en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas (Vargas, 1994). Y es que en nuestra continua interacción con los demás tendemos a crear juicios y valores, es decir, juzgamos. Cuando nos planteamos las causas del comportamiento observado, o sea, cuando el observador elabora hipótesis acerca del porqué del comportamiento del otro, hacemos juicios atributivos (Moya, 1996).

De acuerdo con Mann (1975) una de las habilidades que poseemos para juzgar a los demás es la llamada “sensibilidad al otro generalizado”, la cual aborda las principales tendencias sociales, esto es, percibir de modo general el comportamiento de la gente. Son particularmente sensibles los cineastas, los diseñadores de moda, entre otros, a las preferencias generales de la sociedad. Otra de las habilidades para juzgar a la gente es la llamada “sensibilidad interpersonal”, e implica la habilidad para percibir cómo se siente una persona en una situación específica. Está basada en la empatía y en la comprensión de lo que sentiría uno mismo en una situación similar.

Una serie de cualidades caracterizan al buen juez de otra personalidad, según Mann (1975) y Vidals (1998):

- * **Inteligencia.**- La capacidad de hacer deducciones lógicas a partir de la observación y de esta manera crear juicios más precisos. De acuerdo con Allport (citado en Vidals, 1998) comprender a la gente significa en buena medida, percibir las relaciones entre las actividades pasadas y presentes, entre el comportamiento expresivo y los rasgos internos, entre causas y efectos, y la inteligencia es la capacidad de percibir justamente relaciones de ese tipo.
- * **Experiencia y madurez.**- El contar con una vasta experiencia en distintos fenómenos de la naturaleza humana, le permite al sujeto actuar con madurez, y así actuar como buen juez.
- * **La semejanza.**- Se trata de un requisito no indispensable para ser juez. Sin embargo, las experiencias comunes, permiten entender y conocer mejor al otro.
- * **Distancia.**- Se ha observado una tendencia de apartamiento social en los buenos jueces. La persona que no está en todo momento participando en un sentimiento común y que puede mantenerse al margen sin dejar de ser un observador, puede realizar juicios más válidos.
- * **La actitud estética.**- Es aquella que busca comprender la armonía interior de las personas que llaman la atención. A través de ella, se logra apreciar los rasgos que hacen único al individuo y, habilita para superar las barreras de la experiencia y la semejanza, en la creación de las evaluaciones.

No obstante, Moya (1996) apunta que no se ha confirmado la veracidad del supuesto de que hay jueces que consistentemente son buenos y otros que lo son menos. De ser así, un buen juez sería para todas las personas estímulo y para todos los diferentes tipos de cualidades.

3.4 EL ROL EN LA PERCEPCIÓN

En el sistema social estamos designados a desempeñar roles. Cada rol exige un conjunto de conductas las cuales deben ser llevadas a cabo por quien ocupe ese rol. Por lo tanto, el rol surge de la necesidad que tiene el ser humano de asumir un papel, de colocarse en una posición y definirse dentro de la sociedad a la que pertenece. En este sentido, se espera que el comportamiento sea congruente y adecuado conforme al rol social que se desempeña.

La impresión que transmite una persona con un rol específico es de que actúa conforme a los requisitos del rol y comúnmente no vemos más allá (Mann, 1975 y Moya, 1996).

Según Vidals (1998) los roles aparecen como una función de elementos individuales y colectivos que van muy unidos a la situación familiar en primera instancia y, posteriormente, al grupo al que pertenecen. El rol que se asigna a cada persona está basado en el género y la edad que se tengan. La imposición de los roles, sin embargo, trunca en cierta medida la espontaneidad del individuo. A su vez, el rol que se elige también tiene restricciones en tanto que demanda exigencias y obligaciones desde el momento en el que lo asumimos.

Dada la gran cantidad de organizaciones humanas existentes, los integrantes de la sociedad nos vemos obligados a ser portadores de diferentes roles. Por ejemplo, al niño se le exige un rol de hijo, pero cuando ingresa a la escuela, también debe asumir un rol de estudiante y así sucesivamente. Los diversos grupos en los que se integra la persona le exigen que desempeñe un rol, lo que normalmente no lo perturba a menos que un rol se contraponga con otro, pues quizá uno exija determinadas acciones y/o actitudes, mismas que prohíba otro. Comúnmente, la persona tiene un rol preferido, mientras que los demás son complementarios, pero cuando no son cumplidas las expectativas del rol cabalmente, a menudo la razón tiene que ver con la tensión generada por el rol. Ahora bien, una persona que rompe con el esquema que le plantea el rol puede demostrar su deseo de independencia y de no conformismo, pues no le satisfacen las exigencias del rol y lo que pretende es manifestar sus propios atributos personales (Mann, 1975).

En conclusión, son muchas las interacciones que ocurren dentro de un sistema de rol ya que aquí se pueden hacer mejores predicciones sobre la conducta del individuo sin necesidad de juzgar sus características personales, pero “aun en un sistema de rol altamente institucionalizado se requiere cierta exactitud para un funcionamiento eficiente, porque las percepciones erróneas de las expectativas de rol de las otras personas que forman parte del sistema, pueden llevar a fricciones y conflictos..., el poder o la dependencia del otro con respecto al juez, puede llevar a éste a exagerar los defectos y virtudes del otro, produciendo una conducta social ineficaz” (Mann, 1975).

CAPÍTULO IV FAMILIA Y ADOLESCENCIA

4.1 EL ADOLESCENTE EN LA FAMILIA

Para entender el fenómeno adolescente en su plenitud, es necesario estudiar una de sus manifestaciones más genuinas: la grupalidad (Rodríguez, 1996). La familia constituye la organización grupal primaria de pertenencia y de referencia a partir de la cual el individuo desarrollará su capacidad socializadora, donde aprenderá a interactuar y a comunicarse. Las relaciones entre padre y madre, entre padres e hijos y entre hermanos se presentan como un modelo grupal. La familia satisface las necesidades psicológicas y materiales de los hijos, al mismo tiempo que ayuda a resolver el conflicto entre lo individual y lo social (Rodríguez, 1996).

De los adultos con quienes tiene lazos afectivos, imita conductas y se identifica. Además, elabora un esquema de la realidad (Berger & Luckman, citados en González, 1996). Más tarde, es en otros grupos donde el individuo tiene contacto con otras formas sociales, ampliando su visión de la realidad. Socializa con el grupo de iguales, en el centro educativo, a través de los medios de comunicación, donde se completa el proceso de identificación (González, 1996).

No obstante, surge en la familia el llamado “conflicto generacional”, cuyas bases no son sólo biológicas. Con la caída de la figura paterna dentro del esquema perceptual del adolescente, y de otras figuras de autoridad, surge el cuestionamiento de cómo ejercer la autoridad y encontrar el bien común en la familia, puesto que los valores de la generación de los padres no son adecuados a la era en la que viven los hijos, lo que desemboca en la ineficacia de los padres para conducir al grupo familiar. Lo anterior implica un cambio profundo de la estructura social, escenario propicio que puede dar paso a que los jóvenes presenten conductas adictivas, entre otras conductas de riesgo (Nató & Rodríguez, 2001).

Los padres que poseen una ideología predominantemente autoritaria, obstaculizan la libertad de expresión de los hijos y desde luego impiden la formación de una organización democrática. La actitud libertaria de los hijos debe ser encaminada por los padres. La familia debería preparar a sus hijos para la libertad, como una de sus funciones básicas (Pinillos, 1976 citado en González, 1996). No es tarea fácil que los padres eduquen para la autonomía y la libertad, intentando que su individualidad no obstaculice su responsabilidad colectiva (Bueno, 1985, citado en González, 1996).

Ahora bien, el crecimiento del adolescente impacta a la unidad y estabilidad familiar mantenida durante el período infantil, por lo que el grupo se ve modificado y en especial los padres. Es fundamental que se satisfaga la necesidad del adolescente de seguridad emocional para que pueda confiar en sí mismo. Las relaciones familiares sólidas y perdurables conforman un núcleo armonioso. Son dos los procesos predominantes en las relaciones familiares, por un lado, el proceso de individuación y por otro, la pérdida del estatus infantil, generándose cambios tanto en la comunicación entre padres e hijo, como en la actitud y comportamiento del joven dentro del ambiente familiar (Rodríguez, 1996).

Una tarea importante de los padres consiste en llevar al adolescente de una posición de dependencia a una de autodirección (Rojas, 1974). Los padres, al notar el comportamiento maduro de sus hijos les conceden independencia y responsabilidad. Es necesario que los padres relajen, gradualmente, el control con base en la preparación del adolescente, con el fin de concederle mayor libertad, sin que ello signifique una amenaza para el vínculo padre-hijo. Si los padres han ejercido desde la niñez un estilo familiar democrático enfrentarán los desafíos de la adolescencia a través de guías flexibles, discusiones abiertas, en un marco de interés y justicia. De esta forma, la dependencia de los años de la niñez se abandona para establecer una conducta responsable y madura (Frank, et. al., 1990, citado en Berk, 1998).

4.2 PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE DE SU ENTORNO FAMILIAR

Las experiencias y conductas del adolescente -quien se encuentra en una posición de dependencia de los padres y a la vez está próximo a alcanzar su autonomía adulta- matizan su forma de percibir al mundo y actuar en consecuencia. La relación de poder en la que se encuentran inmersos adultos y jóvenes (Bordieu, citado en Machín, 2003), puede llevar al hijo adolescente a percibir a sus padres, en primera instancia, como figuras controladoras y rígidas. No obstante, esta percepción no es estática pues está en constante construcción de significados (Merleau-Ponty, citado en Vargas, 1994). Si la tendencia desde la década de los 90 es ejercer un control firme por parte de los padres, pero sin descuidar las expresiones de afecto y aprobación (Martin, 1992), podría pensarse que la percepción, en general, de los adolescentes, es de un estilo familiar democrático. Sin embargo, como dicho estilo no es el único en las familias mexicanas, será la actuación más común de los padres -autoritaria, democrática, permisiva, negligente- la que influirá en la forma como reconstruyen los jóvenes su percepción de las figuras paternas. Si pretendemos que el adolescente nos proporcione una percepción exacta de

su situación familiar, caeríamos en un error, porque la percepción es un proceso parcial (Merleau-Ponty, citado en Vargas, 1994) en tanto que no vemos las cosas en su totalidad, trátese de jóvenes o adultos. Más aún, si la percepción interpersonal está mediada por procesos subjetivos como emociones, deseos y sentimientos, encontramos que los adolescentes experimentan emociones intensas –que además consideran únicas- y de difícil dominio, por lo que la percepción que se obtenga será propia de un momento determinado. Además llegan a considerar que lo percibido por ellos corresponde exactamente con lo ocurrido en la “realidad” y prácticamente no se plantean la posibilidad de tener una visión parcial de lo que pasa en su entorno familiar, en este caso.

Por lo tanto, al solicitar la valoración del estilo familiar, sería necesario verificar cuál es el estado emocional en el que se encuentra el joven, ya que si es de tensión o de fatiga por ejemplo, su juicio se vería sesgado (Mann, 1975). A su vez, el adolescente está en posibilidad de tomar en cuenta el estado emocional en el que se encuentran sus padres y que les conduce a actuar de determinada manera, por ejemplo el gritar. Si esta expresión es muy frecuente, pueden considerarla como propia de su estilo, pero si es muy esporádica, quizá se deba a factores ajenos a ellos.

También, se podría explicar la percepción del adolescente, a partir de la meta que persigue al hacer una evaluación de sus padres (Shower, 1985; Bargh, 1989; Hilton, 1991; citados en Moya, 1996). Algunos jóvenes estarán buscando confirmar sus propios valores, esto es, si expresan que sus padres son cordiales y amorosos, responsables y maduros, posiblemente ellos se vean a sí mismos con estas características, dados sus rasgos de egocentrismo. En la percepción de otros jóvenes se verá reflejada comprensión del comportamiento de sus padres, entendiendo el porqué actúan de cierta manera y no de otra, por ejemplo, el empleo del castigo como medida disciplinaria. Asimismo, es posible que el adolescente evalúe si la conducta de sus padres se ajusta al rol que la sociedad le marca. Por ejemplo, un joven puede apreciar que en su casa no existen reglas ni límites o supervisión de las actividades de los miembros de la familia y llegar a la conclusión de que sus padres no juegan el rol que la sociedad ha encomendado.

En el estudio de la percepción también hay que considerar las características que debería reunir la figura paterna desde la óptica del adolescente, debido a que éste puede llevar a cabo determinadas tácticas que le permitan confirmar que la conducta de sus padres está relacionada con lo que él esperaba de ellos (Hilton & Darley, 1991, citado en Moya, 1996).

Esto es, un joven puede pensar que todos los padres de familia son personas extremadamente conservadoras y que la posibilidad de cuestionarlos está cerrada, confirmando sus expectativas cuando, por ejemplo, no le conceden el préstamo del automóvil, siendo que la razón de que se lo negaran haya sido porque aún es menor de edad y no tiene licencia de manejo. Por lo tanto, la ocurrencia de eventos aislados lleva -a algunos jóvenes- al cumplimiento de sus expectativas, sin ver de manera global la situación de su familia.

Las distintas experiencias que los adolescentes han tenido en común con sus padres le permiten al joven conocerlos mejor. En teoría, tienen la capacidad de diferenciar las conductas intencionales de las accidentales y así poder hacer una valoración más precisa de su entorno familiar. De esta manera, cuando se le pidiera hacer una apreciación de su ambiente, se esperaría que considerara la totalidad del fenómeno y no sólo los acontecimientos menos frecuentes. El estatus en el que se ubican los padres dentro del esquema perceptual de los hijos es elevado (Mann, 1975), lo cual les permitiría determinar que las intenciones subyacentes a los métodos disciplinarios son buenas y de igual forma identificarían cuándo la acción parece no justificarse. Sin embargo, se ponen en juego procesos subjetivos como emociones, sentimientos y expectativas que influyen en la percepción, tal y como se mencionó en párrafos anteriores.

Además, puede ocurrir que un joven no alcance a distinguir las fallas de las personas a quienes estima mucho o quizá las disculpe, sencillamente por el valor emotivo que sus padres tienen para él (ella) [Moya, 1996]. Así, unos papás ausentes y poco interesados en las actividades de los hijos, pueden ser excusadas por estos, pensando en que la razón de su conducta es el trabajo duro al que se someten diariamente, pero que eso es mejor a no tenerlos.

Al analizar las características de un buen juez (Mann, 1975; Vidals, 1998) aplicado al perfil del adolescente, observamos que estos, efectivamente cuentan con un pensamiento evolucionado, cuyos procesos de conciencia, de discernimiento y de juicio se han ampliado. Además ha compartido experiencias de diversa índole con los miembros de su familia que le han permitido entenderlos y conocerlos mejor. No obstante, existen otras cualidades que quizá estén en vías de desarrollo para ser mejores jueces como el haber experimentado con distintos fenómenos de la naturaleza humana fuera del entorno familiar y se traduzcan en madurez. Otra característica que no poseen los adolescentes que conviven día a día con su familia es la distancia, dado que son partícipes de un sentimiento común. Cuando alguien está al margen de

la relación, podría estar en posibilidades de realizar juicios válidos y, esa no es la situación de -prácticamente- ningún miembro de la familia nuclear.

Respecto al desempeño de los roles en nuestro sistema social, ¿cómo deben comportarse los padres de familia para decir que se ajustan al rol que la sociedad demanda? De acuerdo con los estudios elaborados en el ambiente familiar, los hijos de padres que ejercen un estilo familiar democrático son las personas con cualidades sobresalientes y adecuadas para la sociedad en la que vivimos (Steinberg, et. al., 1992, 1994; Luster & McAdoo, 1996; Baumrind, 1967, 1971, citados en Berk, 1998). Con base en lo anterior, quizá sean las características de dicho estilo las más deseables y recomendables. Algunas de éstas son: cordialidad, amor, apoyo, reglas y sanciones razonables, estimulación de la autonomía, entre otras. El estilo familiar democrático se describe más ampliamente en el Capítulo I.

Ahora bien, se sabe que no todos los padres de familia decidieron –en el sentido estricto del término- jugar ese rol y, por factores que se les escaparon de las manos, se han visto en la obligación de asumir esa responsabilidad. El desempeñar un papel que no ha sido elegido libremente puede conducir a un comportamiento poco espontáneo, así como al incumplimiento de las expectativas sociales (Mann, 1975; Vidals, 1998). Este desacato puede ser percibido por los adolescentes y desencadenar conflictos entre ellos y sus progenitores. Ya lo decía Mann (1975) que la posición de dependencia de los hijos puede llevar a exagerar los defectos o las virtudes de sus padres.

En resumen, no sólo se trata de percibir a la persona, sino analizar su entorno social, nuestros prejuicios, la creación de estereotipos, los roles y los estatus, así como la intención con la que llevan a cabo sus acciones. La percepción en el amplio sentido de la palabra, nos ayuda en gran medida a comprender y a interactuar con los demás. Percibimos el grupo al que pertenecemos, el rol que vamos a desempeñar y de esta manera participamos en la sociedad.

5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL USO DE DROGAS

En todos los momentos históricos de todas las culturas y sociedades han tenido alguna presencia esos productos genéricamente denominados drogas. En ciertos momentos, ha significado algo extraño, desconocido, destructor y, en otros, se ha visto de manera tan familiar que no permitía el reconocimiento de su carácter peligroso; en algunos lugares con una frecuencia e intensidad tales que han llevado a hablar de “crisis” o “epidemias”. Los posibles efectos negativos eran conocidos por los usuarios quienes adecuaban el consumo de acuerdo con los patrones culturales heredados. En el siglo XXI, los avances técnicos hacen posible la comunicación y el intercambio socio-cultural a lo largo y ancho del planeta. En este contexto, las drogas son extraídas de su entorno tradicional e insertadas en sociedades que desconocen sus efectos y sus formas de consumo. A su vez, la aparición de drogas de síntesis, incrementa la gravedad de la situación (Nató & Rodríguez, 2001).

En las sociedades modernas el consumo refleja un malestar en la juventud en busca de escape. Se trata de productos prohibidos pero “anunciados” en todas partes, cuyo tráfico se expande a todos los rincones del mundo, situación que ha rebasado a las autoridades. Los avances de la química han hecho posible la síntesis de moléculas, cuyos efectos euforizantes o ansiolíticos son mucho más poderosos que los de las sustancias naturales (Richard, 2002).

El consumo de sustancias ha generado controversias, tal es el caso de autores como Nahas (citado en Richard, 2002) quien afirma que “esta búsqueda de placer y de evasión es nociva para la salud y no ayuda a la sociedad”. Por su parte, el psiquiatra norteamericano Szasz, (citado en Richard, 2002) comenta que muchos productos nocivos para la salud no están prohibidos –tabaco, alcohol-, y en su opinión, cada quien es libre de hacer lo que quiera con su salud mientras no perjudique a los demás.

Si bien, los jóvenes de las décadas pasadas se involucraron en el consumo de drogas como estrategia de la búsqueda del conocimiento interior, o como signo de libertad y protesta hacia algunos prejuicios y normas sociales, a partir de ese momento, los jóvenes se convirtieron en el blanco comercial perfecto de narcotraficantes que descubrieron un vasto mercado para vender sus productos.

5.2 CONCEPTOS ELEMENTALES EN TORNO AL CONSUMO DE DROGAS

Se ha difundido un error en cuanto al empleo del término *droga* sólo para aquellas sustancias ilegales, reduciendo el problema a su consumo. No es posible excluir al alcohol y al tabaco, pues su consumo excesivo tiene altos costos tanto para quien los consume, como para su familia y desde luego para la sociedad en general. Por ello, si partimos de la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (citado en Nató & Rodríguez, 2001), se considera que: “**Droga** es toda sustancia que, introducida en el organismo, produce cambios en la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento, y es susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiéndola.”

En cuanto a los aspectos que permiten evaluar el nivel de daño ocasionado por el consumo de las distintas drogas, estos son: la vía de administración, el tipo de tolerancia que se produce y la magnitud del síndrome de abstinencia (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

Los efectos de las sustancias están muy ligados con el medio por el cual se administren. Esto es, si se consume por una **vía** que produzca los efectos deseados con rapidez, será mayor el potencial de adicción que si se administra por un medio distinto. Un ejemplo de esto son las drogas que se inhalan o que se inyectan versus las que se consumen oralmente.

La **tolerancia** o hábito es un fenómeno de orden fisiológico que expresa la necesidad de aumentar progresivamente la dosis de droga que se consume para mantener los efectos de ésta. Las manifestaciones agudas deseadas dejan de experimentarse cuando el consumo se vuelve crónico, por tanto, el consumidor tiene la necesidad de aumentar las dosis o la frecuencia de su administración, y termina por aumentar ambas cosas (Velasco, 1999; Richard, 2002).

Existe el fenómeno de la **tolerancia cruzada**, que se refiere al hecho de que la habituación a una droga puede conducir al acostumbamiento a una droga diferente, aunque con los mismos efectos o perteneciente a la misma familia química. Por ejemplo, el sujeto que sea tolerante al diazepam, también lo será para otras benzodiazepinas (Velasco, 1999; Brailowsky, 2002).

Una forma de medir el grado de dependencia es a través de la magnitud de los síntomas de **abstinencia** que es un conjunto de trastornos fisiológicos que se presentan al suspender abruptamente el uso de una droga, cuando existe tolerancia. Sus manifestaciones son variables dependiendo del tipo de droga, sin embargo, estos síntomas pueden ocurrir como el efecto

contrario al producido por la droga que ha inducido la dependencia. Por ejemplo, la abstinencia a las anfetaminas se manifiesta con depresión, fatiga y hambre exagerada. No obstante, cada droga tiene su síndrome de abstinencia, y éste no siempre ocurre como un “rebote” de los efectos de la misma, sobre todo con las drogas de efectos múltiples (moléculas que ocupan un receptor que en ciertas áreas cerebrales produce estimulación y en otras inhibición). La nicotina y la cafeína son ejemplos de esto (Velasco, 1999; Brailowsky, 2002).

La **dependencia psicológica** tiene que ver con la pulsión de consumir periódica o continuamente la sustancia para encontrar placer o liberarse de una sensación de malestar, implica esencialmente una dimensión afectiva y de comportamiento para con los efectos del producto (Velasco, 1999; Richard, 2002; Brailowsky, 2002).

Por su parte, la **dependencia física** implica la obligación de seguir consumiéndolo, impuesta por la sustancia al organismo. Sobreviene cuando los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que regulan el funcionamiento del cerebro son perturbados de manera relativamente persistente; se caracteriza por señales de malestar a partir de que el sujeto se encuentra privado de la droga (Velasco, 1999; Richard, 2002; Brailowsky, 2002).

Aun cuando se ha hecho una distinción entre la dependencia física y la dependencia psicológica y que, se ha dicho que esta última es más fácilmente manejable que la primera, actualmente se considera que la dependencia es una, con rasgos comunes entre las diferentes drogas, pero también con características particulares (Medina-Mora citado en Tapia Conyer, 2001). El grado de propensión de una droga para generar dependencia en quienes la consumen es conocido como **potencial adictivo**. En el apartado de Problemas Asociados al Consumo de Drogas se describen los criterios de dependencia según las clasificaciones ICD-10 y DSM-IV.

Han sido propuestas numerosas definiciones de **farmacodependencia**, pero la que propone la Organización Mundial de la Salud (en Richard, 2002) habla de que “Es un estado psicofísico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, caracterizado por producir modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones, que incluyen siempre un impulso irreprimible por consumir la droga en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o bien, para evitar los malestares de la deprivación”.

5.3 PREVALENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN JUVENIL

5.3.1 ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES 2002

Los datos referentes a las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población juvenil de 12 a 17 años, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, (ENA. Resumen Ejecutivo, 2002), son las siguientes: El grupo de jóvenes de 12 a 17 años conformó el 19% de la muestra y el resto de la población se distribuyó en los grupos de entre 18 y 65 años de edad. El total de la población juvenil es de 9' 915, 026.

A continuación se presentan las cifras correspondientes a tabaco, alcohol y otras drogas en población juvenil de zonas urbanas:

- o **TABACO.**- La prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de zonas urbanas fue de 10.1%, lo que equivale a casi un millón de individuos, con una mayor proporción de hombres (15.4%) que de mujeres (4.8%). Esto es, se identifican 3 fumadores varones por cada mujer. La *escolaridad* de los jóvenes fumadores de áreas urbanas fue, en casi la mitad de ellos, (40.7%) de nivel secundaria, seguidos del 35.4% con preparatoria y del 23.4% con primaria. En lo que respecta a la *edad de inicio* en el consumo de tabaco en los jóvenes de población urbana, casi la mitad (47.6%) comenzó a fumar entre 15 y 17 años, mostrando variabilidad entre sexos (46.1% hombres y 52.3% mujeres). Si bien, uno de cada diez adolescentes varones empezó a fumar antes de los 11 años de edad, ninguna mujer mencionó haber iniciado a esa edad. De los jóvenes de áreas urbanas que *fuman a diario*, el 86.5% consume de uno a cinco cigarrillos, 6.8% señaló un consumo de 6 a 10, el 3.9% fuma de 11 a 20 cigarrillos y el 2.8% usa a diario más de 20.
- o **ALCOHOL.**- La cantidad de los adolescentes entrevistados entre 12 y 17 años que consumieron una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio fue de 3' 522, 427, es decir el 25.7% de la población de este grupo. El consumo en la población urbana alcanza 35% (1' 726,518) de la población masculina y 25% (1' 252, 712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer. La *cantidad modal de consumo por ocasión* es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas. Es característico en este grupo de población el patrón de consumo poco frecuente (“menos de una vez al mes”). El 10.5% de los hombres urbanos y el 3.4% de las mujeres reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo).

La ENA 2002 reporta un incremento en el *índice de consumo de los adolescentes*, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones, aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. Es notable el número de menores que reportaron haber manifestado en el “último año” al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002.

- **OTRAS DROGAS.**- En la encuesta se exploró el consumo de 10 tipos de sustancias con efectos psicotrópicos (excluyendo en este apartado al tabaco y al alcohol) que son: marihuana, inhalables, alucinógenos, cocaína y otros derivados de la hoja de coca, heroína, estimulantes tipo anfetamínico, así como drogas de utilidad médica usadas fuera de prescripción como los opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes. La *prevalencia* del uso de drogas se estimó al preguntar si “alguna vez en su vida” había usado una o más de las sustancias consideradas (*prevalencia total*), si había estado expuesto en los doce meses previos al estudio (*prevalencia lápsica*) y en los últimos 30 días (*prevalencia actual*). Existen en el país, 215, 634 adolescentes entre 12 y 17 años que han usado drogas alguna vez, de los cuales, los varones son 167, 585 y las mujeres son 48, 049. De este grupo de consumidores, sólo el 55.3% continúa usándola en el último año y de éstos, un 37% las ha consumido en el mes previo a la encuesta. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer, proporción muy similar a la observada en la población de 18 años en adelante (3.31 hombres por cada mujer). El mayor consumo se encuentra entre los habitantes de poblaciones urbanas con un 86%.

Sin considerar al tabaco y al alcohol, la *primera droga de uso* fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína, mientras que en la población de 12 a 65 años, la cocaína ocupa el segundo lugar (después de la marihuana) en las preferencias. Se observan diferencias por *sexo*, ya que entre los adolescentes varones y mujeres, la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, en los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar de preferencia. En las mujeres el *orden de preferencia* es un tanto diferente, ya que después de la marihuana, el segundo al cuarto lugar lo ocupan la cocaína, los estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, estos últimos con porcentajes de consumo muy similares. En lo que respecta a la *edad de inicio* en este grupo, la edad más frecuente para

empezar el consumo de inhalables es la de 14 años, la marihuana suele consumirse inicialmente a los 15 años y la cocaína a los 16. La *experimentación* se inicia con estimulantes tipo anfetamínico entre los 14 y 16 años.

5.3.2 ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DEL D. F. 2003

Por su parte, la Secretaría de Educación Pública en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría, presentan los resultados de la encuesta sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal, medición realizada en otoño de 2003 (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez & Ramos, 2004).

Las conclusiones globales señalan que existe un leve incremento en el consumo de drogas en los *últimos 3 años*, que va del 14.7% al 15.2% y que, de acuerdo con los autores, no es un incremento estadísticamente significativo. Sin embargo, en términos más específicos, el consumo de marihuana se ha incrementado, en tanto que el consumo de los inhalables y de los tranquilizantes se mantiene estable y el de la cocaína decrece ligeramente. Además se encontró que los *niveles de consumo* entre las mujeres se ha incrementado, mientras que en los hombres se ha mantenido e incluso ha disminuido ligeramente, según lo indican los autores de la encuesta.

La *preferencia por tipo de droga* se mantiene muy similar a la reportada hace tres años, por lo que el primer lugar lo ocupa la marihuana y le siguen, con niveles de consumo similares, los inhalables, los tranquilizantes y la cocaína. En general, las mujeres tienen mayor preferencia por los tranquilizantes.

