



**U**NIVERSIDAD  
**I**NSURGENTES

*Plantel Xola*

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE  
SUSTANCIAS TÓXICAS, INTERACCIONES  
FAMILIARES DISFUNCIONALES Y BAJO  
APEGO ESCOLAR”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A N :**

C. MARÍA LUISA ORTÍZ MARTÍNEZ

C. MARGARITA TORRES SÁMANO

ASESORA: LIC. MARÍA TERESA BOLAÑOS TÉLLEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS:**

### **A MI MADRE:**

*Gracias por estar siempre conmigo, gracias por todo tu apoyo y el amor que me has brindado, gracias por tu enorme paciencia, tus consejos y desvelos, y quiero que sepas que el logro que hoy he alcanzado sin tí no hubiera sido posible, te amo Alís. ALICIA MARTÍNEZ RAFAEL.*

### **A MIS PADRES:**

*Gracias por estar conmigo y apoyarme, pero sobre todo por hacerme sentir como su hija, EDILBERTO NARVÁEZ GONZÁLEZ.*

*Gracia por darme la vida y por tu apoyo, LUIS ORTÍZ CUEVAS.*

### **A MI HERMANA:**

*Gracias por tu amistad, por los momentos de complicidad, por todas las aventuras que vivimos hace algunos años, por hacer que mi vida éste llena de recuerdos inolvidables y maravillosos. PATRICIA ORTÍZ MARTÍNEZ*

### **A MIS SOBRINOS:**

*Porque cuando me entere de que estaban en camino, fui más feliz y espere con ansia y emoción su llegada, y cada vez que los veo simplemente me lleno de alegría. GAEL Y SEBASTIAN.*

### **PARA ALGUIEN ESPECIAL:**

*Gracias por estar ahí y enseñarme que el amor no es mirarse a los ojos, sino mirar en una misma dirección, RAÚL RUMBO NARVÁEZ*

### **A MIS AMIGAS:**

*Gracias por todos los momentos gratos he ingratos que pasamos dentro y fuera del aula, les agradezco su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. Ustedes ya son parte de mi familia, KARLY, NADIS, MAGGY, LAU, NAN Y PILY*

### **A MI COMPAÑERA DE AVENTURA:**

*Amiga recuerdas cuando iniciamos... jajaja si viendo las dedicatorias. Te agradezco por acompañarme hasta el final, valieron la pena todos los fines de semana, las diferencias, las celebraciones anticipadas y los llantos, verdad... MARGARITA TORRES SAMANO*

### **GRACIAS...**

*A la lic, MARIA TERESA BOLAÑOS TÉLLEZ, que estuvo conmigo desde el inicio de mi formación educativa hasta la conclusión de este proyecto de tesis, por sus consejos y por dedicarme el tiempo para brindarme su conocimiento y experiencia dentro y fuera del salón de clases.*

*A Lic. JOSE LUIS CERVANTES, por ayudarme de una forma desinteresada, por tu paciencia, tranquilidad y grandes aportaciones profesionales que me brindaste desde siempre, gracias "LU2".*

*A la maestra YOLANDA SANTIAGO HUERTA, por las observaciones y tiempo dedicado a la revisión, y realización de este trabajo.*

*A GRUPO ALTIA I. A. P., CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C., CONALEP AEROPUERTO Y VOCES DE LA DIVERSIDAD POR UNA SOCIEDAD EN PLENITUD A.C. todas y cada una de estas instituciones me enseñaron y dejaron huella en mí, espero corresponderles muy pronto.*

*Para todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto, les agradezco haber llegado a mi vida y compartir momentos de dicha y tristeza, muchos de ustedes contribuyeron en este trabajo de forma directa o indirecta, gracias...*

**MARIA LUISA ORTIZ MARTÍNEZ**

## Dedicatoria

Hace un par de años tuve que dejar inconclusa mi carrera por problemas personales cuando la retome les dije a mis papás que antes de cumplir treinta años ya iba a tener mi carrera terminada, mi casa y un auto; me alegra decir que pude cumplir el objetivo; no obstante, en todo este tiempo me di cuenta que aparte de eso hay cosas más importantes que van enriqueciendo tu vida.

Me considero afortunada porque en este camino que he recorrido desde que retome la carrera encontré a tres personas maravillosas que me brindaron su amistad sin esperar nada a cambio y que me han apoyado en todos los altibajos que se me han presentado y no bastando con eso me aceptaron en su vida y decidieron incluirme en su plan de vida al dejarme ser participe de la fundación que formamos.

Me di cuenta que los verdaderos amigos y la familia siempre van a estar ahí apoyándote pase lo que pase y siempre te van a impulsar a cumplir las metas que te propones.

Es verdad que en ocasiones le reclame a Dios por la vida que me tocó vivir pero al final me di cuenta que tomo cauce por las decisiones y acciones que tomé y terminé reconciliandome con la vida y me dio el mejor regalo que pude haber pedido, un hermoso regalo que se llama Valentina Soleil, así fue como comprendí que los objetivos que me planteé antes estaban incompletos porque

me hacía falta algo para poderme sentir satisfecha.

Dedico esta tesis a todas las personas que me acompañaron en el trayecto pero en especial a mi princesa que me impulsa cada día a continuar y ser mejor persona.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	8
RESUMEN.....	11
<b>CAPITULO 1 LA FAMILIA.....</b>	<b>13</b>
1.1 LA FAMILIA DURANTE LA ÉPOCA PREHISPÁNICA EN MÉXICO	14
1.2 CONCEPTO DE FAMILIA.....	19
1.3 TIPOS DE FAMILIA.....	21
1.4 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	23
1.5 MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	28
1.5.1. MODELO SISTEMICO DE FAMILIA DE BEAVERS	29
1.5.2 MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE	
MCMASTER.....	30
1.5.3 MODELO FAMILIAR DE MOOS.....	35
1.5.4 MINUCHIN.....	37
1.5.5 WHITAKER Y NAPIER.....	37
1.5.6. HANSEN (1981, EN PONZETTI Y LONG, 1989)	38
1.6 FAMILIAS DISFUNCIONALES.....	38
<b>CAPITULO 2 ADOLESCENCIA.....</b>	<b>44</b>
LA ANTROPOLOGÍA CULTURAL Y ALGUNOS PROBLEMAS TEÓRICOS	45
2.1 DEFINICIÓN.....	47
2.2 FASES DE LA ADOLESCENCIA.....	48
2.3 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA	49
2.4 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA.....	54
<b>CAPITULO 3 APEGO ESCOLAR.....</b>	<b>61</b>

3.1	CONCEPTO DE APEGO.....	62
3.2	EL APEGO EN EL DESARROLLO.....	63
3.3	APEGO ESCOLAR.....	68
3.4	DESERCIÓN ESCOLAR.....	72
<b>CAPITULO 4 DROGAS.....</b>		<b>75</b>
4.1	DROGAS.....	76
4.2	DEPENDENCIA.....	80
4.3	ABUSO Y CONSUMO PERJUDICIAL.....	83
4.4	INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS E INTOXICACIÓN AGUDA	85
4.5	CAUSAS DE LA ADICCIÓN.....	86
4.5.1	SOCIALES... . . . . .	86
4.5.2	PSICOLÓGICAS. . . . .	89
4.5.3	BIOLÓGICAS. . . . .	92
4.6	CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN.....	93
4.7	EPIDEMIOLOGIA.....	95
4.8	CLASIFICACIÓN DE DROGAS.....	101
<b>CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA.....</b>		<b>106</b>
5.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	107
5.2	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	107
5.2.1	GENERAL.....	107
5.2.2	ESPECÍFICOS.....	107
5.3	HIPÓTESIS.....	107
5.3.1	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	107



5.3.2	HIPOTESIS NULA.....	108
5.4	VARIABLES.....	108
5.5	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	108
5.6	DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	109
5.7	TIPO DE DISEÑO.....	110
5.8	TIPO DE ESTUDIO.....	110
5.9	ESCENARIO.....	111
5.10	POBLACIÓN.....	111
5.11	MUESTRA.....	111
5.12	PRUEBAS E INSTRUMENTOS.....	112
5.13	PROCEDIMIENTO.....	113
5.14	ANÁLISIS DE DATOS.....	114
<b>CAPÍTULO 6 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>		<b>106</b>
6.1	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	116
<b>DISCUSIÓN.....</b>		<b>127</b>
<b>CONCLUSIONES y SUGERENCIAS.....</b>		<b>132</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>142</b>

## INTRODUCCIÓN

Actualmente hemos sido testigos de cómo el consumo de sustancias tóxicas se ha convertido en una epidemia, a diferencia de generaciones anteriores, actualmente se inicia el consumo a una edad más temprana y aunque consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, datos de la ENA (encuesta Nacional de Adicciones, 2008), demuestran como el consumo en mujeres se ha incrementado considerablemente. El entorno familiar y escolar, fungen como elementos de protección para que los jóvenes aunque estén expuestos a varias drogas, tengan las herramientas necesarias para optar por otras alternativas y estas a su vez, les permitan concluir metas favorables acordes a su edad.

En el primer capítulo, aparte de dar a conocer el concepto de familia, hablamos de la misma desde la época prehispánica y como esta ha cambiado hasta nuestros días, esto respaldado por varios autores como Moos, Minuchin, Whitaker Y Napier, Hansen entre otros. Esto para tomar en cuenta los factores que influyen para que una familia sea o no disfuncional y qué características tiene cada modelo familiar.

Actualmente en muchos hogares ambos padres salen a trabajar y los hijos se quedan al cuidado de los abuelos, la televisión, hermanos mayores, etc. Dejando las normas y límites muy endeblados, y al no estar una persona responsable se vuelve difícil de respetar los mismos. Sin embargo si desde niño se les inculca la adaptabilidad, comunicación, convivencia, tiempo de calidad, asertividad, entre otras pueden ser la diferencia para que el adolescente se enfrente o no a situaciones de riesgo o de protección.

En el capítulo dos, hablamos del concepto de adolescencia, ya que según los autores como Papalia, Arberustari, Piaget, Elkind, Erikson, Freud, ésta es una etapa de cambio y transición, además se considera una etapa muy compleja pues aquí se desencadenan una serie de cambios no solo biológicos (físicos), también psicológicos (cognoscitivos) y socioafectivos.

El adolescente pasa por etapas muy complejas, y se vuelven más vulnerables hacia el consumo de drogas, así mediante la influencia de pares, búsqueda de la aceptación por un grupo o simplemente ganas de experimentar, se inician en el consumo experimental de drogas, si esta experiencia es desagradable seguramente será la última vez que la consuma, pero si es agradable, buscara una y otra vez como conseguir nuevamente esa sensación, lo que puede desencadenar en una dependencia hacia una sustancia, esta puede ser física o psicológica, pero en el transcurso es muy probable que experimente con varias sustancias tóxicas sin medir un riesgo real de las consecuencias que esto conlleva.

En el capítulo número tres damos la definición de apego escolar, Bowlby es el autor que nos da un amplio panorama sobre el apego en el desarrollo del ser humano, y como este surge desde los primeros meses de vida, con el paso del tiempo este cambia y se inician los vínculos afectivos entre pares, principalmente en los adolescentes y es aquí donde podemos encontrar como una institución, amistad, proyecto de vida, habilidad, etc., juegan un papel muy importante tanto en factor de protección, como en factor de riesgo y encontramos que si una persona adquiere desde muy joven al

hábito de estudiar, posiblemente ampliara sus intereses y aspiraciones vocacionales.

Hablamos de drogas en el capítulo número cuatro, damos el concepto y las diferencias entre dependencia, abuso, consumo perjudicial, e intoxicación, basándonos en el Manual DSM-IV Y el CIE-10. En causas de la adicción no hay ninguna respuesta concreta, sin embargo algunos estudios nos indican que las causas pueden ser psicológicas, sociales, biológicas entre otras. También mencionamos las consecuencias de las adicciones y como esta no solo daña a la persona que las consume sino igualmente a sus familiares.

En el quinto y último capítulo se encuentra la metodología, donde podemos concluir diciendo que las hipótesis planteadas se comprobaron y si hay correlación en las tres variables. Para llegar a esta conclusión utilizamos una prueba conocida como DUSI-R donde se obtuvieron los resultados del consumo de drogas, interacciones familiares disfuncionales y bajo apego escolar, evaluamos los resultados obtenidos con rangos de confianza de la misma prueba. Estas escalas a su vez fueron correlacionadas entre sí para responder a nuestra pregunta de investigación.

Nuestro interés fundamental es correlacionar el consumo de drogas, interacciones familiares disfuncionales y bajo apego escolar en la adolescencia. Es preciso mencionar que este trabajo, no pretende plantear consejos ó soluciones, sino presentar un panorama que motive a los interesados, y los invite a transmitir la información a futuras investigaciones.

## JUSTIFICACIÓN

La presente investigación surge a partir de la detección del consumo de sustancias tóxicas por parte de algunos alumnos al interior del Plantel CONALEP AEROPUERTO (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica) ubicada en Av. Acolhuacan s/n Esq. Aztecas 3ra. Sección, C.P. 15600, Delegación Venustiano Carranza y se pretende incrementar el acervo de conocimientos sobre el tema, además pensamos que el apego escolar es un factor de protección, mientras que las relaciones familiares disfuncionales son un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Al hablar de relaciones familiares disfuncionales, hablamos de una o varias formas de violentar a los integrantes de la familia, no solo de forma física, también verbal, emocional y otras.

De acuerdo a la información de la INDIREH (2006) estos son algunos de los trastornos relacionados a la existencia de las relaciones familiares disfuncionales:

- 48.5% Tristeza o depresión
- 31.3% Problemas nerviosos
- 26.2% Angustia o miedo
- 23.5% Alteraciones del apetito
- 12.2% Dejan de ver a sus familiares
- 4.4% Han intentado quitarse la vida

Cuando hay violencia en la familia algunos adolescentes se refugian en el consumo de sustancias tóxicas y aunque en

la actualidad, hay más acceso y difusión sobre la prevención de adicciones, ésta se ha convertido en una de las principales necesidades para los jóvenes. Es muy importante que en la prevención se resalten los factores de riesgo y protección, ya que las consecuencias a mediano y largo plazo varían dependiendo de la droga y el consumo de las mismas.

De acuerdo a los datos de la ENA (Encuesta Nacional de Adicciones 2008) los jóvenes entre 12 y 17 años presentan mayores prevalencias en los niveles considerados como bebedores altos y con abuso/dependencia por cada 100 jóvenes en el mismo grupo de edad. El Distrito Federal y Zacatecas son los estados con mayor prevalencia de consumidores diarios (0.6) a nivel nacional 2.9 % de los jóvenes entre 12 y 17 años tienen problemas de abuso/dependencia al alcohol, siendo mayor en los hombres al presentar un porcentaje de 3.6 contra 2.1 % en las mujeres, aunque en mujeres esta ha ido aumentando en los últimos años.

Hablando del consumo de tabaco tenemos que en San Luis Potosí y Jalisco son las entidades donde en promedio se inicia más temprano el consumo de cigarrillos (16.2 años de edad), mientras que en Chiapas, la edad de inicio es de 19.3 años. Los jóvenes de 12 a 17 años son actualmente fumadores; 85.1 %, nunca ha consumido tabaco y 6.1 % dejó de fumar.

Otro fenómeno que actualmente afecta a la población juvenil es el consumo de drogas ilícitas. Los resultados señalan que los inhalables (63.3 %), la marihuana (55.7 %) y los sedantes (50.9 %) son las principales drogas de consumo en los jóvenes de 12 a 17 años; la población de 18 a 25 años consume otras drogas (54.1 %), alucinógenos (53.1 %) y cocaína (48.5 %).

Retomando los factores de protección que ayudan en la prevención de las adicciones, mencionado arriba, uno de ellos es el apego o la adherencia escolar; sin embargo, debemos resaltar que de cada 10 alumnos que entran a la primaria solo uno termina la licenciatura, esto contribuye a que muchos hogares dependan del salario mínimo lo que obliga a ambos padres a laborar. Debería ser una prioridad invertir más que nunca en la educación, ya que nos permitiría responder a todos los cambios, especialmente los tecnológicos pues estos están teniendo grandes efectos en los mercados laborales. La demanda de educación cada vez es más alta de acuerdo a los datos de la ENJ (Encuesta Nacional de la Juventud de 2010) 38.8 por ciento de las y los jóvenes se dedican sólo a estudiar, mientras que el 28.6 por ciento de las y los jóvenes se dedican sólo a trabajar, el 10.9 % de las y los jóvenes estudian y trabajan simultáneamente los que nos da un total de 78 % de las y los jóvenes se dedican a estudiar y/o trabajar. Cabe resaltar que 3 de cada 4 jóvenes que no estudian son mujeres.

Algunas de las principales causas para abandonar la escuela son las económicas, académicas y familiares, esto dependerá de cada entidad. Pero existen otros factores que no permiten enganchar al alumno con el sistema educativo y este vínculo será de gran importancia para que el alumno continúe. A nivel medio superior encontramos la aceptación social entre pares, ausencia de proyecto escolar, ausencia de proyecto de vida, condiciones precarias en la vida familiar, pobre técnica educativa e incluso desinterés por el tipo de orientación vocacional, entre otros son determinantes para que exista un bajo o alto apego escolar.

## RESUMEN

La investigación que a continuación se presenta pretende conocer si existe una correlación entre el consumo de sustancias tóxicas, interacciones familiares disfuncionales y el bajo apego escolar, esto con el objeto de ampliar el conocimiento. Con ese fin primeramente nos respaldamos en un marco teórico de cinco capítulos sobre: familia, adolescencia, apego escolar, drogas y metodología, el cual nos permite sustentar la información. Posteriormente aplicamos una prueba para observar los resultados que esta nos daba.

Es una investigación no experimental, de diseño correlacional porque trabajamos con 3 variables (relación entre el consumo de sustancias tóxicas, interacciones familiares disfuncionales y el apego escolar) y transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito de analizar su incidencia y correlación.

La muestra total de la población fue de 217 alumnos, el 94% de la población son hombres y el 6% mujeres de entre 15 y 22 años, todos alumnos del Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica, (CONALEP) plantel AEROPUERTO, donde aplicamos la prueba Drug Use Screening Inventory para su aplicación con adolescentes mexicanos (DUSI-R).