Hablando de las *drogas legales*, se aprecia un incremento en el consumo de alcohol, en tanto que el consumo de tabaco se mantiene similar al de la encuesta del 2000. Un aspecto que ya no es novedoso, es que el consumo de alcohol y tabaco es prácticamente igual entre hombres y mujeres de esta edad. Actualmente, el 23.8% de los adolescentes ha consumido por lo menos 5 copas de alcohol en una sola ocasión durante el “último mes” previo al estudio, lo que significa un incremento del 2%.

5.3.2.1 ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR

Ahora se abordará la situación específica de los estudiantes de nivel medio superior, debido a que el presente estudio se enfoca en ellos: Las *características generales* de los sujetos que, al momento de ser encuestados, estudian el nivel medio superior son: 81.5% se dedicaron de tiempo completo a la escuela durante el año anterior al estudio. Los porcentajes de mujeres y

hombres que reportaron no haber trabajado durante el año pasado fueron de 87.3% y 73%, respectivamente.

En cuanto al consumo de sustancias, específicamente las **drogas médicas**, se tomaron en cuenta las anfetaminas, los tranquilizantes y los sedantes. Entre las drogas más consumidas se encuentran los tranquilizantes y las anfetaminas. El consumo de anfetaminas “alguna vez en la vida” tiene los siguientes porcentajes: 5.6% para los hombres y 4.9% para las mujeres. El consumo “alguna vez en la vida” de tranquilizantes en los hombres es de 5.3% y en las mujeres de 6.7%. En general, el consumo de cualquier droga médica “alguna vez en la vida” en los hombres es de 9.7% y en las mujeres de 10.7%.

Por su parte, las **drogas ilegales** consideradas en la encuesta fueron la marihuana, la cocaína, el crack, los alucinógenos, los inhalables y la heroína. A nivel bachillerato, las *principales drogas empleadas* por los adolescentes son la marihuana y la cocaína. Para los hombres, en tercer lugar de preferencia se encuentran los alucinógenos, mientras que para las mujeres son los inhalables. Al considerar el consumo de estas drogas “alguna vez en la vida” corresponden los siguientes porcentajes: Cocaína: 8.1% (hombres) y 3.8% (mujeres); marihuana: 18.2% (hombres) y 8.7% (mujeres); alucinógenos: 5.5% (hombres) e inhalables: 3.6% (mujeres). En general, el consumo de cualquier droga ilegal “alguna vez en la vida”, en los hombres es de 24.9% en tanto que en las mujeres es de 18.2%.

Las cifras correspondientes al consumo de **alcohol y tabaco** entre estudiantes de nivel medio superior se presentan a continuación. El consumo de alcohol en el “último mes” es de 52.8% en los hombres y de 50.7% en las mujeres. Si se considera el consumo excesivo de alcohol (5 copas o más por ocasión en el último mes), la prevalencia en los hombres es de 40.8% y en las mujeres es de 32%. Asimismo, se observa que el 37.8% de los hombres y el 38.3% de las mujeres han consumido tabaco en el “último mes”.

Los autores de la encuesta concluyen que el consumo de drogas en adolescentes que cursan el nivel medio superior es elevado, especialmente en los varones, destacando el consumo de marihuana, pero también llama la atención el mayor número de mujeres que presentan estas conductas y que, de hecho, su consumo de tabaco y alcohol es mayor en algunas delegaciones. Dichos autores señalan que, es claro que el consumo de tabaco y de alcohol en edades tempranas es un factor que aumenta la probabilidad de que el adolescente consuma otras drogas posteriormente. Se puede observar en este estudio que más del 35% de los adolescentes, que se encuentran entre los 11 y 15 años, ha probado alcohol y/o tabaco

“alguna vez en su vida”. De esta manera, resulta muy importante que se refuercen las medidas legales que prohíban la venta de estos productos a menores de edad, entre otras medidas preventivas a desarrollar a partir de estas evidencias, de acuerdo con los autores del estudio.

5.4 CLASIFICACIONES DE DROGAS

De acuerdo con algunos autores, actualmente existen cinco grandes clasificaciones de las drogas, (Nató & Rodríguez, 2001; Díaz-Barriga, 2004;). Éstas se pueden apreciar en la Tabla II:

Tabla II. Cinco clasificaciones de drogas

I	Por su perfil farmacológico, es decir, por sus efectos en el Sistema Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> o <i>Depresoras</i>: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, etc. o <i>Estimulantes</i>: cocaína, cafeína, anfetaminas, etc. o <i>Alucinógenas</i>: LSD, PCP, mezcalina, psilocibina, hongos diversos, etc. o <i>Opiáceos</i>.
II	Por su uso	<ul style="list-style-type: none"> o <i>Médico</i> : tranquilizantes, hipnóticos, sedantes, etc. o <i>No médico</i>: cocaína, marihuana, heroína, alucinógenos, drogas de diseño.
III	Por su potencial de riesgo/beneficio	<ul style="list-style-type: none"> o <i>Grupo I</i>: Su producción, distribución y consumo están prohibidos en general, salvo especial permiso y control del Estado. Pertenecen a este grupo el opio y sus derivados, naturales o semisintéticos, y los medicamentos que actúan por iguales mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Estupefacientes</i>: opio, morfina, heroína, codeína, metadona, buprenorfina. o <i>Grupo II</i>: Su producción, distribución y consumo deben ser controlados por el Estado y serán los profesionales sanitarios los encargados de vigilar su uso adecuado. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sustancias psicotrópicas</i>:: Depresores como el alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, psicofármacos varios. o <i>Grupo III</i>: Su producción, distribución y venta están prohibidas en el caso de la cocaína, y bajo control especial de profesionales en el de los medicamentos. Estimulantes como cocaína, anfetaminas, derivados anfetamínicos. o <i>Grupo IV</i>: Su producción está prohibida por carecer de utilidad sanitaria; este grupo está integrado fundamentalmente por los alucinógenos: LSD, DET, DMT, STP, PCP, mezcalina, psilocibina, marihuana, tetrahidrocanabinos (marihuana, hachís, etc.)
IV	Por sus connotaciones legales	<ul style="list-style-type: none"> o <i>Ilegales</i>: Marihuana; cocaína, crack; heroína; alucinógenos; drogas de diseño.

		<ul style="list-style-type: none"> o <i>Legales</i>: Alcohol; tabaco; medicamentos estimulantes como anfetaminas; medicamentos depresores como barbitúricos, benzodiazepinas.
V	Por su origen	<ul style="list-style-type: none"> o <i>Naturales</i>:: opio, hojas de coca, marihuana, etc. o <i>Químicas partiendo de productos naturales</i>: morfina, codeína, heroína, cocaína, tetrahidrocanabinos y derivados, mezcalina, psilocibina, LSD. o <i>Sintéticas</i>:: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Depresores</i>: analgésicos poderosos, hipnóticos y sedativos, tranquilizantes, etc. - <i>Estimulantes</i>: anfetaminas, drogas de diseño como MDMA (éxtasis), etc. - <i>Alucinógenos</i>: derivados del LSD producidos en el laboratorio.

5.5 DROGAS CLASIFICADAS CON BASE EN SU PERFIL FARMACOLÓGICO

En cuanto a la clasificación basada en su perfil farmacológico, las características de las drogas son:

5.5.1 DEPRESORES

Son drogas que intervienen en la función de los tejidos excitables reprimiendo todas las estructuras presinápticas, con la consecuente disminución de la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso. Inducen un decremento de la función de los receptores postsinápticos. Se aprecia la modificación de la conducta, del pensamiento y del estado de ánimo, en términos de la disminución o decremento de estas funciones. Entre los depresores del Sistema Nervioso Central se encuentran el alcohol, los inhalables, las benzodiazepinas, los barbitúricos y los anestésicos (Díaz-Barriga, 2004). Los depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) podrían utilizarse con otros medicamentos sólo bajo estricta supervisión médica. En general, no deben ser combinados con ningún otro medicamento o sustancia que ocasione depresión del SNC, incluyendo medicinas para el dolor, algunas sustancias para los resfriados, o bien alcohol. Empleando depresores del SNC conjuntamente con estas otras sustancias, pueden ocasionar frecuencia cardíaca y respiración lentas a tal grado que pueden conducir a la muerte (NIDA, 2002).

Enseguida, se presenta una descripción de algunas de las drogas depresoras:

5.5.1.1 ALCOHOL

La palabra alcohol proviene del árabe *alkuhl*, que se refiere a algo sutil, al “espíritu” del vino. Es una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central (Brailowsky, 2002). El GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio del SNC. El alcohol contacta al complejo de estos receptores incrementando su efecto inhibitorio, de ahí que en el individuo se produzca una relajación inicial seguida de intoxicación y anestesia (Matsumoto, et. al., 2001, citado en Belsasso, et. al., 2002). Existe una estrecha relación entre el nivel de alcohol en la sangre, el grado de depresión del SNC y la conducta. A continuación se muestra en la Tabla III, la relación entre el número de “tragos”, las concentraciones sanguíneas de etanol y los efectos físicos y psicológicos (Brailowsky, 2002).

Tabla III. Efectos físicos y psicológicos de varias concentraciones sanguíneas de alcohol*

Número de tragos	Alcohol en la sangre (%)	Efectos físicos y psicológicos
1	0.02 – 0.03	Sin efectos evidentes. Ligera elevación del estado de ánimo
2	0.05 – 0.06	Sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina
3	0.08 – 0.09	Alteración ligera del equilibrio, del habla, de la visión, del oído. Sensación de euforia; pérdida de la coordinación motora fina
4	0.10 – 0.12	La coordinación y el equilibrio se dificultan; alteración de las facultades mentales y del juicio
5	0.14 – 0.15	Alteración mayor del control físico y mental; habla y visión difíciles
7	0.20	Pérdida del control motor; confusión mental
10	0.30	Intoxicación severa; control consciente mínimo
14	0.40	Inconsciencia; umbral del estado de coma
17	0.50	Coma profundo
20	0.60	Muerte por depresión respiratoria

* Estos efectos se encuentran en sujetos no habituados al alcohol y en los que el intervalo entre cada bebida es de menos de 60 minutos.

Cabe señalar que estos efectos dependen en gran medida de la exposición previa del sujeto al alcohol, de la frecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas, de la presencia de alimentos en el estómago, así como de otros factores más subjetivos como la situación en la que se bebe (en un bar, con los amigos, en el trabajo, etc.), del humor y de la experiencia previa. Esto es, cada individuo posee características psicológicas diferentes, con sus propias expectativas ante las drogas (Brailowsky, 2002; Richard, 2002). El etanol se convierte en el hígado en acetaldehído y éste en acetato. Este órgano metaboliza del 90 al 98% del alcohol; el

resto se elimina por la respiración, la orina, las lágrimas o el sudor. En las personas con función hepática normal se metabolizan 10 ml de alcohol por hora, aproximadamente. Cuando se ingiere un volumen superior, el alcohol se empieza a acumular en la sangre (y por lo tanto en el cerebro) y sus efectos aumentan (Brailowsky, 2002).

El alcohol irrita directamente el sistema gastrointestinal e indirectamente, al estimular la secreción de jugos gástricos (la persona con úlcera péptica debe evitar el alcohol); además provoca náuseas. Tales efectos irritantes pueden derivar una gastritis (inflamación de la mucosa gástrica). Es conocido el efecto del alcohol en la estimulación de la producción de orina (diuresis), ocasionada por la depresión en la producción de hormona antidiurética liberada por el hipotálamo y que regula la eliminación de agua por el riñón. En cuanto a la función sexual, entre mayor sea el nivel de alcohol en la sangre, menor es la respuesta sexual, a pesar de que se experimente mayor excitación (Brailowsky, 2002).

Antes de ingerir alcohol, el cerebro se encuentra en un estado de equilibrio u homeostasis fisiológica. Con la ingesta crónica, muestra cambios en los neurotransmisores y en el número de receptores con el fin de conseguir una neuroadaptación o una nueva homeostasis para la condición ocasionada por la presencia crónica del alcohol. Asimismo, el tejido nervioso se acostumbra, hasta cierto punto, a la presencia continua del alcohol, por lo que la conducta del sujeto se adapta a los cambios que le producen las bebidas alcohólicas en el habla, la visión y el control motor (Brailowsky, 2002). El síndrome de abstinencia o de supresión aparece entre 12 y 72 horas posteriores a la última copa. Cuando la dependencia es leve, este síndrome consiste en alteraciones del sueño, debilidad, náusea y temblores finos que duran algunas horas. Pero cuando la dependencia es más severa, estos signos también aparecen y además se observa un cuadro de temblor generalizado, crisis convulsivas y el llamado *delirium tremens*, síndrome que incluye alucinaciones y temblores (Brailowsky, 2002).

La ingestión prolongada de grandes dosis de alcohol puede producir daño estructural en órganos como el corazón, el cerebro y el hígado. La toxicidad del alcohol en el músculo cardíaco provoca trastornos del ritmo cardíaco e incluso insuficiencia cardíaca; daño hepático, cuya consecuencia es la cirrosis, a causa de la pérdida de células hepáticas (lo que implica menor producción de bilis), que conlleva una mala digestión de alimentos, pérdida de peso, constipación, etc. La fase de hígado graso es reversible cuando se suspende la ingesta de alcohol, pero no la de cirrosis. Ocurre un aumento en la producción de ácido láctico, lo cual produce cambios en el estado de acidez del organismo; aumento de la producción de ácidos

grasos, de ácido úrico y eleva la excreción urinaria de iones esenciales como magnesio, calcio y zinc. Por lo que toca al sistema nervioso, se observan trastornos mentales serios; períodos de amnesia con alteración profunda de la memoria y de la conciencia que puede durar desde algunos momentos hasta varios días; deterioro del aprendizaje, inflamación de los nervios (polineuritis), incluso llegar al estado psicótico llamado síndrome de Korsakoff, entre otras lesiones cerebrales irreversibles (Brailowsky, 2002).

5.5.1.2 INHALABLES

Son grupos de sustancias psicoactivas definidas a partir de su modo de administración más que por su mecanismo de acción o farmacología. Incluye a un grupo de sustancias volátiles (su punto de ebullición es bajo, es decir, “hierven” a temperatura ambiente) que se utilizan para alterar el estado mental y que rara vez se administran por otra vía que no sea la inhalación (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002). De acuerdo con lo anterior, las categorías que se han establecido de estas sustancias son:

- a) Gases anestésicos de uso médico: éter, cloroformo, halotano, óxido nitroso;
- b) Solventes industriales o domésticos: adelgazadores de pintura o solventes (thinners), los desengrasadores y los solventes de los pegamentos;
- c) Los solventes contenidos en artículos de papelería o de arte, como líquidos correctores o solventes de plumones;
- d) Gases usados en la casa o en la industria, como el gas para encendedores, los sprays de crema batida o los usados para limpiar circuitos electrónicos o los gases para rellenar refrigeradores;
- e) Los aerosoles domésticos para aplicar pintura, fijadores para el cabello, protectores de tela, etc. y,
- f) Los nitritos alifáticos (medicamentos vasodilatadores).

Los inhalables pueden ser aspirados a través de la nariz o de la boca. Los químicos inhalados son rápidamente absorbidos a través de los pulmones hasta llegar al torrente sanguíneo y rápidamente distribuidos al cerebro y otros órganos (NIDA, 2002). Son sustancias muy tóxicas para el hígado (clorohidrocarburos) o para los riñones (tolueno); los nervios periféricos (hexano); la sangre (benzeno) y el sistema nervioso (tolueno). Sus características fisicoquímicas como su alta solubilidad en grasas y pequeño tamaño, hacen que después de ser inhaladas se distribuyan ampliamente en todo el cuerpo, y atraviesen las membranas de todo

tipo de células. No existen pruebas de que actúen con receptores específicos, sino más bien con varios tipos de ellos (Brailowsky, 2002; Richard, 2002).

La intoxicación con solventes guarda similitudes con los efectos agudos del consumo excesivo de alcohol, presentando el sujeto una excitación inicial que se convierte en desinhibición, una sensación de ligereza, euforia y agitación. Al actuar sobre los centros de la respiración, altera el ritmo de ésta, provocando a veces un paro total y muerte; al actuar sobre los centros del vómito, provoca náuseas. Con dosis mayores se puede observar ataxia, disminución de los reflejos, mareo y desorientación. Dado que los efectos de la intoxicación dura pocos minutos, los consumidores frecuentemente buscan prolongar las sensaciones de bienestar y continúan inhalando repetidamente a lo largo de varias horas, lo que constituye una práctica muy peligrosa porque pueden sufrir pérdida de la conciencia o la muerte (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

Tiempo después de haber suspendido el consumo, puede presentarse violento dolor de cabeza, letargo, incoordinación muscular, desorientación, entre otros malestares (Brailowsky, 2002; Richard, 2002). El consumo habitual conduce a inestabilidad emocional que algunas veces se transforma en profunda depresión. Los síntomas adicionales a largo plazo incluyen pérdida de peso, debilidad muscular, desorientación, poca atención, falta de coordinación e irritabilidad. Se puede identificar en estos consumidores conjuntivitis e irritación de la piel de la cara y de las mucosas, así como deterioro en las funciones cognitivas de memoria, lenguaje y pensamiento (Nató & Rodríguez, 2001; NIDA, 2002).

Entre los síndromes neurológicos producidos por los inhalables destacan: encefalopatía: aguda o crónica, dependiendo del nivel y tiempo de consumo; ataxia cerebelosa: se aprecian trastornos del equilibrio y de los movimientos oculares; neuropatía periférica: degeneración de los nervios de las extremidades y ocurre una pérdida de sensibilidad; neuropatía craneal: afectándose los nervios trigémino y facial; parkinsonismo; neuropatía óptica: pérdida de visión; alteraciones multifocales: demencia, ataxia, espasticidad, disfunción de estructuras del tallo cerebral, etc. Además de las manifestaciones de toxicidad de los inhalables en el sistema nervioso, también otros órganos pueden afectarse. Es común la inflamación y daño renal; el equilibrio hidroelectrolítico se modifica, con acidosis metabólica por hipercloremia (cloro excesivo en la sangre), hipocalcemia (disminución del calcio) e hipocalemia (disminución potasio). Se han presentado casos de hepatitis o cáncer en el hígado. En la sangre, pueden aumentar los niveles de carboxihemoglobina, que implica la incapacidad

de transportar oxígeno, o producir anemia o leucemia aguda. Las muertes causadas por sobredosis ocurren por alteraciones cardíacas (fibrilación ventricular y paro cardíaco) en una sola ocasión de consumo prolongado. Otras causas de muerte por inhalables son la asfixia, por las repetidas inhalaciones, las cuales conducen a altas concentraciones de vapores en los pulmones en lugar de oxígeno, o por los accidentes sufridos por el estado alterado de consciencia en el que se encuentran (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

5.5.1.3 BENZODIAZEPINAS

Constituyen el principal grupo de agentes ansiolíticos. Las benzodiazepinas actúan en el sistema nervioso facilitando la neurotransmisión mediada por el GABA, el cual inhibe la neurona, por lo que disminuye la probabilidad de que ésta se excite. Las benzodiazepinas difieren entre sí en cuanto a su absorción, latencia con la que aparecen sus efectos, metabolismo y duración de sus efectos y con base en esto, son prescritas médicamente en los distintos cuadros de ansiedad, como reacciones de estrés agudas, ataques de pánico, entre otros. En general, producen efectos como sedación, sueño, disminución de la ansiedad y de la atención, relajación muscular, amnesia anterógrada (olvido de situaciones a partir del consumo de la sustancia) y actividad anticonvulsiva. La profundidad de los efectos depende de la dosis, pues entre mayor sea ésta se pueden apreciar signos de sedación, sueño o coma. Estas sustancias se metabolizan en el hígado y se debe tener precaución con personas que sufran daño hepático (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

La calidad de sueño inducido por estos fármacos es diferente al sueño normal, y una vez que se suspende el consumo crónico, se puede observar un fenómeno de “rebote”, es decir, un aumento de la proporción de ciertas fases del sueño que va más allá de lo normal, y los efectos pueden prolongarse durante el día. No es recomendable la combinación de benzodiazepinas con alcohol puesto que se produce una potenciación de los efectos depresores de ambas drogas. Se han detectado otras acciones inespecíficas de estas sustancias como el aumento de peso, dolor de cabeza, reacciones alérgicas cutáneas, irregularidades menstruales, alteraciones de la función sexual, entre otras. No es conveniente su administración durante el embarazo (Brailowsky, 2002).

Algunos pacientes no tienen necesidad de aumentar la dosis, pero otros sí la tienen que incrementar con el tiempo. Se trata de una tolerancia más de tipo farmacodinámico que metabólico, es decir, los tejidos “ajustan” su sensibilidad a la existencia continua del fármaco y

no es que éste se metabolice más rápido. Asimismo, estos tienden a desarrollar dependencia, además de que la interrupción brusca de la administración prolongada se acompaña de un síndrome de abstinencia, que consiste en insomnio, inquietud, mareo, náusea, dolor abdominal, sudoración, hipersensibilidad a la luz y al sonido, dolor de cabeza y contracciones musculares involuntarias y en casos extremos crisis convulsivas (Brailowsky, 2002).

5.5.1.4 BARBITÚRICOS

Son sustancias químicas obtenidas mediante un proceso de síntesis en laboratorios legales e ilegales, que deprimen la actividad de todos los tejidos excitables y particularmente del tejido nervioso. Provocan un estado de excitación transitoria por depresión de sistemas inhibitorios, manifestándose en un comportamiento excitado. Ocurre una facilitación de la neurotransmisión GABAérgica, mediada por iones de cloro. Sus efectos dependen de la estructura química de la sustancia así como de la dosis administrada, provocando desde sedación hasta el coma irreversible (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002).

En términos cuantitativos, es similar el sueño producido por los barbitúricos al producido por las benzodiazepinas, observándose un acortamiento de la latencia para iniciar el sueño, aumento de su duración, acortamiento de la fase de sueño MOR y el “rebote” al suspender su consumo. Al siguiente día, se puede presentar una sensación de resaca, acompañado de lentificación de reflejos y somnolencia (Brailowsky, 2002).

Se puede presentar tolerancia y dependencia a los barbitúricos tanto al nivel de sus efectos neurológicos como de su metabolismo, y en el caso de este último, a causa de que estas drogas estimulan la producción de las mismas enzimas hepáticas que las degradan, por lo que con la administración continuada, se crea un aparato metabólico también más grande para degradarlas. Las personas con este tipo de adicción buscan mantener un estado de intoxicación leve todo el tiempo; su estado de ánimo puede cambiar bruscamente, tornándose irritables y agresivos. La velocidad a la que se desarrolla la dependencia está determinada por la dosis. El síndrome de abstinencia consiste en su forma leve, en un rebote del efecto depresor, con insomnio, irritabilidad, ansiedad, así como aumento de la duración del sueño MOR, además disminuye la agudeza mental, se retarda la palabra y provoca labilidad emocional. Pero cuando el cuadro es grave, se puede presentar delirio y convulsiones tónico-clónicas. La intoxicación con barbitúricos, ya sea voluntaria o accidental, puede llevar a la muerte, originada por depresión respiratoria (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002).

Los barbitúricos se emplean como anestésicos, sedantes o hipnóticos. Algunos de ellos son de acción ultracorta (su administración es por vía endovenosa para poder controlar sus potentes efectos), corta, intermedia o larga, con efectos que van desde minutos a horas (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

5.5.2 ESTIMULANTES

Se trata de sustancias que potencian la función excitadora de las células nerviosas, promoviendo un incremento en el estado de alerta. La estimulación se produce ya sea por medio de un bloqueo de la inhibición o por una excitación directa de las neuronas. Los mecanismos de acción de los estimulantes son a partir de la modificación de los procesos eléctricos que tienen lugar en la membrana de las células nerviosas, por un aumento en la cantidad de neurotransmisores disponibles. Ocurre también, por la prolongación de la acción de neurotransmisores, o por una reducción del tiempo en el que la sinapsis se recupera después de que un impulso eléctrico ha sido transmitido (Díaz-Barriga, 2004).

Se ha clasificado a los estimulantes del SNC en menores y mayores. Los estimulantes menores son la teobromina (extraída del chocolate), la teofilina (proviene del té) y la cafeína (contenida en el café). Estas sustancias se agrupan, por su estructura química, como *metilxantinas*. Como estimulantes mayores se consideran a las anfetaminas y sus derivados, la cocaína, entre otras (Brailowsky, 2002). Los estimulantes no deben ser utilizados con otros medicamentos a menos que sea bajo supervisión médica. Por ejemplo, un estimulante puede prescribirse a un paciente que toma antidepresivos, pero debe tomarse en cuenta que éstos incrementan los efectos de los estimulantes. Además, los estimulantes no deben ser mezclados con sustancias descongestionantes, ya que la combinación puede ocasionar un incremento peligroso de la presión arterial que puede conducir a ritmos irregulares del corazón (NIDA, 2002).

Enseguida se presentan las principales características de las drogas estimulantes:

5.5.2.1 METILXANTINAS

Son sustancias provenientes de plantas usadas ampliamente, pues con ellas se preparan bebidas como café, té o chocolate, así como guaraná y mate. Desde tiempos remotos se conoce su potencial estimulante y de elevación del estado de ánimo. Los efectos estimulantes de las metilxantinas provienen de su interacción con receptores de la adenosina, molécula activa de la membrana celular y componente esencial del “combustible” principal de la célula:

el adenosín trifosfato (ATP). Cuando la célula requiere efectuar algún trabajo, se activa una enzima que convierte el ATP en ADP (adenosín difosfato). La liberación del fósforo del ATP produce gran cantidad de energía. A varios niveles del organismo se aprecian los efectos estimulantes de las metilxantinas: del sistema nervioso, de la respiración, del músculo esquelético y cardiaco. Además tienen efecto diurético, participan en la dilatación bronquial (útil en los enfermos asmáticos) y en el aumento del metabolismo basal (Brailowsky, 2002).

El uso excesivo de las metilxantinas puede acarrear la aparición de reacciones adversas como alteraciones del ritmo cardiaco, tinnitus (sensación de escuchar campanas), nerviosismo, inquietud, temblor e insomnio, irritación gastrointestinal y en sujetos susceptibles, tolerancia y existen referencias acerca de la aparición del síndrome de abstinencia después de suspender bruscamente la ingesta prolongada de grandes dosis de estas xantinas. Este síndrome se puede manifestar con períodos de depresión, somnolencia, astenia y adinamia que no son graves y desaparecen gradualmente (Brailowsky, 2002).

5.5.2.2 NICOTINA

La nicotina es un alcaloide natural derivado de la hoja de tabaco, *Nicotiana tabacum*, que ejerce acciones complejas tanto en el sistema nervioso central como en el periférico. La composición química del tabaco es muy variada, y se han encontrado cerca de 4200 sustancias producidas por la quema de la planta. Éstas se agrupan en gases y sustancias particuladas; en cuanto a las primeras están: monóxido de carbono, bióxido de carbono, amoniaco, nitrosaminas volátiles, óxidos de nitrógeno, cianuro de hidrógeno, derivados del azufre y de los nitritos, hidrocarburos volátiles, alcoholes, aldehídos y cetonas. La fase particulada contiene nicotina, agua y el alquitrán, mezcla de hidrocarburos aromáticos, algunos de los cuales son carcinógenos (Brailowsky, 2002).

El tabaco inhalado es la principal vía de administración de la nicotina. Después de consumir un cigarrillo (el cual contiene de 0.5 a 1 mg de nicotina), alrededor de 90% de esta sustancia llega al cerebro en cuestión de 10 segundos (si el humo sólo pasa por la boca, esta cifra se reduce a 20 o 35%), se somete a metabolismo hepático y tiene una vida media de dos horas aproximadamente (Kaplan & Sadock's, 2000, citado en Belsasso, et. al., 2002 y Brailowsky, 2002). La nicotina circulante ejerce su acción con rapidez. La estimulación de los ganglios autonómicos del sistema nervioso periférico induce respuestas tanto estimulantes como depresoras. Su principal mecanismo de acción se activa a través de receptores de tipo

nicotínico ubicados en diversas partes del sistema nervioso central y periférico. En la actualidad se conocen 16 variantes de receptores nicotínicos de acetilcolina (Lukas, et. al., 1999 y Siegel, 1999, citados en Belsasso, et. al., 2002).

Cuando es activado el sistema de recompensa y debido a que los receptores nicotínicos se ubican en su mayoría en la región mesolímbica, hay cierta evidencia de que la memoria y trastornos de la atención mejoran en las personas expuestas a la nicotina (Mihalescus, et. al., 2000 y Levin, et. al., 2000, citados en Belsasso, et. al., 2002). Se ha demostrado que otras sustancias que contiene el tabaco, y que no están relacionadas con la nicotina, producen inhibición de la monoaminooxidasa (MAO) A y B, con lo que se obtiene un efecto antidepresivo secundario (Kaplan & Sadock's, 2000, citados en Belsasso, et. al., 2002).