Decidimos trabajar con este plantel ya que eran jóvenes que reunían las características que nosotras buscábamos, aunado a lo anterior un directivo del plantel nos comentó que algunos jóvenes a los que se les aplicaría la prueba estaban manifestando problemas de conducta, apatía hacia algunas



materias, impuntualidad, escasa participación en clase, bajas calificaciones, inasistencia e incluso deserción escolar y en algunos casos consumo de drogas.

los resultados obtenidos de esta investigación nos llevan a confirmar las hipótesis planteadas, pues estas fueron comprobadas y corroboramos que si existe una correlación en las tres variables, la correlación más alta se dio entre la disfunción familiar y el consumo de sustancias tóxicas, en segundo lugar la disfunción familiar y el apego escolar y en tercer lugar la correlación entre apego y consumo de sustancias toxicas; por lo que podemos concluir que el mayor riesgo para que el adolescente consuma sustancias tóxicas empieza en su ambiente familiar ya que entre mayor disfunción haya mayor consumo, sin embargo, esto no significa que hay que dejar a un lado el apego escolar puesto que éste es un factor de protección ya que al haber problemas en casa el adolescente se puede refugiar en otras actividades y así tener expectativas más amplias con respecto a su desarrollo personal.

**CAPÍTULO I**  
**LA FAMILIA**

El concepto de familia en estas últimas décadas se ha ido modificando, ya que desde hace algunos años la unión entre varón y mujer se ha reformado, tiene que ver con el tiempo, la modernidad, grupos más complejos y el tipo de convivencia. Datos del INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía) del año 2008 en México registraron 589 mil 352 matrimonios, cantidad inferior a la de 2007 (595 mil 209) en 5 mil 857 uniones legales, lo que representa una ligera disminución del 1% entre ambos años. El evidente aumento de hogares monoparentales sustentados por la mujer, por la ausencia de la figura paterna.

La familia ha estado, está y muy probablemente estará siempre en crisis ya que de acuerdo a los datos del INEGI los procesos de divorcio en 2008 ascendieron a 81 mil 851, en el año anterior fueron 77 mil 255; es decir, el número de divorcios aumentó en 4 mil 596, lo que significa un incremento de 5.9% en doce meses. Esto nos habla del cuestionamiento que la familia debe hacer para adaptarse y enfrentar los desafíos de los tiempos actuales.

### **1.1 LA FAMILIA DURANTE LA ÉPOCA PREHISPÁNICA EN MÉXICO.**

Como mencionamos en la introducción la familia es uno de los factores que influye directamente en la conducta del adolescente por lo cual abordaremos algunos conceptos de ésta así como las características más relevantes con relación a la organización familiar para los grupos sociales que hemos considerado más representativos de esta época. Los autores que fueron consultados para esto son Vicente Rivapalacios (1887), Miguel León Portilla (1963), Carlos Alvear Acevedo (1964) y Nicolás León (1919).

Los grupos arcaicos se caracterizaron por ser sedentarios; habitaban en aldeas más o menos populosas y su alimentación estaba basada en el consumo del maíz, frijol, calabaza y chile. Estaban organizados en clanes totémicos, (el término tótem se ha usado para caracterizar unos rasgos religiosos y de organización social en muchos pueblos primitivos) algunos de ellos lograban la organización en clanes matrimoniales, lo que correspondía a un toteísmo individualizado, esto significa que cada hombre afirmaba tener parentesco con un tótem, es decir, un objeto, un animal o una planta, que sirve de símbolo de un grupo o de un individuo, con quien se guarda una relación mística. El régimen patriarcal prevalecía en la mayoría de los grupos arcaicos. (<http://j.orellana.free.fr/textos/toteismo.htm>)

Por ejemplo la familia Náhoa, pueblos de habla náhuatl, que en la actualidad se encuentran asentados en Milpa Alta en el Distrito Federal, el vocablo náhoa hace referencia a una serie de tribus que poblaron el valle de México y significa "hombre verdadero". Milpa Alta, que fue un antiguo asentamiento Náhoa, con una extensión de 28 mil hectáreas, es una de las 16 delegaciones rurales más extensas del valle de México. Los náhoas de Milpa Alta habitan doce pueblos, aunque la religión predominante es la católica, existe una relación mística e indivisible con su tierra, espacio geográfico considerado como zona exclusiva de desarrollo vital y cultural.

(<http://deantropologiamexicana.blogspot.mx/2010/08/los-nahoas-de-milpa-alta.html>)

Estaba organizada en tribus divididas en cuatro clases para el intercambio matrimonial. En esta familia estaba permitida la poligamia, siempre y cuando el hombre se

obligara a cultivar un nuevo campo por cada nueva mujer que tomase. Esto en general, limitaba al hombre para volverse polígamo, pero constituía un privilegio para los señores principales que contaban con los medios para poseer varias mujeres. En relación al matrimonio, la pareja elegía con quien de las dos familias prefería convivir, ya fuera la de ella o la de él. De esta forma compartían la misma vivienda con los padres, hijos, nietos y nueras. Únicamente se separaban cuando se excedía el número de personas en relación al tamaño de la casa. La autoridad suprema dentro de la familia la ejercía el padre que se hacía respetar por medio de la fuerza y además asumía el cargo de sacerdote. A la mujer Náhoa se le preparaba desde niña para realizar las labores domésticas tales como el hilado de algodón, la preparación de alimentos y el tejido de lienzos para trajes y esteras para las habitaciones. Además de estas labores era preponderante el papel de la mujer para la procreación de los hijos.

Según el Dr. Nicolás León, (1919) los Chichimecas, conjunto de pueblos aborígenes que se asentaron en el norte del actual territorio mexicano y que se caracteriza por su gran aridez, practicaron el patriarcado y se daba entre ellos una estricta división sexual del trabajo. El hombre se dedicaba a la guerra y a la caza, mientras que la mujer realizaba las labores domésticas.

Los cuatro grupos principales eran los zacatecos, guayares, maes y guachichiles. Las diferentes comunidades no tenían una limitación establecida y fija por lo que los conflictos bélicos eran muy comunes entre ellos. Dado que eran nómades en su mayoría no desarrollaron una gran cultura sin embargo, en algunas tribus se podía encontrar pequeños

centros de adoración de dioses, canchas de pelota y otras pequeñas edificaciones.

Su forma de sustentación dependía de la caza y de la recolección ya que sólo practicaban la agricultura aquellos grupos que vivían en las proximidades de ríos o de otras fuentes de agua.

<http://www.historiademexico.co/2011/04/los-chichimecas.html>

Los mayas integraban su familia por medio del matrimonio que a diferencia de los grupos anteriores, practicaban la bigamia. "Esto se debió al principio de que cada hombre podía tener dos mujeres, basándose en la creación del Chaiabad". (León Nicolás, Pág. 231).

Los mayas fueron un pueblo sedentario que se ubicaba geográficamente en el territorio del sur de México, Guatemala y otras zonas de América Central. Es especialmente importante su presencia e influencia en los territorios de las actuales Guatemala y Belice, con una rica historia de unos 3.000 años. Los antiguos mayas fueron una de las culturas mesoamericanas precolombinas. Construyeron grandes templos y grandes ciudades como Nakbé, San Bartolo (en el norte del Petén), Tikal, Palenque, Copán, Calakmul, así como Uaxactún, Piedras Negras. Los monumentos de las mayas más notables son las pirámides que construyeron en sus centros religiosos. ([http://www.cancunalltours.com/spanish/historia\\_de\\_los\\_mayas.htm](http://www.cancunalltours.com/spanish/historia_de_los_mayas.htm))

Era costumbre que los padres buscaran las esposas de los hijos, lo que no ocurría con las hijas. Se acostumbraba que el yerno sirviera al suegro durante cuatro o cinco años y cuando no se cumplía este acuerdo, se le arrojaba de la casa,

con lo que quedaba nulificado el matrimonio. (Riva Palacios, 1887).

Entre los Mayas, se castigaba la infidelidad tanto en el hombre como en la mujer; la mujer era repudiada y despreciada públicamente, el hombre era atado a un madero para que se decidiera si quedaba en libertad o le daban muerte dejando caer sobre su cabeza una gran piedra. En cuanto a la educación, los hombres se educaban fuera de su casa sin cuidado alguno y pasaban la mayor parte del tiempo en la ociosidad y dedicados al juego de pelota, mientras que la mujer estaba siempre en la casa educada y con recato. (Nicolás León, 1919).

Finalmente entre los Aztecas la organización social estaba constituida por clanes con base en la relación de parentesco. Se daba el totemismo, que suponía la descendencia con un antepasado común que podía ser un animal, un mineral o un fenómeno de la naturaleza. Dentro de un mismo clan, no era permitido contraer matrimonio, ya que si esto sucedía, disminuía el poder mágico del tótem.

Para los Aztecas, el tipo de relación familiar era una transición del tipo monogámico, debido a que el hombre solamente podía tener una esposa legítima pero podía tener tantas concubinas como pudiera sostener. Este hecho creó durante la conquista un conflicto legal y religioso, ya que las leyes españolas establecían la monogamia. (Alvear Acevedo, 1964).

Cuando un hombre se apoderaba de la mujer que pertenecía a una tribu enemiga, cambiaba la situación de ella, ya que quedaba fuera del clan. Cuando se procreaba a los hijos, estos quedaban dentro del clan paterno; ello aventajaba la

autoridad del padre en relación con la madre, ya que esta quedaba como esclava y perdía la primacía que era característica del clan exogámico; este hecho determina el cambio del matriarcado al patriarcado. Posteriormente la familia exogámica, que en principio absorbía todas las actividades de la tribu, sintió la necesidad de establecer lazos políticos y de territorios con otros clanes, favoreciendo el paso de la poligamia a la monogamia. Por otro lado, con la formación del patriarcado, se instituye la herencia y conjuntamente se realiza la división del trabajo, lo que constituye una causa determinante para la transformación de la propiedad comunal en propiedad privada.

Durante la época colonial la familia mexicana tuvo que asimilar una serie de rasgos culturales que traían consigo los conquistadores, que al darse el mestizaje imponían dentro de la estructura y dinámica familiar una imagen paterna, frente a la figura femenina sumisa que ya se encontraba presente en la familia prehispánica.

## **1.2 CONCEPTO DE FAMILIA**

La familia es la unidad social básica portadora de toda clase de experiencias en el desarrollo humano, pues es aquí donde se adquiere el mayor número de conductas que permitirán funcionar de manera autónoma y efectiva en la sociedad.

Salvador Minuchin (1975), considera a la familia como "un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos. Dicho sistema requiere de tres elementos que se manifiestan dentro de la evolución de la familia. En primera instancia la estructura familiar es tomada como un sistema sociocultural abierto que presenta constantes cambios. En segundo término la familia evoluciona a través de fases o



etapas que la impulsan hacia una reestructuración. Por último se presenta el proceso de adaptación hacia situaciones diversas de tal manera que se promueve que los miembros de la familia adquieran un desarrollo psicosocial" (Pág. 85).

Para Minuchin, (1992) dentro de un esquema familiar existen tres unidades importantes que son: el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraternal. Para el adecuado funcionamiento de cada uno de estos subsistemas, es necesario que se dé el establecimiento de límites, cuya finalidad es la de establecer las reglas que facilitan la participación de cada uno de los integrantes, así como, la forma en que se realizarán. Estos límites deben ser claros, precisos, ya que nos proporcionarán una medida útil acerca del funcionamiento de los subsistemas familiares. En un subsistema familiar se pueden encontrar situaciones en las que los límites se presentan de manera difusa o que no existan, como por ejemplo el caso de las familias aglutinadas, en donde a pesar de que la comunicación puede ser creciente, no se permite que la familia se adapte con facilidad a situaciones que le provoquen tensión. Por otra parte cuando los límites son muy rígidos, la comunicación se dificulta entre los miembros, lo que hace que la familia se vea mermada en sus funciones de protección como sucede en el caso de familias desvinculadas.

En el subsistema conyugal, la pareja aporta aspectos de su individualidad que hacen posible la creación del sentido de pertenencia, que permite el crecimiento, el desarrollo, pero también puede obstaculizar el proceso de pertenencia al imponerse patrones rígidos de un cónyuge a otro, además este subsistema ofrece apoyo para que los individuos puedan realizar el contacto con el medio extrafamiliar.

El subsistema paternal constituye un núcleo de la familia que se encarga de múltiples funciones. En sus inicios, la crianza es un aspecto relevante dentro de la función paterna, así como la educación, la autonomía, el control y la socialización, aspectos que hacen posible que los hijos adquieran el crecimiento adecuado, que se comporten de acuerdo a modelos apropiados y cuenten con la oportunidad para tomar decisiones, también este subsistema procura la interacción de los hijos con grupos sociales que se encuentran fuera del contexto familiar. Estas funciones son llevadas a cabo con la debida autoridad de los padres. Estos aspectos se dan en función de las necesidades de los niños y de las aptitudes de los padres para realizarlos.

El subsistema fraterno ofrece a los niños la posibilidad de que se desarrollen dentro de un grupo de iguales, puesto que es aquí donde se experimentan patrones de interacciones tales como: cooperación, competencia y negociaciones. Estas situaciones pueden facilitar el proceso de adaptación del niño, en relación al mundo extrafamiliar.

### **1.3 TIPOS DE FAMILIA**

Algunos tipos de familias estudiadas por Minuchin (1992) son:

1. La familia multigeneracional, se constituye como una familia extensa; frecuentemente este tipo de familia se presenta en los países occidentales, en la clase media baja y en la clase baja. Dentro de su configuración el apoyo y la cooperación se manifiestan con cierta flexibilidad, lo que facilita las labores familiares, pero no existe una clara diferenciación en cuanto a la jerarquía, roles y autonomía.

2. Las familias con soporte, se refieren a las familias que ya cuentan con varios hijos, en donde al hijo mayor se le delega la autoridad en cuanto a las funciones parentales. Este hecho propicia al "niño parental", que se encuentre ante situaciones de ventaja, ya que existe mayor comunicación con los padres y lo habilita hacia aptitudes ejecutivas. La desventaja de esta caracterización es que el niño se encuentra enfrentando responsabilidades que no son acordes a su etapa de desarrollo, además, confronta un dilema debido a que siente que no pertenece al subsistema fraternal y tampoco es aceptado realmente en el subsistema parental.

3. Las familias acordeón, enfatizan el hecho de que uno de los cónyuges se aleja por períodos largos de la familia y esto hace que el cónyuge que se queda dentro del hogar asuma las responsabilidades adicionales. Los hijos se sienten abandonados ante la ausencia del padre e inclusive poseen una imagen devaluada de éste.

4. Familias con un fantasma, se refiere a la que uno de los cónyuges se encuentra ausente, ya sea por muerte o separación. Las labores realizadas antes por la persona ausente, no han sido reasignadas, puesto que persiste la imagen de este sujeto, lo que obstaculiza la nueva reorganización familiar.

5. Las familias descontroladas, se caracterizan por la dificultad que tienen los padres para ejercer el control de los hijos y depende de la etapa de desarrollo en que se encuentran los integrantes de la familia.

Durante la niñez, es posible que encontremos sujetos que tienen problemas para acatar las normas impuestas por las figuras parentales, este hecho causa malestar dentro de la

familia, por lo que es común que los padres se vean afectados y entre ellos se realicen ataques, lo que provoca que el niño adquiera el papel de padre dentro del ambiente familiar. Cuando el niño llega a ser adolescente y los padres no se adaptan a los cambios de esta etapa, es posible que estos enfrenten dificultades en el control de los jóvenes.

Uno de los estudios psicológicos que destaca la imagen real del mexicano como individuo y como parte de la familia es el realizado por el Dr. Díaz Guerrero (1985), en la que describe dos aspectos fundamentales en la estructura familiar mexicana. Destaca en primera instancia la supremacía del padre y en segundo lugar, el necesario y absoluto auto sacrificio de la madre. El padre, por el hecho de ser la figura masculina, culturalmente posee todos los derechos dentro de la familia. La madre aparece como una persona sumisa, abnegada quién se olvida de satisfacer sus propios ideales.

#### **1.4 CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

La familia experimenta una serie de variaciones que la caracterizan en las diferentes etapas de su desarrollo. En la vida familiar ocurren cambios propios que permiten su evolución o que sucumba. Estas etapas constituyen un ciclo vital. A continuación enumeramos algunas fases de este ciclo estudiadas por el Dr. Lauro Estrada:

a) El desprendimiento: Cuando las personas se sienten atraídas por la idea de formalizar una unión, los factores determinantes que influyen son la búsqueda de fusión. Ante este hecho, la determinación de convivencia de la pareja como tal los lleva a una situación diferente que es desprenderse de sus familias de origen, que en ocasiones puede darse

adecuadamente, pero, en otros este desprendimiento puede detenerse creando dificultades en la vida de pareja.

Frecuentemente suele suceder que los padres o el joven no están preparados para separación. Cuando ello ocurre tratan de mantener el dominio y el control sobre los hijos, participan marcadamente en las decisiones que realizan, ya sea en la elección de su carrera, de su trabajo, así como los aspectos que se realizan con relación a la vida marital. En este último caso, en la selección del compañero, es común que uno de los cónyuges tenga la esperanza, de que al realizar esta unión, la persona cuente con los elementos necesarios para resolver sus problemas personales vinculados con los de su familia de origen. Por otro lado, también sucede que uno de los dos tenga la creencia de contar con poderes óptimos para hacer que su pareja cambie totalmente aquellas conductas que en un principio no son satisfactorias. Por último cabe mencionar que la idealización es otro elemento importante que influye durante esta etapa. Cuando se va a realizar la separación de los padres, la idealización es imprescindible, ya que proporciona fuerzas a este desligamiento.

En ocasiones, sucede que la idealización se rompe debido a los lazos emocionales intensos con los padres o por el manejo inadecuado que se le da a los temores y dudas suscitadas en la pareja, llegando a extremos en que se da una ruptura debido a la desilusión o desengaño vivido por ambos.

b) El encuentro: Al consumarse el matrimonio, se da una etapa inicial de vida conjunta, en la que la pareja intenta proporcionar mecanismos de funcionamiento que fueron concebidos y aprendidos en sus respectivas familias. Estos mecanismos lógicamente son inoperantes en la formación de la

nueva pareja, ya que se trata de imponer los principios familiares que cada uno considera son los mejores en cuanto a la estructuración de la familia.

Este autor citando a Sager y Kaplan (1972) menciona que durante esta etapa se presenta en el matrimonio un contrato potencial que va a dirigir la vida psíquica emocional e instrumental de la pareja y a establecer una serie de derechos y obligaciones recíprocas.

Lo que un individuo espera obtener en su desarrollo emocional tiene relación con lo que ha vivido en el seno familiar, que influye notablemente en la relación marital. Por consiguiente las expectativas pueden ser saludables y realistas o neuróticas y conflictivas.

Dentro del matrimonio existen diferentes razones por las cuales no se llega a un acuerdo en los diferentes principios del mismo. La primera causa, es cuando no puede ser concebida como un convenio debido al carácter sublime que se ha otorgado al matrimonio. La segunda, es cuando los cónyuges están bajo dos contratos totalmente diferentes, influidos por aspectos socioculturales. La tercera se da, cuando las expectativas de cualquiera de los dos no se cumplen por razones inevitables, ya sea, diferencias intelectuales o por un problema emocional severo. La última causa corresponde a la fantasía exagerada que determina el deseo de encontrar una persona perfecta que reúna cualidades físicas, económicas, intelectuales y reales.

c) Los hijos. La llegada de los hijos crea cambios emocionales, sociales y económicos que tienen relevancia para la pareja. Por lo general, la presencia de estos refuerza la unión entre los padres estimulando sentimientos de

continuidad y a través de ellos constituyen el móvil de sus vivencias.

En el área social, la presencia del niño amplía las interrelaciones de los padres en el medio externo, a través, de familiares, amigos o de la escuela y de otros grupos con los que el niño tiene acceso. Con los hijos, las demandas económicas se incrementan, ya que es imprescindible cubrir las necesidades básicas de la crianza. Es común que muchos conflictos familiares se deban a la incapacidad de afrontar las demandas antes mencionadas, pues los padres no pueden cubrir estas exigencias por el desequilibrio entre los recursos con los que cuenta y lo que han que satisfacer.

d) La adolescencia. Cuando los hijos mayores llegan a la adolescencia, la familia se enfrenta a una serie de cambios que es necesario afrontar adecuadamente para lograr el funcionamiento de la misma.

Frecuentemente no se permite el crecimiento del adolescente cuando éste no encuentra el apoyo de los padres para el desarrollo de su personalidad. Por ejemplo, cuando existe rivalidad entre padres e hijos, no cuando los padres crean sentimientos de minusvalía en ellos debido a que no cumplen sus expectativas. Por otra parte es común que los padres sobreprotejan a los jóvenes mermando su madurez, individualidad e identidad.

Para los adolescentes, sus padres son los primeros modelos de identificación, porque les exigen ciertas demandas para cumplir sus metas u objetivos. Además, el joven puede identificarse con otras personas que han sido tomadas de diferentes entornos en los que se desenvuelve; es común que compare estos modelos y resulta que el modelo de los padres

ofrecen mayor fuerza. Otro hecho importante es la atracción física y sexual que se da entre los padres y los adolescentes, que generalmente se oculta o se dispersa, pero que repercute en la conducta del joven, ya que saca estos impulsos para canalizarlos en personas que están fuera de su contexto familiar.

e) El reencuentro. También conocida como la etapa del «nido vacío», es una de las etapas más demandantes para el sistema familiar, la pareja enfrenta a los problemas de una biología que se merma pues se pasa de la edad madura a la vejez, la aceptación de los nietos y del papel de abuelos, la muerte de algunos familiares de generaciones anteriores, la jubilación, las diferencias con las nuevas generaciones (brecha generacional), etc. En esta fase los hijos ya se han ido a formar sus propias familias. Si las cosas han marchado bien en las etapas precedentes, les será más fácil aceptar los cambios.

Los padres deben independizarse de los hijos y de los nietos para volver a formar una pareja. Se reencuentran con ellos mismos y con el compañero. En estos momentos es necesario el apoyo mutuo entre los esposos ya que esto servirá para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio.

f) La vejez. Es una de las etapas más difíciles de la pareja, ya que las personas deben adaptarse a la pérdida y retos que la edad presenta: la búsqueda de una nueva identidad, de una compañía que produzca placer, así como de una experiencia significativa y genuina. También existen obstáculos como: la tristeza que genera el sentir el rechazo



de los demás y por eso en ocasiones se da el aislamiento; también cuando el esposo se jubila, la mujer siente invasión del espacio ya que antes ella lo controlaba porque era su terreno y él no sabe qué hacer con su tiempo libre, ahora es necesario definir límites de los espacios donde cada uno pueda actuar independientemente, para evitar que se lleguen a perder la estima y el respeto, y aparezcan problemas como la ansiedad, la tensión y la depresión. Otro conflicto es la sobreprotección de hijos a padres, en donde no se les permite vivir en libertad y los hijos controlan la vida del adulto mayor y esto perjudica su autoestima.

También tiene su lado bueno ya que el ser abuelo o disfrutar a los sobrinos enciende el deseo de sobrevivir.

Este proceso también es muy difícil para la familia ya que implica varios cambios en la dinámica y también implican pérdidas. Habrá familias que puedan superar esta etapa solos, pero hay otras que necesitan ayuda porque no saben cómo manejar la situación, ya que esto les está afectando a todos los integrantes de la familia.

### **1.5 MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

La estructura u organización familiar está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma recíproca y reiterativa. La estructura está enfocada en la diferenciación y mantenimiento de las funciones. (Sauceda GJM. Psicología de la vida en familia. Una visión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29:61-67.)

No existe un solo tipo de funcionamiento familiar sano como tampoco hay uno solo de funcionamiento malsano. En el siguiente capítulo se describen algunos modelos sistémicos para poder comprender mejor la dinámica familiar.

#### **1.5.1. MODELO SISTEMICO DE FAMILIA DE BEAVERS (1981)**

Se basa en dos dimensiones, la primera describe la estructura, flexibilidad y competencia familiar, la segunda, el estilo familiar. El modelo representa a la familia en un momento y espacio determinados.

Según este modelo las familias más capaces son las más flexibles y adaptativas. La estructura de la familia se ve reflejada en el poder abierto o encubierto, cómo éste es compartido y ejercido, en la calidad de la coalición parental (habilidad para trabajar juntos armónicamente, en la cercanía familiar, claridad de los límites intrasistémicos y el grado en el que se comparte intimidad).

La negociación orientada al logro de metas tiene que ver con la eficiencia de la familia para tomar decisiones, asegurando la participación de sus miembros, de modo que las soluciones representen la mejor solución que la familia puede producir.

Promoción de la autonomía implica claridad en la comunicación, asumir las responsabilidades personales y ser receptivo en relación a los demás. La afectividad que puede ser evaluada como expresividad, estado de ánimo y empatía.

En las familias de rango medio los miembros son sanos, pero limitados y susceptibles a enfermedades emocionales. Los miembros no tienen evidentes problemas de diferenciación. Estas familias frecuentemente muestran problemas edípicos no

resueltos: tiene hijos "favoritos" (normalmente el padre de un sexo con el hijo del sexo opuesto).

Mientras que en las familias severamente disfuncionales, el área más seriamente deficiente es la coherencia. Los miembros de la familia tienen una gran dificultad para resolver la ambivalencia y elegir sus metas. Ninguno tiene claramente el poder, por lo que éste es ejercido cubierta e indirectamente. La interacción familiar es caótica. Los miembros son limitados en su capacidad adaptativa y de negociación. Los límites entre los miembros son pobres y los individuos frecuentemente hablan de los motivos y sentimientos de los otros. Cuando los hijos crecen, los intentos de autonomía son vistos como actos desleales.

#### **1.5.2 MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MCMASTER (1987)**

Está basado en el enfoque sistémico, en el cual la familia se conceptualiza como un sistema abierto, compuesto de sistemas (individuo, diada marital, hermanos, etc.) y relacionado con otros sistemas (escuela, trabajo, etc.) Supone que para la completa evaluación de una familia es necesario identificar seis áreas o dimensiones de funcionamiento.

##### 1) RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Conceptualmente los problemas familiares se subdividen en dos tipos:

a) Instrumentales: Que tiene que ver con la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Todas las familias se enfrentan más o menos con las mismas dificultades, pero las

familias eficientes solucionan sus problemas, mientras que las familias ineficientes no son capaces de manejarlos.

b) Afectivos: Se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico: alimento, ropa, casa, transportación, etc). Se relacionan con el manejo de aspectos emocionales, coraje, depresión, amor, etc. Para clarificar las etapas durante el proceso de resolución de problemas el modelo incluye siete pasos: uno es la identificación del problema, el segundo la comunicación del problema a la persona adecuada, la implementación de alternativas de acción, elección de una alternativa, llevar a cabo la acción, checar que la acción se cumpla y evaluación del éxito. Se postula que una familia "normal" puede tener algunos problemas no resueltos, sin embargo no tienen la intensidad y la duración suficientes para crear mayores dificultades.

## 2) COMUNICACIÓN

Se refiere al intercambio de información dentro de una familia, el modelo evalúa dos aspectos de la comunicación: comunicación clara versus confusa y comunicación directa versus indirecta; se pueden identificar cuatro estilos de comunicación: clara y directa, clara e indirecta, confusa y directa, confusa e indirecta. Se postula que mientras más enmascarados sean los patrones de comunicación familiar, más ineficiente es el funcionamiento familiar y cuanto más clara y directa sea la comunicación será mas eficiente. Se ha encontrado que la comunicación confusa e indirecta provoca respuestas confusas.

### 3) ROLES

a) Funciones familiares necesarias: Se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares. Se identifican cinco funciones familiares necesarias: manutención económica, gratificación sexual adulta, desarrollo personal, sistema de manutención y administración que incluye: toma de decisiones, límites, control de la conducta, economía doméstica y funciones relacionadas con la salud física y mental.

b) Funciones familiares no necesarias: Estas funciones se dividen en dos 1. funciones adaptativas instrumentales, las cuales se refieren a las contribuciones al gasto familiar, para pagar estudios, ahorro familiar, vacaciones, etc., que hacen los hijos u otros miembros de la familia; 2. funciones adaptativas emocionales disfuncionales, que son aquellas funciones que requieren que un miembro se convierta en un receptor activo de aspectos o atributos negativos de la familia. El "chivo expiatorio" es un ejemplo de este tipo de función.

Además se toman en cuenta otros dos aspectos del funcionamiento familiar: la asignación de roles, que se refiere al cuestionamiento de si dicha asignación es clara y explícita y la revisión de roles, es decir si las funciones se cumplen o no. Se postula que en el extremo más saludable de la dimensión de roles se deben cumplir todas las funciones necesarias para la familia, la asignación de roles debe ser razonable y no debe sobrecargarse a ningún miembro, además la evaluación o revisión de funciones debe hacerse de manera clara.

#### 4) INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO

Se identifican cinco tipos de involucramiento:

a) Involucramiento desprovisto de afecto: Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. El interés es básicamente de naturaleza intelectual, hay un escaso interés en los sentimientos, que sólo se manifiestan cuando hay demandas.

b) Involucramiento narcisista: Existe un interés en el otro sólo si se beneficia a sí mismo, es básicamente egocéntrico.

c) Empatía: Existe un interés verdadero en las actividades significativas del otro, aún cuando esto sea periférico al propio interés.

d) Sobreinvolucramiento: Hay un excesivo interés de uno hacia el otro; implica sobreprotección, intrusión.

e) Simbiosis: Hay un interés patológico en el otro, la relación es tan intensa que es difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra.

#### 5) RESPUESTAS AFECTIVAS

Es la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en la calidad como en la cantidad. La cantidad de respuestas afectivas, se refiere al grado de respuesta afectiva y describe un continuo que va desde la ausencia de respuesta hasta una respuesta exagerada.

Existen dos categorías de afecto:

a) Sentimientos de bienestar: Afecto, ternura, amor, consuelo, felicidad, etc.

b) Sentimientos de crisis: Coraje, miedo, depresión, tristeza, etc. En el extremo saludable de esta dimensión se ubican las familias que poseen la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con una duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo.

#### 6) CONTROL DE LA CONDUCTA

Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: situaciones que implican peligro, situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas y situaciones que implican la socialización entre los miembros de la familia y fuera del sistema familiar.

Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de control para la conducta:

a) Control de la conducta rígido: Los patrones o normas son estrechos y específicos si se contrasta con las normas de esa cultura, existe poca negociación o variación de las situaciones.

b) Control de la conducta flexible: Los patrones de control son razonables, existe negociación y el cambio, dependiendo del contexto.

c) Control de la conducta laissezfaire (dejar pasar): Existe una total lasitud en los patrones de control a pesar del contexto.

d) Control de la conducta caótico: Es un funcionamiento impredecible, los miembros de la familia no saben qué normas aplicar en ningún momento, ni la negociación.

### **1.5.3 MODELO FAMILIAR DE MOOS (1981 en Mansur y Soni, 1986)**

Enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros en la dirección del crecimiento personal dentro de la familia y en la organización estructural de la misma.

Clasifica a la familia en seis tipos:

1) Las orientadas hacia la expresión: Hace énfasis en la expresión de las emociones y la manifestación franca de la ira.

2) Las familias orientadas hacia la estructura: Dan mayor importancia a la organización, la cohesión, la religión, la expresión, el control, la aspiración de logro y la orientación intelectual-cultural. Este tipo de familias no son altamente conflictivas.

3) Las familias orientadas hacia la independencia: Son asertivas y autosuficientes. Existen tres categorías: independientes y expresivas (perciben un alto nivel de cohesión y conflicto y mantienen actitudes ético-religiosas no convencionales, con una organización y control flexibles); las independientes y estructuradas (se perciben como muy independientes pero poco expresivas, cohesivas y poco conflictivas); las independientes apáticas (son percibidas como independientes, organizadas y orientadas hacia la recreación).



4) Las familias orientadas hacia la obtención de logros: Son competitivas y trabajadoras. Se distinguen dos tipos:

a) las que tienen logros por la vía de la independencia, las cuales son más bien controladoras y sostienen actitudes ético religiosas convencionales.

b) las familias que aspiran a alcanzar logros por la vía del conformismo, obtienen bajos puntajes en las escalas de conflicto e independencia.

5) Familias orientadas hacia la religión: Se describen dos tipos:

a) El tipo ético-religioso, el cual no es rígido en su estructura obtienen altos puntajes en las escalas de orientación cultural-intelectual, ético y religiosa, pero bajos en las escalas de conflicto, logro, organización y control.

b) El tipo religioso no rígidamente estructurado, el cual obtiene puntajes altos en las escalas de cohesión, logro, recreación, orientación ético religiosa, pero bajos en la subescala de expresividad.

6) Las familias orientadas hacia el conflicto y poco estructuradas: Son menos cohesivas y son desorganizadas. Por otra parte, son expresivas, independientes y con orientación hacia la recreación. Perciben altos niveles de conflicto. Las estructuradas y orientadas hacia el conflicto perciben poca cohesión, expresión de los afectos e independencia. A su vez consideran que existe un alto grado de conflicto y mecanismos de control importantes entre ellos.

#### **1.5.4 MINUCHIN (1986)**

Concibe que "La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizar una familia".

Minuchin (1981, citado por Perosa, L., Hansen y Perosa, S. 1986), ha desarrollado una forma de conceptualizar sistemáticamente a la familia cuando dice: "una familia es un sistema que opera a través de la repetición de patrones de interacción de cómo, cuándo y con quién se relaciona". De este modo la interacción familiar es como un sistema en el que cada uno de sus miembros está involucrado y juega un papel en la conformación de los patrones de interacción que rigen su dinámica familiar."

#### **1.5.5 WHITAKER Y NAPIER (1973)**

Por otro lado Whitaker y Napier coinciden en que "Una familia saludable es la que mantiene un alto grado de unidad interna y un alto grado de individuación. Simultáneamente promueve la libertad para que sus miembros formen nuevos grupos y una libertad relativa para que se desarrollen subgrupos, triángulos y equipos y pide que algunos miembros funcionen como mediadores.

En la definición de familia saludable, también se incluye la suposición de que la individuación, en una familia sana, hace posible tal movilidad que cualquier miembro pueda funcionar en cualquier papel familiar.

Es bajo el marco del enfoque sistémico que se concibe a la familia como "un sistema auto correctivo autogobernado

por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores" (Ponce de León, 1995, pag. 158). Sin embargo en los sistemas patológicos, aparece la tendencia, cada vez más rígida, a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis.

#### **1.5.6. HANSEN (1981, EN PONZETTI Y LONG, 1989)**

Hansen encontró que las familias funcionales tienen un estilo de vida tranquilo y relajado. Estas familias tienden a comunicarse clara y directamente y no tienen estilos de poder autoritarios y represivos. Los problemas familiares tienden a resolverse lo antes posible, los recursos y apoyos del medio son utilizados cuando es necesario. Las relaciones familiares se caracterizan por el acuerdo, las expectativas realistas y un genuino interés. Además estas familias usan parte del tiempo del día para relajarse y compartir intereses.

Otro elemento más que es incorporado al análisis de la funcionalidad de la familia es la existencia de intereses compartidos y la apertura de la familia al ámbito extrafamiliar. La posibilidad que los miembros de la familia tienen de participar en la elección y número de alternativas de recreación que se les ofrecen puede afectar en gran parte, la integración y el estilo de vida de una familia (Manssour y Soni, 1986).

#### **1.6 FAMILIAS DISFUNCIONALES**

De acuerdo a los modelos que acabamos de mencionar, en general estos nos describen como los niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación vienen a jugar un papel muy importante en el estilo de convivencia al interior de la

familia. No se debe etiquetar a una familia como disfuncional o no, debido a que entre estos dos puntos hay una línea continua que varía en grado; ya que se relacionan la dinámica familiar y a su vez va a influir la manera en que se maneja el poder, la autoridad y los límites con que los hijos son educados.

Con fines prácticos se puede afirmar que la organización está formada por los siguientes elementos: jerarquía, alianzas, límites o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento.

**Jerarquía:** La jerarquía se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. El buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema de los padres ostenta la mayor jerarquía o autoridad dentro del grupo. Esto no excluye la conveniencia de tomar en consideración las opiniones de los hijos y otros familiares, pues aunque es deseable que la familia siga una tendencia democrática, no debe ser una organización sin líderes.

**Alianzas:** Las alianzas son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. La alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento del grupo es la que se establece entre el padre y la madre, sobre todo en lo que se refiere a las reglas de la convivencia y la educación de los hijos. Si esta alianza no existe debido a la discordia conyugal es posible que los hijos resientan los efectos, especialmente si uno o ambos progenitores buscan apoyarse en ellos para obtener ventajas en la lucha contra la pareja. En ocasiones, los padres desvían sus problemas conyugales a la relación con el hijo,

ya sea acercándose a él en exceso y sobreprotegiéndolo, o agrediendo motivados por sus frustraciones afectivas. La alianza que tiene por objeto perjudicar a un tercero se llama coalición o triángulo perverso y puede manifestarse en diversas formas, como la de la madre y el hijo en contra del padre (triángulo edípico); la del padre y la abuela en contra de la madre, etc. Con menor frecuencia se observan coaliciones entre los hermanos en contra de los padres. Cuando el hijo se siente presionado por uno o ambos progenitores que luchan por obtener su alianza se produce el fenómeno de la triangulación, que suele generar en el hijo conflictos de lealtad al sentir que no puede acercarse a uno de sus padres sin traicionar al otro. En términos generales, las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo. Las alianzas más disfuncionales tienden a ser encubiertas. Persisten en forma rígida y se establecen en contra de otros familiares.