En el aparato cardiovascular se observa aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del flujo coronario. Esto conduce a una mayor demanda de oxígeno del tejido cardíaco, pero no ocurre el suministro, incluso puede complicarse al grado de presentar una crisis cardíaca. La disminución del peso corporal se debe al gasto de energía que se logra al tener la estimulación nicotínica, por lo que se produce menos grasa. Otro efecto del hábito de fumar es el aumento de la producción de carboxihemoglobina (la hemoglobina es una molécula de la sangre que se ocupa de transportar el oxígeno) que se forma cuando se mezcla la hemoglobina con el monóxido de carbono, y se vuelve incapaz de transportar oxígeno. El humo del cigarro provoca inflamación de la mucosa del árbol respiratorio y un aumento en la producción de elastasa, la cual degrada la elastina responsable de la capacidad de los pulmones de expandirse y contraerse (Brailowsky, 2002).

Las mujeres que fuman durante el embarazo contribuyen al síndrome de la muerte súbita del infante. El tabaco puede causar importantes cambios en el cerebro del bebé en formación, afecta el desarrollo del sistema nervioso posterior, puede ocurrir una disminución de longitud y peso del recién nacido y, se ha asociado al déficit de atención e hiperactividad en los niños, así como bajo rendimiento escolar. Cuando la madre fuma durante la lactancia, la nicotina se incorpora a la leche y es absorbida por el niño. Los bebés expuestos al humo del tabaco en el ambiente del hogar, se exponen a enfermedades en el tracto respiratorio tales como asma, bronquitis, neumonía; infecciones en el oído medio; decremento en la función pulmonar. Las mujeres que fuman corren mayor riesgo de presentar infertilidad (Fumar Empobrece, Comité de Enseñanza, 2004 y Moreno, 2004).

El consumo crónico de tabaco atrofia el nervio óptico, disminuye las funciones perceptivas del gusto y el olfato; provoca deshidratación y arrugas prematuras; resequedad, maltrato y caída del cabello; promueve la formación de sarro y placa bacteriana; acelera el proceso de la osteoporosis; produce disfunción eréctil, densidad de espermatozoides significativamente más baja, incluso daño al DNA de los espermatozoides; conduce a padecimientos como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); cánceres de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, páncreas y vejiga; la cardiopatía isquémica; aceleración o agravamiento de la aterosclerosis; bronquitis, enfisema, sinusitis; disminución de la fertilidad; problemas de sueño, irritabilidad y angustia; disminución de la expectativa de vida (Fumar Empobrece, Comité de Enseñanza, 2004; Brailowsky, 2002 y Kaplan & Sadock's, 2000, citados en Belsasso, et. al., 2002).

Las causas relacionadas con males producidos por el tabaco residen en los derivados de éste y, no necesariamente en la nicotina, pero es ésta la sustancia responsable de la adicción (Kaplan & Sadock's, 2000, citado en Belsasso, et. al., 2002). Otras pruebas que confirman el papel adictivo de la nicotina radican en el hecho de que la mayoría de los fumadores que quieren parar no pueden, y que cuando lo hacen experimentan signos de abstinencia como aumento de apetito, irritabilidad, angustia, inquietud, dificultad para concentrarse, insomnio, dolores de cabeza. Este síndrome de abstinencia aparece usualmente dentro de las primeras 24 horas después de iniciada la supresión (Brailowsky, 2002).

5.5.2.3 MARIHUANA

La marihuana se extrae de las hojas, tallos y resina de la planta *Cannabis sativa* y recientemente se distinguieron tres especies: *C. sativa*, *C. indica* y *C. ruderalis*. En lo relativo a la química de la Cannabis, se han identificado más de 400 sustancias sintetizadas por la planta, de las cuales más de 60 son cannabinoides. Los tres más abundantes son el canabinoil, el canabidiol y el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que representa el compuesto más activo desde el punto de vista psicológico. Los efectos que se derivan de su consumo dependen de la mayor o menor concentración que la planta tenga de esta sustancia (Nató & Rodríguez, 2001 y Brailowsky, 2002).

Puede presentarse en tres formas, en las que varía el porcentaje de THC, lo que hace también variar la intensidad de los efectos y la peligrosidad de su uso (Nató & Rodríguez, 2001):

- Marihuana, hierba: preparada con tallos, hojas o flores secas (5 a 10%).
- Hashish o hash: se prepara prensando la resina, obteniéndose una pasta color marrón (hasta un 20%).
- Aceite de cannabis o de hachís: mezcla de la resina con disolvente (hasta un 85%).

Cuando se fuma Cannabis, el THC pasa rápidamente por los pulmones y es absorbido hacia la sangre, desde donde llega al cerebro y de allí al resto del organismo. En el cerebro, el THC se conecta con sitios específicos llamados receptores cannabinoides (NIDA, 2002). Las concentraciones plasmáticas se alcanzan entre 7 y 10 minutos, tiempo en que los efectos cardiovasculares y psicológicos también aparecen. Los efectos subjetivos no suelen durar más de dos a tres horas. La vida media del THC es de 19 horas aproximadamente, pero varios de sus metabolitos son detectables después de días o semanas desde la última administración. Su persistencia se debe a su gran solubilidad en las grasas, por lo que tiende a acumularse en el tejido adiposo del cuerpo, para después liberarse lentamente (Brailowsky, 2002). El THC activa el sistema de recompensa, por estimulación de las células cerebrales que liberan la dopamina (NIDA, 2002).

El sujeto que consume Cannabis por primera vez tiene que aprender a retener el humo, a identificar los efectos y a controlarlos y, finalmente, interpretarlos como placenteros (Brailowsky, 2002; Nató & Rodríguez, 2001). Ver Tabla IV.

Tabla IV. Relación dosis-efecto en sujetos no habituados

Efecto *	Dosis	Fumada	Ingerida
Euforia discreta (habla y ríe más de lo normal)		2 mg	5 mg
Alteraciones en la percepción (colores y sonidos más intensos) y sentido del tiempo (éste transcurre lentamente)		7 mg	17 mg
Alteraciones marcadas en la percepción de la imagen corporal; incoordinación muscular; pérdida del equilibrio; deterioro de la atención y procesamiento de la información; ilusiones, incluso alucinaciones. Alteración de la memoria a corto plazo.		15 mg	25 mg

* Estos efectos se potencializan cuando son combinados con alcohol.

También se ha mencionado un efecto negativo sobre el aparato inmunológico (disminución de la respuesta inmune) y sobre el sistema endocrino (Brailowsky, 2002; NIDA, 2003). Los fumadores de marihuana reportan tantos problemas respiratorios como los

fumadores de tabaco presentando tos continua y producción de flema, frecuentes dolores de pecho, un elevado riesgo de infecciones pulmonares, así como mayor número de obstrucciones respiratorias. Además, aumenta la probabilidad de presentar cáncer del tracto respiratorio y de pulmón. De hecho, la marihuana fumada contiene del 50 al 70% más hidrocarburos cancerígenos que los que contiene el tabaco (NIDA, 2002).

El consumo crónico de marihuana puede llevar a un estado llamado síndrome amotivacional. Se trata de un cuadro de apatía, aburrimiento, alteraciones del juicio, la concentración y la memoria, pérdida del interés para relacionarse con otras personas o para lograr una superación personal. Asimismo, se observa un desgano en general y la falta de cuidado en la apariencia personal. Este síndrome se ha detectado en fumadores crónicos de altas dosis de marihuana y parece vinculado más a las concentraciones elevadas de THC en la sangre (persisten hasta varias semanas después de interrumpir la administración), que a la presencia de daño orgánico cerebral irreversible, puesto que los síntomas desaparecen eventualmente, después de un período de desintoxicación (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002).

Los usos terapéuticos de la marihuana se encuentran en investigación. Una de sus aplicaciones es para el control de la náusea y el vómito que acompañan frecuentemente a la quimioterapia, así como para estimular el apetito en pacientes con VIH-SIDA. También se ha ensayado la Cannabis en el tratamiento del glaucoma. Además se emplea en el tratamiento de la espasticidad en parapléjicos y pacientes con esclerosis múltiple (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

5.5.2.4 COCAÍNA

Es un potente estimulante del Sistema Nervioso Central que se obtiene de las hojas secas de un arbusto (*Erythroxilon coca*). Existen básicamente dos formas químicas de la cocaína: el clorhidrato de sal y los cristales de cocaína (*freebase*). El clorhidrato de sal, es la forma en polvo de la cocaína (frecuentemente mezclado con manitol, algún azúcar, inositol, quinina, o procaína), que se disuelve en agua y puede ser usada en forma intravenosa o intranasal. El *freebase* se refiere a un compuesto que no ha sido neutralizado por el ácido para producir clorhidrato de sal. La forma *freebase* de la cocaína se puede fumar; también se le conoce como crack (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

Las principales maneras de usar la cocaína son por vía oral, nasal, intravenosa y fumándola. Cuando se inhala el polvo de la cocaína por la nariz, pasa rápidamente a la sangre a través de las membranas nasales. La inyección lleva la droga directamente a la sangre aumentando así su efecto. Cuando se fuma, llega el vapor o el humo a los pulmones, donde la sangre lo absorbe prácticamente a la misma velocidad que cuando se inyecta. Algunos usuarios combinan el crack con heroína para crear un “*speedball*”. Sin embargo, su presentación en polvo es la más utilizada por su rápida absorción a través de diversas mucosas (NIDA, 2002).

Después de ser administrado por cualquier vía, llega al cerebro y activa directamente los centros de recompensa y sus efectos pueden durar de minutos a varias horas. La inhibición selectiva de los receptores no sólo aparece en la fase de abstinencia, sino que puede desarrollarse aún meses después de haber suspendido el consumo, lo que dificulta las estrategias de manejo y puede explicar las frecuentes recaídas (Pilla, 1999; Fowler, 1999, citados en Belsasso, et. al., 2002). Sus efectos inmediatos, después de un consumo de hasta 100 mg, producen euforia, incremento de la energía, con ánimo de conversar y un aumento en las sensaciones visuales, olfativas y táctiles; pueden disminuir temporalmente los deseos de comer y dormir. Algunos usuarios sienten que la droga los ayuda a realizar algunas tareas físicas e intelectuales más rápido, pero a otros les produce el efecto opuesto (NIDA, 2002).

La avidez o *craving* es una de las manifestaciones más importantes de los pacientes con adicción a la cocaína. Los efectos de la sustancia en el SNC y la vida media de la misma hacen que los pacientes busquen el nivel *high* para mantenerse en ese estado constantemente (Hyman, 1999, citado en Belsasso, et. al., 2002).

La interrupción brusca del consumo prolongado de cocaína se acompaña de depresión, angustia, intensa preocupación por conseguir la sustancia, y más tarde se presenta fatiga y necesidad de dormir. Al despertar, el sujeto se siente hambriento pero sigue somnoliento, deprimido e incapaz de sentir placer. El estado de ánimo se recupera al cabo de algunos días, aunque la depresión puede persistir por algunas semanas. Este cuadro, aunque no se ha considerado como abstinencia verdadera, puede conducir al sujeto a continuar el uso de la droga con tal de evitar su aparición. Los estados de dependencia física y psicológica a la cocaína, son indudables (Brailowsky, 2002).

En cuanto a las complicaciones médicas asociadas con el consumo de cocaína, se encuentran las cardiovasculares, tales como irregularidades en el ritmo del corazón y ataques cardíacos; los problemas respiratorios que causan dolores de pecho y fallos respiratorios; los

efectos neurológicos que producen las embolias, convulsiones y dolores de cabeza; las complicaciones gastrointestinales que causan dolores abdominales y náuseas; insuficiencia hepática o renal. Las reacciones adversas al uso de la cocaína fluctúan dependiendo de la forma de administración. De esta manera, cuando se inhala, puede causar una pérdida del sentido del olfato, crear hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal lo que puede derivar en una condición crónica de irritación y secreción de la nariz. Cuando se ingiere la cocaína puede causar gangrena en los intestinos porque reduce el flujo de la sangre. Quienes se inyectan la droga pueden experimentar reacciones alérgicas, además de incrementar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como VIH-SIDA y hepatitis B y C, dado que se llegan a compartir agujas y otros objetos o bien intercambian sexo por drogas (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

5.5.2.5 ANFETAMINAS

Son sustancias estimulantes del Sistema Nervioso Central. Se fabrican en laboratorios legales e ilegales mediante procesos de síntesis. Existen tres tipos de anfetamina de uso clínico: la dextroanfetamina, el sulfato de anfetamina y la metanfetamina. Habitualmente son consumidas por vía oral, aunque también se puede inyectar para obtener efectos más intensos, lo que aumenta su peligrosidad. El sulfato de anfetamina puede ser aspirado por la nariz. Son rápidamente absorbidas por el aparato digestivo y se eliminan prácticamente sin modificación a través del riñón, lo que hace posible identificarlas mediante un análisis de orina desde instantes después de su ingestión hasta luego de varios días debido a su lento metabolismo (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002).

Los efectos se observan en la corteza cerebral, el tallo cerebral y la formación reticular, por lo que al actuar en estas estructuras ocurre una activación de los mecanismos del despertar, aumento de la concentración mental, mayor actividad motora, disminución de la sensación de fatiga, elevación del estado de ánimo (entusiasta, dinámico, confiado, optimista, poderoso), inhibición del sueño y del hambre; no obstante, en dosis menores se puede observar lo contrario, un efecto sedante. El abuso de las anfetaminas adquiere en ocasiones un carácter compulsivo. El uso prolongado de dosis elevadas de anfetaminas se asocia con la aparición de cuadros de psicosis paranoide con actitudes agresivas y antisociales, así como alucinaciones. Al final de estos episodios que pueden durar entre 5 y 7 días, el sujeto duerme largo tiempo y al

despertar se muestra aletargado, hambriento y deprimido (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002).

En la actualidad, su uso aceptado es para tratar la hiperactividad (Ritalín) y trastornos de la atención en niños, la narcolepsia y en algunos casos de obesidad refractaria, por sus características anorexigénicas, pero si son utilizadas sin supervisión médica en regímenes para adelgazar, se puede presentar malnutrición además de los efectos adversos previamente descritos (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002).

Las metanfetaminas también son poderosos estimulantes del sistema nervioso central. Se les conoce como “speed”, “ice”, “cristal”, entre otros, dependiendo de su forma de consumo, que puede ser fumada, inyectada o consumida oralmente. Pueden presentarse en forma de un polvo blanco e inodoro que se disuelve fácilmente en agua o en alcohol. Su estructura química es similar a la de la anfetamina pero con efectos más acentuados. Como las anfetaminas, causan incremento de la actividad, decremento de la fatiga, pérdida del apetito y una sensación general de bienestar con una duración de entre 6 y 8 horas. Con su consumo crónico se puede desarrollar tolerancia y en un esfuerzo por intensificar los efectos, no sólo se aumenta la dosis sino que pueden variar la vía de administración; además su consumo puede conducir a conducta psicótica, caracterizada por paranoia, alucinaciones visuales y auditivas, pérdida de control que puede acompañarse de conducta violenta. El síndrome de abstinencia incluye depresión, ansiedad, fatiga, paranoia, agresión y un intenso deseo de consumir la droga (NIDA, 2002).

La MDA (metilendioxianfetamina) provoca efectos similares a los de la anfetamina y a los de la mescalina, tales como anorexia, aumento del nivel de vigilia, sensación de bienestar físico e intensificación de las aferencias sensoriales. Una dosis de 150 mg (500 mg pueden ser fatales) actúa a partir de 30 y 60 minutos después de la ingestión, con una duración promedio de 8 horas (Brailowsky, 2002).

La MDMA resulta de la modificación química de la MDA; su estructura es la 3,4-metilendioximetanfetamina, una anfetamina con propiedades alucinogénicas similares a la mescalina. Cuando se ingiere oralmente, sus efectos duran entre 3 y 6 horas. Produce excitación psicomotora, sensación de euforia, aumento de la sensibilidad al tacto y disminución en la inhibición, facilita la sensación de cercanía con otras personas. Por lo anterior, se le ha denominado Éxtasis (XTC, Adán) y se administra en dosis promedio de una a dos tabletas que contienen entre 60 y 120 mg, ya que dosis mayores pueden ser tóxicas; es común que se

administre una segunda dosis una vez que empiezan a decaer los efectos (Obrockii, 1999 y Gerra, 2000, citados en Belsasso, et. al., 2002; Brailowsky, 2002; NIDA, 2002). Sin embargo, la respuesta al Éxtasis puede ser impredecible, pues la persona puede tornarse violenta o con alucinaciones de carácter terrorífico. Dada la actividad motora intensa que pueden realizar los consumidores, se puede presentar deshidratación grave, hipertermia maligna y daño muscular, así como el incremento de conducta sexual de alto riesgo (Obrockii, 1999 y Gerra, 2000, citados en Belsasso, et. al., 2002). Se ha mostrado que su consumo ocasional y no sólo crónico del Éxtasis puede dañar de manera significativa al cerebro. Después de una sola dosis, el flujo sanguíneo de los lóbulos frontales disminuye y pueden ocurrir lesiones irreversibles en las neuronas serotoninérgicas, lo que predispone a trastornos depresivos en el futuro. También se ha informado de hemorragia cerebral e infartos cerebrales en algunos pacientes (Montoya, por imprimirse, citado en Belsasso, et. al., 2002; Brailowsky, 2002).

5.5.3 ALUCINÓGENOS

Se les llama *alucinógenos* por tratarse de sustancias que inducen alucinaciones. Estas drogas no siempre causan verdaderas alucinaciones definidas como percepciones en ausencia de objeto real, gran parte de las veces provocan ilusiones definidas como percepciones alteradas en presencia de objetos reales. Las drogas alucinógenas producen alteraciones de la sensación, la percepción, el estado de ánimo y el nivel de consciencia que dependen no sólo de la dosis sino también de las condiciones en las que se utilizan. Esto es, que las personas que las emplean en un contexto místico-religioso tendrán una experiencia distinta a quienes la utilizan en un ambiente urbano (Brailowsky, 2002).

Existen alucinógenos naturales y sintéticos. Entre los naturales se encuentran las siguientes plantas: solanáceas, de donde se extrae la belladona; mescalina, extraída del cactus peyote; psilocibina y psilocina, provenientes del hongo *psilocybe mexicana* heim y la *Amanita muscaria*. Los alucinógenos semisintéticos y sintéticos comprenden: dietilamida del ácido lisérgico (LSD), obtenido del hongo del centeno; las drogas para tratar el mal de Parkinson, actuando sobre el temblor y la creciente rigidez, pues favorece la relajación muscular; fenciclidina, conocida como PCP o polvo de ángel y la ketamina (Nató & Rodríguez, 2001; Solís, 2003).

El peyote es un cacto (*Lophophora williamsii*) nativo del norte de México y sur de los Estados Unidos empleado con fines religiosos. Contiene cerca de 30 sustancias psicoactivas, de

los cuales el principal alcaloide responsable de sus efectos psicodislépticos es la mescalina. En caso de ingerir dosis elevadas se puede producir depresión cardíaca, dolor de cabeza, disminución del ritmo respiratorio, contracciones intestinales y uterinas, incoordinación muscular e hipertensión arterial. Si la mescalina es administrada repetidamente se puede desarrollar tolerancia, la cual es cruzada hasta cierto punto con la del LSD, esto significa que un sujeto tolerante a la mescalina también lo es para el LSD. La mescalina actúa sobre todo a través de mecanismos dopaminérgicos y noradrenérgicos, mientras que el LSD más sobre los serotoninérgicos. Estas sustancias actúan al nivel de la corteza cerebral, el sistema límbico y la formación reticular del tallo cerebral, afectando notablemente el pensamiento y las emociones, además de la activación generalizada de los sistemas de alerta y de atención. A menudo se presenta el efecto indeseable conocido como “mal viaje”, durante el cual el sujeto puede sufrir crisis de angustia, paranoia y pánico (Brailowsky, 2002).

Dentro del grupo de las solanáceas se encuentran plantas como la belladona (*Atropa belladonna*), la mandrágora (*Mandrágora officinarum*) y el beleño (*Hyoscyamus niger*), así como el llamado toloache de la especie *Datura*. Todas estas plantas tienen efectos anticolinérgicos. A diferencia de otros alucinógenos, los anticolinérgicos no incrementan la percepción sensorial (Brailowsky, 2002). La psilocina y la psilocibina son alcaloides contenidos en los hongos alucinógenos y al igual que el LSD son sustancias indólicas. Una vez ingerida la psilocibina, ésta se convierte en el estómago en psilocina (Brailowsky, 2002).

Uno de los alucinógenos más famosos es el LSD. Es una sustancia semisintética, proveniente de la modificación química de un núcleo indólico del hongo del centeno *Claviceps purpurea*. Las propiedades psicoactivas del LSD fueron descubiertas accidentalmente por el doctor Albert Hofmann. A partir de los derivados del cornezuelo del centeno sintetizó la dietilamida del ácido lisérgico (LSD). Es una molécula insabora, incolora, inodora y soluble en agua; extremadamente potente pero que puede llegar a ser letal cuando se administra una dosis de 0.2 mg por kilo de peso. En el ser humano no se ha confirmado la muerte por sobredosis. La absorción gastrointestinal es buena y la droga se distribuye ampliamente en el organismo. La vida media es de aproximadamente 3 horas, pero sus efectos se perciben durante 10 o 12 horas. Su administración repetida puede producir tolerancia rápidamente, sin embargo el desarrollo de dependencia no está demostrado (Nató & Rodríguez, 2001; Brailowsky, 2002). Las personas que están bajo los efectos del LSD reportan sentir más, ser más creativos y comprender mejor las cosas, experimentando una intensa experiencia interior conocida como

“viaje”. Estas experiencias incluyen aspectos placenteros y displacenteros ya que sus efectos son impredecibles según la personalidad, el humor y las expectativas del consumidor. También se han reportado efectos de flashback, esto es, experimentar nuevamente la sensación de los efectos del LSD, horas incluso meses después de haberlo ingerido. Es probable que se presenten estas experiencias por efectos del estrés o de otros medicamentos. Se ha utilizado el LSD en sujetos con cáncer terminal, ya que además de sus efectos psicodélicos, es un potente analgésico, no obstante su empleo sigue siendo básicamente recreativo y siempre conlleva riesgos (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

Las drogas como la penciclidina y la ketamina son anestésicos disociativos, las cuales fueron inicialmente desarrolladas para su uso en cirugías como anestésico general, provocan distorsiones perceptuales en la vista y la audición; producen disociación del sujeto con el medio, sin llegar a ser una alucinación propiamente dicha. La ketamina es inodora e insípida; fue desarrollada para reemplazar a la penciclidina y sus efectos son similares y de corta duración, pero es mucho menos potente que el PCP. Se experimenta placer y una sensación de separarse del cuerpo, pero también de displacer como sentir que se está cerca de la muerte. El dextrometorfano es un antitusivo. En dosis de 15 a 30 mg, la sustancia es segura y efectiva para el tratamiento de la tos, pero en dosis mayores produce efectos similares a los de PCP y ketamina (NIDA, 2002).

5.5.4 OPIÁCEOS

La palabra opio se deriva de la palabra jugo en griego, pues la droga se obtiene del jugo extraído de los bulbos de la amapola (*Papaver somniferum*). El opio contiene más de 20 alcaloides, entre ellos la morfina (nombrada así por el dios griego del sueño, Morfeo), la codeína y la papaverina (Brailowsky, 2002).

Una sustancia opioide prototipo es la morfina. Es un alcaloide que se extrae del exudado lechoso obtenido de la amapola el cual, una vez seco y convertido en polvo, constituye el opio. Cuando la molécula de la morfina es modificada químicamente se obtienen derivados más potentes como la heroína, antagonistas, como la naloxona, entre otros (Brailowsky, 2002). Un gran número de efectos sobre el sistema nervioso central y sobre el sistema gastrointestinal tienen la morfina y sus derivados. Entre ellos está el de analgesia, somnolencia, cambios en el estado de ánimo, depresión respiratoria, disminución de la motilidad del tubo digestivo, náusea, vómito y otras reacciones sobre el sistema nervioso

autónomo y endocrino. La diversidad de efectos se debe a los diferentes tipos de receptores a los opiáceos que se encuentran en el tejido nervioso central y periférico. La analgesia producida por la morfina ocurre sin pérdida de la consciencia y no afecta otros aspectos sensoriales. El dolor se puede volver más tolerable o incluso desaparecer totalmente. Los opioides pueden cambiar el sistema límbico, el cual controla las emociones e incrementa las sensaciones de placer (NIDA, 2002). Los efectos analgésicos de la morfina se producen tanto a nivel del cerebro como de la médula espinal. Otros efectos centrales son la disminución de la temperatura corporal y alteraciones neuroendocrinas por acciones en el hipotálamo. Es característico de la morfina y sus derivados la constricción pupilar (miosis) y, en caso de sobredosis las pupilas aparecen como puntos. La depresión respiratoria aparece incluso con dosis bajas y aumenta a medida que se incrementa la dosis debido a la disminución de la sensibilidad del tallo cerebral (Brailowsky, 2002; Richard, 2002).

La administración de opiáceos exógenos (morfina, heroína, codeína, metadona, entre otros) inhibe el reensanchamiento de los opioides endógenos por las neuronas (el organismo no los necesita ya que la droga produce el mismo efecto). Poco a poco, las neuronas dejan de fabricarlos. Cuando el sujeto se encuentra en estado de carencia, ya no hay opioides endógenos que entren al relevo a corto plazo por lo que siente un malestar intenso hasta que el organismo haya comenzado a producir de nuevo los opioides. El sujeto dependiente finalmente se ve obligado a administrarse la sustancia para compensar el déficit del producto endógeno. De esta forma, los receptores quedan expuestos a fuertes concentraciones de la sustancia durante largos períodos, lo que explica que se vuelvan, con el paso del tiempo, menos sensibles y es así como la tolerancia se instala (Richard, 2002). La dependencia que genera es muy rápida, con un fuerte deterioro físico y psicológico. La tolerancia producida aumenta las posibilidades de muerte por sobredosis. Una buena parte de los casos fatales son consecuencia de enfermedades cardíacas (paro cardíaco). El síndrome de abstinencia comienza pocas horas después de pasados los efectos de la sustancia. Puede prolongarse por una o dos semanas, pero su máxima intensidad se siente al segundo o tercer día de haber abandonado el consumo. Entre los síntomas menores de la abstinencia se encuentran: lagrimeo, dilatación de la pupila, sudoración, bostezos y mucha inquietud; después pueden aparecer calambres musculares y espasmos intestinales con náuseas, vómito y diarrea, crisis de ansiedad y ataques de pánico por sentir la sensación de estar próximo a la muerte. El deseo de consumir la droga es de tal

magnitud que el consumidor puede hacer cualquier cosa, con tal de obtener una dosis (Nató & Rodríguez, 2001; NIDA, 2002).

La heroína es un derivado de la morfina. Su consumo se realiza por aspiración nasal, fumándola o inyectándola. Comúnmente, un usuario de heroína se administra 4 dosis al día. Por inyección intravenosa se obtiene la mayor intensidad de sensaciones, entre ellas la euforia en un tiempo de 7 a 8 segundos. Sin embargo, las tres formas de administrarse son adictivas. Con respecto a las consecuencias médicas del abuso crónico de heroína se incluyen cicatrices y/o colapsos en las venas; infecciones bacteriales en los vasos sanguíneos y en válvulas del corazón; abscesos y enfermedades en hígado y riñón; complicaciones pulmonares (incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis) pueden resultar de la precaria condición de salud del abusador. En mujeres embarazadas, el consumo de heroína puede traer serias complicaciones incluyendo aborto y parto prematuro. Los niños cuyas madres son adictas a esta sustancia tienen una alta probabilidad de presentar el síndrome de muerte súbita infantil (NIDA, 2002).

Dos de los más conocidos opioides sintéticos son el fentanyl y la meperidina (Demerol). Esta última ha sido empleada como analgésico en procedimientos quirúrgicos por sus mínimos efectos en el corazón, sin embargo, es particularmente peligroso porque es 50 veces más potente que la heroína y puede rápidamente detener la respiración. Algunos otros agentes sintéticos y semisintéticos con efectos opioides son: derivados de la meperidina como el difenoxilato (Lomotil) o la loperamida (Imodium); la metadona que se usa como analgésico en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opioides y en heroínómanos. Otros derivados opioides son el propoxifeno (Darvón), hidromorfona, levorfanol, elixir paregórico, pentazocina, etc. Los efectos farmacológicos son cualitativamente los mismos, y el cuadro de sobredosis también. Los usos más frecuentes de los opioides son como analgésicos, antitusivos y antidiarreicos. Se pueden utilizar también en analgesias o anestias obstétricas o en pacientes con cáncer terminal (Brailowsky, 2002; NIDA, 2002).

5.6 EL FENÓMENO DEL CONSUMO DE DROGAS

Todo comportamiento humano, incluyendo las conductas adictivas a las sustancias tiene su origen en la interacción de una serie de elementos que influyen de manera constante entre sí (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, Medina-Mora, citados en Tapia Conyer, 2001). En el caso concreto de las adicciones, éstas resultan de la acción conjunta de tres grupos de factores:

- Una sustancia, con determinadas propiedades farmacológicas.
- Las características personales del sujeto que las utiliza.
- La naturaleza del contexto sociocultural en el que ese consumo se produce.

El peso específico de los diferentes elementos, los respectivos parámetros que los definen y sus constantes influencias variarán según los diversos momentos históricos y culturales. No existe un motivo único ni una manera exclusiva de involucrarse en una conducta adictiva a sustancias. Es producto de la interacción de diversos factores y sólo a partir de la consideración de la tríada –sujeto, sustancia y contexto–, se puede ver de manera integral la situación. La Figura 1 muestra la relación entre estos tres grupos de factores:

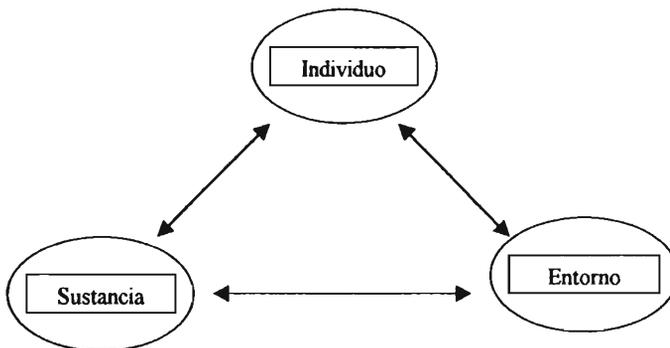


Figura 1 Factores interactuantes en las conductas adictivas

5.6.1 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de riesgo son aquellos elementos que aumentan la probabilidad de que se presente una conducta, y a medida que se sumen varios de ellos también se incrementa la probabilidad de que suceda, por ejemplo, el consumo de drogas. Dichos factores están presentes a otros niveles partiendo del individuo mismo dada su vulnerabilidad biológica o bien a aspectos caracterológicos y contextuales. Por su parte, los factores de protección son los que disminuyen la probabilidad de que se presente el consumo de drogas.

5.6.1.1 RELACIONADOS CON LA SUSTANCIA

La sustancia en sí misma no es un elemento fundamental; adquiere importancia en la medida en que cumple determinada función para el usuario de la misma y en el marco de un contexto que le otorga un significado concreto. No obstante, debe tenerse en cuenta, que

existe la oferta de una diversidad de sustancias y que, a mayor disponibilidad de la sustancia mayor riesgo de consumo. Asimismo, deben considerarse las propiedades farmacológicas de la sustancia, la vía de administración y la capacidad de generar adicción (Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

5.6.1.2. RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO

Factores de riesgo:

Aun cuando se reconoce la importancia que los factores ambientales desempeñan en el consumo de drogas, finalmente es una conducta individual. En este sentido, aunque el contexto social puede ejercer una intensa presión hacia el consumo de estas sustancias, el individuo puede tener la posibilidad –si ésta es su decisión y dispone de las capacidades necesarias para mantenerla- de rechazar tal presión e incluso de modificar el ambiente. De este modo se pone de manifiesto la importancia que las características individuales juegan en el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas puesto que, en función de ellas, cada persona da diferente significado a los efectos de cada sustancia e interpreta de una forma u otra las influencias ambientales.

Un elemento que ha mostrado tener gran influencia en el consumo de drogas es la *autoestima* (la forma en que la persona valora en sí misma cualidades y limitaciones). De hecho es uno de los aspectos de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso adictivo y que requiere de mucha atención durante el tratamiento de la adicción. Es una variable vinculada a la *autoeficacia* (sentimiento de ser competente y capaz) cuyo desarrollo es de gran importancia para enfrentar la oferta de drogas y resolver los problemas que la vida le plantea al individuo (Nató & Rodríguez, 2001).

Una persona *asertiva* es aquella que es capaz de expresar sus sentimientos y sus opiniones de forma sincera y clara, comportándose de acuerdo con sus propias ideas y haciendo respetar sus derechos, sin herir a los demás pero sin dejarse avasallar. Si un individuo no es capaz de ser asertivo, es decir, si no es capaz de mantener sus propias opiniones y de actuar según su criterio, es muy probable que tenga dificultades para enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de drogas (Nató & Rodríguez, 2001).

Se realizó un análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la comunidad escolar (Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría,

1991, en Tapia Conyer, 2001) y se encontró que los *factores de riesgo* individuales entre estudiantes de secundaria y preparatoria en relación con la *experimentación* con drogas son: Ser hombre, cursar la preparatoria, tener un familiar (es) –padre, madre o hermanos- que usen drogas, tener amigos usuarios de drogas, percibir un fácil acceso a las sustancias, considerar que los amigos son indiferentes o ven bien el consumo, conocer individuos que lleguen intoxicados o usen drogas en la escuela, tener una baja percepción de riesgo asociada al consumo de drogas, recibir información sobre el tema de drogas a través de amigos, y/o de pláticas informales.

Las *razones* comunes en el *inicio* del consumo de drogas (Velasco, 2000; Castro, citado en Tapia Conyer, 2001) entre los adolescentes son:

- * Satisfacer la curiosidad de saber qué se siente al probar. Algunos jóvenes no sólo se conforman con tener información sobre drogas, sino que desean experimentar con ellas.
- * Sentirse aceptado por el grupo de amigos. Cuando en el grupo de amigos no se consumen drogas, no existe presión sobre el adolescente. En ciertos casos, son los mismos amigos quienes se protegen entre sí de la posibilidad de recibir ofertas de consumo y aceptarlas. Ahora bien, no existe una relación tajante entre pertenecer a grupo en el que se consumen drogas y el que alguno de los integrantes no lo haga. Muchos jóvenes que no aceptan una droga, no temen ser rechazados por el grupo, sin embargo, el rechazo es uno de los motivos que suelen reportar aquellos que se han iniciado en el consumo. Los padres de familia no deben obstaculizar el que su hijo gradualmente se independice lo cual logrará a través de la socialización con el grupo de pares, aunque el riesgo de que se consuma entre ellos alcohol y otras drogas sea latente.
- * Como una manifestación de rebeldía ante los adultos o como reacción al reto. Los adolescentes pueden percibir a la escuela y otros lugares como sitios que conquistar. Se trata de espacios en los que los adultos tienen conductas prohibitivas. Cuando los jóvenes transgreden las reglas, tratan de expresar su libertad personal. Los pasos que dan más allá de los límites establecidos pretenden demostrar un crecimiento.
- * Como un acto de liberación frente a la prohibición.

Los *factores* que favorecen el *uso continuado* de drogas en los adolescentes (SEP-INP, 1991, citado en Tapia Conyer, 2001) son: La percepción de que las sustancias son de fácil acceso, considerar que los amigos son indiferentes o ven bien el consumo de drogas, tener amigos usuarios de drogas, conocer individuos que lleguen intoxicados o usen drogas en la

escuela, tener un familiar (es) –padre, madre o hermanos- que usen drogas, tener una baja percepción de riesgo asociada al consumo de drogas.

En cuanto a las *razones* de tal *mantenimiento* del consumo de sustancias, los jóvenes pueden pretender, según Velasco (2000) lo siguiente:

- * El consumidor busca prolongar los efectos placenteros (farmacológicos y psicológicos) que le produce la droga. La persona tiene la necesidad de buscar y consumir periódicamente la droga por las reacciones agradables que ésta le produce. Por tanto, no es de extrañarse que se desee repetir la conducta que provoca una respuesta psicológica deseada, reforzada por el contexto –muchas veces agradable- en el que se desarrolla.
- * La ingestión de la droga le permite al consumidor evitar el síndrome de abstinencia. A veces puede sufrir síntomas desagradables –en ocasiones insoportables- si pasa cierto tiempo sin consumir la sustancia en cuestión.
- * Evitar o disminuir el estrés y rehuir a las responsabilidades. Los eventos cotidianos que producen algún sufrimiento, pueden ser aliviados o desaparecidos por las drogas, sin embargo, puede ocurrir una disminución importante de la preocupación normal que nos impulsa al cumplimiento de las responsabilidades.

Otros *factores de riesgo* de tipo individual en el consumo de drogas, según Nató y Rodríguez (2001) y Castro (citado en Tapia Conyer, 2001) son: Edad de inicio de consumo entre 15 y 18 años; inseguridad y/o alta ansiedad asociadas; búsqueda de sensaciones de riesgo; desconocimiento de las consecuencias del uso de drogas y poseer expectativas positivas respecto al consumo; actitudes de escape o evasión de la realidad; bajo autocontrol; poca autonomía personal; baja satisfacción o capacidad de divertirse; dificultad en la toma de habilidades y en la solución de problemas.

Factores de protección:

En general, el ser humano cuenta con aptitudes que le permiten adecuarse funcionalmente a las condiciones cambiantes del entorno y dar respuestas adaptativas a esas nuevas situaciones. En algunas ocasiones estos cambios son tan novedosos o bruscos que los recursos individuales utilizados hasta el momento resultan insuficientes. Favorecer el desarrollo de aspectos relacionales fortalecerán las capacidades del individuo para hacer frente a las cambiantes condiciones del entorno.

La escala de valores que un individuo tiene la construye a partir de la influencia de los valores predominantes de la sociedad, de su entorno próximo y de su experiencia personal. Si a través de la educación se facilita la construcción y/o clarificación de ciertos valores se fomenta que las personas adquieran ese marco que les va a permitir posicionarse ante eventos más concretos, como es el caso del consumo de drogas. Asimismo, la formación y/o clarificación de *valores ético-morales y prosociales*, contribuyen a mejorar aspectos individuales de gran importancia como son la autoestima y la autoconfianza, variables que a su vez disminuyen la alta necesidad de aprobación social. Cuando en la edad temprana se fomentan valores y actitudes positivas hacia la salud, aumenta la probabilidad de que el individuo los interiorice, los incorpore a sus creencias y los traduzca en actitudes y comportamientos que configuren un estilo de vida saludable. De tal forma que, ante la oferta de drogas, el individuo contará con un criterio de salud que guiará su decisión hacia el rechazo de las mismas (Macià Antón, 2000).

Otros factores que protegen al adolescente de las conductas de consumo de drogas son: Adecuado desarrollo evolutivo y madurativo; habilidades de autocontrol; capacidad de retrasar la satisfacción; autonomía personal adecuada según el momento evolutivo; ocupar el tiempo libre de modo gratificante; disponer de habilidades para planificar el tiempo de ocio; habilidades para la toma de decisiones y la resolución de problemas; habilidades para el manejo de estrés y de la ansiedad.

5.6.1.3. RELACIONADOS CON EL CONTEXTO

Resulta imprescindible describir la estructura del contexto en el que se desarrolla el consumo de drogas en los adolescentes para contar con una visión amplia del fenómeno, como se puede apreciar en la Figura II. No obstante, los aspectos contextuales que se describirán no tienen una relación causal directa con las conductas adictivas, ya que están en juego otros componentes tales como la evolución y maduración del propio adolescente. El adolescente es un ser que evoluciona y madura en un medio en el que interactúan características personales y factores ambientales. Experimenta en contextos tan diversos como la familia, la escuela, la calle, los pares, los adultos, etc. A través del contacto con los demás, las personas aprendemos a realizar numerosas conductas, no sólo mediante la observación de otros, que actúan como modelos, sino también a través del refuerzo que se obtiene de los demás cuando aprueban el comportamiento realizado. El consumo de drogas no es diferente a otras conductas y, en consecuencia, está influido por multitud de procesos sociales que se producen en los distintos

ámbitos en que nos relacionamos con los demás, como son: el grupo familiar, el equipo de trabajo, el grupo de pares, etc (Rojas, 1974; Hualde, 1990).

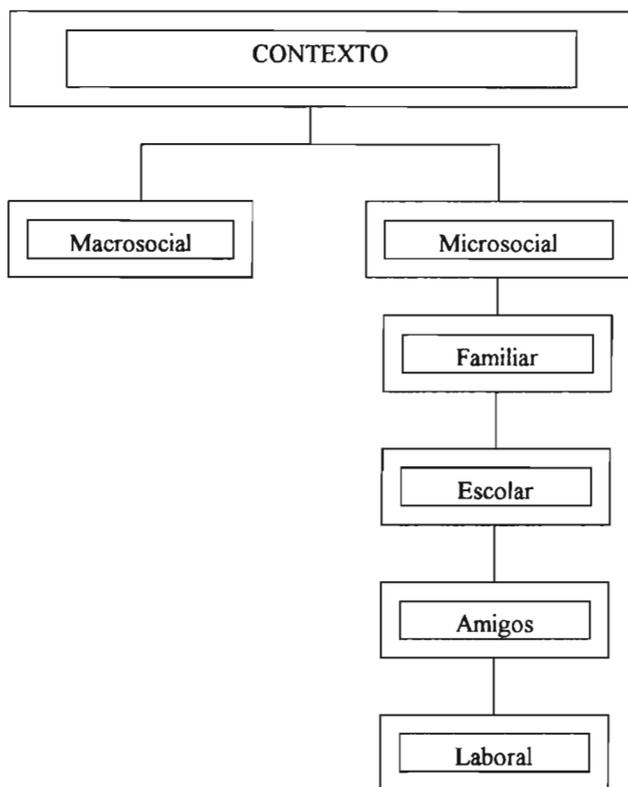


Figura II. Estructura del contexto en el que se puede desarrollar el consumo de drogas

Asimismo, las implicaciones políticas tienen que ver con el escaso interés por el bien común, puesto que no se apoya la búsqueda de una vida solidaria. El consumo de drogas es uno de los elementos que favorecen el desinterés, la evasión de los problemas sociales y, en parte, evita crear enfrentamientos entre el gobierno y un sector de la sociedad desinteresada y desorganizada. En términos económicos, el tráfico de drogas es una forma de comercio establecido visto desde el modelo capitalista de producción, convirtiéndose en otro elemento de consumo. De todo esto, se desprende la reflexión de que el fenómeno del consumo de

drogas, no lo han creado los jóvenes, ellos lo sufren. Es toda la sociedad la que genera y refuerza el problema (Richard, 2002).

En el ámbito económico, las crisis, la modernización y las escasas oportunidades de empleo inciden en los adolescentes-jóvenes, quienes suelen ser marginados del medio laboral al no contar con las cualidades necesarias (llámese experiencia, conocimientos, etc.) para ingresar, de manera que la estancia en sus casas se prolonga por largo tiempo, acumulando una serie de frustraciones al no lograr su independencia (Hualde, 1990). Se ven obligados a trabajar en oficios o profesiones que no siempre son acordes con sus aptitudes y no tienen completa libertad de elegir su futuro, por lo que se deterioran los valores de responsabilidad y de libertad (Rojas, 1974).

5.6.1.3.1 MACROSOCIAL

Factores de riesgo vinculados con el contexto macrosocial

La *disponibilidad de una droga* tiene influencia sobre su consumo, por lo que, hasta cierto punto, cuanto mayor es la cantidad de sustancia disponible en el mercado, mayor es el número de consumidores y mayores las cantidades consumidas. Factores como el precio de la sustancia y su regulación legal tienen también considerable influencia sobre su consumo (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

Actualmente, el *sistema económico* propicia el consumo de una enorme variedad de productos, al grado de valorar a las personas por sus adquisiciones. Es natural que los adolescentes no escapen del bombardeo de ofertas, a pesar de su dependencia económica, destinándoseles productos específicos como la ropa, la música y además las drogas. Hualde (1990) considera que en nuestro sistema económico, la droga representa una actividad de la que se generan cuantiosos beneficios, exacerbada por su carácter ilegal, por lo que el costo real de la droga se eleva cuando llega a manos del consumidor. El tráfico de drogas está ligado con otros negocios ilícitos, multiplicando el poder de estas asociaciones y finalmente doblegando y corrompiendo a los diferentes niveles del Estado. Por tanto, la droga seguirá llegando a su destino, dado el poderío de estas organizaciones quedando superadas las prohibiciones y la represión social.

En cuanto a las *actitudes sociales tolerantes hacia el consumo* de determinadas sustancias, se observa que las sociedades occidentales mantienen una postura confusa y, en ocasiones, hipócrita respecto a la producción y consumo de drogas como el alcohol o el tabaco. Al mismo

tiempo, el consumo de estas sustancias está claramente incorporado a nuestra forma de vida, de manera que una gran parte de la población las consume en mayor o menor medida. Todo ello dificulta la toma de conciencia respecto a los riesgos derivados del consumo de drogas y hace que, en conjunto, la sociedad tienda a mostrarse tolerante con algunas prácticas no saludables (consumo excesivo de alcohol, abuso de tabaco, etc.) [Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001].

Algunos de los valores ampliamente compartidos por las sociedades contemporáneas pueden facilitar el consumo de drogas. Entre ellos están: el culto al dinero, al poder o al éxito, que puede llevar a consumir determinadas sustancias, ya sea para aumentar el rendimiento o la capacidad o porque su consumo se ha convertido en una señal de *pertenencia a un grupo social* determinado o de posesión de un cierto nivel adquisitivo. La tendencia al escepticismo y al hedonismo, esto es, la ausencia de expectativas y de confianza en el futuro puede llevar a la búsqueda de satisfacciones inmediatas que se puedan lograr sin gran esfuerzo, aunque impliquen graves riesgos a largo plazo. El individualismo y la falta de solidaridad, pueden contribuir al alejamiento de intereses sociales o colectivos para centrarse en la búsqueda de placer individual a través de las drogas (Nató & Rodríguez, 2001).

Hoy en día, los jóvenes cuentan con pocas figuras heroicas genuinas (una figura que encierre ideales, creencias y esperanzas), razón por la cual tienen que “rendir culto” a falsos ídolos. Sucede que los padres se han tenido que alejar de sus hogares por motivos laborales y, en consecuencia los hijos participan poco en el mundo de los adultos. En su lugar, la televisión, el cine, los videojuegos e incluso los cómics, son los encargados de transmitir la cultura, siendo los personajes sus héroes, quienes suelen modelar una vida vertiginosa, poseedores de dinero y fama. No obstante, estos héroes son tan efímeros que no llegan a convertirse en referentes culturales estables para los jóvenes (Rodríguez, 1996).

Estos son otros de los factores de riesgo a nivel macrosocial, según Nató y Rodríguez, (2001) y Castro (citado en Tapia Conyer, 2001): Residir en zonas marginales y con escasos recursos; hacinamiento; el riesgo como valor; actitud que refleje baja conformidad con las normas sociales; escasez de recursos ambientales de ocupación del ocio; dificultades del entorno para el empleo saludable del tiempo libre; publicidad de drogas legales.

Factores de protección vinculados con el contexto macrosocial

Son los factores que surgen desde, para y por la sociedad. Tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los grupos y los individuos. Las acciones que se planifican desde las administraciones públicas y privadas de *promoción de la salud* tienen una finalidad preventiva. Suponen la acción necesaria ante las necesidades sociales en torno a la salud y su implementación pretende ejercer una protección en los grupos y en la persona. Las leyes estructuran la organización de las sociedades, implican el deber social del cumplimiento y suponen un modelo de comportamiento a partir del cual se establecen las relaciones entre los individuos. La *generación de leyes* que limiten o regulen la accesibilidad a las drogas tiene un efecto protector sobre los individuos, suponen la articulación de mecanismos de control en la oferta y la demanda (Hualde, 1990).

El término tiempo libre surge como una contraposición al tiempo de trabajo. Por tanto, se refiere al período de tiempo en el que no se trabaja (o estudia) y la persona se dedica a diversas tareas: actividades domésticas, descanso, etc. Actualmente se privilegia el disfrute del tiempo libre, se le concede una atribución de “calidad de vida” y no es exclusivo de la juventud. Los distintos espacios sociales del individuo están impregnados, en mayor o menor intensidad, del consumo de drogas. Esto ha obligado a las instituciones públicas y privadas a implementar estrategias preventivas. Resulta importante ayudarle al individuo a identificar gustos y aficiones que fomenten la *generación personal de actividades saludables en el tiempo libre* (Macià Antón, 2000).

Además, existen otros factores protectores como: Promover valores sociales alternativos relacionados con la responsabilidad, la tolerancia, la igualdad y la solidaridad; actitudes prosociales; actitudes de grupos sociales favorables hacia la promoción de la salud; actitudes críticas y alternativas frente a los medios de comunicación.

5.6.1.3.2 MICROSOCIAL

La influencia y la interacción con el entorno es una fuente de enseñanza natural para los individuos y muchos de los aprendizajes que se realizan en ella son funcionales. Los individuos nos desenvolvemos en el seno de diferentes ambientes, en los que se dan interacciones personales muy intensas, por lo que tienen una gran capacidad de influencia sobre la conducta de los individuos. Entre estos ambientes, que quizás sean reducidos en cuanto al número de personas que los constituyen pero de enorme importancia por su proximidad al individuo, cabe destacar tres especialmente relevantes durante la infancia: la

familia, el medio escolar y el grupo de pares. Posteriormente, durante la edad adulta, el medio laboral es también un importante ambiente microsocioal con capacidad de influir sobre la conducta de consumo de drogas (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

5.6.1.3.2.1 ÁMBITO FAMILIAR

Se ha considerado a la familia como un escenario en el que se privilegia la socialización, pues es en ella donde se desarrolla el individuo desde el nacimiento y se crean las primeras experiencias, así como la visión del mundo, las actitudes y relaciones sociales, que en su conjunto sufrirán modificaciones conforme transcurre su proceso evolutivo. Si en el contacto con los padres prevalece el desafecto, la incomunicación y la desorganización familiar, es probable que el adolescente tienda a manifestar en otros ambientes, actitudes y relaciones teñidas por tales rasgos negativos (Hualde, 1990).

Factores de riesgo relacionados con el ámbito familiar:

La *cohesión familiar* hace referencia a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas tales como tener actividades juntos, compartir intereses, tener amigos comunes, establecer coaliciones, compartir el tiempo y el espacio, etc. Se ha demostrado que los hijos de familias muy cohesionadas tienen menor probabilidad de implicarse en el consumo de drogas, posiblemente porque son objeto de mayor control por parte de los padres, tienen menos oportunidades de recibir ofertas y viven en un medio de mayor seguridad afectiva. La existencia de lazos afectivos fuertes y de una comunicación fluida entre los miembros de la familia es muy importante para la estabilidad emocional de sus componentes. Por el contrario, un *clima familiar conflictivo* y/o violento (discusiones, ruptura familiar, etc.) o escaso de afecto (incomunicación, ausencia de expresiones de cariño, frialdad afectiva, etc.) puede favorecer la posibilidad de implicarse en un consumo de drogas (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

Uno de los aspectos más importantes del estilo familiar educativo es el *establecimiento de ciertas normas* que regulen la convivencia y la vida de los más pequeños, a través del mantenimiento de una disciplina firme pero razonable, ejercida por padres cálidos y comunicativos en un clima de afecto incondicional. Cuando esto ocurre, el niño internaliza y hace suyas las normas, llegando a controlar su conducta de forma autónoma. Sin embargo, cuando los hijos crecen sin un control adecuado, ya sea por la ausencia de disciplina (padres

excesivamente permisivos) o porque deben acatar unas normas rígidas y arbitrarias, impuestas por la fuerza y que no pueden hacer suyas (padres autoritarios), tendrán dificultades para internalizar tales normas y le será difícil controlar su conducta. En estos casos, aumenta la probabilidad de que se inicie en el consumo de drogas para transgredir las normas que lo regulan, o que recurra a estas sustancias cuando la realidad imponga unos límites a la satisfacción de sus deseos que no está acostumbrado a respetar (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

Con relación al *consumo de drogas en el ambiente familiar*, la observación de otras personas – sobre todo si se trata de adultos importantes para los sujetos, como la madre- es una de las formas más importantes de aprendizaje de nuevas conductas. De esta manera, si los hijos ven que los padres o hermanos mayores fuman para relajarse, beben para divertirse, etc., aprenderán a obtener de la misma forma esos efectos deseables. Esta información se amplía en el Capítulo I (Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

Resumiendo, los factores de riesgo en la familia son: Prevalencia de manifestaciones de rechazo, carencias de afecto y de apoyo; pobre monitoreo e involucración con las actividades del niño/adolescente; estilos de disciplina duros o inconsistentes; modelos de consumo de alcohol y otras drogas, así como de conducta antisocial; estilos de comunicación insatisfactorios y baja capacidad para resolver conflictos.

Factores de protección relacionados con el ámbito familiar:

El *apego al núcleo familiar* es un factor de protección que, implica el sentimiento de pertenencia, el vínculo a un grupo de referencia. Es importante que el individuo tenga un espacio en el que comparta y en el que pueda refugiarse. Es un lugar en el que se reconoce y donde adquiere la seguridad necesaria para afrontar las dificultades que se dan en la vida cotidiana. Para fomentar el apego familiar es indispensable crear un clima afectivo positivo. Este es el ambiente que se desprende de las relaciones dentro del grupo familiar. Conlleva actitudes de reconocimiento y respeto entre sus integrantes, la presencia de manifestaciones afectivas positivas y una comunicación fluida y adaptada a cada situación concreta. Sería difícil tener sentimientos de pertenencia al grupo familiar si el clima fuera irrespirable, por el contrario, resultaría una necesidad de huida y búsqueda de apoyo o pertenencia a otros grupos. Las investigaciones confirman que un deficiente apego familiar y un clima afectivo negativo, tienen una relación directa con el desarrollo deficitario del individuo, que se manifiestan en

problemáticas de diversa índole, entre ellas, el consumo de drogas. Por tanto, es fundamental promover estas cuestiones a través de la formación de padres y madres (Berk, 1998; Macià Antón, 2000).

Es sabido que la *incomunicación y el aislamiento* es uno de los más duros castigos que se le puede infligir a un ser humano. Sin comunicación (en todas sus posibilidades), las personas estarían en una situación de aislamiento tal que llegaría a peligrar su salud e incluso su vida. El hombre es un ser social por naturaleza y la comunicación es el vehículo para la interacción con el entorno, es la herramienta que, utilizándola de forma adecuada, favorece el desarrollo individual y grupal. El grupo familiar es el primer núcleo de socialización del individuo y requiere de especial apoyo para potenciar un grado de comunicación fluido que ejerza un efecto protector en sus miembros (Macià Antón, 2000; Rosovsky, 2003).

Las familias cuentan con bases (explícitas o implícitas) de organización de la convivencia, de las responsabilidades y de las funciones de cada uno de los miembros. El modo en que se organiza esa convivencia cambia en función de la situación y de la etapa evolutiva de sus miembros, del mismo modo ocurre con las funciones y las responsabilidades. Por tanto, la *distribución adecuada de responsabilidades*, promueve un sentimiento de pertenencia, percatándose el niño y el adolescente de que forma parte de un grupo con el que comparte tanto situaciones agradables como desagradables (Rosovsky, 2003; Camacho, 2003).

En cuanto al *planteamiento de las reglas*, éstas deben ser aceptadas tanto por los hijos como por los padres, producto de un proceso de negociación, pues las normas se renuevan conforme las circunstancias lo demanden. La disciplina será sólida y regular; las inconsistencias en el cumplimiento de los compromisos dejan confundidos a los jóvenes. El mantenimiento de los canales de comunicación abiertos entre padres e hijos facilita la interacción padre-hijo. No obstante, en la opinión de Ponce de León (2003), al parecer, se están reproduciendo “zonas de silencio”, que en generaciones precedentes eran explicables, pero no en las familias de hoy, puesto que se cuenta con información disponible para la discusión y así fortalecer la comunicación. El diálogo, desde la óptica de la prevención es más efectivo que la violencia física o la negación.

Otros factores de protección importantes relacionados con la familia son: Estilo parental normativo, pero negociador, que desarrolla la autonomía y la responsabilidad, que atiende tanto al proceso como a los resultados; afectos seguros; alta implicación en la familia;

actividades compartidas en familia; actitudes familiares relacionadas con la promoción de hábitos saludables; modelos de moderación en el consumo de alcohol.

5.6.1.3.2.2 ÁMBITO ESCOLAR

Por su parte, la escuela es un lugar en el cual el adolescente ha permanecido desde sus primeros años de vida y también cumple con la función de socializarlo, inculcándole conocimientos, habilidades, actitudes e intereses, que le ayudarán a desempeñar un rol social. Sin embargo, Linero y Barajas (citado en González, 1996) opinan que la escuela no siempre ofrece un marco ideal para el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño. Los profesores pueden ser modelos significativos y diferentes para el adolescente, además fomentan la actividad crítica. Sin embargo, la esperanza de los jóvenes de independizarse era seguir la fórmula información-capacitación-formación brindada por la educación formal, pero hoy, en muchos de los casos es una expectativa no cumplida. Y es que en el pasado cercano, la educación era un medio que garantizaba la vida futura (Ehrenfeld, 2003). La vivencia del desempleo y del abandono del estudio, favorece la presencia de otras instancias de socialización, en las que se puede entrar en contacto con la droga (Hualde, 1990).