**Fronteras o límites:** Los límites o fronteras se refieren a aspectos de cercanía o distancia entre diversas personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Su función consiste en marcar las diferencias entre los subsistemas y su claridad es necesaria para el buen funcionamiento de la familia. Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa. Sin embargo, los límites funcionales también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, etc. Existen buenos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. Los límites entre la

madre y el hijo se violan cuando aquella es excesivamente cariñosa con este y mantiene con él un exagerado contacto físico en busca del afecto que no recibe de su pareja. Los límites que rodean a la familia nuclear también requieren ser respetados en consonancia con las costumbres propias de cada contexto sociocultural.

Funciones o papeles: Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El desempeño funcional de los papeles es requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la vida en familia. Los papeles reciben gran influencia del ambiente sociocultural donde se desarrolla la familia, de manera que habrá que mostrarse muy respetuoso al juzgar su funcionalidad cuando se pertenece a un medio diferente. La funcionalidad de los papeles en general depende de su consistencia interna, la cual existe si cada familiar se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. También se requiere que los papeles sean suficientes complementarios para que funcione bien el sistema familiar. Lo deseable es que los papeles desempeñados faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes. También es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de las funciones, de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario. Por ejemplo, ante la enfermedad incapacitante del padre-proveedor lo funcional es que la madre-ama de casa trabaje para obtener más ingresos y que los hijos colaboren, encargándose de las tareas que la madre ya no puede realizar.

Control del comportamiento: El control del comportamiento, especialmente el de los hijos, es una dimensión necesaria para que los papeles y las tareas de la vida diaria se desempeñen satisfactoriamente. Un control flexible es el más deseable o funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas, permite a los familiares saber qué esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y espontaneidad. (Juan Manuel Saucedo García, J. Martín Maldonado Durán, La familia su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la organización Mundial de la Salud, IMSS, 2003 pag 4-5).

Desde el inicio de la humanidad siempre han existido conflictos dentro de las familias, pero en los últimos años se ha observado mayor prevalencia de familias disfuncionales (mejor conocida como violencia familiar).

En los integrantes de las familias disfuncionales hay autoestima baja, temen herir los sentimientos de los demás, se preocupan por las represalias que pueda tomar el otro, se atemoriza ante la ruptura de relaciones, no desean imponerse, no dan ninguna importancia a la persona o propiamente a la interacción.

Estas familias presentan características diferenciales de las familias que no lo son como: la falta de comunicación entre sus integrantes y un consecuente desconocimiento mutuo, distancia emocional de cada uno respecto a los demás y desinterés por lo que suceda, incapacidad para manejar conflictos e incluso para hablar de ellos, escasa o nula convivencia (dificultades para mostrar afecto y en general

para expresar las emociones entre ellos, relaciones rígidas y autoritarias (poca posibilidad de expresar las necesidades individuales), incapacidad de adaptación a circunstancias variables y en particular a los cambios que experimente alguno de sus integrantes (expectativas muy rígidas sobre los demás). (Torres, 2001)



**CAPÍTULO II**  
**ADOLESCENCIA**

Datos del INEGI demuestran que en estas últimas décadas las parejas tienen menos hijos. La tasa global de fecundidad indica el promedio de hijos nacidos vivos que una mujer habría tenido al final de su vida reproductiva (15 a 49 años). Hasta la segunda mitad de la década de los setenta este indicador era de alrededor de 6 hijos por mujer; entre 1987 y 2010 disminuyó y pasó de 3.8 a 2.1 hijos por mujer.

Los padres que tienen hijos adolescentes en esta época se enfrentan a situaciones más complejas ya que es en esta etapa donde los jóvenes desean reafirmar su independencia, y lo hacen rechazando la escala familiar de valores; para los padres o cuidadores se vuelve un reto no solo el diálogo con el joven (si éste no ha sido sembrado desde niño) también en el área educativa, social y emocional.

#### **LA ANTROPOLOGÍA CULTURAL Y ALGUNOS PROBLEMAS TEÓRICOS**

¿Es la adolescencia un fenómeno biológico o psicosocial? Los antropólogos culturales señalan insistentemente las diferencias en la conducta humana, instituciones sociales, hábitos, costumbres, rituales y creencias religiosas en las distintas sociedades. Todas las investigaciones y publicaciones antropológicas están basadas en la suposición de que el ambiente social en que el niño nace desempeña un papel enorme en el desarrollo de la personalidad de éste. Los antropólogos culturales creen en el determinismo cultural. Aunque los antropólogos culturales insisten en la importancia del ambiente social y cultural no niegan la influencia de factores biológicos.

La comparación de la adolescencia en distintas sociedades primitivas demuestra que los problemas específicos de aquélla pueden resolverse de diversas maneras y en diferentes niveles de edad, o que pueden estar ausentes del todo. Algunos ejemplos tomados de las publicaciones de Mead y Benedict y referidos a las actitudes de distintas sociedades frente a la menstruación podemos ver cómo viven este cambio en los adolescentes, por ejemplo en algunas tribus indígenas del norte de California sostenían que la muchacha que tenía su primera menstruación era peligrosa para el pueblo porque podía secar el aljibe y ahuyentar la caza en cambio los indios Yuki de la California central septentrional destacaban las bondades de la muchacha en estas circunstancias. Sus rituales se referían principalmente a las mejoras de las cosechas. Si permanecía acostada y sin moverse, la muchacha podía incrementar la provisión de alimentos. Como puede verse, se preocupaban mucho más por la economía que por la joven, de igual forma que para los indios Thompson, la observancia de rituales simbólicos y tabúes por parte de la interesada aumentaba sus posibilidades de hacer carrera y llevar una vida feliz. Se le aislaba en una choza apartada de las demás y ejecutaba actos rituales mágicos; de igual forma, en las islas Gilbert, se consideraba que la muchacha estaba expuesta a prácticas mágicas hostiles. Permaneciendo sentada e inmóvil, con la cara hacia el oeste, podía protegerse contra el mal; no así entre los indios apaches que consideraban la primera menstruación como una bendición sobrenatural. El sacerdote se arrodillaba ante ella para obtener la bendición de su mano. En cambio en Samoa ningún tabú ni ritual estaba relacionado con la menstruación; ni siquiera se prohibía a las jóvenes preparar la comida.

Estos ejemplos muestran que la madurez fisiológica, cuando es reconocida lo es de distinta manera. Los atributos sociales de la pubertad fisiológica forman parte de pautas culturales tradicionales.

El desarrollo del ser humano está caracterizado por una serie de etapas y una de ellas es la adolescencia, la cual es considerada como el proceso de cambio y transición, en donde se desencadenan una serie de aspectos biológicos (físicos), psicológicos (cognoscitivos) y socioafectivos. Para la organización mundial de la salud, (OMS) adolescentes son todos los individuos comprendidos entre los 10 y 19 años, de acuerdo con los autores como Papalia, Olds y Feldman (2005), el periodo que abarca la adolescencia es de los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20.

## **2.1 DEFINICIÓN**

La palabra adolescente se deriva del latín "adulescens", participio presente del verbo "adolescere", que significa crecer (González, 2001). También ha sido definida como la interrupción de la tranquilidad del crecimiento, el fin de la infancia (Izquierdo, 2003).

Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Es esencialmente un proceso de cambio y, por tal razón de transición. La adolescencia impone un pasaje ineludible, biológicamente determinado desde la niñez hasta la adultez (Quiroga 1999).

## 2.2 FASES DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se divide en cuatro fases que se caracterizan por diferentes aspectos, los cuales se mencionan a continuación:

1. La primera fase es la llamada **pubertad, pubescencia o preadolescencia**, que generalmente inicia a los 10 años y se caracteriza por una fuerte aceleración del ritmo y la amplitud de los cambios corporales, cuyo impacto concierne a los chicas como a los chicos, a sus familiares y al ambiente sociocultural que los rodea ( Perinat, 2003).

2. La segunda fase es la llamada **adolescencia temprana**, que abarca aproximadamente de los 11 años a los 14 años y se identifica porque comienza a manifestarse la madurez sexual, aunque solo dependerá de aspectos como la herencia, étnicos, alimentación y el estado de salud, entre otras cosas (Moreno 1999).

3. En esta tercer fase inicia lo que propiamente conocemos como **adolescencia media**, que abarca de los 14 a los 18 años, en la cual viene la culminación de los cambios físicos que provocan desajustes emocionales y psicológicos en el adolescente, en los próximos años alcanzará la madurez total que le permitirá ingresar al mundo de los adultos (Moreno, 1999).

4. Y finalmente se habla de la **adolescencia tardía**, la cual comprende los 19 años e inicio de los 20, en esta fase finalizan los cambios físicos del adolescente y están a un paso de ingresar a la vida adulta, por lo que tienen una

visión a futuro respecto a su vida; ya pueden conciliar el ambiente interno con el social y el cultural (Moreno, 1999).

### **2.3 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es un periodo de la vida que implica múltiples cambios, por ello diversos teóricos se han dado a la tarea de estudiar diferentes aspectos de su desarrollo, resaltando aquellos que enfatizan la fase de transición en la cual se pasa de la irresponsabilidad que los niños disfrutaban hasta llegar a la responsabilidad que se requiere en la adultez, ya que sin duda, la adolescencia va más allá de un simple desarrollo físico.

#### **A) DESARROLLO FÍSICO**

Ocurren transformaciones notables en el cuerpo de los jóvenes, los cambios hormonales dan lugar a cambios en el funcionamiento físico y al desarrollo de características sexuales primarias y secundarias.

1) Tamaño corporal: hay un súbito aumento en el tiempo de crecimiento durante los dos años previos a la madurez sexual y una vez alcanzada el crecimiento desacelera. Papalia, Olds y Fedman (2005), le llaman a este fenómeno el estirón del adolescente, el cual se caracteriza por un incremento sostenido en estatura y peso.

2) Proporción corporal: los adolescentes tienden a crecer antes que engordar por ello pueden ser altos y delgados antes de redondear sus contornos, sus manos, sus pies y sus extremidades crecen más rápido que el tronco, gradualmente el tronco se alarga, de forma que la estatura sentado aumenta en relación con la estatura de pie. El talle se hace más bajo, los

hombros se agrandan y las caderas de las chicas se ensanchan, tomando el cuerpo una apariencia más madura (Rice, 2000).

3) Características sexuales primarias: haciendo referencia a la constitución de los órganos sexuales que intervienen en la copulación y la reproducción. Como lo señalamos en la tabla 1, en la mujer estos son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina; en el varón los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata (MEXFAM 1996, 1997 Y 1998; Y Papalia Y Olds y Feldman, 2005),

4) Características sexuales secundarias; hacen referencia a las modificaciones corporales que sirven como índice de masculinidad y feminidad, y que se asocian directamente con el desarrollo de la sexualidad y de la reproducción. Algunas de estas características son los cambios de voz y la textura de la piel, desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial y corporal, entre otras, como se menciona en la tabla 1 (MEXFAM 1996, 1997 Y 1998; Papalia, Olds y Feldman, 2005).

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARON</b>
Desarrollo en características sexuales primarias	Gónadas femeninas u ovarios, producen las células germinales (óvulos) destinadas a la percepción de la especie.  Crecimiento de :	Gónadas masculinas, denominadas testículos, producen las células germinales masculinas (espermatozoides) que dan lugar a las primeras poluciones esperáticas.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Útero</li> <li>o Trompas de Falopio</li> <li>o Vagina</li> </ul> <p>Menarquía: ocurre entre los 10 y los 17 años, en promedio a los 12 ½-13 años.</p>	<p>Crecimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Próstata</li> <li>o Vesículas seminales.</li> <li>o Pene</li> </ul> <p>Espermaquia: ocurre en promedio a los 13 años de edad.</p>
Desarrollo en características sexuales secundarias	<p>Crecimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Busto</li> <li>o Vello púbico</li> <li>o Vello axilar</li> </ul> <p>Cambios en la voz. Cambios en piel. Aumento en la anchura y profundidad de la pelvis. Desarrollo muscular.</p>	<p>Crecimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vello púbico</li> <li>o Vello axilar</li> <li>o Vello facial</li> </ul> <p>Cambios en la voz Cambios en la piel Ensanchamiento en los hombros Desarrollo muscular</p>

Tabla 1. Desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias en los adolescentes.

**B) DESARROLLO COGNOSCITIVO:**

El adolescente no solo cambia en su apariencia física, también presenta una serie de cambios en su manera de pensar, en su velocidad para procesar la información y en su toma de decisiones, aunque su pensamiento aún es inmaduro en algunos aspectos.



### **C) DESARROLLO AFECTIVO**

Hay muchos cambios en la etapa de la adolescencia, los más evidentes son las variaciones del estado de ánimo, éstos son muy inestables ya que pueden pasar de instantes de felicidad a episodios de tristeza y enojo, todos ellos tendiendo a la exageración, por lo cual resulta difícil entenderlos. Otro cambio importante es la construcción de la propia identidad, ya que el joven busca una manera de ser diferente de los adultos al mismo tiempo que de los niños, pero busca la igualdad a los modelos culturales y sociales de las personas de su edad o mayores con comportamiento adolescente. Esta situación de buscar un camino propio puede conducir al joven a modificar su manera de pensar y sentir conforme va conociendo personas nuevas (Papalia, 1982).

Esta búsqueda de identidad lo llevará a rechazar las costumbres y tradiciones de la familia o proponer nuevas, de pensar y sentir frente a las cosas que le pasan; les lleva a modificar su manera de pensar de un día a otro, según la influencia que reciban de los demás. Trata de formar un criterio propio pero todavía con debilidad, así también pasará por varias fases, como la duda, el rechazo, la provocación, las experiencias, la ansiedad, la depresión, entre otras. La falta de experiencia le provocará el tomar decisiones aceleradas, poco reflexivas, sin valorar las consecuencias a largo plazo, ya que es característica de los jóvenes que no les preocupa el futuro.

De acuerdo a lo que dice Arminda Aberastury (1988), a los adolescentes les gusta la independencia, pero generalmente no les agradan las responsabilidades y obligaciones que vayan más allá de sí mismos, como lo son el trabajo y la familia;

no obstante, ésto les permite la elaboración del duelo que conduce a la aceptación del rol que la pubertad les marca, en este periodo surgen defensas cuyo fin es negar la pérdida de la infancia.

Los cambios corporales y psicológicos que se producen durante la pubertad y la adolescencia obligan al sujeto a abandonar su identidad y sus roles que caracterizaron su status de niño. Esta renuncia exige una dolorosa y lenta labor de duelo que incluyen el cuerpo, la mente y las relaciones de objeto infantiles

### **Duelo por el cuerpo infantil**

Es esta etapa el individuo, va creando un sentido de omnipotencia frente a la realidad concreta, que lo lleva a desplazar su rebeldía hacia la esfera del pensamiento. Lo que significa que vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil en una mente aun de la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente en los comienzos de esta etapa, que se relaciona con la evolución misma del pensamiento.

### **Duelo por la identidad y por el rol infantil**

En la adolescencia hay una confusión de roles, ya que al no poder mantener una dependencia infantil y al no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación y así, delega en el grupo (amigos o pares) gran parte de sus atributos, y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades. Conforme pasa el tiempo, el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo infantil y de su rol infantil, al mismo tiempo que va

cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por la de sus padres actuales.

### **Duelo por los padres de la infancia**

La relación infantil de dependencia se va abandonando paulatina y dificultosamente. La impotencia frente a los cambios corporales, las penurias de la identidad, el rol infantil en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hacen que se recurra a un proceso de negación de los mismos cambios. En esta contradicción surgen las relaciones objétales parentales internalizadas, ahora surgen las figuras idealizadas y entonces el adolescente se refugia, en la meditación, análisis, elaboración de duelo que le permite proyectar en maestros, ídolos deportivos, artistas, amigos íntimos.

## **2.4 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA**

### **TEORÍA DE PIAGET**

Piaget describió que el desarrollo cognoscitivo ocurre en cuatro etapas cualitativamente diferentes, "el concepto de etapa en la teoría de Piaget, significa el paso de un nivel del funcionamiento conceptual a otro" (Newman y Newman, 1987, p.229). Él afirmaba que si bien los modos característicos de cada etapa son aplicables a todos los seres humanos, es la naturaleza específica del medio físico y social lo que determina el ritmo y el grado del desarrollo a través de las etapas.

Las cuatro etapas de desarrollo cognoscitivo que plantea Piaget son: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional,

etapa de pensamiento operacional concreto y etapa de operaciones formales.

Para esta investigación nos basamos en la cuarta etapa: operaciones formales, que abarca de los once años hasta la edad adulta, en la cual el adolescente desarrolla la capacidad de pensar de manera abstracta, es decir, le permite manejar la información de modo nuevo y flexible. Tienen la capacidad de integrar lo que han aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes a futuro. (Newman y Newman, 1987 y, Papalia, Olds y Feldman, 2005)

Dentro de esta etapa, se desarrolla la capacidad de razonamiento hipotético-deductivo, con lo cual es capaz de desarrollar, considerar y probar hipótesis, dándole las herramientas para la solución de problemas. Un ejemplo sería: si un adolescente se está burlando de una persona gorda y se le dice "no te burles de "X" porque es gordo, ¿Qué sentirías si estuvieras en esa situación?" En este caso el adolescente es capaz de imaginar lo que pasaría y no sólo ubicarse en la situación presente. Dicha respuesta se puede ver influida por los valores, actitudes y cultura específica de cada individuo.

En esta etapa final del pensamiento, se puede hacer mejor integración de las habilidades de representación que se adquirieron en la segunda infancia con las habilidades de operación concreta de la tercera infancia. Un adolescente conociendo los pasos lógicos necesarios para obtener un fin puede lograr que un deseo, meta o sueño se convierta en realidad.

Durante algún tiempo esta nueva manera de ver las cosas puede causar desilusión, hostilidad e incluso regresiones a

formas anteriores de pensamiento, pero a medida que la personalidad alcanza la edad adulta la filosofía de la vida que se va adquiriendo puede ir unificando múltiples hipótesis con las que el individuo va formando la realidad.

### **TEORÍA DE ELKIND**

Dicho teórico señala que los adolescentes tienen un pensamiento inmaduro que se manifiesta primordialmente en seis aspectos:

1. Idealismo y carácter crítico: donde el adolescente toma conciencia de lo lejano que es su mundo real y responsabiliza de ellos a los adultos. Están convencidos de saber mejor que los adultos cómo funciona el mundo, encuentran defectos en sus padres, se comprometen preferentemente con los débiles y los oprimidos, por ejemplo, cuando advierten que unas personas contaminan el medio ambiente y otras son víctimas de los contaminantes se comprometen con las víctimas.

2. Tendencia a discutir: buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal y a menudo discuten reuniendo argumentos con cierto nivel de lógica.