Es notable que la incorporación de los adolescentes a la etapa adulta se ha retrasado, pues gran parte de los adolescentes se caracterizan por estar aún en el sistema escolar o en una situación de aprendizaje profesional o en busca de su primer empleo; por vivir y depender de los padres; por pasar de vivir con los padres a vivir con la pareja o con un grupo de amigos; por sentirse poseedores de hábitos y valores propios de la adolescencia, así como por tener preocupaciones que no corresponden ni a la infancia ni a la adultez (Palacios, 1990, citado en González, 1996).

Factores de riesgo:

La experiencia en la escuela también fomenta la socialización de los adolescentes y tiene una fuerte interdependencia con la familia. La *estructura escolar* a veces es *rígida* y poco adecuada a las situaciones y necesidades individuales, lo que origina en el adolescente el rechazo de esta institución y de sus contenidos, viviéndolos como poco gratificantes y sin sentido. El fracaso en la escuela, y dado el contexto de competitividad de la misma, puede experimentar el adolescente como un primer fracaso social, sintiéndose alejado tanto de sus iguales como del mundo adulto, y quizá volcando su interés de socialización con otros grupos marginados (Hualde, 1990).

Teóricamente, el ambiente escolar es positivo para el joven, pues le proporciona experiencias de aprendizaje, de interacción social, es decir, un ambiente físico y social diferentes. No obstante, existen valores subyacentes de la formación escolar como: el éxito personal como valor central; el individualismo; la eficacia y el trabajo duro; la valoración de las cosas en términos de dinero y confort proporcionados (González-Anleo, 1991, citado en González, 1996).

Es importante la *prohibición de consumo de drogas en el medio escolar* (tabaco y alcohol fundamentalmente), tanto entre los profesores y adultos –por su papel como modelos de conducta– como entre los alumnos, ya que ello contribuye a reducir el número de ofertas y la presión hacia el consumo (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

En términos generales, los factores de riesgo son: Estilo educativo rígido y autoritario; rendimiento académico muy bajo y/o fracaso escolar; abandono de los estudios; bajo grado de compromiso con la escuela; conflictividad y conducta antisocial en el medio escolar.

Factores de protección:

Las condiciones del centro escolar no sólo están determinadas por el proyecto educativo que se desarrolla sino por la filosofía del centro, sus valores y el estilo de relación entre los educadores y los alumnos. Se considera que existe un *clima escolar positivo*, cuando están presentes en las relaciones de todos sus miembros valores que favorecen el respeto, la comunicación, la solidaridad, la convivencia, la participación, etc. Los profesores además de dirigir la educación, acompañan a los alumnos en su crecimiento, son susceptibles de las necesidades concretas que puedan surgir en los procesos de aprendizaje, favoreciendo la práctica de un estilo democrático. Esta atmósfera positiva, favorece la vinculación a la comunidad educativa, potencia el sentimiento de pertenencia del alumno y propicia una referencia a la que se puede acudir en caso de necesitarlo. Para los niños y los adolescentes la escuela es, además del marco de la educación formal, un espacio de socialización entre iguales y con adultos. La vinculación del alumno a la comunidad educativa favorece esa socialización y facilita la integración y el replanteamiento de situaciones individuales que pueden ser de riesgo (Macià Antón, 2000; Nató & Rodríguez, 2001).

Lo anterior puede resumirse de esta forma: Estilo educativo democrático, participativo,

normativo y negociador; escuela que promueve la solidaridad, la integración y los logros personales; rendimiento académico normal; continuar los estudios, aún con dificultades; implicación de los alumnos en la escuela; buena adaptación escolar; normas que limiten el consumo en la comunidad educativa.

5.6.1.3.2.3 GRUPO DE AMIGOS

Factores de riesgo:

El consumo de drogas por parte de amigos es uno de los principales factores de riesgo de inicio al consumo de dichas sustancias, de forma que si los amigos de un joven consumen tabaco u otras sustancias, es mucho más probable que él también lo haga. Además, el riesgo aumenta notablemente si al consumo por parte de los amigos se añaden otros factores como una alta dependencia del grupo, la falta de habilidades para enfrentarse a la oferta, etc. (Nató & Rodríguez, 2001; Castro, 1992, citado en Tapia Conyer, 2001).

Los espacios públicos (la calle, los bares, etc.) son escenarios de socialización ideales para aquellos adolescentes que no han encontrado contención en la familia y en la escuela. Fundamentalmente en estos ambientes se puede dar el consumo de drogas, incentivando esta conducta los “amigos” (Rojas, 1974).

En síntesis, los factores de riesgo sobresalientes son: Dependencia del grupo; relacionarse con grupos cuyas actitudes y/o actividades sean favorables al consumo de drogas; ciertos modelos de consumo dentro del grupo; presión de grupo en relación con el consumo.

Factores de protección:

El grupo de pares, después de la familia, se torna en el *núcleo de relación social* más importante para el individuo, más aún en ciertas etapas del ciclo vital como la adolescencia o la juventud. La pertenencia a un grupo, supone la existencia de vínculos afectivos, el intercambio de experiencias y el enriquecimiento tanto individual como del grupo. El apego siempre es muy positivo siempre y cuando la independencia del sujeto no se limite y la libertad en sus elecciones no se sujete a los deseos del grupo (Rodríguez, 1996).

Por tanto, las características del vínculo con los pares, para que funjan como factores de protección, son: Relacionarse con grupos cuyas actitudes y actividades sean sanas; desarrollo de estrategias personales que faciliten la independencia del grupo.

5.6.1.3.2.4 ÁMBITO LABORAL

Existen distintos factores relacionados con la actividad laboral que pueden incrementar la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas. El ámbito laboral es otro de los espacios de socialización importante en la vida adulta. Los valores, las actitudes y los hábitos de la sociedad influyen el medio laboral. En concreto, el consumo de drogas, es un ejemplo de esta influencia. En el contexto laboral hay factores de riesgo específicos que hacen más probable la conducta de consumo, pero estos no actúan solos sino que lo hacen en interacción con otros ajenos a este ámbito como los factores individuales y sociales (Castro, 1976; Ruiz, 1987).

Factores de riesgo relacionados con el ámbito laboral:

Entre los factores relacionados con la *organización del proceso productivo* destacan las jornadas de trabajo demasiado prolongadas, rotaciones horarias, ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral), sobrecarga de trabajo, elevados niveles de tensión, escasas posibilidades para la promoción profesional, entre otros. En cuanto a los factores relacionados con el *puesto de trabajo y/o la tarea*, se observa que los trabajos repetitivos y escasamente motivadores (cadenas de producción, etc.), los trabajos aislados sin contacto con compañeros, podrían considerarse como factores de riesgo. En este apartado también se consideran algunos puestos de trabajo que por su condición están asociados a ciertos factores de riesgo, como una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias o bien, la integración del consumo de drogas como parte del rol que desempeña tal ocupación (relaciones públicas, representantes, etc.) [Ruiz, 1987].

Dentro del ambiente laboral cabe destacar como factores de riesgo: la conflictividad laboral, los ambientes de gran competitividad, la presencia de consumidores en el centro de trabajo, la presión de los compañeros, la tolerancia en el centro de trabajo hacia consumos de ciertas drogas y la accesibilidad a determinadas drogas.

Factores de protección relacionados con el ámbito laboral:

Algunos de los factores protectores son: rendimiento adecuado en el trabajo; conjugar armoniosamente la vida personal-familiar con el horario de trabajo; capacitarse en la resolución de conflictos y la toma de decisiones, entre otros (Castro, 1976; Ruiz, 1987).

5.7 PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Dentro del campo de las adicciones se han analizado sistemáticamente no sólo los patrones de consumo de sustancias, sino también los problemas causados por el uso de las mismas. Así, el conocer los problemas asociados al empleo de drogas permite establecer una diferencia importante entre los individuos que dicen no haber tenido conflicto con su uso, y quienes sí. Aún cuando se ha abordado el asunto de las consecuencias del consumo, no ha sido tan profunda su investigación en contraste con el estudio del uso de drogas. Para autores como Villatoro, et. al. (1996) esto puede explicarse a partir de que se necesita de una muestra muy amplia para detectar a los usuarios que ya presentan problemas, lo cual implica un elevado costo.

Cualquier uso de drogas provoca modificaciones en las capacidades física, psicológica y conductual del consumidor, independientemente de la cantidad de sustancia presente en el organismo. Algunos de estos efectos no son advertidos fácilmente por el individuo y el grado de intoxicación puede ser variable. Se sabe que la magnitud de los efectos depende de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que se da el consumo. Por lo tanto, es preciso diferenciar a aquellos consumidores ocasionales de los que presentan un uso problemático o con síntomas de dependencia (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

Las investigaciones señalan que sólo una parte de las personas que utilizan drogas llegan a desarrollar problemas, y que los factores que conducen a experimentar con una sustancia son distintos a aquellos que culminan en un uso problemático (Kellam & Rebok, 1992, citado en Villatoro, et. al. 1996). Esta información es relevante para desarrollar programas de acuerdo con las características de cada grupo, con sus respectivas medidas preventivas, ya sea para evitar que se presente el fenómeno o bien, para minimizar el daño de aquellos que ya viven alguna problemática.

5.7.1 MEDICIONES

De acuerdo con Villatoro et. al. (1996), quienes se han encargado de estudiar los problemas asociados al consumo de sustancias son, por un lado, la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría, en población estudiantil y, por otra parte, las mediciones semestrales con usuarios que asisten a instituciones de salud y de procuración de justicia, realizadas por el Centro de Información en Farmacodependencia (CIF) del Instituto Nacional de Psiquiatría, en coordinación con otras dependencias.

En cuanto a las investigaciones realizadas en población estudiantil, los problemas asociados al consumo de drogas se han estudiado a partir de 4 indicadores, que están basados en las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud. Los indicadores son: (1) arrestos o amenazas de la policía por uso de droga; (2) consultar profesionales o haber estado en el hospital por usar droga; (3) sus padres piensan que usa drogas con demasiada frecuencia y; (4) deseo de usar menos droga. Dentro del período que va de 1976 a 1991, se detectó que el problema reportado con mayor frecuencia es “el deseo de usar menos droga”, seguido de “consultar profesionistas o haber estado en el hospital por el uso de drogas”, mientras que el menos reportado es el de “sus padres piensan que usa drogas con demasiada frecuencia”. Los resultados de estos estudios señalan que son pocos los individuos que reportan problemas asociados a su consumo, quizá porque se trate de consumidores experimentales.

Respecto a las mediciones hechas por el CIF y otras dependencias como Centros de Integración Juvenil (CIJ), se aplica el cuestionario denominado Sistema de Registro de Información sobre Drogas (SRID). Las áreas que aborda el instrumento son: familiar, salud, económico, legal, social, laboral, académico. En general, el problema presentado con mayor frecuencia es con la familia, posteriormente se ubica el de salud y los de tipo legal.

Al comparar los datos entre estas dos fuentes, se observa que los problemas familiares son los menos frecuentes entre los estudiantes, en tanto que en el otro grupo, éste es el problema más reportado. Este aspecto llama la atención por el posible desconocimiento de la familia acerca del uso de sustancias del estudiante (Medina-Mora, 1978, citado en Villatoro, et.al., 1996).

En cuanto a las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por el grupo de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA. Resumen Ejecutivo, 2002), están los problemas con la policía al mismo tiempo que consumían alcohol, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles, mismos que fueron más frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos) y en 1.2% de las mujeres urbanas. En segundo lugar se reportó haber iniciado peleas durante el consumo en 3.6% de los hombres y en 0.3% de las adolescentes urbanas. En tanto, 28 538 adolescentes urbanos que representan 1.7% de este grupo reportó haber sido arrestado mientras conducía después de haber ingerido alcohol. Un total de 281 907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV.

Por su parte, el 0.44% de la población de 12 a 65 años, presenta tres síntomas o más de dependencia (0.55% de la población urbana). Dentro de los principales problemas físicos de dependencia que se presentan en esta población en los últimos doce meses están: Convulsiones o infecciones por uso de drogas; por lo menos un problema físico; se ha sentido enfermo al reducir el uso de droga; trató de reducir el uso de droga pero no ha podido; malestar general al suspender el uso de drogas; necesitó mayor cantidad de droga para que hiciera efecto y uso de una droga de tal forma que sintió que dependía de ella.

Es preciso señalar que estos datos son de la población total encuestada, por lo que no se aprecian cuáles de estos problemas de dependencia los presentan únicamente los adolescentes de 12 a 17 años.

Asimismo, en la Encuesta sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal, medición realizada en otoño de 2003 (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez & Ramos, 2004), aborda los problemas relacionados al consumo de drogas. Destaca el haber tenido una congestión alcohólica (1.2% de los hombres y 1.5 de las mujeres), seguido de acudir a un grupo de autoayuda (0.7% hombres y 0.5% mujeres). En opinión de los autores, son pocos los problemas reportados por esta población.

Además, se explora la existencia de familiares con problemas por su consumo de alcohol (40.1% hombres y 45.6% mujeres). Dentro de la familia nuclear, el padre aparece con el porcentaje más alto, ya que poco más de 1 de cada 10 adolescentes mencionan que su papá presenta este consumo problemático. Los estudiantes reportan que sus padres habían tomado alcohol antes de tener una pelea entre ellos (11.8% hombres y 15.6% mujeres).

5.7.2 CONSECUENCIAS MÉDICAS

Cuando el consumo es frecuente puede haber *consecuencias médicas* de distinta intensidad. Por ejemplo los problemas de hígado por el consumo de alcohol pueden presentarse con mayor regularidad si se consume a diario. Se trata, entonces, de daños que perjudican directamente a la persona consumidora de la droga. Las complicaciones médicas de cada droga son descritas en el apartado correspondiente a la descripción de las drogas basada en su perfil farmacológico que se encuentra en el Capítulo V.

5.7.3 CONSECUENCIAS SOCIALES

En cuanto a las *consecuencias sociales*, éstas ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que se consume en exceso, o hasta llegar al punto de intoxicación, aun cuando no se

realice con regularidad. Por lo general, son problemas que no necesariamente están relacionados con dependencia, sino con consumo en ocasiones de riesgo. Si se conjuga la intoxicación episódica llevada a cabo en un ambiente peligroso, el resultado puede ser fatal, como en el caso de quienes manejan en estado de ebriedad y sufren un accidente automovilístico. Otras consecuencias sociales se refieren al hecho de haber consumido en situaciones inapropiadas como puede ser antes o durante la jornada laboral, que conlleva al deterioro de la imagen de sujeto y considerarlo como poco confiable o irresponsable. Asimismo, el costo social también está en función de las expectativas culturales del grupo en torno al consumo y la intoxicación, ya que es el grupo el que delimita quién sí y quién no puede consumir alguna sustancia, así como las circunstancias en las que está permitido hacerlo (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

Algunos más de los problemas sociales derivados del consumo se refieren a las dificultades *económicas* (p. ej. gastos en exceso); las *interpersonales* (p. ej. con la familia, con los amigos, ya sea a nivel de discusiones o bien un serio deterioro en las relaciones); la *agresión (verbal o física)*; *legales* (p. ej. acusaciones, detenciones); *escolares*; *laborales*, entre otros. Estas consecuencias dan cuenta de las fricciones entre el consumidor de droga y su entorno social, del cual es necesario conocer sus normas, como ya se dijo.

Con respecto a la relación que existe entre las drogas y la *conducta violenta*, ésta puede ir en dos sentidos, es decir, tanto la persona intoxicada puede actuar de manera agresiva o incurrir en algún delito como puede ser víctima de alguna forma de violencia. La causa de esta conducta violenta puede explicarse a partir de las características farmacológicas de ciertas sustancias, y/o por el grado de vulnerabilidad de la persona que lo haga propenso a actuar agresivamente, en un contexto cuyas normas permitan o restrinjan los actos violentos (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

Entre las consecuencias en el ámbito *familiar* por el consumo de alcohol de alguno de sus miembros, según Natera (2003) están: violencia intrafamiliar, separación de las parejas, dificultades económicas, desempleo, incapacidades en la salud, implicaciones en la salud reproductiva, afectación de la salud mental, la mujer puede ser la más afectada (p. ej. ser víctima de abuso físico; sufrir depresión), entre otras.

5.7.4 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

El reporte de los problemas de tipo *psicológico* (p. ej. dificultad en el control de consumo), puede estar influido por las actitudes ya sean permisivas o restrictivas del grupo social, por el momento histórico o incluso reportar tendencias distintas a los síntomas físicos (por ej. abstinencia, tolerancia). Así, se puede observar que cuando se reporta el incremento de un tipo de problema, el otro puede estar disminuyendo. El daño cognitivo implica lagunas mentales, confusión, olvidos, entre otras dificultades de pensamiento (Room, 1989, citado en Tapia Conyer, 2001).

Si se considera al consumo de sustancias como un factor de riesgo para la manifestación de otros problemas, se puede definir al *abuso* como “el punto a partir del cual la exposición a las sustancias constituye un riesgo significativo de ocurrencia del desorden en cuestión” (Medina- Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

5.7.5 CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Existen en la actualidad clasificaciones internacionales sobre el abuso y la dependencia a sustancias como son el ICD-10 y el DSM-IV y, en general, ambas coinciden en sus definiciones.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (ICD-10) fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (1992) y aborda las categorías diagnósticas del consumo de drogas:

- El ***uso perjudicial*** se define como “una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como los episodios de trastornos depresivos secundarios (...)”, y que no implica la presencia de síntomas de dependencia.
- El ***Síndrome de Dependencia*** “se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del Síndrome de Dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de la ingesta de sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo después de un

período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del Síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes” (OMS, 1992).

- Así, la categoría de **Síndrome de Abstinencia**, es el “conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Este Síndrome puede complicarse con convulsiones”.

Se hace un diagnóstico de dependencia cuando en algún momento durante los doce meses anteriores al registro, han estado presentes tres o más de las siguientes características:

1. Deseo intenso o compulsión de consumir alguna sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una droga.
3. Síntomas somáticos del Síndrome de Abstinencia, o uso de drogas para aliviarlo.
4. Tolerancia.
5. Abandonar otras actividades por el uso, así como aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (1995) plantea las siguientes categorías:

- Criterios para el **Abuso de Sustancias**

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

- (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias.

▪ Criterios para la ***Dependencia de Sustancias***

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la misma o en la recuperación de sus efectos.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Existen puntos de coincidencia en la mayoría de los síntomas que describen ambas clasificaciones. Sin embargo, el DSM-IV plantea la presencia de problemas sociales, los cuales no son tomados en cuenta en el ICD-10, razón por la cual ha sido criticada esta clasificación.

5.7.5.1 INSTRUMENTOS DESARROLLADOS A PARTIR DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Se han desarrollado algunos instrumentos a partir del DSM-IV y del ICD-10. Uno de estos es el Drug Abuse Screening Test (DAST) diseñado por Skinner en 1982, cuya última versión está integrada por 20 reactivos. Es un instrumento basado en los criterios del DSM-III útil para el tamizaje e identificación de casos de abuso de drogas. A través del DAST se pueden identificar problemas en áreas específicas como la familia y el trabajo, entre otras (Villatoro, et. al., 1996).

La Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS, por sus siglas en inglés), que parte de los criterios del DSM-III (Robins, Hezler, Croughan & Ratcliff, 1981, citados en Villatoro, et. al., 1996) está diseñado para evaluar diagnósticos psiquiátricos y entre ellos está el consumo de drogas y la dependencia. En México, fueron evaluadas sus propiedades psicométricas por González, Caraveo, Ramos & Sánchez, en el año de 1988.

La Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental elaboró conjuntamente con la OMS un instrumento conocido como Composite International Diagnostic Interview (CIDI), que permite obtener diagnósticos a partir del DSM-III-R y del ICD-10 (OMS, 1991, citado en Villatoro, et. al., 1996). Asimismo, se desarrolló un instrumento conocido como CIDI-SAM (Módulo de Abuso de Sustancias) [Cottler, 1991, citado en Villatoro, et. al., 1996] el cual consiste en una entrevista estructurada que permite elaborar diagnósticos de acuerdo con el DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y el ICD-10. Esta versión incluye preguntas específicas acerca de consecuencias médicas, psicológicas y sociales del consumo de drogas, cantidad y frecuencia de consumo, entre otras especificidades.

La Escala de Problemas Psicosociales Asociados al Consumo de Drogas (EPPACD), está basado en los criterios del ICD-10 y el DSM-III-R. Lo integran 18 reactivos que evalúan, aspectos psicológicos, familiares, sociales y de dependencia. A la par del levantamiento de los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 1988 se aplicó la EPPACD y se logró contar con una muestra lo suficientemente grande como para captar a los usuarios que desarrollaron problemas por su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En términos generales, los resultados obtenidos de la aplicación de dicho instrumento, señalan que los grupos de consumidores que reportaron en mayor número de ocasiones tener al menos un problema son, en primer lugar, los de heroína (sobretudo en el área social: 100% de ellos), seguidos por los de cocaína y los de inhalables. En cuanto al área psicológica, quienes presentaron mayores

problemas fueron los usuarios de sedantes, cocaína e inhalables (81.9%, 80.9% y 75.3% respectivamente). Asimismo, los usuarios de sedantes también mostraron un porcentaje alto de problemas en el área familiar (79.1%) [Villatoro, et. al. 1996].

En el análisis por área que se hizo, es la psicológica en la que el mayor porcentaje de usuarios reportó problemas y le siguió el área de dependencia (33.87% y 27.5% respectivamente). El área social fue la de menor frecuencia de aparición de problemas (10.9%). (Villatoro, et. al., 1996).

Si se contrastan los reportes del CIF, de las encuestas con estudiantes y de los de la EPPACD, se aprecian diferencias en sus resultados. De parte del CIF se reportan más problemas de tipo familiar y de salud; los estudiantes señalan con mayor frecuencia “desear consumir menos droga”; en tanto que en la EPPACD, los problemas se concentran en las áreas psicológica y de dependencia.

Una de estas diferencias puede estar sustentada en el hecho de que la población en la que se aplicó la EPPACD se compone de usuarios con lugar fijo de residencia en comunidades urbanas de 12 a 65 años y, por tanto, se encontraron individuos cuyo consumo fue mayor y más frecuente, lo que explicaría porqué estos usuarios reportan más problemas en el área psicológica y de dependencia, mientras que los estudiantes son más bien consumidores experimentales. Esta afirmación está sustentada por el hecho de que las prevalencias actuales (consumo en el último mes) son mayores en los usuarios de la investigación donde se aplicó la EPPACD, que en los estudiantes. Sin embargo, los autores señalan que es difícil establecer una comparación entre los resultados de estas investigaciones ya que no se utilizaron criterios similares en tales estudios (Villatoro, et. al., 1996).

Otro instrumento dentro de este grupo es el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, POSIT). La versión original consta de 139 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas en formato autoaplicable. El POSIT fue diseñado para identificar áreas en las cuales posiblemente exista un riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de drogas en adolescentes: uso y/o abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delinuencia (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1998).

La versión del POSIT adecuada para los adolescentes mexicanos cuenta con 7 subescalas, por lo que se eliminaron aquellas que mostraron consistencia interna muy baja y

fueron: salud física, habilidades sociales y entrenamiento y recreación. Cuenta con tres tipos diferentes de reactivos según su forma de calificarse: 1) reactivos generales que contribuyen con un punto al total de riesgo del área funcional; 2) reactivos relacionados con la edad, que son tomados en cuenta para la calificación final únicamente si el adolescente es menor o mayor de 16 años; y 3) reactivos “red flags” que su sola presencia indican riesgo (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1998). Más detalles de este instrumento se abordarán en el Capítulo VI.

6.1 JUSTIFICACIÓN

Con frecuencia, los adolescentes se inclinan a la rebeldía como una manera de mostrar oposición a los adultos dejando ver su insatisfacción ante quienes no han sabido comprender sus verdaderas necesidades y menos responder a las mismas y, donde las expresiones de control y de afecto no han sido balanceadas. Una muestra frecuente de la insatisfacción profunda de los adolescentes y su deseo de encontrar algo distinto radica en el consumo de drogas.

Al respecto, los trabajos realizados en México sobre ambiente familiar y consumo de drogas han empleado instrumentos como la Escala de Ambiente Familiar (Family Environment Scale/ FES) desarrollada por Moos en 1974. Se trata de un instrumento que describe las relaciones interpersonales en la estructura y organización de la familia. Mide 3 dimensiones: Dimensión de relaciones, Dimensión de crecimiento personal o de orientación a metas y Dimensión del mantenimiento del sistema (Bloom, 1985). Investigadores como Echeverría, Mata, Díaz y Ayala (1987); Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala (1990) [citados en Milán & Vega, 1991]; han utilizado el FES para correlacionar las conductas adictivas con la atmósfera familiar. Otro instrumento de gran utilidad en el área familiar es el desarrollado por Andrade (1998) que lleva el nombre de Escala de Ambiente Familiar que se desprendió de un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el ambiente familiar, variables culturales y de personalidad con las conductas sexuales, agresivas, uso de drogas y rendimiento académico en adolescentes. Autores como Rincón y Villafán (2000) retomaron esta escala para aplicarla en jóvenes farmacodependientes y no farmacodependientes, evaluando así el medio familiar. Un estudio elaborado por Jiménez Rentería (1986), tuvo como objetivo evaluar cómo eran las relaciones con las figuras de autoridad paternas, relacionadas con el grado de alcoholismo presentado en adolescentes. El instrumento empleado para explorar los conflictos con la autoridad fue la Prueba de Frases Incompletas de Sacks (FIS).

Ahora bien, tanto estas dos importantes escalas de ambiente familiar como el de Frases Incompletas no abordan con exactitud los estilos familiares; no cuentan con alguna subescala específica que mida el grado de control ejercido por los padres, así como el grado de expresividad que son capaces de generar. Por este motivo, se resolvió emplear la Escala de

Funcionamiento Familiar de Colorado (Bloom, 1985; Bloom & Naar, 1994), para evaluar estas dos dimensiones, las cuales fueron reconceptualizadas por Méndez y Hulsey (1994).

En lo que respecta a la importancia de las consecuencias negativas relacionadas con el consumo de sustancias es preciso analizar las principales áreas de conflicto de los adolescentes debido a que los programas de prevención y de tratamiento del consumo de drogas no sólo deben detectar el abuso de drogas, también deben ser sensibles a las necesidades y problemas específicos de cada persona que acude con ellos lo que pudiera aumentar la eficacia de sus intervenciones. De esta forma, los modelos de tratamiento a los que sean canalizados los adolescentes podrían contar con los recursos apropiados a sus áreas de conflicto.

Por lo tanto, es preciso evidenciar que la combinación de las dimensiones de control y expresión de afecto, que conforman a cuatro estilos de relación padres-hijo se pueden relacionar con el consumo de drogas y sus problemas asociados, así como con el no consumo.

6.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar el o los estilos familiares, según lo perciben los estudiantes de nivel medio superior, que estén relacionados con el no consumo de sustancias y con el consumo de las mismas y sus problemas asociados.

6.3 HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

Hi= Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de los estilos familiares –democrático, autoritario, permisivo y negligente- que tienen los estudiantes de nivel medio superior que consumen sustancias y que presentan problemas asociados y, los estudiantes de nivel medio superior que no consumen sustancias, con un nivel de significancia al 0.05.

Ho= No existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de los estilos familiares –democrático, autoritario, permisivo y negligente- que tienen los estudiantes de nivel medio superior que consumen sustancias y que presentan problemas asociados y, los estudiantes de nivel medio superior que no consumen sustancias, con un nivel de significancia al 0.05.

6.4 VARIABLES

6.4.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Estilo Familiar Autoritario.- Aquel en el que los padres fijan exclusivamente las reglas y límites. Esperan de sus hijos una obediencia inquebrantable, sin dudas ni preguntas a unas normas claramente establecidas. Para estos padres la obediencia es una virtud y favorecen

medidas punitivas y el uso de la fuerza para coartar la voluntad en aquellos puntos donde las acciones o las creencias del adolescente entran en conflicto con lo que ellos piensan que es buena conducta (Bloom, 1985 y 1994; Macià Antón, 2000; Martin, 1992).

Estilo Familiar Democrático.- Aquel en el que los padres enfatizan la toma de decisiones junto con sus hijos, pero la autoridad última es de los padres. Las normas se dialogan y se intenta llegar a compromisos en la medida de lo posible, permitiéndole mayor libertad de acción dentro de los límites ya conocidos. Ejercen un firme control en aquellos aspectos en que ellos y el adolescente sustentan puntos de vista divergentes pero no lo acorralan con incesantes restricciones (Bloom, 1985 y 1994; Macià Antón, 2000; Powell, 1981; Martin, 1992).

Estilo Familiar Permisivo.- Aquel en el que los padres permiten a los adolescentes que marquen sus propias normas y límites sin que los progenitores participen demasiado en ello. Estos padres no supervisan cómo emplean sus hijos el tiempo, ni los amigos o actividades en que se implican y adicionalmente les facilitan dinero sin control. Estos padres no desean imponer sus propios criterios sobre el adolescente, portándose indulgentes y poco tradicionales con sus hijos. La balanza en la toma de decisiones se inclina en dirección del joven. Prácticamente no emplean el castigo como medida disciplinaria (Bloom, 1985 y 1994; Martin, 1992; Macià Antón, 2000).

Estilo Familiar Negligente.- Aquel en el que los padres no realizan esfuerzos que vayan más allá de proveer alimento y algunas cuestiones materiales a sus hijos. Son padres que tienen pocas restricciones para con sus hijos y adicionalmente la calidez es mínima. Su indiferencia puede deberse a su poco interés por la familia (Maccoby & Martin, 1983, citados en Berk 1998).

Expresividad.- Grado con el que se manifiesta lo que se siente o piensa, poniendo en el extremo la expresión libre y abierta del afecto y en el otro extremo a la indiferencia (Bloom, 1985 y 1994; Méndez & Hulse, 1994).

Consumo de sustancias.-

Consumidor de sustancias de prescripción médica: Aquellas personas que han tomado, usado o probado, por lo menos en 6 ocasiones o más (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001), drogas como las anfetaminas (ej. Ritalin, Diestet, Efedrina, etc.); tranquilizantes (ej. Valium, Diacepam, etc.); sedantes (ej. Rohypnol, etc.) o algún otro sin que el médico lo recetara, durante el “último año”.

Consumidor de sustancias ilícitas: Aquellas personas que han tomado, usado o probado, por lo menos en 6 ocasiones o más (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001), drogas como la marihuana, hashish; cocaína, crack; alucinógenos (ej. hongos, peyote, LSD, mezcalina, etc.); inhalables (ej. thinner, cemento, pintura, pegamento, etc.), heroína, drogas de diseño (éxtasis), etc., durante el “último año”.

Consumidor de alcohol: En los “últimos doce meses”, haber tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, ron, “coolers”, brandy, tequila, vodka, o bebidas preparadas con este tipo de licores como “piña colada” o “medias de seda” entre otras, en más de dos ocasiones. Se consideraron en el grupo también a quienes nunca habían tomado sólo 1 copa completa de alcohol, sino más de 1 copa en una sola ocasión (WHO, 2000; Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2002).

Problemas asociados al consumo de sustancias.- Las características esenciales de acuerdo con el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1998) son:

- (1) Un patrón de consumo recurrente de sustancias, asociado con el incumplimiento de obligaciones en la escuela, en la casa o en el trabajo (p. ej. inasistencias, bajo rendimiento escolar, llegar más tarde a casa de lo permitido).
- (2) Un patrón de consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que hacerlo implica peligro físico (p. ej. manejar un automóvil bajo los efectos de la sustancia; tener relaciones sexuales no protegidas con alguien; infligir daño a sí mismo).
- (3) Tener problemas legales relacionados con la sustancia (p. ej. desobedecer alguna regla o ley que desemboque en arresto o detención).
- (4) Consumo persistente de la sustancia, aun cuando los problemas interpersonales se asocien con el consumo de la sustancia (p. ej. violencia física o verbal hacia otra persona; discusiones con amigos y/o familiares acerca de la suspensión del consumo de la sustancia).
- (5) Reducción de actividades sociales o recreativas asociado al consumo de la sustancia o bien, abandono de alguna de éstas por no disponer de la sustancia.
- (6) Olvidar lo que se hace estando bajo los efectos de la sustancia.
- (7) Cambios repentinos de humor durante el consumo de la sustancia (p. ej. pasar de la alegría a la tristeza).

(8) Necesidad de consumir mayores cantidades de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(9) Existe un deseo persistente de consumir la sustancia.

No consumo de sustancias.-

No consumidor de sustancias de prescripción médica: Aquellas personas que no han tomado, usado o probado drogas como las anfetaminas (ej. Ritalin, Diestet, Efedrina, etc.); tranquilizantes (ej. Valium, Diacepam, etc.); sedantes (ej. Rohypnol, etc.) o algún otro sin que el médico lo recetara, “alguna vez en su vida”. La excepción está constituida por aquellas personas que consumieron la droga en 5 ocasiones como máximo, o bien que su último consumo haya sido “hace más de un año” (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

No consumidor de sustancias ilícitas: Aquellas personas que no han tomado, usado o probado drogas como la marihuana, hashish; cocaína, crack; alucinógenos (ej. hongos, peyote, LSD, mezcalina, etc.); inhalables (ej. thiner, cemento, pintura, pegamento, etc.), heroína, drogas de diseño (éxtasis), etc., “alguna vez en su vida”. La excepción está constituida por aquellas personas que consumieron la droga en 5 ocasiones como máximo, o bien que su último consumo haya sido “hace más de un año” (Medina-Mora, citado en Tapia Conyer, 2001).

No consumidor de alcohol: En los últimos doce meses, no haber tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, ron, “coolers”, brandy, tequila, vodka, o bebidas preparadas con este tipo de licores como “piña colada” o “medias de seda” entre otras. Las personas que hayan consumido 1 copa completa en 2 ocasiones como máximo durante el “último año” también fueron consideradas en este grupo (WHO, 2000; Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2002).

6.4.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Para definir operacionalmente las variables involucradas en esta investigación es preciso señalar que el grado de *control* ejercido por los padres ha sido medido por la subescala de *Estilo Familiar Autoritario* la cual está definida por los reactivos 2, 3, 5, 6 y 8, mientras que el grado de afecto ha sido medido por la subescala de *Expresividad* que está definida por los reactivos 1, 4, 7, 9 y 10. Ambas forman parte de la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (CFFS) elaborado por Bloom (1985, 1994). La combinación de estas subescalas es una propuesta de Méndez y Hulsey (1994). De esta manera los Estilos Familiares quedan definidos así:

Estilo Familiar Autoritario.- Definido por los puntajes que se encuentren por *arriba* del valor de la mediana de la subescala de Estilo Familiar Autoritario combinado con los puntajes que se encuentren por *debajo* del valor de la mediana de la subescala de Expresividad.

Estilo Familiar Democrático.- Definido por los puntajes que se encuentren por *arriba* del valor de la mediana de la subescala de Estilo Familiar Autoritario combinado con los puntajes que se encuentren por *arriba* del valor de la mediana de la subescala de Expresividad.

Estilo Familiar Permisivo.- Definido por los puntajes que se encuentren por *debajo* del valor de la mediana de la subescala de Estilo Familiar Autoritario combinado con los puntajes que se encuentren por *arriba* del valor de la mediana de la subescala de Expresividad.

Estilo Familiar Negligente.- Definido por los puntajes que se encuentren por *debajo* del valor de la mediana de la subescala de Estilo Familiar Autoritario (control) combinado con los puntajes que se encuentren por *debajo* del valor de la mediana de la subescala de Expresividad (afecto), que conforman la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (CFFS) elaborado por Bloom (1985, 1994).

En tanto que las variables relacionadas con el consumo de drogas se han definido de la siguiente forma:

Consumo de sustancias.- Definido por los reactivos del Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior, descritos en los Cuadros 1, 2 y 3 (WHO, 2000; Quiroga, Mata y cols, 2002; Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2002).

No consumo de sustancias.- Definido por los reactivos del Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior, descritos en los Cuadros 1, 2 y 3 (WHO, 2000; Quiroga, Mata y cols, 2002; Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2002).

Cuadro 1. Sustancias de prescripción médica

Consumidor de sustancias	No consumidor de sustancias	
1. a) Sí	1. a) Sí	1. b) No
2. a) Hace menos de un mes b) De 2 a 6 meses c) De 7 a 12 meses	2. d) Hace más de un año	2. e) Nunca he consumido drogas
3. c) 6 – 10 veces d) 11 – 49 veces e) 50 o más veces	3. a) 1 – 2 veces b) 3 – 5 veces	3. f) Nunca he consumido drogas
4. Sin especificaciones	4. Sin especificaciones	4. Nunca he consumido drogas

Cuadro 2. Sustancias ilícitas

Consumidor de sustancias	No consumidor de sustancias	
5. a) Sí	5. a) Sí	5. b) No
6. a) Hace menos de un mes b) De 2 a 6 meses c) De 7 a 12 meses	6. d) Hace más de un año	6. e) Nunca he consumido drogas
7. c) 6 – 10 veces d) 11 – 49 veces e) 50 o más veces	7. a) 1 – 2 veces b) 3 – 5 veces	7. f) Nunca he consumido drogas
8. Sin especificaciones	8. Sin especificaciones	8. Nunca he consumido drogas

Cuadro 3. Alcohol

Consumidor de alcohol	No consumidor de alcohol	
9. a) Sí	9. a) Sí	9. b) No
10. c) Nunca he tomado sólo 1 copa completa de alcohol, sino más de 1 copa en una sola ocasión	10. a) Menos de una vez en el último año b) De 1 a 2 veces en el último año	10. d) No bebo alcohol
11. b) Una vez en el último mes c) De 2 a 3 veces en el último mes d) Una o más veces en la última semana	11. a) Nunca en el último mes e) Nunca he consumido más de 1 copa en una sola ocasión	11. f) No bebo alcohol
12. Sin especificaciones	12. Sin especificaciones	12. Nunca he tomado alcohol

Problemas asociados al consumo de sustancias.- Definido por los reactivos 2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65 y 68 correspondientes a la subescala de “uso/abuso de sustancias”, que conforman el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers/POSIT), elaborado por el National Institute on Drug Abuse en 1991 y, adaptado a adolescentes mexicanos por Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora (1998).

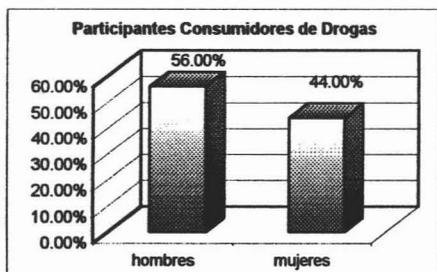
6.5 PARTICIPANTES:

Los participantes fueron 100 estudiantes de nivel medio superior pertenecientes a *dos planteles* de la UNAM: el 68% de ellos acudía al Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo y, el 32% a la Escuela Nacional Preparatoria No.2, quienes se encontraban cursando el primero (50%), tercero (3%) y quinto (47%) semestres.

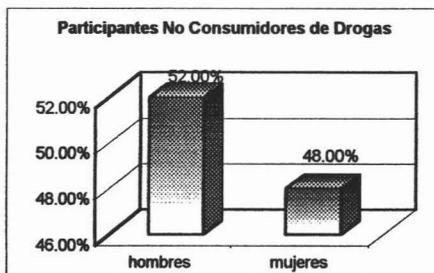
De modo general, el 54% de los participantes fueron del sexo masculino y el 46% del sexo femenino. Sus **edades** fluctuaron entre los 14 y los 24 años. Casi la mitad de los participantes (43%) fueron chicos de 17 años, mientras que aquellos que contaban con 15 y 16 años representaron el 24% y 20%, respectivamente. La mayoría de los participantes se dedicaban principalmente a estudiar (86%), pero hubo quienes además de cursar algún semestre del nivel medio superior, también trabajaban (14%). El **estado civil** predominante fue soltero (99%), la excepción fue una persona separada.

En primer término, el 50% de los participantes había *consumido por lo menos un tipo de droga* (alcohol, drogas médicas o drogas ilícitas) al momento de la aplicación del instrumento y, la otra mitad *no había consumido drogas*. Sin embargo, el que los adolescentes hayan sido catalogados como no consumidores de drogas no significa que nunca en la vida las hayan ingerido (de acuerdo con los criterios establecidos en el Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior).

El 56% de los adolescentes que señalaron *ingerir algún tipo de droga* fueron hombres y el 44% mujeres. Asimismo, en el grupo de los *no consumidores*, los hombres constituyeron el 52% y las mujeres el 48%. Esta información quedó plasmada en las Gráficas 1 y 2.



Gráfica 1



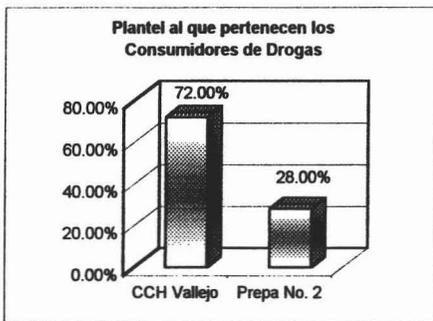
Gráfica 2

En cuanto a la **edad**, justamente la mitad de los *consumidores* tenía 17 años, en tanto que el 16% tenía 16, y los porcentajes de 14% y 4% tenían 15 y 20 años, respectivamente. En el grupo de *no consumidores*, destacan las edades de 17 y 15 años con 36% y 34%, respectivamente, mientras que el 24% tenía 16.

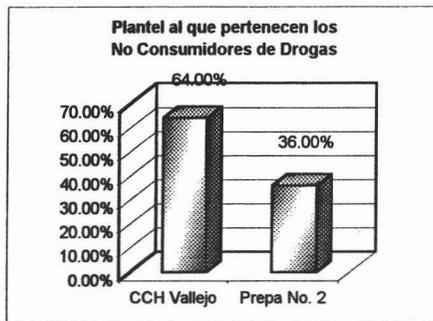
Respecto a **quiénes vivían** con los participantes, el 54% de los *consumidores* dijo vivir con papá, mamá y hermanos, el 14% de ellos había vivido solamente con su mamá y, quienes vivían sólo con su mamá y hermanos era el 12%. En el grupo de *no consumidores*, un elevado

porcentaje (76%) también vivía con papá, mamá y hermanos, mientras que un 6% vivía con papá y mamá, presentando el mismo porcentaje quienes habían vivido con su mamá únicamente.

Como se mencionó, los participantes pertenecían a **dos planteles** que son CCH-Vallejo y Preparatoria No. 2, así que el 72% de los adolescentes que sí habían *consumido alguna droga* acudían al primero y el 28% asistía al segundo plantel. En el caso de los *no consumidores*, el 64% perteneció a CCH-Vallejo y 36% eran miembros del otro plantel. En las Gráficas 3 y 4 se aprecian estos datos:



Gráfica 3



Gráfica 4

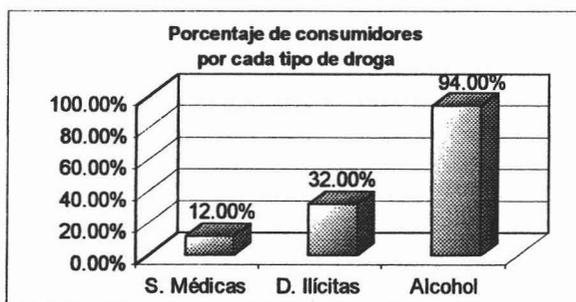
El 82% de quienes sí habían *ingerido alguna droga* tenían como **actividad principal** estudiar, y el resto (18%) estudiaba pero también trabajaba. La situación de los *no consumidores* fue que la mayoría (90%) sólo se dedicaba a estudiar, en tanto que el resto (10%) se ocupaba de ambas cosas.

Relativo al **semestre** en el que estudiaban, la mayoría de los *consumidores de drogas* (62%) cursaba el quinto semestre y prácticamente una tercera parte (34%) iba en el primer semestre, por lo que, el resto de los participantes (4%) estaba cursando el tercer semestre. Las cifras se invierten para el caso de la mayor parte de los *no consumidores* de sustancias pues el 66% cursaba el primer semestre, mientras que poco menos de una tercera parte (32%) se encontraba en el quinto y sólo el 2% estaba en el tercer semestre, tal como se muestra en la Tabla 1:

		Si consume drogas		No consume drogas		Total
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
semestre	Primero	17	34 %	33	66 %	50
	Tercero	2	4 %	1	2 %	3
	Quinto	31	62 %	16	32 %	47
Total		50	100 %	50	100 %	100

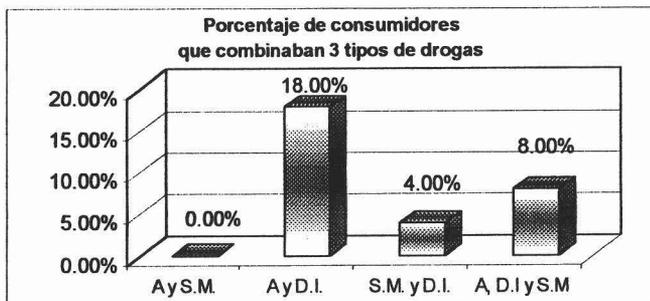
Tabla 1. Frecuencia y Porcentaje de los semestres a los que pertenecían los grupos de Consumidores y No Consumidores de Drogas

En relación con el **tipo de droga** que habían ingerido, de los 50 adolescentes que fueron catalogados como *consumidores*, el 94% de ellos ingería alcohol, en tanto que el 32% consumía drogas ilícitas y, quienes habían ingerido alguna droga sin prescripción médica representó el 12%. En la Gráfica 5 se muestran estos datos.



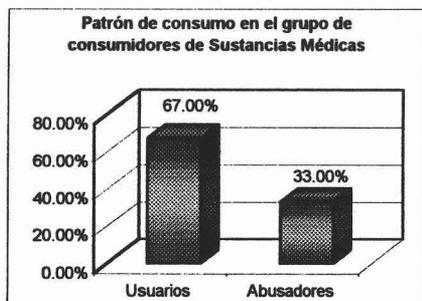
Gráfica 5

Respecto a la **combinación de estas sustancias**, el 18% de estos jóvenes indicaron haber consumido tanto alcohol (A) como drogas ilícitas (D.I.), mientras que los participantes que habían ingerido sustancias de prescripción médica (S.M.) y drogas ilícitas fue el 4%. No se registró el caso de aquellos adolescentes que hubiesen consumido tanto alcohol como sustancias de prescripción médica. Además, el 8% refirió haber ingerido los tres tipos de drogas (alcohol, drogas ilícitas y sustancias de prescripción médica). Lo anterior lo podemos ver en la Gráfica 6:

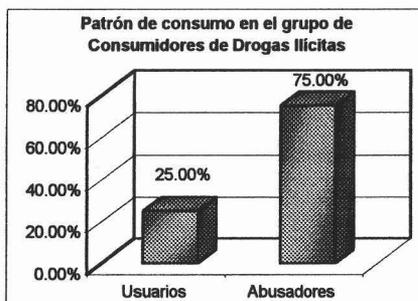


Gráfica 6

En relación con el **patrón de consumo**, hubo participantes *usuarios* y *abusadores* (de acuerdo con los criterios del Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior), así como con indicadores de *dependencia* (según el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes). De los *consumidores de sustancias de prescripción médica*, el 67% fueron *usuarios* y el 33% fueron *abusadores*. Esto se observa en la Gráfica 7. La proporción de *usuarios* de *drogas ilícitas* fue de 25%, en tanto que los *abusadores* fueron el 75%. Ver la Gráfica 8.



Gráfica 7



Gráfica 8

Por último, el 15% fueron *usuarios* de *alcohol*, mientras que el 85% fueron *abusadores*. Esto se muestra en la Gráfica 9.

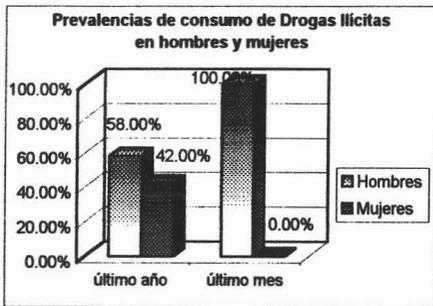


Gráfica 9

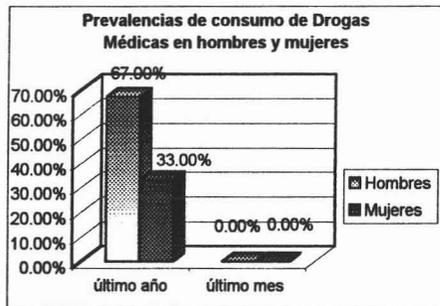
Dentro del grupo de *consumidores* se detectó que el 4% reportó por lo menos tres indicadores de *dependencia*.

En lo tocante al **género**, el 69% de los participantes consumidores de *drogas ilícitas* eran hombres y el 31% eran mujeres. De quienes consumieron en el “último año”, el 42% eran mujeres, en tanto que el 58% eran hombres. En cuanto al consumo de estas drogas en el “último mes”, el 100% de los consumidores fueron hombres. Ver la Gráfica 10.

De quienes habían ingerido *sustancias de prescripción médica*, el 67% eran hombres y el 33% mujeres. La misma proporción se encontró en relación al consumo en el “último año” puesto que la mayoría fueron hombres (67%) y, un porcentaje menor fue de mujeres (33%). Como se señaló en párrafos anteriores, ningún participante reportó haber consumido en el “último mes”. Ver la Gráfica 11.



Gráfica 10



Gráfica 11

Por lo que respecta al consumo de *alcohol*, el 60% fueron varones, mientras que el 40% fueron mujeres. El 67% de los participantes que lo consumieron en el “último año” fueron hombres y, el resto (33%) fueron mujeres. Además, su consumo al menos “una vez en el último mes” por parte de los hombres fue de 59% mientras que el de las mujeres fue de 41%. Ver la Gráfica 12.

En promedio, la **edad de inicio** de consumo de estas drogas, para los participantes consumidores de *sustancias médicas*, fue de 15.3 años, en tanto que para los que habían ingerido *drogas ilícitas* fue de 15.8 años y, de 13.7 años para quienes reportaron consumir *alcohol*.



Gráfica 12

6.6 TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico, intencional.

6.7 TIPO DE ESTUDIO:

Dado que se identificaron algunas características del ambiente familiar como son los estilos familiares entre los estudiantes, se trata de un estudio descriptivo.

Es comparativo porque se examinaron las diferencias entre la percepción de los estilos familiares que tienen los estudiantes no consumidores y los consumidores de sustancias que tienen problemas asociados.

Es una investigación que se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Esto es, no se hicieron variar intencionalmente los estilos familiares autoritario, democrático, permisivo y negligente. No se construyó ninguna situación, sólo se exploraron las situaciones familiares ya existentes, por lo que además es un estudio expostfacto. Y es transversal porque los datos fueron recolectados en un tiempo único.

6.8 INSTRUMENTOS:

Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado.-

Se empleó la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (Colorado Family Functioning Scale / CFFS) elaborado por Bloom (1985, 1994), seleccionando únicamente los ítems que corresponden a las subescalas de Expresividad y de Estilo Familiar Autoritario (Ver Anexos). Esta escala es una medida de autorreporte derivada de 4 instrumentos conocidos en el campo de estudio de la familia, que son: Family Environment Scale (FES), Family – Concept Q Sort (FCQS), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) y, Family Assessment Measure (FAM) [citados en Bloom, 1985]. El propósito a lo largo de 4 estudios fue intentar maximizar la consistencia psicométrica al mismo tiempo que minimizar la longitud

de los instrumentos mencionados. Posteriormente, este mismo autor, pero en colaboración con Naar, llevaron a cabo dos estudios más en los que reexaminaron doce subescalas de las quince que conforman el instrumento, con el propósito de probar nuevos ítems que pudieran sustituir a los existentes con el fin de mejorar el marcador de alfa. La población con la cual se realizó el proceso de validación fue con familias integradas y subsecuentemente con familias que habían vivido una separación o divorcio.

El CFFS es un instrumento de 75 reactivos tipo Likert distribuidos en 15 subescalas (5 ítems por factor) son: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Orientación Intelectual-Cultural, Orientación Activa-Recreativa, Énfasis Religioso, Organización, Sociabilidad Familiar, Locus de Control Familiar, Idealización Familiar, Desunión, Estilo Familiar Democrático, Estilo Familiar Permisivo, Estilo Familiar Autoritario y Aglutinamiento, componen la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (1985, 1994). Las 15 subescalas son psicométricamente robustas; la media de las alfas de Cronbach es de 0.77. Particularmente, las escalas utilizadas en este trabajo presentaron los siguientes puntajes: Expresividad (.83) y, Estilo Familiar Autoritario (.70). Cabe destacar que este instrumento no ha sido estandarizado en la población mexicana, por lo que las subescalas empleadas únicamente fueron traducidas al idioma español.

Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes.-

Por su parte, los problemas asociados al consumo de drogas fueron medidos por el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*, POSIT) [Ver Anexos], cuyos antecedentes se describen brevemente: Dada la necesidad de referir a un tipo específico de tratamiento a los adolescentes que abusan de las drogas a partir de los problemas que presentan en diferentes áreas de su vida, en 1991 el *National Institute on Drug Abuse* de Estados Unidos, creó el Sistema de Referencia a Tratamiento para Adolescentes con Problemas Relacionados con el Uso de Drogas (*Adolescent Assessment/Referral System*, AARS). Uno de los componentes principales que integran este sistema es el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes /*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*, POSIT (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1998).

El instrumento original consta de 139 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas en formato autoaplicable. El POSIT fue diseñado para identificar áreas en las cuales posiblemente exista un riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de drogas: uso y/o abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con

amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delincuencia. Su validación fue por medio de la comparación de dos grupos de adolescentes mexicanos: usuarios y no usuarios de drogas. El grupo de usuarios lo conformaron 310 adolescentes que se encontraban en 22 diferentes centros de tratamiento y/o dependencias de procuración de justicia por el uso de drogas, mientras que el grupo de no usuarios estuvo compuesto por 1356 adolescentes estudiantes de enseñanza media y media superior.

La versión del POSIT adecuada para los adolescentes mexicanos cuenta con 7 subescalas útiles para identificar a los adolescentes que posiblemente estén en riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de drogas, éstas son: “*uso/abuso de sustancias*” (alfa= .8708), “*salud mental*” (alfa= .8026), “*relaciones familiares*” (alfa= .7458), “*relaciones con amigos*” (alfa= .6473), “*nivel educativo*” (alfa= .7319), “*interés vocacional*” (alfa= .6430) y “*conducta agresiva/delincuencia*” (alfa= .7032). Por su parte, se eliminaron 3 subescalas por mostrar una consistencia interna muy baja, así como por la poca cantidad de reactivos que los integran: “*salud física*” (alfa= .4314), “*habilidades sociales*” (alfa= .4711) y “*entretenimiento y recreación*” (alfa= .4234). El Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT) en su versión final adaptada a la población mexicana quedó conformada por 81 reactivos (alfa= .9057) incluidos en 7 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes.

Cabe señalar que en esta investigación sólo se utilizó la subescala de uso/abuso de sustancias por tratarse de reactivos en cuya redacción se manifiesta más directamente una relación entre el consumo de drogas y la situación problemática.

Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior.-

Además, se elaboró el Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior (WHO, 2000; Quiroga, Mata y cols, 2002; Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2002), con la finalidad de diferenciar a dos grupos: 1) no consumidores de sustancias (alcohol, sustancias ilícitas y sustancias de prescripción médica) y, 2) consumidores de sustancias (alcohol, sustancias ilícitas y sustancias de prescripción médica) [Ver Anexos].

Dicho cuestionario está en posibilidades de ubicar, por un lado, a participantes “*abstemios*”, así como consumidores “*experimentales*” (grupo 1), y por el otro, a participantes “*usuarios*”, así como “*abusadores*” de sustancias (grupo 2). Es necesario mencionar que no se obtuvieron los indicadores de confiabilidad y validez para este cuestionario.

En el apartado 6.5.2, correspondiente a la definición operacional de variables, se encuentran los Cuadros 1, 2 y 3 los cuales contienen las respuestas que permiten distinguir a ambos grupos.

6.9 PROCEDIMIENTO

El primer paso consistió en elegir los instrumentos apropiados para medir las variables planteadas. Dos de estos ya existían: La Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado (CFFS) y el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT). Sólo que, para el primero, se requirió hacer la traducción al idioma español. Por su parte, el Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior se construyó especialmente para este estudio.

Una vez reunido el material, se dispuso establecer un contacto con el personal del Departamento de Psicopedagogía de dos planteles de la UNAM, en este caso el Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo y la Escuela Nacional Preparatoria No. 2, con el fin de solicitar su apoyo para la aplicación de los instrumentos requeridos en la elaboración de esta investigación –Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior, Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado y el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes.

En cada uno de los planteles fue concedido el permiso de tal aplicación en dos de sus grupos: uno de primer semestre y otro de quinto semestre, por lo tanto, fue en 4 ocasiones en las que se llevó a cabo este ejercicio. En cuanto a los alumnos que participaron en la aplicación y que pertenecían al tercer semestre, fue porque en ese momento se encontraban presentes en ese grupo, es decir, no se realizó esta actividad en algún grupo de tercer semestre en particular. Una vez que el grupo había sido asignado, la aplicación transcurrió de la siguiente forma:

La actividad se programó al inicio de la clase. Los alumnos no estuvieron enterados de la actividad sino hasta el momento en que el profesor en turno anunció que una persona la llevaría a cabo. A continuación se explicó que el motivo de la visita era solicitar su participación en una investigación cuyo objetivo sería analizar la percepción en torno a su ambiente familiar así como algunos aspectos relacionados con su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Se mencionó que su colaboración sería muy importante pues nos permitiría sistematizar nuestras acciones dirigidas a la prevención de adicciones. Se hizo énfasis en la confidencialidad de sus respuestas y que bajo ninguna circunstancia podrían ser identificados. Inmediatamente después se repartieron los cuestionarios a cada uno de los asistentes. Se dio la instrucción de contestar los tres instrumentos y que para cada uno de ellos habría indicaciones

específicas que tendrían que leer cuidadosamente. Durante el llenado de los instrumentos fue necesario atender personalmente algunas dudas que les surgieron a los alumnos sin que esto representara distracción para el resto del grupo.