3. Indecisión: pueden mantener en la mente muchas alternativas al mismo tiempo, pero debido a su inexperiencia, carecen de estrategias efectivas para elegir una de ellas.

4. Hipótesis aparente: a menudo no reconocen la diferencia entre la expresión de un ideal y sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.

5. Autoconciencia o audiencia imaginaria: el adolescente puede razonar acerca del pensamiento, pero suponen que todos los demás están pensando en lo mismo que ellos piensan. Es decir, que los jóvenes consideran que siempre está presente un público ante sus acciones.

6. Suposición de ser especial e invulnerables o fábula personal: tienen la creencia de ser especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo. Esta forma de egocentrismo juvenil puede tener consecuencias desastrosas, por ejemplo, cuando una adolescente se sorprende por estar embarazada, a pesar de no haber utilizado ningún método anticonceptivo. Una ingenuidad también se observa a menudo en los relatos de drogadictos que nunca tuvieron en cuenta que ellos también podían caer en la adicción. (Elkind 1967 y 1978, citado en Mietzel, G., 2005)

### **TEORÍA DE ERIKSON**

Él enfatizó la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad, estructuró así la "teoría del desarrollo Psicosocial". En ella describe 8 etapas a lo largo del ciclo vital (estadios psicosociales) en cada una de las cuales plantea la existencia de una "crisis" de la personalidad ante la cual el individuo debe encontrar el equilibrio para afrontarla (Papalia, Olds y Felman, 2005). Para nuestra investigación tomaremos únicamente la etapa 5 que describimos a continuación:

#### **Etapas (Estadios Psicosociales):**

Etapa 5. *Búsqueda de identidad vs. Difusión de identidad* (desde los 13 hasta los 21 años aproximadamente). En esta

etapa la principal tarea por resolver es la "crisis" de la identidad frente al conflicto de la identidad, para lograr convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel que sea valorado en la sociedad. Al formarse una identidad, los adolescentes deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades intereses y deseos de forma que puedan ser expresados en un contexto social, así mismo para que tengan claro quiénes son y que quieren llegar a ser.

Algunas características que favorecen el desarrollo de la identidad del adolescente son:

- Perspectiva temporal, orientación en el tiempo y en el espacio
- Seguridad en sí mismo.
- La experimentación con el Rol, énfasis de la acción.
- El aprendizaje, desarrollando interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización sexual: adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- Liderazgo y adhesión: adecuada integración al grupo de "pares".
- El compromiso ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

Dado que la identidad tiene muchos componentes (relacionado con las características físicas, sexuales, sociales, vocacionales, morales, ideológicas y psicológicas) que constituyen el yo global, durante esta etapa los jóvenes deben resolver tres problemas fundamentales para su

desarrollo; la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer y por qué vivir, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. (Papalia. Olds Feldman, 2005 y Rice, 2000).

### **TEORÍA DE FREUD (1905): LA METAMORFOSIS DE LA PUBERTAD**

La pulsión sexual era hasta este momento predominantemente autoerótica; ahora haya el objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual.

Ahora en esta nueva meta sexual consiste para el varón en la descarga de los productos genésicos. A este acto final del proceso sexual va unido el monto máximo de placer. La pulsión sexual se pone ahora al servicio de la reproducción; se vuelve, por así decir, altruista, para que esta trasmutación se logre con éxito, es preciso contar con las disposiciones originarias y todas las peculiaridades de las pulsiones.

Se ha escogido como lo esencial de los procesos de la pubertad lo más llamativo que ellos representan: el crecimiento manifiesto de los genitales externos, que durante el período de latencia de la niñez había mostrado una relativa inhibición. Al mismo tiempo, el desarrollo de los genitales internos ha avanzado hasta el punto de poder ofrecer productos genésicos, o bien recibirlos, para la gestación de un nuevo ser.

Mecanismo del placer previo: en su conjunto, se aplica para brindar, mediante su adecuada estimulación, un cierto monto del placer; de este arranca un incremento de la



tensión, la cual, a su vez, tiene que ofrecer la energía motriz necesaria para llevar a su término el acto sexual. La penúltima pieza de este acto sexual es, de nuevo, la estimulación apropiada de una zona erógena (la zona genital misma en el *glans penis*) por el objeto más apto para ello, la mucosa de la vagina, y bajo el placer que esta excitación procura, se gana una vez por vía de reflejo, la energía motriz requerida para expulsión de las sustancias genésicas. Este placer último es lo máximo por su intensidad, y se diferencia de los anteriores por su mecanismo, este provocado enteramente por la descarga, es en su totalidad un placer de satisfacción, y con él se elimina temporariamente la tensión de la libido.

Diferencias entre el hombre y mujer: con la pubertad se establece la separación tajante entre el carácter masculino y el femenino, una oposición que después influye de manera más decisiva que cualquier otra sobre la trama vital de los seres humanos. En la niñez son reconocibles disposiciones masculinas y femeninas; el desarrollo de la inhibiciones de la sexualidad (vergüenza, asco, compasión) se cumple en la niña pequeña antes y con menores resistencias que en el varón. En la niña la zona erógena rectora se sitúa sin duda en el clítoris, y es por tanto homóloga a la zona genital masculina, el glande.

**CAPITULO III**  
**APEGO ESCOLAR**

Como mencionamos anteriormente la adolescencia es una etapa muy importante en la vida del ser humano, aunque es transitoria, es determinante por la forma compleja en que es vivida, ya que no solo tiene cambios biológicos, sino también y por supuesto sociales, esta última es vivida de forma muy personal con o contra los padres, ya que el adolescente busca y quiere alcanzar su propia identidad así que existe una mayor oposición a las reglas sociales.

En esta etapa el adolescente vivirá o no los valores enseñados en casa ya que esas normas influyen en los comportamientos individuales, lo que funciona como factor de riesgo o protector, por la habilidad de estimular conductas positivas o negativas.

El apego escolar es un factor protector para el adolescente, ya que si desde niño es estimulado por un proyecto de vida, habilidades sociales, alta autoestima entre otras, puede tener una relación más estrecha con el rendimiento académico.

### **3.1 CONCEPTO DE APEGO**

Bowlby (1998) define la conducta de apego como "cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebir como más fuerte y/o más sabio". (pág. 292).

De acuerdo a lo que él dice, la conducta de apego es un tipo de conducta social, en la cual se activan determinados sistemas de conducta. Tales sistemas se desarrollan en él bebé como resultado de la interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, con la principal figura

de ese ambiente, es decir, la madre (pág. 25). En sus trabajos sobre el vínculo primario entre el niño de pecho y su madre marcan un viraje en la historia de la psicología y de la psiquiatría del niño. La idea defendida por el autor reposa sobre la calidad de los cuidados que recibe un niño durante su primera infancia, determinante para su desarrollo futuro. Queda claro que el niño debe experimentar una relación cálida, disponible y continua con una figura parental estable junto a la cual pueda constituir una base segura para su desarrollo. Las amenazas o las interrupciones a esos vínculos suscitan emociones dolorosas en el niño, fuente de trastornos psicopatológicos.

### **3.2 EL APEGO EN EL DESARROLLO**

El bebé va tomando conciencia muy lentamente de la figura materna y solo al empezar a moverse con una cierta autonomía busca la compañía de ésta. Los bebés alrededor de los tres meses ya reaccionan de manera diferenciada a la madre en comparación a los demás. Durante el segundo año de vida y la mayor parte del tercero las manifestaciones de conducta del apego no son menos intensas ni menos frecuentes que hacia fines del primer año. Sin embargo, al ensancharse el campo perceptual del niño y aumentar su capacidad para comprender los hechos del mundo que lo rodea, se producen cambios en las circunstancias que dan lugar a esa conducta. En la mayoría de los niños, se pone de manifiesto, con regularidad y gran fuerza, hasta casi el final del tercer año. Una vez cumplidos los tres años, suelen ser mucho más capaces de aceptar la ausencia temporal de la madre y de ponerse a jugar con otros niños. Es como si el cambio se

produjera de modo repentino, lo cual sugiere que a esa edad se ha atravesado ya un cierto umbral de madurez.

En la adolescencia, el vínculo de apego que une al hijo con sus padres cambia, otros adultos comienzan a tener para él, igual o mayor importancia que los padres, y el cuadro se completa con la atracción sexual que empieza a sentir por compañeros de la misma edad. En un extremo están los adolescentes que se apartan por completo de sus padres; y, en el otro, los que siguen sumamente apegados a ellos y no pueden o no quieren dirigir su conducta de apego hacia otras personas. En medio de estos extremos, se sitúa la gran mayoría de los adolescentes, cuyo apego a los padres sigue siendo fuerte pero cuyos vínculos con los demás son importantes.

Durante la adolescencia y la vida adulta, parte de la conducta de apego no sólo se puede dirigir hacia personas de fuera de la familia, sino hacia grupos e instituciones diferentes a ésta. Para muchos, la escuela o universidad, o un grupo de trabajo, religioso o político, pueden convertirse en "figuras" de apego subsidiarias; y, para algunos, de "figuras" principales. En tales casos es probable que, al menos inicialmente, el vínculo con el grupo se establezca por el apego hacia un miembro que ocupe una posición destacada en él.

Esa conducta de apego de la vida adulta prolonga- de modo directo- la infancia, lo que queda demostrado por las circunstancias en las que se pone más de manifiesto el apego durante la adultez. Ante una enfermedad o catástrofe, los adultos se vuelven con frecuencia más exigentes respecto a los demás. Ante un desastre o peligro repentino, es casi

seguro que el sujeto buscará la proximidad de algún conocido en el que confía.

En la vejez, cuando la conducta de apego ya no puede orientarse hacia miembros de la generación anterior o ni siquiera de la propia, tal conducta puede ser que se dirija hacia los miembros de la generación más joven.

Bowlby (1998) además considera en la mayoría de las especies, se ha descrito la conducta de apego como dirigida a buscar y mantener la proximidad de otro individuo. Los hijos distinguen muy pronto a sus, propios padres de los demás, por lo que tienen una conducta en especial hacia ellos. Los hijos ponen de manifiesto más de un tipo de conducta que tienen como resultado la proximidad de la madre, por ejemplo; un grito o movimientos locomotores del hijo hacia ella. Con esta finalidad, utilizamos la expresión "conducta de apego".

También considera que el sistema de apego es una evolución resultante de la selección natural y cree que los procesos que componen este sistema son universales de la naturaleza humana. Como complemento a esta visión normativa de la conducta de apego, también se pronuncia respecto a las diferencias individuales como podemos ver en su teoría de apego:

1.- Cuando un individuo confía en que una figura de apego va a estar siempre que la necesite, tiene menos tendencia a sentir un miedo intenso o crónico que un individuo que, por cualquier motivo, carece de esa confianza.

2.- La confianza en la accesibilidad de las figuras de apego, o la falta de tal confianza, se construye al final lentamente a lo largo de los años previos a la edad adulta

(primera infancia, niñez adolescencia); sean cuales sean; las expectativas desarrolladas a lo largo de estos años tienden a persistir relativamente sin cambios a lo largo del resto de la vida.

3.- Las diversas expectativas respecto a la accesibilidad y receptividad de las figuras de apego que los individuos desarrollan a lo largo de los años previos a la edad adulta son reflejo considerablemente ajustado de las experiencias que estos individuos tienen en realidad.

Existe una clara relación entre el apego seguro, la alta autoestima y los niveles bajos de afectividad negativa. En varios estudios se ha demostrado que los individuos que tienen un apego seguro responden de forma más constructiva ante varios tipos de situaciones estresantes. Estos resultados, junto con la sólida relación establecida entre el apego seguro y unas relaciones cercanas mas estables y satisfactorias, sugiere que el estilo de apego puede tener importantes implicaciones para el ajuste y bienestar del individuo.

Esta internalización puede ser comprendida más fácilmente mediante lo que Daniel Stern llama, (1995) la "experiencia-de-estar-con-el-otro". En el sentido en que el niño constituye a la vez representaciones de sí mismo y del entorno que se relacionan con la situación que está viviendo. Bowlby (1998) concibe los modelos operantes internos a partir de la experiencia cotidiana de las interacciones del niño con los padres:

"En consecuencia, la imagen que constituye refleja también las imágenes que sus padres tienen de él, las imágenes que le son comunicadas, la manera en que nos

comportamos con él, en que nos dirigimos a él. Esos modelos organizan entonces sus sentimientos, sus expectativas, su comportamiento. Organizan también sus miedos y sus deseos presentes en sus sueños." (pág. 171).

También existe una estrategia comportamental que puede reflejar los modelos internos de representación que son seleccionados por los individuos. Ellos dependen del contexto en el cual se representan.

Patricia Crittenden (2004) ha utilizado un método de acotamiento para las familias caracterizadas por el maltrato, diferenciando sus nociones de abuso y de negligencia:

Las familias maltratadoras cuyos niños son víctimas de abuso no abandonan a sus hijos. Los padres, que tienen una relación a menudo perturbada con su pareja, tienden a usar su poder sobre el hijo, a controlar la interacción; el hijo se vuelve evitador o protesta mediante el llanto o un desvío de la mirada. A continuación, durante el segundo año, tienden a reprimir sus afectos negativos y se pliegan a las exigencias parentales, volviéndose compulsivamente dóciles. Pero otros niños, por el contrario, continúan oponiéndose.

En las familias con privaciones los progenitores están generalmente ausentes, mientras que la abuela materna se ocupa en la mayoría de los casos de atender al niño. Los padres tienen privaciones en el plano intelectual. Las madres se encuentran a menudo deprimidas o al menos parecen deprimidas. Los padres se hallan frecuentemente en un estado de retraimiento, sobre todo durante las situaciones difíciles. Les falta autoridad. Los niños son generalmente pasivos o más adelante se convierten en hiperactivos. Presentan dificultades para comprender y aprender del



comportamiento de los demás y muestran retardos en su desarrollo.

Las familias con privaciones y maltratadoras son habitualmente inestables, imprevisibles y desorganizadas. Las madres pasan de explosiones de ira a estados de retraimiento. Los hijos tienen dificultades para controlar sus relaciones y presentan retardos intelectuales, físicos, emocionales y comportamentales.

La conceptualización de los modelos internos de apego ha demostrado con fuerza, por consiguiente, la necesidad para el niño de establecer con el adulto un vínculo que le asegure un sentimiento de seguridad y de continuidad. Esta relación de intercambio necesita una proximidad física e incita al niño a retornar hacia el adulto en busca de un contacto y de seguridad. Así, el niño puede a continuación alejarse de esa persona a la que se encuentra apegado para explorar su entorno. Los propios modelos internos de apego.

### **3.3 APEGO ESCOLAR**

Tomando en consideración lo que dice Bowlby respecto al apego, podemos definir el *apego o la adherencia escolar* como el resultado de la conducta que tiene una persona al hábito de estudiar posibilitando el desarrollo de las aptitudes intelectuales; lo que permite ampliar los intereses y desarrollar motivaciones y aspiraciones vocacionales.

En diversos estudios se ha comprobado que un bajo apego escolar constituye un factor de riesgo, y que una alta adherencia puede funcionar como un factor de protección.

Podemos relacionar la adherencia escolar con el rendimiento académico esto de acuerdo a su grado de

aprovechamiento medido básicamente en las calificaciones obtenidas en el último año escolar, 2 semestres, (Matus 1992).

Entre los determinantes del rendimiento escolar cuentan otros factores sociales, influyen el nivel socioeconómico, también la cultura del alumno, las condiciones de la familia he incluso la situación laboral. Mientras que en los factores del ámbito escolar encontramos características específicas de la escuela, del profesorado y del estudiantado, los procedimientos escolares y académicos y las características de las relaciones establecidas en el aula. (Alcántara, 1998).

También el rendimiento escolar se encuentra vinculado principalmente con los recursos y habilidades de los alumnos para responder a los requerimientos académicos, influyendo directamente con sus hábitos y estrategias de estudio. (Negrete y Reyes, 1988.) Debemos recordar que muchos de los hábitos que tenemos para estudiar, fueron enseñados y aprendidos en el hogar, estos son reproducidos posteriormente dentro y fuera del centro de estudios, y éste repercute en la posteridad.

La adherencia escolar también puede alcanzarse mediante el desarrollo de las habilidades y pautas de interacción que faciliten la sociabilización y la integración de la comunidad escolar. En esta área es importante resaltar las áreas interpersonales, (tolerancia, respeto y colaboración). Aquí vemos la importancia de las técnicas y estrategias para afrontar y resolver conflictos interpersonales de manera adecuada manejar y controlar los impulsos, y expresar afectos, desarrollar estilos de comunicación asertivos.

Los factores cognoscitivos, las habilidades cognitivo-conductuales señaladas y la adherencia escolar, dependen también de factores motivacionales, de personalidad y conductuales, así como de la calidad de las relaciones interpersonales en la escuela, así, Quesada (1993) sostiene, (entendiendo la adherencia escolar como el compromiso y el propósito del alumno para dominar sus materias escolares) que la adherencia representa un predictor del desempeño escolar incluso más importante que la inteligencia.

En las encuestas realizadas con estudiantes mexicanos de educación media, se ha encontrado que entre quienes han interrumpido sus estudios o no se dedican de tiempo completo al estudio existe una proporción significativa mayor de usuarios de drogas (Castro y Valencia, 1980; Medina Mora et, al. 1982). Igualmente, la proporción de usuarios es más alta entre estudiantes que presentan un mayor ausentismo. Además de tener amigos que usen drogas en la escuela o que asistan intoxicados tiene una relación significativa con el uso continuo de drogas de drogas y la ingesta de más de una sustancia.

Un estudio realizado por CIJ (1999) indica que los estudiantes de educación media básica que presentaban una baja adherencia escolar y alteraciones en el desempeño académico tenía un riesgo de 1.2 veces mayor de haber usado drogas ilegales en los últimos 30 días que aquellos que presentaban una mayor adherencia escolar.

Para muchos, la escuela o universidad, o un grupo de trabajo, religioso o político, pueden convertirse en "figuras" de apego subsidiarias; y, para algunas, de "figuras" principales. En tales casos es probable que, al

menos inicialmente, el vínculo con el grupo se establezca por el apego hacia un miembro que ocupe una posición destacada en él.

Existen otras causas del por qué hay bajo apego escolar pero un argumento o factor determinante del ambiente se relaciona con el problema hacia otras demandas existentes fuera del aula. Una de ellas puede ser el poco apoyo por parte de los padres o tutores, también cuando se trata con los mismos procedimientos que en el aula regular o no se tienen los conocimientos de cómo auxiliar al estudiante en áreas específicas de aprendizaje, el problema lejos de resolverse se ahonda más. El individuo sufre diversas consecuencias que van desde una afectación a su autoestima y una mayor frustración, es de suma importancia recordar que los adolescentes suelen no medirse con los comentarios que llegan a tener con otros compañeros, lo que puede repercutir en la propia identidad del alumno con la repetición de los grados escolares o el abandono del sistema escolar.