En el momento en que todos los participantes terminaron de contestar los respectivos cuestionarios, se les agradeció su colaboración y se les proporcionó la ubicación exacta del Programa de Conductas Adictivas, de la Facultad de Psicología de la UNAM, así como el teléfono, el horario de atención y los servicios que se prestan en él.

La siguiente fase consistió en la conformación de una base de datos, la cual permitió llevar a cabo en el paquete estadístico SPSS, el análisis correspondiente a los niveles de las variables implicadas.

CAPÍTULO VII RESULTADOS

La descripción de los resultados se llevará a cabo considerando los tres puntos centrales que se plantearon en este trabajo, a saber:

1. Identificar el o los estilos familiares, según lo perciben los estudiantes de nivel medio superior, que estén relacionados con el consumo de sustancias y con el no consumo.
2. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de los cuatro estilos familiares que tienen los estudiantes de nivel medio superior que consumen sustancias y los que no las consumen.
3. Cuantificar los problemas asociados al consumo de sustancias.

Para dar respuesta al primer punto, se empleó la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado, específicamente las subescalas de Expresividad (afecto) y Estilo Familiar Autoritario (control). Los grados alto y bajo de las dimensiones de afecto y de control se obtuvieron a partir del valor de las medianas que fue de 13 para la dimensión de control y, de 17 para la dimensión de afecto. En este sentido, los Estilos Familiares quedaron conformados de la siguiente manera:

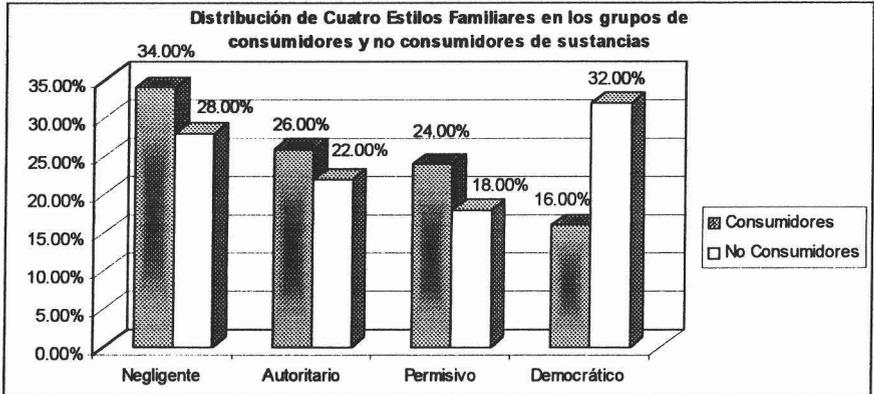
1. Bajo grado de control + bajo grado de afecto = Estilo Familiar Negligente.
2. Alto grado de control + bajo grado de afecto = Estilo Familiar Autoritario.
3. Bajo grado de control + alto grado de afecto = Estilo Familiar Permisivo.
4. Alto grado de control + alto grado de afecto = Estilo Familiar Democrático.

Con base en lo anterior, la distribución de los Estilos Familiares que prevaleció tanto en los hogares de los participantes *consumidores* como en el de los *no consumidores de sustancias*, se puede apreciar en la Gráfica I:

Como puede notarse, el 34% de los adolescentes que habían *ingerido algún tipo de droga* percibieron que en sus familias predominaba el estilo familiar negligente resultando ser el valor más elevado de la tabla. Le siguieron el estilo familiar autoritario con un 26%, el permisivo con un 24% y, finalmente el estilo familiar democrático con el 16%.

El estilo familiar más frecuente entre los adolescentes *no consumidores de sustancias* fue el democrático con 32%, en tanto que el estilo negligente obtuvo un valor ligeramente más bajo

(28%), seguido del estilo autoritario (22%) y, los participantes que percibieron que en sus familias había predominado un estilo permisivo registró el más bajo porcentaje dentro de la tabla (18%).



Gráfica I

Una vez identificada la distribución de los cuatro estilos familiares dentro del grupo de consumidores y no consumidores de sustancias, es viable dar respuesta al punto número dos, concerniente a las diferencias potenciales entre la percepción que tiene el grupo de consumidores y no consumidores en torno a dichos estilos. Para ello se utilizó la prueba Chi-Cuadrada, obteniéndose los resultados que se muestran en la Tabla I:

Prueba Chi-Cuadrada			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.552(a)	3	.314

Tabla I. Resultados con base en la prueba Chi-Cuadrada

Dado que el nivel de significancia ($\alpha=.05$) es menor que .314, se acepta la hipótesis nula planteada, esto es, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de los estilos familiares –democrático, autoritario, permisivo y negligente- que tienen los estudiantes de nivel medio superior que consumen sustancias y los estudiantes que no consumen sustancias.

En relación con el último punto, se propuso analizar si los adolescentes que ingerían drogas presentaban problemas relacionados con dicho consumo. Para ello, se aplicó el

Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT). La subescala que se consideró para evaluar los problemas asociados al consumo de drogas fue la de Uso/Abuso de Sustancias.

Al examinar la cantidad de problemas asociados al consumo de sustancias se aprovechó para relacionarla con el estilo familiar, tal como se observa en la Tabla II:

		Estilo Familiar				Total	
		Negligente	Autoritario	Permisivo	Democrático		
						Frec.	Porcentaje
TOTAL Uso/Abuso de Sustancias	1	12	4	4	5	25	50 %
	2		4	2	1	7	14 %
	3	2	4	1	1	8	16 %
	4		1	1		2	4 %
	5	2		1		3	6 %
	7	1				1	2 %
	9			1	1	2	4 %
	11			1		1	2 %
14			1		1	2 %	
Total	Frec.	17	13	12	8	50	100 %
Porcentaje		34 %	26 %	24 %	16 %		

Tabla II. Cantidad de problemas asociados al consumo de sustancias en relación con cuatro Estilos Familiares

Estos resultados traducidos a porcentajes, significan que el 50% de los adolescentes considerados como consumidores presentaron por lo menos **un problema** por su uso/abuso de alguna sustancia, de los cuales el 48% percibió que en su familia prevalece un *estilo negligente*, el 20% consideró que predominaba el *estilo familiar democrático*, en tanto que el *estilo autoritario* y el *permisivo* presentaron el mismo porcentaje (16%). Es importante destacar que el hecho de haber reportado un solo problema asociado, no significa que se trate de uno mismo para todos los participantes.

En cuanto a los jóvenes que dijeron tener por lo menos **3 problemas** asociados a su consumo, representó el 16% de este grupo. Justamente la mitad (50%) ha percibido un *estilo autoritario* en su familia y, la cuarta parte (25%) un *estilo negligente*, mientras que los *estilos familiares permisivo* y *democrático* representaron el 12.5% cada uno.

Los adolescentes que reportaron tener hasta **dos problemas** asociados, constituyen el **14%** de los consumidores de drogas. El estilo familiar predominante según su percepción fue el **autoritario** (57%), le siguió el **estilo permisivo** (29%) y el **estilo democrático** (14%). En este caso, ninguno de estos participantes reportó el **estilo familiar negligente**.

Una cantidad menor de personas (6%) señalaron incluso **5 problemas** relacionados con su uso/abuso de sustancias. Más de la mitad de ellos (67%) percibió un **estilo negligente** en su familia y el resto (33%) un **estilo permisivo**. Tanto el **estilo autoritario** como el **democrático**, sencillamente no fueron reportados por estos adolescentes.

El 4% de los jóvenes indicó presentar hasta **9 problemas** asociados al consumo. Este porcentaje representó a dos de los participantes de este grupo, donde uno de ellos ha considerado el predominio del **estilo familiar permisivo** y el otro consideró que es el **estilo democrático** el más sobresaliente en su familia.

También el 4% reportó tener **4 problemas** relacionados con el uso/abuso de drogas. Uno de estos adolescentes señaló que ha prevalecido el **estilo autoritario** y, el otro percibió más bien un **estilo permisivo** en su familia.

El porcentaje más bajo (2%), el cual representó a sólo 1 persona del grupo de consumidores de drogas, dijo tener la cantidad de **11 problemas** asociados y, reportó que en su familia ha predominado un **estilo familiar permisivo**. Asimismo, una persona (2%) indicó tener **14 problemas** asociados al consumo de sustancias en cuya familia percibió un **estilo permisivo**.

Ahora bien, tras haber realizado un análisis estadístico, empleando la prueba Chi-Cuadrada, con la cual se pudo establecer una relación entre el número de problemas asociados y los cuatro estilos familiares, se encontraron los siguientes datos representados en la Tabla III.

Prueba Chi-Cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.952 ^a	27	.413

Tabla III. Resultados con base en la prueba Chi-Cuadrada

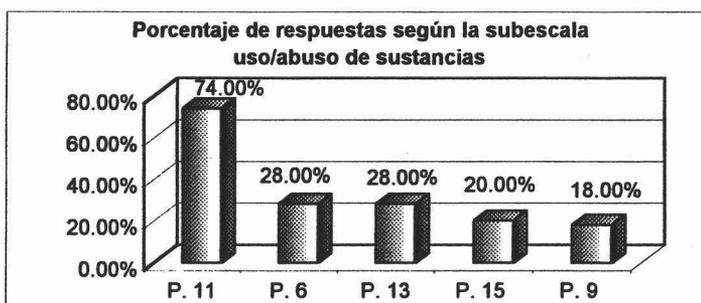
Si se considera un nivel de significancia de $\alpha = .05$, se observa que éste es menor que .413, por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de problemas asociados y los cuatro estilos familiares. Es decir, no se encontró que algún estilo familiar en particular esté directamente relacionado ya sea, con un menor o con un mayor número de problemas asociados.

Por su parte, el estilo en el que se registró la mayor cantidad de personas con problemas debido al uso/abuso de sustancias es el negligente ya que el 34% de los participantes lo refirió. Posteriormente, se encuentra el estilo autoritario con 26%, le sigue el estilo familiar permisivo (24%) y bajo el estilo democrático se registró el menor número de personas con problemas asociados (16%). Lo anterior se puede apreciar en la Gráfica II.



Gráfica II

Como puede apreciarse en la Gráfica III, la respuesta más frecuente entre los adolescentes consumidores de drogas fue la que hace referencia a los cambios repentinos de humor producidos por las sustancias (**P.11**), puesto que el 74% de los participantes reportó haberlos experimentado.

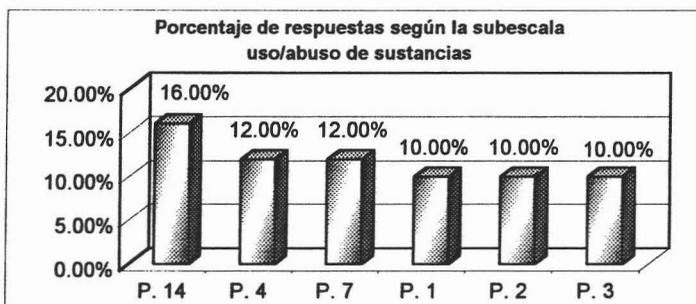


Gráfica III

El segundo problema más frecuente fue el de retirarse de las fiestas por la ausencia de bebidas alcohólicas o de drogas (**P.6**) con el 28% de respuestas afirmativas. Asimismo, el que los familiares o amigos le hayan dicho alguna vez a los adolescentes que debían reducir su uso de alguna droga (**P.13**), presentó la misma frecuencia que el reactivo anterior.

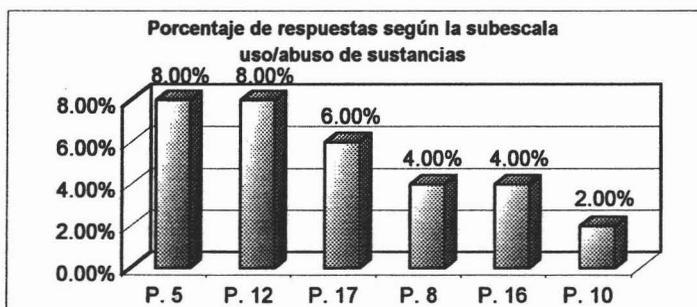
El 20% de los participantes cuando habían consumido sustancias les indujo a hacer algo que normalmente no habían hecho (P.15). Otro de los problemas frecuentes fue el relacionado con los olvidos cuando habían bebido o se habían drogado los jóvenes (P.9) ya que el 18% de ellos lo reportó.

En la Gráfica IV, observamos que las discusiones serias con amigos o familiares en torno al uso de sustancias (P.14) fue reportado por el 16% de los participantes. Incluso, el 12% de los adolescentes señaló que habían sentido que eran adictos a alguna droga (P.4), y/o que habían sentido un deseo constante de consumirla (P.7).



Gráfica IV

Los problemas tales como el haber tenido dificultades por su consumo de drogas en la escuela (P.1), el haberse hecho daño a sí mismos o a otras personas accidentalmente estando bajo el influjo de las sustancias (P.2) y, el perderse actividades por haberse gastado dinero en la adquisición de drogas (P.3), son tres situaciones que presentaron el 10% de los consumidores, como se puede apreciar en la Gráfica IV. Se puede observar en la Gráfica V, el resto de los porcentajes los cuales son menores a los ya descritos hasta este momento.



Gráfica V

Cabe señalar que dentro del grupo de No consumidores de drogas no se realizó análisis alguno en relación con los problemas asociados ya que ninguno de estos participantes dijo haberlos presentado.

Recapitulando, se observó que los cuatro estilos familiares están presentes tanto en el grupo de consumidores, como en el de no consumidores de sustancias. El estilo familiar negligente destaca en el primer grupo, en tanto que en el de no consumidores predomina el estilo democrático. Sin embargo, las diferencias entre la percepción de los estilos familiares que tienen los estudiantes de nivel medio superior consumidores de sustancias y no consumidores no fueron estadísticamente significativas. Por su parte, la mitad de los participantes consumidores presentaron por lo menos, un problema asociado, mientras que una cantidad similar reportó entre 2 y 5 problemas e incluso hubo quienes señalaron entre 7 y 14 de estos problemas. Ninguno de los integrantes del grupo de no consumidores reportó problemas asociados a la ingesta de sustancias.

CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general del presente estudio fue identificar aquel o aquellos estilos familiares que, según la percepción de los estudiantes de nivel medio superior, estuvieran relacionados con el no consumo de sustancias y con el consumo de las mismas y sus problemas asociados.

En efecto, los cuatro estilos familiares, estuvieron presentes en ambos grupos – consumidores y no consumidores de sustancias-, unos en mayor proporción que otros y, sin embargo, no se advirtieron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de los estilos familiares –democrático, autoritario, permisivo y negligente- que tuvieron los estudiantes de nivel medio superior que consumen sustancias y la percepción de los estudiantes que no las consumen, según el análisis correspondiente. Tal parece que, de acuerdo con la Escala de Funcionamiento Familiar, los niveles de control y afecto, que en su conjunto se pueden traducir en estilos familiares manifestados por los padres de familia, no tienen una relación clara y precisa con el hecho de que sus hijos consuman drogas o no las consuman.

Puesto que no existe un origen único ni una condición exclusiva de involucrarse en una conducta adictiva a drogas, sino que es resultado de la interacción de diversos factores como son las propiedades de la sustancia misma, las características de cada persona, así como la naturaleza del contexto en el que se produce el consumo, no es viable explicar con una sola variable, en este caso, los estilos familiares, un fenómeno de esta dimensión.

La familia como uno de los ambientes de mayor importancia para el individuo, por la intensidad de relaciones que se dan en ella, influye en buena medida a los adolescentes, pero existen otros ambientes como el escolar o el de grupo de amigos, que también son trascendentales en su desarrollo. Por tanto, los padres no son los responsables absolutos del consumo de drogas de sus hijos, concepción que resultaría inexacta porque dejaría de tomar en cuenta que tanto los padres como los hijos son el resultado de otras interacciones, dejando de lado la influencia de otras instancias de socialización.

Se ha investigado considerablemente la relación entre el ambiente familiar y el consumo de drogas y, en más de una ocasión se ha visto que, en efecto, la primera variable influye en la segunda. Pero, a diferencia de este trabajo de tesis, las otras investigaciones han tomado en consideración los otros componentes del entorno familiar como son el abuso de drogas entre los miembros, la composición familiar, las pautas de interacción familiar, así como las

discrepancias entre las percepciones familiares (Needle, et. al. 1986; Beardslee, 1986; Blum, 1972; Jurich, et. al., 1985; Tec, 1974; Pandina & Schuele, 1983; Rees & Wilborn, 1983; Adler & Lotecka, 1973; citados en Denton & Kampfe, 1994 y; Baumrind, en Charro & Martínez, 1991). Por lo que, las dimensiones de control y afecto dentro del ambiente familiar, resultaron insuficientes para abordar la conducta de consumo entre los adolescentes.

No obstante, se encontró que, dentro del grupo de los *consumidores de drogas*, el estilo familiar más frecuente fue el *negligente* –producto de la combinación de un bajo control y un bajo afecto-. Es decir, los estudiantes de nivel medio superior que participaron en el estudio percibían en sus hogares un ambiente en el que hay pocas restricciones y, además, la calidez es mínima. Tal como lo señalan algunos autores, los adolescentes que han vivido una relación en la que conviven escasamente con sus padres, puede generar en ellos una baja tolerancia a la frustración, un poco control emocional y aumenta la probabilidad de que se involucren en conductas de riesgo (Martin, 1981; Lamborn, et. al., 1991; Kuderik & Fine, 1994; citados en Berk, 1998). En este sentido, no es raro encontrar que la mayor parte de los adolescentes participantes hayan optado por el consumo de drogas ante la poca implicación que sus padres han mostrado, elemento que se suma a otras variables implicadas en esta conducta. Ahora, el desajuste psicológico que probablemente presenten los jóvenes cuyos padres ejerzan un estilo negligente puede manifestarse en distintas conductas y no exclusivamente en la conducta de consumo de drogas, como lo reflejan los resultados de esta investigación que indican que el segundo estilo sobresaliente dentro del grupo de *no consumidores de drogas* fue el negligente.

El segundo estilo familiar que llamó la atención dentro del grupo de *consumidores de drogas* fue el *autoritario*. Estos participantes señalaron que en su hogar se habían manifestado conductas como el castigo severo, la imposición de reglas rígidas, así como la casi nula participación de los hijos en las principales decisiones familiares. La cordialidad y el afecto que los padres demuestran a sus hijos son mínimos (Bloom, 1985, 1994; Mussen, 1987; Berk, 1998; Macià Antón, 2000). Los adolescentes que están regidos por este marco familiar pueden tener repercusiones en su ajuste psicológico ya que es posible que presenten problemas de seguridad personal y de autoestima, sumado a su tendencia de ser dominados por los compañeros, según Steinberg (citado en Vallejo, 2002). Esto puede explicar parcialmente su aceptación por el consumo de drogas. Asimismo, tal estilo fue el segundo menos frecuente entre el grupo de participantes *no consumidores de drogas*.

En tercer lugar, se observó que casi la cuarta parte de los adolescentes que pertenecieron al grupo de los *consumidores de drogas*, se encontraba bajo un estilo *permisivo*, de manera que percibían dentro de su familia las siguientes características: ellos mismos marcan sus propias reglas sin que los adultos participen demasiado en ello, no hay castigo o represión ante alguna acción incorrecta, los miembros pueden desentenderse de casi todo y los padres se comportan tolerantes ante los impulsos y deseos de sus hijos. De acuerdo con algunos autores, los adolescentes que han vivido bajo este régimen pueden mostrar poco autocontrol y dependencia, así como un uso más frecuente de drogas que en aquellos donde se logran comunicar normas claras en la conducta (Baumrind, 1991; Lamborn, et.al., 1991; Kuderk & Fine, 1994; citados en Berk, 1998). De esta forma, el estilo familiar que con menor frecuencia reportaron los adolescentes *no consumidores de drogas* fue el permisivo.

Por su parte, dentro del grupo de *no consumidores de sustancias* se encontró que la mayoría de los participantes percibieron en su familia un estilo *democrático*, el cual resulta de la combinación de un alto grado de control pero también de un alto grado de afecto. Algunos rasgos sobresalientes de dicho estilo son: la participación de todos los miembros en las principales decisiones familiares, así como en el establecimiento de las reglas en un ambiente de apoyo y calidez. Los padres recompensan la actividad independiente y la espontaneidad en la expresión de sentimientos y opiniones dentro de un marco social. Los adolescentes que han vivido en un régimen de esta naturaleza, de acuerdo con algunos autores (Steinberg, et. al., 1992, 1994; Luster & McAdoo, 1996, citados en Berk, 1998), muestran una elevada autoestima, madurez social y moral. Estas cualidades podrían explicar parcialmente la baja frecuencia con la que estos jóvenes se han implicado en conductas como la ingesta de drogas. Y es precisamente el estilo familiar democrático el que reportó una menor cantidad de los participantes que *sí habían consumido algún tipo de sustancia*.

Aun cuando los resultados indican que los estilos familiares no tienen una relación estadísticamente significativa con el consumo o no consumo de drogas, se observa una tendencia en la que un alto grado de control combinado con un alto grado de afecto, es decir, un estilo familiar democrático, constituye una forma de educación en la que el ejercicio de la autoridad facilita el desarrollo de una personalidad autónoma y capaz de adaptarse a las circunstancias que se le presenten. Se trata de una autoridad llevada a cabo con firmeza y consistencia que, al mismo tiempo, se acompaña de confianza y de expresiones de afecto hacia el adolescente.

Es preciso señalar que el reporte de lo que percibieron los adolescentes participantes no fue necesariamente una reproducción fiel del estilo familiar que sus padres hayan exhibido hasta ese momento, porque como se abordó en capítulos previos, las experiencias y conductas del adolescente, matizan su forma de percibir al mundo. La percepción no es estática sino que está en constante construcción de significados y, además, es común que se tenga una visión parcial de los hechos, trátase de adolescentes o de adultos (Merleau-Ponty, citado en Vargas, 1994). Sin embargo, también están en posibilidades de diferenciar las conductas intencionales de las accidentales y así poder hacer una valoración más precisa de su entorno familiar, en la que también juega un papel importante el valor emotivo que sus padres tienen para el adolescente. El joven posee ahora un pensamiento evolucionado, el cual le permitiría hacer juicios más precisos, no obstante, el estar inserto en un mismo ambiente, puede ocasionar la emisión de juicios sesgados. La evaluación del adolescente de reglas, valores y límites adquiridos hasta ese momento pueden generar tensiones entre padres e hijos, pero más vale que los adultos relajen la tensión para ayudar al adolescente a desarrollar un pensamiento independiente y una conducta autorregulada.

Por otro lado, el empleo de la subescala de uso/abuso de sustancias (POSIT) se aplicó con la intención de indagar si los participantes reportaban consecuencias negativas relacionadas con el consumo. Si bien, no se encontró que existiera relación estadísticamente significativa entre algún estilo familiar en particular –según la percepción de los estudiantes– y la cantidad de problemas asociados, sí se consideró pertinente destacar que la mayor parte de los jóvenes que reportaron haber tenido problemas con dicha ingesta, ha vivido en un ambiente familiar en el que prevalecía un estilo familiar *negligente* y, que el menor número de problemas recayó sobre aquellos participantes que percibieron un estilo familiar *democrático*.

Cabe señalar que el número de participantes fue reducido y aún así, llama la atención haber captado a cierto número de adolescentes con diversas consecuencias negativas. Esto es, que cerca de la mitad de los adolescentes que ingirieron sustancias hayan presentado entre 2 y 5 problemas asociados a dicho consumo, además de que un porcentaje más bajo, pero no poco preocupante ya tenía entre 7 y 14 de estos problemas. Del mismo modo, un porcentaje considerable de jóvenes (50%) señaló haber experimentado sólo un problema relacionado con el consumo de drogas, pero no menos trascendental en sus vidas, y que son los cambios en su estado de ánimo después de hacer uso de alguna droga, como pasar de estar triste a estar contento y viceversa. Algunos adolescentes no están encontrando en sus actividades cotidianas

plena satisfacción, al contrario, día a día están viviendo en la incertidumbre, en un contexto que cada vez les exige más y les da menos, por lo que el recurrir a las sustancias constituye un alivio físico y moral. Además, éste junto con otros elementos, puede ser un factor de riesgo que anuncie la transición de un consumo experimental u ocasional a una adicción, puesto que el empleo de la sustancia está muy ligado con los efectos que le produce.

El déficit en habilidades sociales de más de la cuarta parte de los participantes (por ejemplo, el acercarse a alguien y entablar una conversación, ser asertivos, etc.), puede propiciar el que ciertos adolescentes no se sientan capaces de disfrutar de una reunión o fiesta sin que en ellas se ofrezcan bebidas alcohólicas o circulen otras drogas y, de nuevo, la presencia de estos agentes, compensan sus deficiencias conductuales. No menos preocupante es el reporte de los participantes en el que se advierte de una alarma por parte de amigos y familiares por su ingesta de alguna droga. Y es que al principio, la conducta de consumirla(s) pudo ser vista como algo excepcional y hasta gracioso, pero el que se haya vuelto un hábito, amerita el desconcierto y – en el mejor de los casos- el deseo de su círculo social más cercano para que abandone el consumo.

Otro tipo de manifestaciones conductuales producto de un consumo excesivo de sustancias, que se advirtieron en esta investigación, fue la desobediencia de reglas o el incurrir en actos riesgosos como tener relaciones sexuales u olvidos. Lo anterior sugiere que estos adolescentes habían estado ingiriendo cantidades que los intoxicaban, por lo que este tipo de comportamientos no se hacen esperar. Pero no sólo se detectaron a adolescentes cuyos consumos entraron en la categoría de abuso, también se hallaron a participantes con indicadores de dependencia (4%) al reportar un deseo constante de administrarse la droga e incluso una sensación de ser adictos.

Al respecto, los autores de la Encuesta sobre el consumo de drogas en estudiantes del Distrito Federal 2003 (Villatoro, et. al., 2004), han señalado que es bajo el número de personas que presentan problemas relacionados con el consumo de drogas. Además, indicaron que son pocas las consecuencias negativas reportadas por la población juvenil, entre ellas la congestión alcohólica y el acudir a un grupo de autoayuda. No obstante, es necesario que se considere algo más que el número de problemas, como por ejemplo, las circunstancias que los están llevando a ingerir de manera excesiva y que su patrón de consumo culmine en una congestión o en la necesidad de ser atendidos. El que sean pocos los sujetos que los presenten no significa que no debamos preocuparnos por la situación de esta “minoría”.

Por su parte, en mediciones anteriores, se ha visto que los adolescentes que están estudiando reportaron como su problema más frecuente el deseo de consumir menos droga, en tanto, que en poblaciones más heterogéneas, los problemas de dependencia y psicológicos fueron los más agudos. En este sentido, los autores señalaron que los estudiantes tienen problemas menores en comparación con los que ya presentan personas con una historia más larga de consumo (Villatoro, et. al., 1996). Pero, no podemos minimizar la situación en la que se encuentran algunos adolescentes donde han llegado al punto de considerar que deberían reducir su consumo de sustancias y, menos cuando se sabe que éste puede ser un indicador del inicio de dependencia.

Tras haber indagado algunos aspectos sobre el consumo y no consumo de sustancias entre los participantes con ayuda del Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior, resulta oportuno remitirse a parte de la información que ofrecen las encuestas con el propósito de contrastarla con los datos recabados en este trabajo. Esto es, a través de las encuestas hemos conocido cómo se ha elevado el uso de sustancias entre los adolescentes y, los estudiantes de nivel medio superior no son la excepción. Así lo señala la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 que reporta que de 1998 a 2002 se presentó un aumento en el consumo de drogas tanto en varones como en mujeres de 12 a 17 años. Asimismo, la Encuesta en Estudiantes 2003 reporta un leve incremento -que de acuerdo con los autores no es estadísticamente significativo-, en el consumo entre los jóvenes desde el último registro realizado en el año 2000. Además, la proporción de usuarios de otras drogas entre los jóvenes de 12 a 17 años es de 3.5 varones por cada mujer según la ENA 2002, relación que se ve también manifestada en la presente investigación, pues alrededor de las dos terceras partes del grupo de consumidores fueron hombres y el resto fueron mujeres.

Sigue llamando la atención la prevalencia actual de la ingesta de alcohol, pues la Encuesta en Estudiantes 2003 reporta que poco más de la mitad tanto de hombres como de mujeres lo habían consumido en el último mes. En este trabajo se reflejó esta tendencia ya que, del alto porcentaje de los participantes que han tomado alcohol en el último año, más de la mitad de los hombres y poco menos de la mitad de las mujeres lo ha hecho al menos en una ocasión en el último mes.