Si bien es cierto que algunos de estos alumnos tienen un rendimiento diferente a los demás debido a situaciones extraescolares o a sus condiciones individuales, existe consenso al afirmar que el problema, en gran medida, radica en una deficiente calidad de la educación proporcionada (Schiefelben & Wolff, 1993).

Los hábitos de estudios inadecuados provocan fracasos repetitivos que se van presentando frecuentemente hasta llegar a considerar como una expresión de desorden de carácter o poca organización.

### **3.4 DESERCIÓN ESCOLAR**

La deserción de la educación es un tema muy complejo, ya que implica no sólo una variedad de perspectivas sino también una gama de diferentes tipos de abandono. Ninguna definición capta en su totalidad la complejidad de este fenómeno. Cuando se habla de deserción escolar, se habla de abandono de las actividades escolares antes de terminar algún grado o nivel educativo (Secretaría de Educación Pública, SEP 2004). De acuerdo a información de CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) en promedio, cerca de 37% de los adolescentes latinoamericanos que tienen entre 15 y 19 años de edad, abandona la escuela a lo largo del ciclo escolar. Asimismo, se afirma que la mayor parte de la deserción se produce una vez completada la secundaria y frecuentemente, durante el transcurso del primer año de la enseñanza media superior.

Define Davidoff (1980), el aprendizaje como un cambio relativamente duradero de conducta causado por la experiencia pero afirma que aprender es una actividad interna del organismo que no se puede observar directamente ya que no solo es sinónimo de estudiar, debido a que el sujeto aprende constantemente de sus actos y acciones cotidianas y de los demás. Pero qué pasa si el joven consume drogas ¿Su rendimiento o capacidad de aprender serán igual o la de un joven que no lo hace? ¿Qué tanto le puede afectar no sólo a nivel cognitivo, también a nivel físico? Algunos autores como Morris (1985) opinan que el uso de drogas deteriora la memoria con el paso del tiempo, hay un deterioro al codificar datos a corto y largo plazo. Y si agregamos escaso nivel de aspiraciones, poca o nula participación en actividades con

compañeros de clases, ausencias escolares, etc., esto nos lleva a pensar en una deserción escolar.

Para que exista una adherencia escolar, debe haber motivación, compromiso, competencia escolar, creencias, hábitos de estudio, nutrición, grupo de amigos, etc. Y si ésta no está promovida por los padres o el mismo alumno, existen más probabilidades de una deserción escolar, además de tener en cuenta una serie de variables como son la estructura familiar, la cultura, capacidad física, condiciones de vida, entre otros.

En un estudio realizado el centro de investigación en salud poblacional en el 2001 en el estado de Morelos encontraron que los hombres con bajo desempeño escolar incrementaron la posibilidad de experimentar con tabaco, de acuerdo a este estudio los alumnos con bajo desempeño escolar parecen tener conductas destructivas y menos apego a normas, también se encontró que la tolerancia social al tabaco percibida por las mujeres están más orientadas a los comportamientos que la sociedad acepta como deseables.

En otro estudio realizado por el Departamento de Desarrollo Humano, Bienestar Social y Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C., en estudiantes de nivel medio superior del estado de Sonora, se encontró que los alumnos que desertan tienen como característica que lo hacen en los primeros semestres, es casi igual entre hombres y mujeres y la edad oscila en los 17 años. Tenían en común que su desempeño en la escuela era regular pero sin un compromiso o planes a futuro. Otra variable que se encontró fue la falta de recursos para enfrentar los gastos que demandan la

asistencia a la escuela, igualmente a los problemas familiares.

Para revertir el proceso de deserción se deben involucrar en primer lugar, los intereses, metas, demandas y formas de intervención social de los jóvenes. Esto implica, entre otras cosas, desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje acordes con la realidad y con los intereses de los jóvenes, pero también incluye ampliar los espacios y mecanismos de participación institucional de los mismos, además de crear una red de apoyo donde padres, alumnos, funcionarios de instituciones tengan una misma idea encarrilada hacia el mismo objetivo.

**CAPÍTULO IV**  
**DROGAS**



Un estudio realizado por CIJ (Centros de Integración Juvenil 1999) a escuelas secundarias concluyó que el apego escolar tiene un efecto protector contra el uso de drogas, ya que encontraron que el respeto a las normas de disciplina escolar, la motivación por el estudio, la asistencia regular a la escuela, la integración al medio escolar y estudiantil y el buen desempeño constituyen una alternativa para la atención preventiva del uso de drogas.

Y esta adherencia escolar puede fortalecer u orientar el aprovechamiento de los propios recursos o habilidades con que cuenta cada joven para incrementar los logros obtenidos en cada etapa no solo escolar, también en la vida cotidiana. Es importante mencionar que en la adolescencia es cuando tienden frecuentemente a experimentar con las drogas incluyendo el tabaco y el alcohol principalmente.

#### **4.1 DROGAS**

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud 1969), que es la más utilizada en la actualidad droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

Ahora, según esta definición no solo la marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, o heroína son drogas sino también lo son el alcohol, el tabaco, la cafeína, y algunos fármacos.

El consumo de sustancias tóxicas actualmente es considerado como una enfermedad planteando que tiene bases fisiológicas, psicológicas o emocionales, sociales, culturales etc.

Gold (1991) mencionó que la adicción puede definirse como una enfermedad, que se caracteriza por el uso repetitivo y destructivo de una o más sustancias que alteran el estado de ánimo. Los síntomas principales son: la compulsión, la pérdida de control, la preocupación acerca de la droga, el continuar utilizando la sustancia a pesar de las consecuencias adversas y la negación.

Leal y Herman (1998), mencionan que la adicción puede describirse como una función de dos factores importantes: la droga y el individuo, con todas sus características fisiológicas, psicológicas y sociales. Esta función desencadena la farmacodependencia, que puede ser definida como el estado extremo al que llega el consumidor al abusar de las drogas; en el que se ve obligado a tomarlas, primero para experimentar sus efectos, y después para evitar el malestar provocado por su ausencia.

"...la adicción, farmacodependencia o drogadicción es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la falta de éste, o el llamado síndrome de abstinencia"

(Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), 1994, pág. 13).

En 1963, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió abandonar el término adicción para reemplazarlo por dependencia, entendida como: Un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. La tolerancia -una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia- puede o no estar presente en la dependencia; una persona puede ser dependiente a varias drogas.

En 1992 se pensó que era necesario aclarar más el término adicción y fue modificado por: "un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; (...) hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan". Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es importante resaltar que la adicción se presenta cuando se generan patrones de comportamientos reiterados, de búsqueda y consumo de la sustancia psicoactiva, de manera que la misma ocupe una parte fundamental o central en la vida del adicto, cuando esta persona suspende el consumo, percibe

molestias de distintos niveles de intensidad, según la sustancia, el tiempo, dosis y frecuencia de consumo y de acuerdo con sus características individuales, psíquicas y fisiológicas (CONADIC, 1994).

Gold (1991), describe este proceso con mayor claridad y plantea que los adictos pasan por distintos estados o etapas, hasta llegar a la dependencia química total. Las etapas o estados son:

1. Experimental: uso ocasional o espontáneo de sustancias.
2. La persona comienza a utilizar la droga cuando está sola y se inicia el desarrollo de la tolerancia.
3. El uso de la sustancia ocupa más tiempo y energía de la persona, además, el consumo de la sustancia a solas se vuelve más frecuente. El individuo se empieza a dar cuenta que la droga está interfiriendo con su vida funcional.
4. Dependencia: la persona utiliza la droga diariamente, haciéndose muy difícil saltarse un día. Los efectos secundarios de la droga en el área física empiezan a causarle problemas. La sustancia se convierte en el foco principal de atención para el adicto. El individuo usualmente se relaciona exclusivamente con otros consumidores o vendedores de drogas. La sustancia se convierte en el único satisfactor y fuente de placer. Así como la única salida para contrarrestar el síndrome de supresión. Otra de las características es la negación por parte del adicto acerca de su imposibilidad para controlar el consumo de la sustancia.

## **4.2 DEPENDENCIA**

En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define dependencia como: "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes"

### **Dependencia psicológica (OMS, 1975):**

"Es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer y evitar malestar" (pág. 83).

### **Dependencia física (OMS, 1975):**

"Es el estado de adaptación del organismo que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye su acción por la administración de un antagonista específico" (pág. 83).

### **Dependencia (CIE - 10):**

La adicción o síndrome de dependencia, se puede definir como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales 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 es frecuente y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

### **Pautas para el diagnóstico**

El diagnóstico de dependencia sólo debe de realizarse si se han presentado tres o más de los siguientes rasgos, en algún momento o de modo continuo en los doce meses previos al diagnóstico.

1. Deseo intenso o compulsivo por consumir una sustancia.
2. Disminución de la capacidad de control del consumo de una sustancia, algunas veces para controlar el inicio del consumo y otras para finalizarlo y así poder controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia es reducido o cesado. El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
4. Tolerancia, es decir, que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente le producían dosis más bajas.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

6. Persiste el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos por consumo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia a deterioro cognitivo o secundario al consumo de la sustancia. Debe de investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia está consciente o puede llegar a estarlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

**DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición)**

Se define como 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 continuo de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

A) Una necesidad de recurrir a cantidades marcadamente crecientes de la sustancias para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

B) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su continuo consumo.

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 muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume 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 sustancia o la recuperación de los efectos de la sustancia.
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 persistentes, que parecen causados y exacerbados por el consumo de la sustancia.

#### **4.3 ABUSO Y CONSUMO PERJUDICIAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) habla de abuso de drogas cuando se presenta un uso persistente o esporádico excesivo de las drogas fuera de una práctica médica aceptable: " cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general". Sin embargo, dentro del contexto del control



internacional de drogas, la OMS (Organización Mundial de la Salud) utiliza el término abuso para ser consistente con los términos utilizados por las Convenciones, que emplean indistintamente los términos abuso, uso inadecuado o uso ilícito.

Según el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición) es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante doce meses (los síntomas de la persona no han cumplido jamás con los criterios para la dependencia de sustancias)

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causado o exacerbado por los efectos de la sustancia.

Basándose en la CIE-10 (consumo perjudicial), podría describirse como "una forma de consumo que ésta afectando la salud física (como la hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parental) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo del alcohol" (CIE-10 1992:102)

## **Pautas para el diagnóstico**

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos (el que sea reprobado por terceros el consumo de la sustancia, no es en sí sólo indicativo de un consumo perjudicial).

### **4.4 INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS E INTOXICACIÓN AGUDA**

DSM-IV (Intoxicación por sustancias)

1. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
2. Presentan una serie de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia o al poco tiempo sobre el sistema nervioso central, que se manifiestan durante el consumo de la sustancia o al poco tiempo de haberla ingerido.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se pueden explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental.

CIE-10 (Intoxicación aguda)

Se trata de un estado transitorio que se presenta después de la ingestión o asimilación de sustancias

psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones de la conciencia, en la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas. Este es el diagnóstico principal sólo en casos en los que la intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

### **Pautas para el diagnóstico**

La intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la cantidad o con la dosis de la sustancia que se haya ingerido, exceptuando el caso de los individuos que presentan alguna patología orgánica específica que subyace, porque las dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social debe también tomarse en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación.

## **4.5 CAUSAS DE LA ADICCIÓN**

### **4.5.1 SOCIALES**

a) Problemas familiares: Regularmente las adicciones surgen por dificultades en el contexto familiar (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intrafamiliar, rechazo, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor), además de que algunas personas tienen la impresión

de no ser escuchados o tomados en cuenta y consideran que no son queridas en sus hogares.

Buscan solucionar los conflictos por medio de sustancias o actividades gratificantes, el tiempo que dure el efecto satisfactorio, es equivalente al del abandono de sus problemas, después, todo vuelve a la normalidad, las situaciones preocupantes siguen ahí e incluso aumentan por la adicción generada.

b) Influencia de los amigos: En ocasiones como una condición para ser aceptado en un grupo determinado, la persona acepta llevar a cabo determinadas conductas, muchas de las cuales pueden conducir a las personas a una adicción.

Sobre en todo en la adolescencia, como consecuencia de la búsqueda de la identidad, algunas personas imitan a otras, pretendiendo ser como ellas y por tal razón se dejan influenciar para consumir sustancias, asistir a lugares determinados, comprar o realizar conductas que a la larga generan dependencia (Papalia, Olds y Feldman, 2005).

c) Accesibilidad de drogas: En algunas familias donde existen personas que consumen drogas, la situación se niega o se acepta de manera simulada, en consecuencia podemos ver que a mayor disponibilidad de sustancias mayor consumo, este es un hecho demostrado en diversos estudios como la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), y el Centro de Integración Juvenil (CIJ, (2004), validado no solo en las sustancias legales también en las ilegales, donde influyen directamente la permisividad y la aceptación de consumo (regularmente social), en donde actitudes, valores sociales (favorables al consumo) normas, entre otras "acceden" al consumo.

Se ha encontrado que en los entornos donde el consumo es elevado presumen un factor de vulnerabilidad. Un ejemplo de un estudio de Goodwn (1985) donde encontró que dentro de una familia, la historia de alcoholismo de alguno de sus miembros, suele citarse como un factor predictor del abuso de drogas.

d) Falta de espacios recreativos o sociales: la mayoría de los jóvenes tiene mucho tiempo libre, pero si este no es canalizado para realizar actividades con fines de entretenimiento, se puede convertir en ocio y el ocio es la madre de todos los vicios. Actualmente es muy común ver las grandes construcciones habitacionales, pero pocas canchas, patios, centros culturales, etc. que permitan y fomenten la creatividad de los jóvenes y de los pocos espacios que existen muchos de estos están en mal estado, o llegan a tener otra función como estacionamientos, y en los que funcionan, la demanda es tal que rebasa la capacidad.

Aunque los jóvenes gozan de gran energía, carecen de lugares donde ésta pueda ser explotada, ahora tienen más acceso a tecnología (ver televisión, navegar en la red, juegos en el celular, etc.) lo que los lleva a ser menos sociales o sea más aislados.

e) Falta de oportunidades escolares y laborales: de acuerdo a las declaraciones del ex Secretario de Educación Pública (SEP), Alonso Lujambio, quien dijo que en México existen 285 mil jóvenes que no estudian ni trabajan (NINIS) según datos proporcionados por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011).

Mientras que el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), José Narro Robles, aseguró que en el país son más de 7 millones los jóvenes que ni estudian ni trabajan (NINIS). La cifra que presentó se basa en datos del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), según los cuales 4 de cada 5 mexicanos de entre 12 y 29 años viven en condiciones de pobreza o vulnerabilidad. (2011)

Más allá de creer una u otra cifra lo preocupante es que no existan los espacios suficientes en las instituciones educativas para cubrir la demanda de los jóvenes, además esto va incrementando las escasas oportunidades para encontrar en un futuro un trabajo más o menos remunerado. Si no existe una red de apoyo oportuna para motivar la cultura el trabajo, la responsabilidad, etc. Existe una gran vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias y si esta se convierte en una dependencia se buscará satisfacerla de una u otra forma.

#### **4.5.2 PSICOLÓGICAS**

Todas las adicciones tienen como objetivo ayudar a la persona a fugarse de los estados emocionales que les son desagradables buscando así el bienestar en actividades, sustancias u objetos que generan dependencia y provocan atrofiamiento de la voluntad. Las principales causas psicológicas de la adicción son las siguientes (Alfonso-Fernández, 2003., Echeburúa, 200., García, 2004., y Montaña, 2007.)

a) **Curiosidad:** En ocasiones la adicción comienza por el deseo de experimentar cosas nuevas, las cuales si resultan gratificantes muy probablemente serán repetidas una y otra vez, encaminando a los jóvenes hacia una adicción hacia

aquello que fue gratificante y que en un principio se realizó solo por curiosidad.

b) Pertenencia: Búsqueda de aceptación a un grupo en el que se considera valioso consumir alguna sustancia, realizar una actividad determinada o seguir un patrón conductual, puede derivar en la realización de acciones adictivas.

Cualquier tipo de adicción ya sea comida, alcohol, drogas, gastar dinero, etc., puede ser un signo de baja autoestima. Cuando la adicción es incorporada a la vida del individuo con autoestima baja le resulta más difícil superar la adicción. Según García (2004) si los jóvenes intentan conocer sus actitudes, sus emociones, sus límites y creencias para aceptarse en función de ellos mismos y no de los demás, están dando los primeros pasos hacia el amor a sí mismos, imprescindible para que les interese cuidar su salud física y mental, siendo ésta la mejor manera de prevenir las adicciones.

Escapar de la realidad, porque no se tiene la capacidad y la fortaleza para enfrentar los problemas de la vida cotidiana, es un claro indicador de querer evadir los problemas emocionales, los cuales generan incomodidad e insatisfacción. La persona entonces tratará de buscar opciones que alivien dicha incomodidad y si esto continúa, puede suscitar dependencia y al mismo tiempo adicción.

c) Baja autoestima: según Enrique Dulanto (2000) la autoestima; es la capacidad de querer, evaluar y valorar a uno mismo; es el aprecio y el valor que uno se da a sí mismo. También es la actitud del autorreconocimiento que hace sentirse digno y valioso ante sí y los demás. Es una base del desarrollo afectivo de la adolescencia. Así mismo se fomenta

y se logra o malogra desde la infancia en el seno de la familia y la escuela, de acuerdo con los efectos que tenga el niño y posteriormente adolescente. La baja autoestima es lo contrario.

Si el adolescente inicia con escasa o baja autoestima, corre el riesgo de quedar preso en el "que dirán" y, a veces tal opinión de los demás llega a crear miedos irracionales, inseguridad, rechazo etc. Lo que lo puede llevar a ser muy influenciado por los demás y busque la aceptación o aprobación de un grupo y seguirá a éste sin medir los riesgos y consecuencias.

d) Falta de asertividad: cuando se habla de comunicación se habla de asertividad, ésta es la habilidad de expresar sentimientos y opiniones en el momento oportuno y de manera adecuada, haciendo valer nuestro derecho, claro sin ofender o molestar a los demás.

Cuando a los jóvenes no se les enseña a ser asertivos sus compañeros u otras personas pueden violentar sus derechos, ya que no saben:

- Decir "no"
- Pedir ayuda
- Opinar
- Cambiar de opinión
- Estar en desacuerdo

Lo que le puede traer conflictos de malos entendidos, enojos, violencia escolar, inseguridad entre otros.



### 4.5.3 BIOLÓGICAS

a) Químicas: Se ha podido determinar que muchos de los efectos de reforzamiento del consumo de sustancias se debe a su acción a nivel del sistema mesolímbico dopamínico, especialmente del núcleo acumbens. Del mismo modo se ha podido comprobar que diversos receptores cerebrales juegan un papel en las adicciones, entre ellos están los receptores opioides, el GABA, el N-metil-D-Aspartato e incluso los receptores serotoninérgicos. A su vez una de las más recientes hipótesis postula que los estímulos condicionados asociados con el uso del alcohol y drogas puede elicitar sustratos neuronales (predominantemente de opioides endógenos) que son similares a los producidos por la droga, incrementando así el anhelo intenso y el consumo de la sustancia. (MANUAL DE ATENCION PRIMARIA PARA EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL, pág. 12).

Lo mismo ocurre en caso de las adicciones psicológicas, la realización de determinadas actividades que tienen efectos agradables son el resultado de la liberación de sustancias químicas en el cerebro que producen una sensación de bienestar.

b) Hereditarias: Hoy en día la participación genética en el desarrollo del alcoholismo y drogadicción es un hallazgo que ha sido demostrado a través de los estudios en animales, estudio de individuos gemelos y personas en adopción, que confirman tales asociaciones. Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno. Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se ha encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una

menor alteración cognitiva y psicomotora así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo. (MANUAL DE ATENCION PRIMARIA PARA EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL, pág. 12)

Aunque no se han realizado investigaciones, es posible que lo mismo ocurra en el caso de las adicciones hacia otras sustancias, actividad o cosas.

#### **4.6 CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN**

Muchas son las consecuencias para la persona adicta a cualquier sustancia, objeto, actividad, situación, etc., algunas se han mencionado en la descripción de cada tipo de adicción, sin embargo, es importante resaltar que toda adicción tiene como consecuencia la pérdida de control sobre sí mismo, así como la dependencia a esta situación, actividad, objeto, sustancia, etc., a la que se es adicto. Dado que las consecuencias son varias es posible hacer un gran listado, pero tratando de lograr un mejor entendimiento es importante clasificarlas en seis categorías:

1) En cuanto a la salud: cualquier adicción origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Como ejemplos podemos mencionar: hepatitis, cirrosis, trastornos cardiovasculares, depresión, psicosis, paranoia, etc., por lo tanto hay que mencionar a qué dimensión de salud puede afectar una adicción:

a) Salud psíquica: Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas,

pérdidas de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

- b) Salud física: La adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlceras, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

2) En el aspecto social: Los adictos (con mayor índice aquellos que consumen alguna sustancia), con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc. Cuando se comienza a necesitar más de la sustancia, actividad, situación, objeto, etc., que de las personas que le rodean, pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir más a determinada sustancia, actividad u objeto, como "solución". El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares.

3) En el aspecto económico: El ser adicto puede llegar a ser muy caro, llevando al adicto a destinar todos sus recursos para mantener el consumo, incluso a sustraer los bienes de su familia y amigos. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento. A veces para poder sufragar los gastos de la adicción la persona se ve obligada a recurrir a actividades ilegales.

4) En las relaciones: La relación con la familia, amigos o pareja se altera, como consecuencia de la adicción, ya que

aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

5) En cuanto a la conducta: El adicto se preocupa sólo por conseguir hacer o estar en la situación a la que ya es dependiente, por lo cual se vuelven egoístas y egocéntricos; no les importa nadie más que ellos mismos.

6) Otros aspectos: Presenta preocupación respecto a la inversión excesiva de atención hacia el uso, el sustrato del uso, los efectos del uso, las situaciones relacionadas con el uso; lo cual significa una gran inversión de energía y tiempo en las actividades adictivas, traduciéndose en un relativo descuido de los intereses importantes de la vida diaria.

Por otro lado, las consecuencias pueden ser fatales ya que una adicción llega a causar la muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que involucran al cerebro, hígado, corazón y otros órganos, dependiendo del tipo de adicción y contribuye a la ocurrencia de suicidios, homicidios, violencia, maltrato, violación y abuso sexual, accidentes y otros eventos traumáticos interpersonales y/o familiares.

#### **4.7 EPIDEMIOLOGIA**

A partir de 1960, la epidemiología contribuyó a la explicación del fenómeno de las adicciones, al describir el dramático aumento en el uso de una variedad de drogas lícitas, entre las que se reconoce el tabaco y el alcohol - aunque su consumo en menores sea ilegal - e ilícitas como la marihuana, cocaína, heroína, inhalables, alucinógenos y

algunos medicamentos con uso no médico. Asimismo, la epidemiología del estudio de las enfermedades infecciosas, crónicas o adictivas, puede conceptualizarse en términos de agente, huésped y ambiente. Ya que en el caso de las adicciones, la droga es el agente; el usuario, es el huésped y la sociedad donde habita el usuario y donde se comercializan las sustancias psicoactivas, es el ambiente (Tapia & Cravioto, 2001).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), en cuanto al consumo de alcohol, muestra datos que se habían observado en estudios previos, que el patrón de consumo típico en México es de grandes cantidades por ocasión de consumo.

Como lo muestra la ENA (2008), la edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años; esto se observó para 50.8% de los usuarios de drogas. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años.

Los datos de la encuesta indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Además, presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos. Al mismo tiempo cabe resaltar que "las generaciones actualmente presentan mayor accesibilidad a las drogas, mayor consumo y mayor probabilidad de progresar del

abuso a la dependencia que las generaciones anteriores" ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008, pág. 49).

"El consumo de los tranquilizantes, la marihuana, los inhalables y las metanfetaminas se inician con más frecuencia en la adolescencia. En total 89.8% de los usuarios habrán iniciado el consumo antes de cumplir los 26 años" ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008, pág. 50).

La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones.

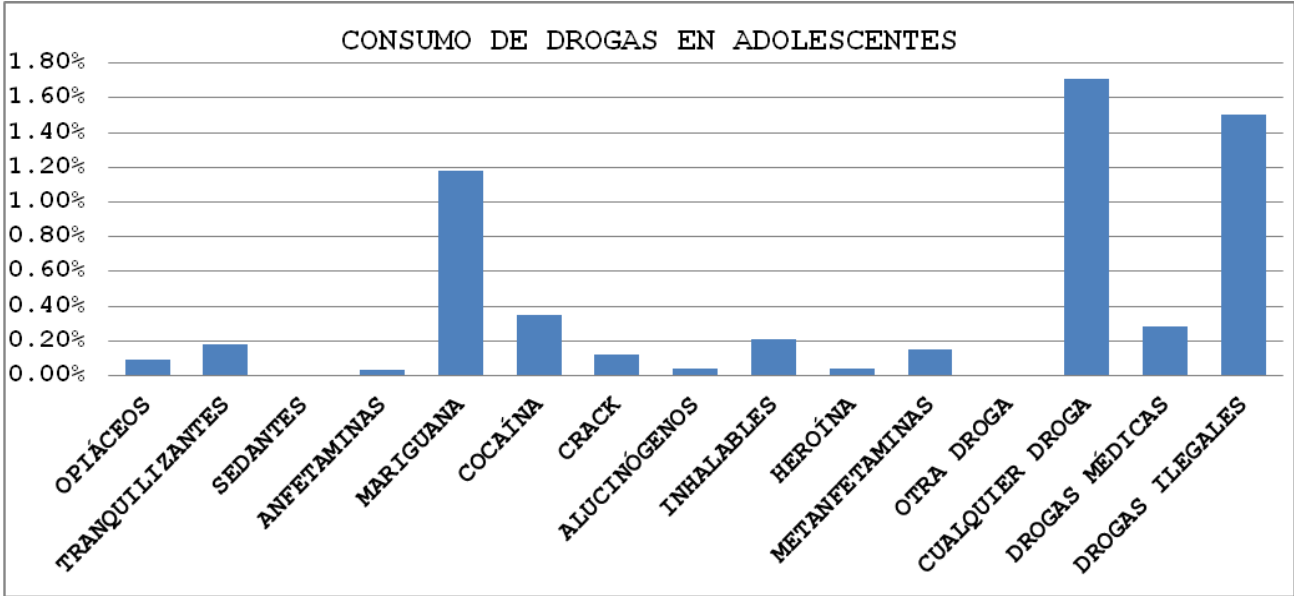
La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volverse a repuntar en esta década.

El consumo de otras drogas muestra índices inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar.

Los datos también indican que entre las mujeres, el consumo crece en mayor proporción que entre los hombres, que los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo y que las generaciones actuales están más expuestas a la oportunidad de usar drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción mayor que las generaciones anteriores. ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008).

A continuación mostramos datos representativos sobre el consumo de sustancias tóxicas para que se comprenda mejor la magnitud del problema que actualmente vive la sociedad.

La siguiente gráfica nos muestra el consumo de distintas drogas en población de 12 a 17 años en los últimos 12 meses. ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.)



Gráfica # 1

De acuerdo al consumo de tabaco en población urbana, se encontró que 20.4% de la población entre 12 y 65 años de edad

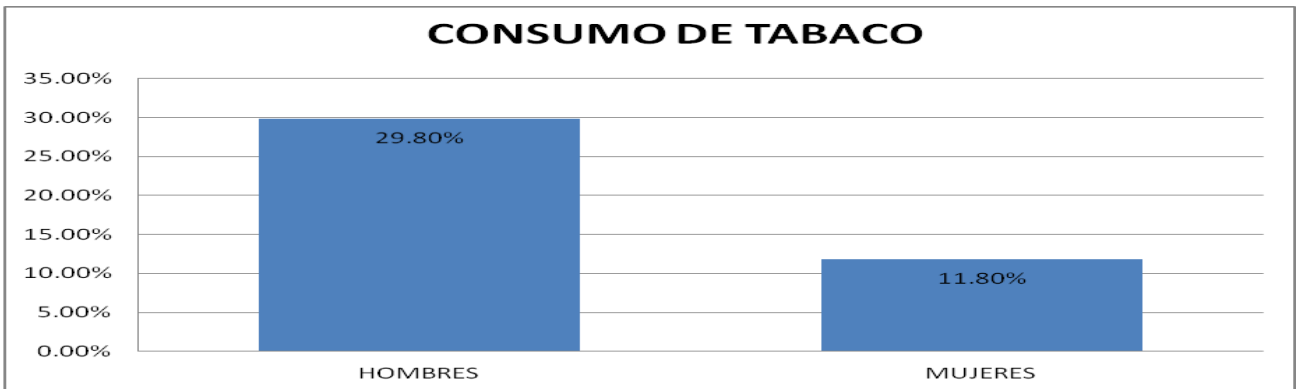
corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 12 millones de fumadores; 18.4% corresponde a ex fumadores y 61.1% nunca había fumado



Gráfica #2

ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008).

La prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana masculina es de 29.8% y en la femenina, de 11.8%. Respondieron haber fumado durante el último año. ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008)

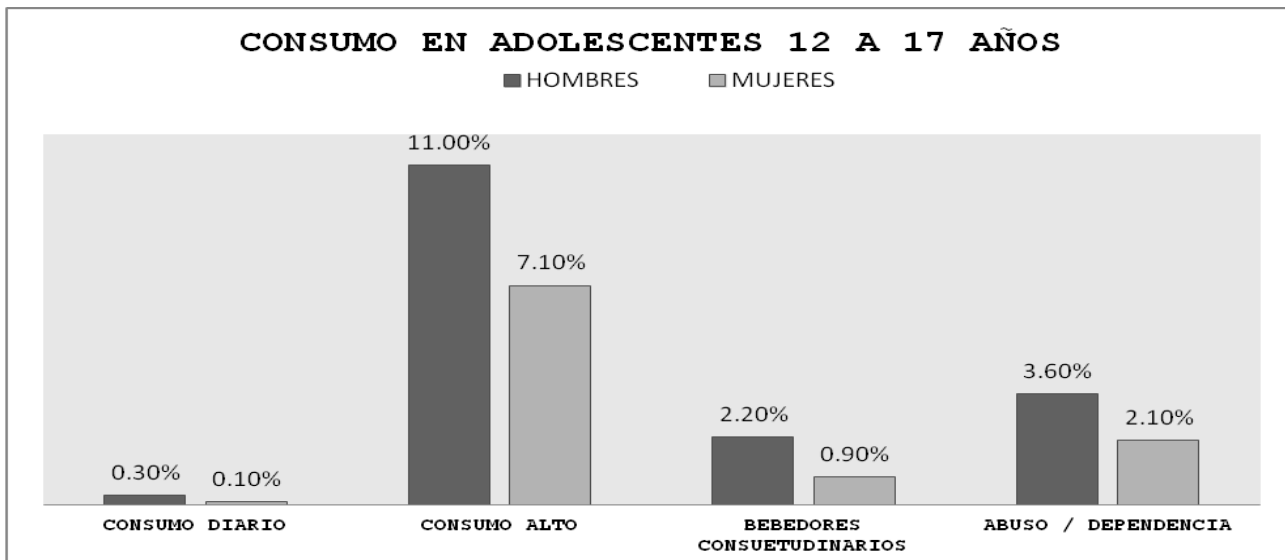


Gráfica # 3

Observamos claramente que el consumo de alcohol en mujeres ha aumentado en las últimas décadas, casi en las mismas cantidades que los hombres. Proporción de hombres (5+



copas por ocasión) y mujeres (4 + copas por ocasión) que beben altas cantidades. ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008).



Gráfica # 4

#### 4.8 CLASIFICACIÓN DE DROGAS (CIJ)

El Centro de Integración Juvenil (CIJ), clasifica las drogas en depresoras y estimulantes.

Clasificación de Drogas						
Tipo de Droga	Ejemplos	Usos Médicos	Depend. Psicológica	Depend. Física	Tolerancia	
D E P R E S O R E S	<b>Alcohol</b>	Cerveza, licor, vino	Ninguno	Alta	Moderada	Sí
	<b>Barbitúricos</b>	<del>Amoyal.</del> <del>Butisol.</del> <del>Nembutal.</del> Fenobarbital	Para ansiedad, tensión alta e insomnio	Alta	Alta	Sí
	<b>Inhalantes</b>	Aerosoles, gasolina, colas	Ninguno	Alta	Ninguna	Posible
	<b>Tranquilizantes</b>	Valium, <del>Librium.</del> <del>Equanil.</del> <del>Altivan.</del>	Para ansiedad, tensión e insomnio	Moderada	Moderada	Sí
	<b>Narcóticos de origen natural</b>	Codeína	Para la tos y <del>analgésicos.</del>	Alta	Moderada	Sí
		<b>Heroína</b>	Ninguno	Alta	Alta	Sí
	<b>Narcóticos de origen sintético</b>	Morfina	Analgésico	Alta	Alta	Sí
		<del>Demerol.</del>	Analgésico	Alta	Alta	Sí
<b>Metadona</b>		Sistemas de abstinencia de la heroína y analgésico	Moderada	Alta	Sí	
<b>Cannabis</b>	Marihuana, <del>Hashish.</del>	Bajo investigación	Moderada	Desconocida	Sí	
E S T I M U L A N T E S	<b>Alucinógenos de origen natural</b>	Mezcalina	Ninguno	Baja	Ninguna	Desconocida
		Hongos				
	<b>Alucinógenos de origen sintético</b>	<del>L.S.D.</del>	Ninguno	Baja	Ninguna	Desconocida
	<b>Anfetaminas</b>	<del>Benzedrina.</del> <del>Dexedrina.</del>	Para obesidad	Alta	Moderada	Sí
	<b>Cafeína</b>	Café, cola	Dolores de cabeza	Baja	Ninguna	Sí
	<b>Cocaína</b>	Cocaína, Crack	Anestesia local	Alta	Posiblemente	Sí
	<b>Nicotina</b>	Cigarros, puros, pipas	Ninguno	Alta	Moderada	Sí
Tipo de Droga	Ejemplos	Usos Médicos	Depend. Psicológica	Depend. Física	Tolerancia	

Tabla # 1

Se puede clasificar a las drogas en dos aspectos: por su legalibilidad y por su efecto (Nató & Rodríguez, 2001):

En cuanto a la legalidad existen: drogas legales y drogas ilegales.

Las drogas legales son las que se pueden comprar en diferentes negocios, las que se pueden conseguir con fácil acceso, son las que puede prescribir el doctor, también entra en esta categoría el alcohol y el tabaco aún cuando tienen un poder adictivo y a pesar de tener restricción de edad en la compra de estos, es muy fácil que los adolescentes consigan los productos.

Las drogas ilegales son aquellas que son penalizadas por la ley, tales como la marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, entre otras.

Actualmente, se han realizado diversos estudios en diferentes partes de México, donde los resultados han mostrado que el consumo de sustancias ilegales ha aumentado considerablemente entre los adolescentes; en general la marihuana, es la preferencia número uno entre estos (Villatoro & Medina-Mora, 2002, ENA, 2008).

Por su efecto, las drogas se clasifican en:

**Drogas Estimulantes:** Son aquellas que incrementan la actividad del sistema nervioso central, produciendo efectos tales como hiperactividad, estados de exaltación, trastorno de sensibilidad, una sensación de bienestar y euforia. Los usuarios de drogas estimulantes experimentan mayor seguridad en sí mismos y más energía para mantenerse activos. Este estado de activación se acompaña de aceleración en el ritmo

cardíaco y la respiración (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009), entre otros efectos se pueden presentar boca seca, supresión del apetito, mareos, insomnios, incremento en el estado de alerta y de activación de respuesta, reducen la fatiga (Barragán, 2005). Entre los riesgos que provocan estas sustancias es que causan dependencia psíquica. Los psicoestimulantes aumentan la acción sináptica de los neurotransmisores: catecolamina, dopamina y norepinefrina; ejercen también una acción directa en el núcleo acumbens que es una zona cerebral relacionada con el reforzamiento conductual, el abuso compulsivo y la dependencia a sustancias adictivas (Barragán, 2005). Algunos son: hojas de coca, cocaína o crack, cafeína, anfetaminas y metanfetaminas, nicotina, entre otras.

**Drogas depresoras:** Las sustancias depresoras producen el efecto contrario a las estimulantes; es decir, decrementan el funcionamiento del sistema nervioso central ocasionando un estado de relajación, somnolencia y sedación. Estas drogas afectan la coordinación motora y la capacidad de respuesta y provocan la desinhibición de la conducta (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009). También se puede presentar farfuleo al hablar, desorientación, dificultad en el ritmo respiratorio (Barragán, 2005). En esta categoría se encuentran el alcohol, los hipnóticos y sedantes, así como los solventes inhalables y los opioides. Los opioides tienen propiedades analgésicas, por lo cual se utilizan para aliviar el dolor. Las sustancias que pertenecen a ésta clase, también conocida como narcóticos, incluyen el opio, la heroína, morfina, codeína. La incidencia y severidad de los efectos secundarios son diferentes para cada sustancia (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009). También se

encuentran los barbitúricos, benzodiazepinas y metaqualonas. Algunos autores como Julien (1998), incluyen a la marihuana en este rubro (citado por Barragán, 2005).