La situación no es menos preocupante para el caso de las drogas ilícitas y las médicas, ya que la ENA 2002 indicó que poco más de la mitad de los jóvenes que han consumido este tipo de drogas lo hizo durante el último año, en tanto que en esta investigación la tercera parte

de los participantes consumió sustancias ilícitas y poco más de la décima parte de ellos empleó drogas médicas sin prescripción durante los doce meses previos al estudio.

Se consideró pertinente aprovechar la información que los participantes proporcionaron, en torno al ámbito escolar y al familiar. Sucede que la estructura escolar a veces es rígida y poco adecuada a las situaciones y necesidades individuales, lo que origina en el adolescente el rechazo de esta institución y de sus contenidos, viviéndolos como poco gratificantes y sin sentido. De acuerdo con Hualde (1990), el fracaso en la escuela, en un contexto de competitividad, puede experimentarse como un fracaso social, sintiéndose alejado tanto de sus pares como del mundo adulto y, quizá volcando su interés de socialización con otros grupos marginados.

En este sentido, se encontró que, efectivamente un alto porcentaje de adolescentes *no consumidores de drogas* tienen como ocupación fundamental estudiar, pero también se aprecia una importante proporción de jóvenes que *sí han ingerido algún tipo de sustancia* y que también se dedican a estudiar. Según la Encuesta Nacional de Juventud 2000, se encuentran en la condición de “aprendices” -sólo estudian- 2.4 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad que estudiaban el nivel medio superior y, que alrededor de 1 millón de jóvenes de la edad y nivel escolar señalados son “reclutas” -estudian y trabajan al mismo tiempo-. Además, aproximadamente 1.8 millones de jóvenes de dicha edad pertenecían a la categoría de “guerreros” -sólo trabajan- cuyo último nivel escolar fue la preparatoria y, casi 2 millones se les consideró “vasallos” -no estudian ni trabajan- a la edad de 15 y 19 años. Del total de jóvenes vasallos cerca de 3.2 millones entre 12 y 29 años abandonó la escuela antes de los 20 años.

Bajo este panorama, los adolescentes que viven la etapa escolar del nivel medio superior son susceptibles, por un lado, de continuar con su preparación profesional por considerar a la educación como un recurso potencial y deseable que garantiza la vida futura, pero por otro, de abandonar la escuela dada la dificultad de hacer coincidir las expectativas e intereses con las actuales condiciones de vida, e inclinarse por algo diferente como un trabajo que requiera un menor nivel escolar, el matrimonio o la unión libre, o bien optar por la dependencia económica. Pensando en que los adolescentes opten por dejar inconclusa su preparación académica a través de la cual puedan acceder a un trabajo digno y decoroso y, en lugar de ello se incorporen al mundo laboral, sólo podrían desempeñar actividades como el comercio, la manufactura, por mencionar algunos (ENJ 2000, citado en Pérez & Valdez, 2003), sometándose a jornadas de trabajo intensas y en ocasiones poco motivadoras, aspectos que

pueden generar altos niveles de tensión. El subempleo o el desempleo con su consecuente grado de ansiedad o de depresión, así como la presencia de otras instancias de socialización, constituyen elementos que pueden derivar en un consumo de sustancias legales o ilegales.

Por lo que toca a la estructura familiar, se ha visto que la ausencia de alguno de los padres por separación o muerte puede contribuir a un posible consumo, por lo que vivir en una familia nuclear con todos sus miembros aumenta las probabilidades del no consumo de drogas (Rosovsky, 2003). Esta aseveración respalda la información que se recabó en este trabajo, pues el más alto porcentaje de los participantes que *no consumen drogas* viven con la familia nuclear clásica (76%). Además el 16% de los *consumidores de sustancias* viven con sólo uno de los progenitores. Sin embargo, un poco más de la mitad (54%) de los adolescentes que sí ingieren algún tipo de droga también conviven con papá, mamá y hermanos. Esto es, la composición familiar no explica por sí misma el consumo de drogas.

A todo esto, surge una pregunta, ¿los padres de familia -quienes fungen como educadores- han alcanzado una madurez personal suficiente para poder ayudar en la educación de los demás?. La educación es el proceso que hará pasar de una situación de dependencia a una situación de autonomía, en este caso habituar a los hijos progresivamente a prescindir de los adultos (Martin, 1992). Y si los papás no han conseguido completar la madurez necesaria, difícilmente lograrán que su hijo lo haga. En este sentido, Berge (citado en Martin, 1992) señala que el educador debe dominarse a sí mismo antes de poder educar a los demás. Por lo tanto, la primera tarea de los padres sería conocerse a sí mismos, esto es, “para educar a los hijos, hay que empezar por educarse uno mismo”.

Si entendemos la disciplina como medio de educación que le permite al adolescente tener autocontrol de su conducta, nos percatamos de cuán necesaria es el proporcionarle una guía útil, que a su vez le brinde un sentimiento de seguridad porque le indicará qué puede y qué no puede hacer. No obstante, el anhelo de una educación metódica y sin fallos puede conducir a una perturbación de la espontaneidad, ya que el deseo de hacer las cosas perfectamente y el temor a equivocarse pueden volverse obsesionantes. La autoridad no sólo se centra en la figura del padre, la madre también tiene la responsabilidad de ejercerla. Si el adolescente observa contradicciones y desacuerdos entre sus padres, tenderá a acercarse a quien le provea beneficios con inmediatez, donde el principal perjudicado será el hijo. Es importante que ambos padres aporten autoridad y ternura. Se recomienda que la autoridad la ejerzan los padres en una atmósfera de afecto y de seguridad, evitando aplastar al hijo con su superioridad.

Proporcionar libertad a las actividades del joven, al tiempo que se le transmite seguridad, son muestra de la autoridad de los padres. El adolescente tiene la necesidad de seguir sintiéndose querido por sus padres aun cuando se le otorguen castigos por las faltas que ha cometido. Son los mismos padres los que pueden restar su propia autoridad ante sus hijos, a través de prohibiciones o incesantes órdenes de hasta el más mínimo detalle de conducta, amenazas no llevadas a cabo, o bien, por medio de peleas, contradicciones y descalificaciones hechas delante de los hijos, incluso por el incumplimiento de las promesas y el uso de la mentira.

Desafortunadamente no son poco comunes los métodos coercitivos con un alto grado de brutalidad, que algunos padres llevan a cabo y que para ellos significa hacer uso de la autoridad. Estos comportamientos educativos estuvieron muy difundidos en el pasado, pero hoy todavía se practican. Para Martin (1992), si se tuviera un conocimiento profundo de los niños y adolescentes, así como un amor desinteresado por ellos, podrían surgir otras herramientas menos gratificadoras para los adultos –y quizá más difíciles de ejecutar-, pero más benéficas en tanto que responderían mejor a las necesidades de los hijos.

En su evolución, el adolescente se distancia de los adultos y se rebela de las normas impuestas por estos, dado su deseo de que prevalezca su juicio y decisión. La sobreestimación de su propio pensamiento lo lleva a establecer sus propias reglas morales, pero corre el riesgo de simplificar las cosas. Suele rechazar la autoridad procedente de la familia, prefiriendo a quienes practiquen sus valores morales (Vicente, 1996).

Generalmente, los adolescentes muestran una actitud no favorable al consumo de drogas, pero se encuentran ambivalentes ante conductas como el emborracharse, esto según la ENJ 2000 (Pérez & Valdez, 2003). Es por ello que resultaría benéfico aprovechar esta postura e implementar estrategias que permitan reforzar aquellas conductas que sean incompatibles con el empleo de drogas. Sigue siendo un reto lograr una disminución en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes para prevenir que consuman otras drogas en lo sucesivo, tanto en hombres como en mujeres. Ignorar el cada vez más alarmante aumento en la frecuencia con la que se consume algún tipo de droga tendría repercusiones en los programas dirigidos a la prevención de adicciones, en los cuales habría que considerar, entre otros cosas, aspectos específicos de la población a la que están destinados como son la condición económica, las particularidades de cada género y de cada edad, la región a la que pertenecen, etc. De esta manera, un programa podría contemplar el contexto específico en el que se desenvuelven los jóvenes y sus familias.

LIMITACIONES

Aun cuando se empleó un instrumento cuyas subescalas contaban con validez y confiabilidad aceptables para medir los estilos familiares –Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado–, se admite que no fue suficiente el haber hecho la traducción. Por tanto, hubiese sido fundamental realizar el procedimiento de validación correspondiente a nuestro contexto socio-cultural y, entonces, realmente medir la variable pretendida.

Después de realizar el análisis estadístico conveniente, se dejó ver una restricción de este trabajo, en el sentido de que una muestra más extensa, probablemente hubiese permitido determinar con mayor solidez, si existía asociación o no entre los cuatro estilos familiares y el consumo o no consumo de sustancias. Es decir, lo que se describió como una tendencia y, a final de cuentas como una relación entre variables que no es estadísticamente significativa, pudo ser ratificada analizando una muestra mayor a la empleada.

Otra restricción que se observó en este trabajo fue en torno a la construcción del Cuestionario de Estudiantes de Nivel Medio Superior el cual se elaboró especialmente para este trabajo de tesis. La limitante es en relación con el procedimiento de piloteo formal que requiere cualquier instrumento de medición en su etapa inicial. Esto es, no existió una prueba piloto formal en la que se aplicara el instrumento a una pequeña muestra que contara con características semejantes a las de la muestra definitiva. Únicamente fue contestado por un número reducido de personas quienes hicieron breves comentarios, los cuales fueron considerados para la reestructuración de tal instrumento.

SUGERENCIAS

El trabajo realizado con la Escala de Funcionamiento Familiar de Colorado constituye una aproximación en el proceso de estandarización de dicho instrumento a nuestro contexto. Por lo tanto, se propone que en estudios posteriores se retome la información presentada y se considere como una medición preliminar para la modificación y ajuste de los indicadores de confiabilidad y validez del instrumento. Es probable que se requieran de ítems adicionales para que las subescalas empleadas reflejen un dominio específico de contenido en relación con los estilos familiares.

Con el propósito de evaluar el estilo familiar o parental con mayor precisión, se propone que sea a través de una entrevista con los padres de familia, no obstante habría que ser cuidadosos ya que se corre el riesgo de obtener información parcial del fenómeno,

justificado en parte, por la brevedad del encuentro que no permitiera la manifestación de contradicciones en el discurso de los padres, o bien resultaría difícil diferenciar los patrones de comportamiento más frecuentes de los incidentales y, de hecho podrían permanecer ocultos varios de estos. Asimismo, el entrevistador puede dejarse influenciar por algunas características favorables que los padres muestren y atribuirle otras más positivas a la relación familiar. En ocasiones, con el solo hecho de poseer el rango de padres, puede conducirnos a calificarlos de manera más favorable de lo que sus verdaderas cualidades merecerían.

Consecuentemente, una evaluación más exacta del ambiente familiar requerirá, además de entrevistar a los padres o indagar en los hijos su percepción del fenómeno, el empleo de otras herramientas como son la observación, con sumo cuidado, de aquellos aspectos de la conducta de los padres en el ambiente en el que dicha conducta ocurre naturalmente, es decir, en el hogar. Este método es mejor conocido como observación naturalista y, si bien puede resultar muy útil, puede ser de difícil ejecución.

Llevar a cabo un análisis fino de la situación familiar de los estudiantes de un solo plantel escolar puede ofrecer el beneficio de detectar a aquellos adolescentes que presentan dificultades específicas en sus familias, en torno a las formas de control y expresión de afecto manifestados por los padres.

Posteriormente, se sugiere convocar a los papás en los que se haya detectado la problemática a una serie de talleres en los cuales se abordarían temas tales como la instauración de normas bien definidas en cuanto a claridad y consistencia; una comunicación basada en el respeto y el intercambio; el empleo de contratos escritos en los que se fijan las medidas disciplinarias previamente debatidas; la importancia de las consecuencias inmediatas e inevitables de las transgresiones; las desventajas del castigo corporal y la sobreprotección. Asimismo, los adolescentes con problemas asociados a su consumo de drogas, recibirán una intervención adecuada a su nivel, con la finalidad de atender su patrón de consumo de drogas y evitar el desarrollo de futuras complicaciones.

Por su parte, tanto los papás como los adolescentes que no presenten dificultades, ya sea en relación con los estilos parentales o con el patrón de consumo de sustancias, respectivamente, se les proporcionarían pláticas preventivas abordando temas equivalentes a los antes mencionados, con el objeto de evitar en la medida de lo posible, la aparición de incidentes mayores.

REFERENCIAS:

- Aguilar, J. V. (coord.) [1998]. *Manual de prácticas de estadística*. Coordinación de Matemáticas y Estadística. Facultad de Psicología, UNAM.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Masson.
- Andrade, P. P. (1998). *El ambiente familiar del adolescente*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization. *American psychologist*, 35, (7) 639-652.
- Belsasso, G., Estañol, B. & Juárez, H. (2002). *Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las adicciones*. CONADIC-SSA. www.ssa.gob.mx/unidades/conadic
- Berk, L. E. (1998). *Desarrollo del niño y del adolescente*. España. Prentice-Hall.
- Bloom, B. L. (1985). A factor analysis of self-report measures of family functioning. *Family Process*, 24, (2) 225-239.
- Bloom, B. L. & Naar, S. (1994). Self-report measures of family functioning: extensions of a factorial analysis. *Family Process*, 33, 203-216.
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Camacho, O. (2003). Familia y Educación. En Rosovsky, H. T. [coord.] (2003). *Alcohol y Familia*. Cuadernos FISAC, 4, (1) 35-39.
- Carneiro, L. (1977). *Adolescencia. Sus problemas y su educación*. México. Editorial Hispano-Americana.
- Castro, F. (1976). *Técnica básica de la seguridad e higiene en el trabajo*. Barcelona. Labor.
- Charro, B. & Martínez, M. A. (1991). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas.
- Coleman, J. C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. España. Morata.
- Comité de Enseñanza. (2004). *Fumar Empobrece*. CD ROM.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México. Prentice Hall.
- Davidson, A. & Davidson, R. (1996). *Los secretos de los buenos padres*. España. Médici.
- Denton, R. E. & Kampfe, C. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*, 29, (114) 475-495.
- Díaz-Barriga, S. L. (2004). Módulo I. Diplomado en Intervención breve para consumidores de Alcohol, Tabaco y otras Drogas 2004. CD-ROM.

- Encuesta Nacional de Adicciones. Resumen Ejecutivo (2002). Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Ehrenfeld, N. L. (2003). "Los jóvenes y las familias. Encuentros y tensiones entre filiaciones e identidad". En Pérez Islas, J. A. & Gauthier, M. (coord.). Nuevas miradas sobre los jóvenes. *Jóvenes*, 13, SEP- IMJ/CIEJ. 75-85.
- González, A. I. (1996). Socialización del adolescente. En Aguirre, B. A [ed.] (1996). *Psicología de la Adolescencia*. México. Alfaomega.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la investigación*. 2ª edición. México. McGraw-Hill.
- Hualde, U. G. (1990). Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. *Comunidad y drogas. Monografías*, 10, 75-97.
- Jiménez, R. M. (1986). Estudio comparativo entre adolescentes alcohólicos y no alcohólicos tomando como factor la autoridad. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Jurich, A. P., Polson, C. J., Jurich, J. A. & Bates, R. A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 20, (77) 143-159.
- Labajos, J. (1996). Identidad del adolescente. En Aguirre, B. A [ed.] (1996). *Psicología de la adolescencia*. México. Alfaomega.
- Macià Antón, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid. Pirámide.
- Machín, J. (2003). "Jóvenes y farmacodependencias en México. Una compleja encrucijada de miradas". En Pérez Islas, J. A. & Gauthier, M. (coord.). Nuevas miradas sobre los jóvenes. *Jóvenes*, 13, SEP- IMJ/CIEJ. 119-132.
- Mann, L. (1975). *Elementos de psicología social*. México. Limusa.
- Mariño, M. C., González-Forteza, C., Andrade, P., Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21, (1), 27-37.
- Martin, H. (1992). *Entre la tolerancia y la disciplina. Una guía educativa para padres*. España. Paidós.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E. K. & Berenzon, S. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en el adolescente. *Gaceta Médica Mexicana*, 131, (4), México.

- Méndez, R. & Hulsey, T. (1994). Relación padres-hijos y funcionamiento psicológico en mujeres adultas: el rol del conflicto, autoritarismo y expresividad. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10, (1) 59-72.
- Milán, N. D. & Vega, G. A. (1991). Evaluación de la percepción del ambiente familiar en sujetos farmacodependientes a través de la Escala de Ambiente Familiar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Moya M. (1996). Percepción social y de personas. En Morales, J. F. (1997). *Psicología Social*. Madrid. Mc Graw Hill.
- Mussen, P. H., Janeway, C. J. & Kagan, J. (1987). *Desarrollo de la personalidad del niño*. 2ª edición. México. Trillas.
- Natera. G. R. (2003). La familia: ¿un recurso social para la salud y las adicciones?. En Rosovsky, H. T. [coord.] (2003). Alcohol y Familia. *Cuadernos FISAC*, 4, (1) 41-59.
- Nató, A. & Rodríguez Q. G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires. Universidad.
- National Institute on Drug Abuse. (2002). www.nida.nih.gov
- Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. (2002). www.conadic.gob.mx/doctos/observatorio_2002
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Meditor.
- Pérez, I. J. & Valdez, G. M. (2003). "Imágenes sobre los jóvenes en México". En Pérez Islas, J. A. y Gauthier, M. (coord.). Nuevas miradas sobre los jóvenes. *Jóvenes*, 13, SEP-IMJ/CIEJ. 13-43.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1993). *Psicología del niño*. Madrid. Morata.
- Ponce de León, E. (2003). Jóvenes y familia en el México contemporáneo: ¿factores de protección y/o riesgo?. En Rosovsky, H. T. [coord.](2003). Alcohol y Familia. *Cuadernos FISAC*, 4, (1) 21-34.
- Powell, M. (1981). *La Psicología de la adolescencia*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Puente, S. F., Gómez-Mont, F., Souza, M. M. & Espel, M. M. (1989). *La familia ante el problema de las drogas*. México. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.
- Quiroga, H. A. & Mata, A. (2002). Cuestionario de Estudiantes 2002. Instrumento desarrollado en el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología, UNAM.
- Rice, F. P. (1999). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. España. Prentice-Hall.

- Richard, D. (2002). *Las drogas*. México. Siglo XXI.
- Rincón, L. J. & Villafán, A. M. (2000). Ambiente familiar y filosofía de vida en jóvenes farmacodependientes y no farmacodependientes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, M. (1996). La vivencia grupal en la adolescencia. En Aguirre, B. A [ed.] (1996). *Psicología de la adolescencia*. México. Alfaomega.
- Rojas, P. A. (1974). *El adolescente mexicano*. México. Federación Editorial Mexicana.
- Rosovsky, H. T. (2003). El papel de la familia en la prevención y el manejo del abuso del alcohol: una revisión de las evidencias. En Rosovsky, H. T. [coord.] (2003). *Alcohol y Familia. Cuadernos FLSAC*, 4, (1) 9-19.
- Ruiz, A. (1987). *Salud ocupacional y productividad*. México. Limusa.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México. El Manual Moderno.
- Vallejo, A. G. (2002). Estilos de paternidad y conflictos de autoridad entre padres y adolescentes totonacas en el medio rural. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Vargas M, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8) 47-53.
- Velasco, F. R. (1999). *Las adicciones: manual para maestros y padres*. México. Trillas.
- Velasco, F. R. (2000). *Alcoholismo*. Visión integral. 2ª reimpresión. México. Trillas.
- Vicente, F. (1996). Ideología y valores en la adolescencia. En Aguirre, B. A [ed.] (1996). *Psicología de la adolescencia*. México. Alfaomega.
- Vidals M, C. (1998). La percepción interpersonal. www.universidadabierta.edu.mx
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., López-Lugo, E., Juárez, F., Rivera, E., Espinosa, G., Fleiz, C. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*, 19 (3).
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. & Ramos, A. (2004). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del D.F: medición Otoño 2003. Reporte Global. INP-SEP. México.
- World Organization Health. (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Stockwell, T. y Chikritzhs, T. (ed.).

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR

PLANTEL : _____

FECHA: _____

SEMESTRE: _____

EDAD: _____ GÉNERO: H () M ()

ESTADO CIVIL: a) Soltero (a) d) Divorciado (a)
 b) Casado (a) e) Separado (a)
 c) Viudo (a) f) Unión libre

ACTUALMENTE: a) Estudio medio tiempo () tiempo completo ()
 b) Trabajo medio tiempo () tiempo completo ()

EN TU CASA, ¿CON QUIÉNES VIVES?:

a) Papá / sustituto _____ d) Otro(s) familiar(es) _____
b) Mamá / sustituta _____ e) Amigos _____
c) Hermano (s) _____ f) Otro(s) _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con el consumo de algunas sustancias. Por favor, lee con cuidado cada enunciado y subraya la respuesta que corresponda. Esta información es absolutamente confidencial.

1. *¿Alguna vez en tu vida, has tomado, usado o probado drogas como las anfetaminas (ej. Ritalin, Diestet, Efedrina, etc.); tranquilizantes (ej. Valium, Diacepam, etc.); sedantes (ej. Rohypnol, etc.) o algún otro **sin que el médico te lo recetara?***
a) Sí b) No

2. *¿Hace cuánto tiempo usaste drogas como las anfetaminas (ej. Ritalin, Diestet, Efedrina, etc.); tranquilizantes (ej. Valium, Diacepam, etc.); sedantes (ej. Rohypnol, etc.) o algún otro, por primera vez, **sin que un médico te lo recetara?***
a) Hace menos de un mes b) De 2 a 6 meses c) De 7 a 12 meses
d) Hace más de un año e) Nunca he consumido drogas

3. *¿Cuántas veces en tu vida has usado drogas como las anfetaminas (ej. Ritalin, Diestet, Efedrina, etc.); tranquilizantes (ej. Valium, Diacepam, etc.); sedantes (ej. Rohypnol, etc.) o algún otro, **sin que un médico te lo recetara?***
a) 1-2 veces b) 3-5 veces c) 6-10 veces d) 11-49 veces
e) 50 o más veces f) Nunca he consumido drogas

4. *¿Cuántos años tenías cuando usaste drogas como las anfetaminas (ej. Ritalin, Diestet, Efedrina, etc.); tranquilizantes (ej. Valium, Diacepam, etc.); sedantes (ej. Rohypnol, etc.) o algún otro, **por primera vez sin que un médico te lo recetara?***
Años _____ Nunca he consumido drogas

5. *¿Alguna vez en tu vida, has tomado, usado o probado drogas como la marihuana, hashish; cocaína, crack; alucinógenos (ej. hongos, peyote, LSD, mezcalina, etc.); inhalables (ej. thiner, cemento, pintura, pegamento, etc.), heroína, drogas de diseño (éxtasis), etc.?*
 a) Sí b) No
6. *¿Hace cuánto tiempo usaste drogas como la marihuana, hashish; cocaína, crack; alucinógenos (ej. hongos, peyote, LSD, mezcalina, etc.); inhalables (ej. thiner, cemento, pintura, pegamento, etc.), heroína, drogas de diseño (éxtasis), etc.?*
 a) Hace menos de un mes b) De 2 a 6 meses c) De 7 a 12 meses
 d) Hace más de un año e) Nunca he consumido drogas
7. *¿Cuántas veces en tu vida has usado drogas como la marihuana, hashish; cocaína, crack; alucinógenos (ej. hongos, peyote, LSD, mezcalina, etc.); inhalables (ej. thiner, cemento, pintura, pegamento, etc.), heroína, drogas de diseño (éxtasis), etc.?*
 a) 1-2 veces b) 3-5 veces c) 6-10 veces d) 11-49 veces
 e) 50 o más veces f) Nunca he consumido drogas
8. *¿Cuántos años tenías cuando usaste drogas como la marihuana, hashish; cocaína, crack; alucinógenos (ej. hongos, peyote, LSD, mezcalina, etc.); inhalables (ej. thiner, cemento, pintura, pegamento, etc.), heroína, drogas de diseño (éxtasis), etc., por primera vez?*
 Años _____ Nunca he consumido drogas
- 9.- *¿En los últimos 12 meses has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, “coolers”, brandy, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como “piña colada” o “medias de seda”, entre otras?*
 a) Sí b) No
- 10.- *¿Con qué frecuencia tomaste en los últimos 12 meses, sólo 1 copa completa de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?*
 a) Menos de una vez en el último año b) De 1 a 2 veces en el último año
 c) Nunca he tomado sólo 1 copa completa de alcohol, sino más de 1 copa en una sola ocasión d) No bebo alcohol
- 11.- *¿Con qué frecuencia tomaste en el último mes, 1 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?*
 a) Nunca en el último mes b) Una vez en el último mes c) De 2 a 3 veces en el último mes
 d) Una o más veces en la última semana e) Nunca he consumido más de 1 copa en una sola ocasión f) No bebo alcohol
- 12.- *¿Cuántos años tenías cuando tomaste por primera vez una copa completa de cualquier bebida alcohólica?*
 Años _____ Nunca he tomado alcohol

**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE COLORADO
(CFFS – BERNARD L. BLOOM)**

SEMESTRE: _____

EDAD: _____

GÉNERO: H() M()

Las siguientes declaraciones abordan algunos aspectos de las relaciones familiares. Por favor, lee con atención cada enunciado y marca con una X la alternativa que corresponda a la situación que ocurra en *tu familia*. Es muy importante que contestes con sinceridad. Tus respuestas son confidenciales y tú no podrás ser identificado. Si tienes alguna duda, solicita ayuda al aplicador.

Totalmente de Acuerdo = **TA**
 De Acuerdo = **A**
 Indeciso = **I**
 En Desacuerdo = **D**
 Totalmente en Desacuerdo = **TD**

AFIRMACIONES	TA	A	I	D	TD
1. En nuestra familia es importante para cada uno expresar su opinión.					
2. Nadie manda a ninguno en nuestra familia.					
3. Los miembros de nuestra familia somos severamente castigados por cualquier cosa que hacemos mal.					
4. Los miembros de mi familia se sienten con la libertad de decir lo que piensan.					
5. Nuestros padres toman todas las decisiones importantes de mi familia.					
6. Hay castigos estrictos cuando se rompen las reglas familiares.					
7. Los miembros de mi familia discuten sus problemas y generalmente se sienten bien con las soluciones.					
8. Hay muy pocas reglas en nuestra familia.					
9. No nos contamos unos a otros nuestros problemas personales.					
10. Nuestra familia no discute sus problemas.					

GRACIAS POR PARTICIPAR

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN PARA LA ESCALA DE
 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE COLORADO:

Pregunta	TA	A	I	D	TD
1	5	4	3	2	1
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5

Anotar en los espacios correspondientes las respuestas de cada una de las preguntas:

Estilo Familiar
Autoritario

Expresividad

2. ____

1. ____

3. ____

4. ____

5. ____

7. ____

6. ____

9. ____

8. ____

10. ____

Total ____

Total ____

Se consideran los puntajes de un grupo de participantes, para obtener los grados alto y bajo de las dimensiones de afecto (subescala de Expresividad) y de control (subescala de Estilo Familiar Autoritario), los cuales resultan del valor de las medianas de cada una de las subescalas. En este sentido, los Estilos Familiares quedan conformados de la siguiente manera:

1. Bajo en Estilo Familiar Autoritario + Bajo en Expresividad = Estilo Familiar Negligente.
2. Alto en Estilo Familiar Autoritario + Bajo en Expresividad = Estilo Familiar Autoritario.
3. Bajo en Estilo Familiar Autoritario + Alto en Expresividad = Estilo Familiar Permisivo.
4. Alto en Estilo Familiar Autoritario + Alto en Expresividad = Estilo Familiar Democrático.

POSIT
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES

SEMESTRE: _____

EDAD: _____

GÉNERO: H () M ()

Instrucciones:

- ♦ Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.
- ♦ Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.
- ♦ Es posible que encuentres preguntas semejantes. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.
- ♦ Por favor, pon una "X" sobre tu respuesta, y no marques fuera de los recuadros.
- ♦ Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

¡GRACIAS!

		Sí	No
1.	¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?		
2.	¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el estado del alcohol o de drogas?		
3.	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?		
4.	¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o a las drogas?		
5.	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		
6.	¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		
7.	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		
8.	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		
9.	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		
10.	El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		
11.	¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?		
12.	¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		
13.	¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		
14.	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?		
15.	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		
16.	¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		
17.	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		

FORMATO DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE
PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (SUBESCALA DE USO/ABUSO DE SUSTANCIAS):

<i>Área de funcionamiento</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Punto de corte</i>
1. Uso/abuso de sustancias	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.	Todos son RF

RF = *Red Flags* (su sola presencia indica riesgo en el área en la que se encuentran).