Actualmente los adolescentes tiene como segundo contacto (después de las drogas legales) el consumo de los inhalables, estas son sustancias químicas tóxicas volátiles, utilizadas a través de la inhalación por nariz o aspiración por la boca, con el fin de producir depresión del sistema nervioso central. Como es un producto muy comercial y disponible en tiendas, ferreterías, supermercados y farmacias queda a disposición de niños y jóvenes lo que convierte este producto de fácil acceso, además tiene un costo muy económico en comparación a otras sustancias lo que lo convierte en gran potencial de convertirse en sustancias de abuso y posteriormente de dependencia.

**Drogas alucinógenas:** Aunque estas drogas también pueden dividirse en naturales y sintéticas y a pesar de que se ingieren por distintas vías, producen efectos parecidos. Se trata de sustancias consideradas dentro de la clase psicotrópicas, fármacos que reemplazan la realidad con elementos de ilusión e inducen alucinaciones definidas, como percepciones alteradas en presencia de objetos reales. Los alucinógenos tienen un efecto reforzante muy poderoso. Producen sensación de flotación, euforia y reducción del dolor; modifica a la percepción del ser y del entorno (algunos usuarios describen sensación de que el espíritu ha abandonado su cuerpo), producen agitación; las luces y los colores pueden desorientar; las multitudes pueden dar miedo; situaciones familiares pueden resultar extrañas (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009). Dentro de los

principales efectos físicos que se pueden presentar, están la hiperactividad del sistema nervioso simpático, temblores finos; dilatación de las pupilas; náuseas y vómito; aumento de presión arterial, reflejos tendinosos, pulso temperatura corporal, azúcar en la sangre (Velasco, 1997). Algunos ejemplos de este tipo de drogas psicoactivas son la mezcalina, que es la sustancia activa del peyote, la psilocibina, que está presente en los hongos alucinógenos, la dictilamida del ácido lisérgico o LSD.

**Drogas de Diseño o Síntesis:** Se trata de un grupo de sustancias psicoactivas con ciertas características en común: se elaboran por síntesis química en laboratorios clandestinos; muchas de ellas se fabrican partiendo de productos farmacéuticos relegados por falta de uso terapéutico (por ejemplo: éxtasis) otras imitan la estructura química de sustancias de origen botánico; sus efectos sobre el cerebro humano son similares a los de otras drogas conocidas (estimulantes, alucinógenos débiles); tienen un potencial tóxico adicional por la descontrolada variedad de productos activos con que se las adulteran (Nato & Rodríguez, 2001). Entre las principales sensaciones que producen estas sustancias son: Euforia, reducción de la sensación de hambre y sed, de cansancio y de sueño; aumento artificial de la autoestima y de la sensibilidad emocional; afectividad; desinhibición y aumento en la empatía (Canovas, 1997).

**CAPÍTULO V**  
**METODOLOGÍA**

## **5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe relación entre relaciones familiares disfuncionales, consumo de sustancias tóxicas, y el bajo apego escolar?

## **5.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **5.2.1 GENERAL**

Determinar la correlación entre relaciones familiares disfuncionales, el consumo de sustancias tóxicas y el bajo apego escolar en adolescentes del CONALEP AEROPUERTO.

### **5.2.2 ESPECÍFICOS**

1.- Identificar las relaciones familiares disfuncionales.

2.- Identificar el tipo de sustancias tóxicas que se están consumiendo.

3.- Conocer el nivel de apego escolar.

4.- Determinar la relación que existe entre las relaciones familiares disfuncionales y el consumo de sustancias tóxicas.

5.- Determinar la relación que existe entre las relaciones familiares disfuncionales y el bajo apego escolar en los adolescentes del CONALEP AEROPUERTO.

## **5.3 HIPOTESIS**

### **5.3.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN**

H1: Existe correlación entre las relaciones familiares disfuncionales y el consumo de sustancias tóxicas.



Hi2: Existe correlación entre las relaciones familiares disfuncionales y el bajo apego escolar.

Hi3: Existe correlación entre el consumo de sustancias tóxicas y el bajo apego escolar.

Hi4: Existe correlación entre el consumo de sustancias toxicas, relaciones familiares disfuncionales, y el bajo apego escolar.

### **5.3.2 HIPOTESIS NULA**

Ho1: No existe correlación entre las relaciones familiares disfuncionales y el consumo de sustancias tóxicas.

Ho2: No existe correlación entre las relaciones familiares disfuncionales y el bajo apego escolar.

Ho3: No existe correlación entre el consumo de sustancias tóxicas y el bajo apego escolar.

Ho4: No existe correlación entre el consumo de sustancias toxicas, relaciones familiares disfuncionales, y el bajo apego escolar.

### **5.4 VARIABLES**

Variable independiente: Relaciones familiares disfuncionales

Variable dependiente: Bajo apego escolar

Variable dependiente: Consumo de sustancias tóxicas

### **5.5 DEFINICION CONCEPTUAL**

**Relaciones familiares disfuncionales:** Estas familias presentan características como la falta de comunicación entre sus integrantes y un consecuente desconocimiento mutuo,

distancia emocional de cada uno respecto a los demás, y desinterés por lo que suceda, incapacidad para manejar conflictos e incluso para hablar de ellos, escasa o nula convivencia (dificultades para mostrar afecto y en general para expresar las emociones entre ellos, relaciones rígidas y autoritarias (poca posibilidad de expresar las necesidades individuales), incapacidad de adaptación a circunstancias variables y en particular a los cambios que experimente alguno de sus integrantes (expectativas muy rígidas sobre los demás), y la falta de límites claros. (Torres, 2001).

**Bajo apego escolar:** podemos definir el apego o la adherencia escolar como el resultado de la conducta que tiene una persona al hábito de estudiar posibilitando el desarrollo de las aptitudes intelectuales. (Bowlby, 1998)

**Consumo de sustancias tóxicas:** se caracteriza por el uso repetitivo y destructivo de una o más sustancias que alteran el estado de ánimo. (Gold, 1991)

## **5.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Para medir estas tres variables se utilizó el instrumento DUSIR, y de cada variable se utilizaron las siguientes preguntas:

Relaciones Familiares Disfuncionales: 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57. Bajo Apego Escolar: 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38. Consumo De Sustancias Tóxicas: Del segundo apartado 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Considerando los rangos de significancia del instrumento DUSI-R, podemos decir que cuando se obtiene un resultado entre 0.1 y 2.5 corresponderían a una severidad calificada como baja;

Entre 2.6 y 5.0, a una severidad moderada;

Entre 5.1 y 7.5 una alta y

de 7.5 en adelante, a una muy alta,

Equivaliendo el cero a la ausencia de trastornos en las escalas evaluadas, éstos rangos aplican para las tres variables.

## **5.7 TIPO DE DISEÑO**

El tipo de diseño de investigación que se utilizó fue el no experimental, ya que éste se basa en determinar cuál es la relación entre un conjunto de variables en su hábitat natural, es decir, no se manipularon las variables, para después analizar la información obtenida.

Al mismo tiempo es transversal porque recolecta datos en un solo momento y tiempo único, su propósito es analizar su incidencia y correlación. (Sampieri, 2003)

## **5.8 TIPO DE ESTUDIO**

Como se mencionó anteriormente el tipo de diseño fue descriptivo y correlacional. Fue descriptivo porque se obtuvieron porcentajes, frecuencias y rangos de severidad y correlacional ya que tuvo el propósito de evaluar la relación que existe entre las tres variables, (relaciones familiares disfuncionales, consumo de sustancias tóxicas, y el bajo apego escolar).

## **5.9 ESCENARIO**

Instalaciones del PLANTEL CONALEP AEROPUERTO (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica) ubicada en Av. Acolhuacan s/n Esq. Aztecas 3ra. Sección, C.P. 15600, Delegación Venustiano Carranza.

## **5.10 POBLACION**

Nuestra población objeto de estudio fueron los alumnos del CONALEP AEROPUERTO (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica); el 94% de la población son hombres y el 6% mujeres comprendidos entre los 15 y 22 años. Los alumnos de dicho plantel son procedentes del Distrito Federal y el Estado de México, ya que el plantel se encuentra en los límites del Distrito y el Estado. Dicha población manifiesta problemas de conducta, como apatía hacia algunas materias, impuntualidad y desinterés en la entrega de tareas, escasa participación en clase, bajas calificaciones, poca relación con los maestros, inasistencia e incluso deserción escolar y en algunos casos consumo de sustancias tóxicas, esto referido por el Jefe de Formación Técnica del Plantel que en ese momento prestaba sus servicios en dicha institución.

## **5.11 MUESTRA**

La muestra fueron los alumnos de quinto semestre, comprendía 260 alumnos, sin embargo, sólo se aplicó a 217 alumnos ya que el día de la aplicación no asistieron todos a clase. El muestreo fue por selección intencionada o muestreo de conveniencia ya que elegimos una población que tiene las características que se consideraron importantes y fue estratificado por sexo y año escolar, encuestados mediante cuestionarios autoaplicables.

En total fueron 217 sujetos, que oscilan entre los 15-20 años 11 meses cumplidos, sexo masculino y femenino, que cursaban el quinto semestre de nivel medio superior (CONALEP AEROPUERTO), de un nivel socio económico medio y bajo, exclusivamente del turno matutino por una petición del Jefe de Formación Técnica, hasta ese momento se tenía información de posible abuso de sustancias tóxicas manifestado por esa población.

#### **5.12 PRUEBAS E INSTRUMENTOS**

La prueba que se utilizó es Drug Use Screening Inventory para su aplicación con adolescentes mexicanos (DUSI-R) (anexo 1) estandarizada y validada por miembros de Centros de Integración Juvenil (CIJ) David Bruno Díaz Negrete, Juan David González Sánchez y Valeriano Raúl Gracia Aurrecochea, en el año 2006.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se empleó el coeficiente de correlación alfa de Cronbach, prueba que valora la consistencia interna del cuestionario. Para valorar su validez se llevó a cabo un análisis factorial (método de componentes principales con rotación Varimax), el cual evalúa la validez de constructo (identificando grupos de variables relacionadas que miden atributos latentes) y la capacidad explicativa, grado de convergencia y discriminación de las mediciones.

Los resultados de la prueba alfa de Cronbach muestra que la versión del DUSI R utilizada constituye un instrumento confiable, obteniéndose un coeficiente de correlación de 0.92.

Esta prueba consta de 101 ítems que evalúan 8 escalas:

- Escala 1. Trastornos de conducta (14 preguntas)
- Escala 2. Trastornos afectivos y síntomas (12 preguntas)
- Escala 3. Baja competencia social (10 preguntas)
- Escala 4. Relaciones familiares disfuncionales (9 preguntas)
- Escala 5. Bajo desempeño y adherencia escolar (12 preguntas)
- Escala 6. Vinculación de redes sociales disfuncionales (8 preguntas)
- Escala 7. Uso inadecuado del tiempo libre (8 preguntas)
- Escala 8. Uso de sustancias (alcohol y/o drogas) (18 preguntas)

De la cual se tomó en consideración para el análisis de resultados los ítems de los factores enumerados a continuación: Escala 4, 5 y 8. Cada pregunta consta de 5 respuestas teniendo valores del 0 - 4, lo que significa que 0 es nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 frecuentemente y 4 siempre o casi siempre, dependiendo del puntaje obtenido se coteja con el punto de corte para poder saber si se tiene un problema o no.

### **5.13 PROCEDIMIENTO**

Inicialmente se planteó la idea de aplicar la prueba DUSI-R a todos los estudiantes de quinto semestre del turno matutino, de los grupos 501 al 506, abarcando una población de 260 alumnos que cursan las carreras de M.M.O.P (Mantenimiento de Motores y Planeadores), L.A.R.E (Laminaria y recubrimiento de las aeronaves), S.E.K.A (Sistemas Electrónicos de Aviación), T.E.L.E (Telecomunicaciones) en el PLANTEL CONALEP AEROPUERTO (Colegio Nacional de Educación

Profesional Técnica). La aplicación se llevó a cabo del día lunes 7 de noviembre al viernes 11 de 2011; sin embargo, no todos los alumnos del grupo en donde se aplicó la prueba asistieron, por lo que sólo se contó con una muestra final de 217 alumnos.

La prueba se aplicó por grupo, se les indicó que el propósito de la prueba era recabar información acerca del consumo de sustancias tóxicas, apego escolar y relaciones familiares, comentándoles que la información sería anónima para que se sintieran con mayor libertad al contestar las preguntas. Se les repartió la prueba, se leyó en voz alta cada ítem para que no quedara ninguna respuesta en blanco y si surgía alguna duda en el momento se explicaba a todo el grupo para evitar confusiones.

#### **5.14 ANÁLISIS DE DATOS**

La información obtenida se analizó en base a frecuencias y porcentajes de severidad y se correlacionaron las variables (relaciones familiares disfuncionales, consumo de sustancias tóxicas y bajo apego escolar).

**CAPÍTULO VI**  
**ANÁLISIS DE RESULTADOS**



## 6.1 ANALÍISIS DE RESULTADOS

Como se mencionó la prueba se aplicó solo a alumnos de quinto semestre del turno matutino, distribuidos de la siguiente forma:

### DATOS DEMOGRÁFICOS:

<b>Grupo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
501	32	14.7
502	33	15.2
503	37	17.1
504	38	17.5
505	40	18.4
506	37	17.1
Total	217	100.0

Tabla 1

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
15	2	.9
16	21	9.7
17	142	65.4
18	29	13.4
19	13	6.0
20	3	1.4
21	4	1.8
22	3	1.4
Total	217	100.0

Tabla 2

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	204	94.0
Femenino	13	6.0
Total	217	100.0

Tabla 3

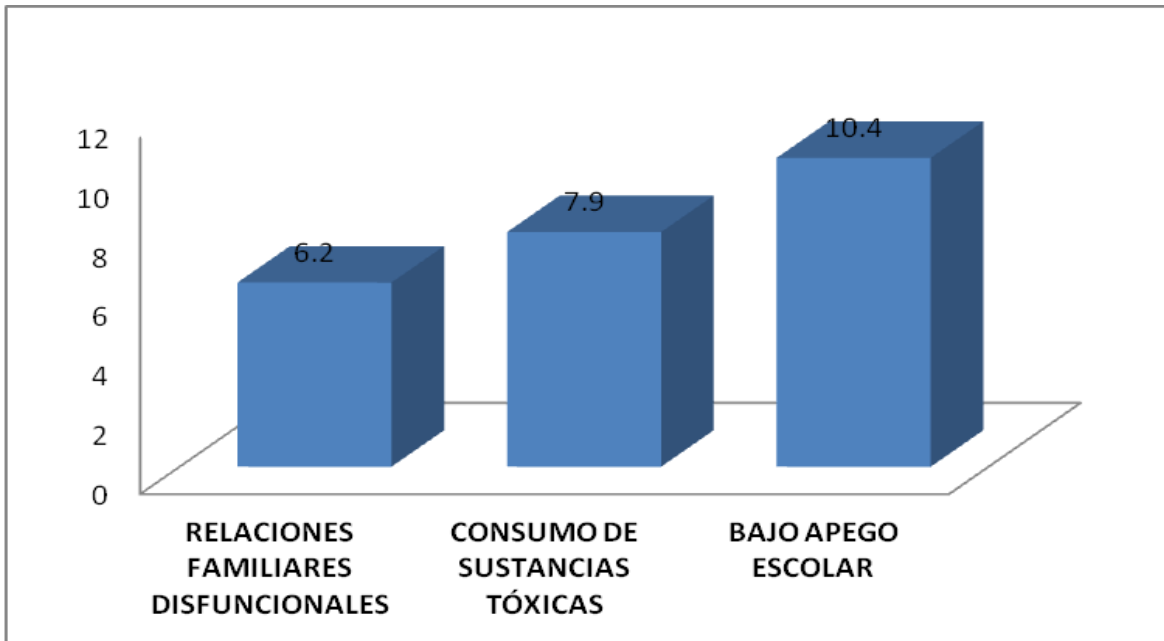
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Solamente estudias	131	60.4
Estudias y trabajas	85	39.2
No contestaron	1	.5
Total	217	100.0

Tabla 4

De la muestra total de 217 alumnos se encontró que 204 eran del sexo masculino y 13 femeninos (ver tabla 3). Todos eran del turno matutino y oscilaban entre los 15 y 22 años (ver tabla 2), la media de las edades fue de 17 años. En la tabla de ocupación (tabla 4) se encontró que el 60.4 % solamente estudia, el 39.2 % estudia y trabaja y el .5 % no contestaron.

Para nuestro análisis de resultados tomamos sólo en consideración las siguientes escalas: Escala 4. RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES, Escala 5. BAJO DESEMPEÑO Y ADHERENCIA ESCOLAR, Escala 8. USO DE SUSTANCIAS (ALCOHOL Y/O DROGAS), al ser los concernientes a nuestra investigación.

La media nos muestra que las relaciones familiares disfuncionales se encuentran en un rango de 6.2, lo que significa que es una severidad alta, el consumo de sustancias tóxicas en un rango de 7.9, lo que significa severidad muy alta y el bajo apego escolar en un 10.4, por lo que también se encuentra en una severidad muy alta, las tres variables se encuentran dentro del rango de severidad estipulado en los rangos de confianza del instrumento (ver gráfica 1).



Gráfica 1

A continuación se hará el análisis de cada una de las escalas, con las respuestas por cada uno de los rangos de severidad:

#### **Relaciones Familiares Disfuncionales**

<b>SEVERIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Baja	20.8%
Moderada	25.3%
Alta	26.7%
Muy alta	27.1%

Tabla 1

- **En la escala de relaciones familiares disfuncionales** que valora la vinculación con conflicto y violencia intrafamiliar, falta de apego parento-filial y consumo de sustancias en la familia se obtuvieron los siguientes resultados: el 20.8% tiene una severidad baja, el 25.3%

una severidad moderada, el 26.7% severidad alta y el 27.1% una severidad muy alta.

Se encontró que la población del CONALEP AEROPUERTO tiene un rango de severidad alto al presentar una media de 6.2 (ver gráfica 1), lo que indica que han tenido contacto con algún tipo de violencia por lo que se encuentra en una familia disfuncional, para conocer con exactitud los indicadores que generan dicha severidad se hizo un análisis de las respuestas a los reactivos de ésta escala, donde se encontró que una de las características principales eran las discusiones entre los padres o tutores, implicando gritos y llanto lo que hace sentir incomodo al alumno con el ambiente que hay en su casa, esto aunado al consumo de sustancias toxicas de algún miembro de la familia (ver gráfica 2).

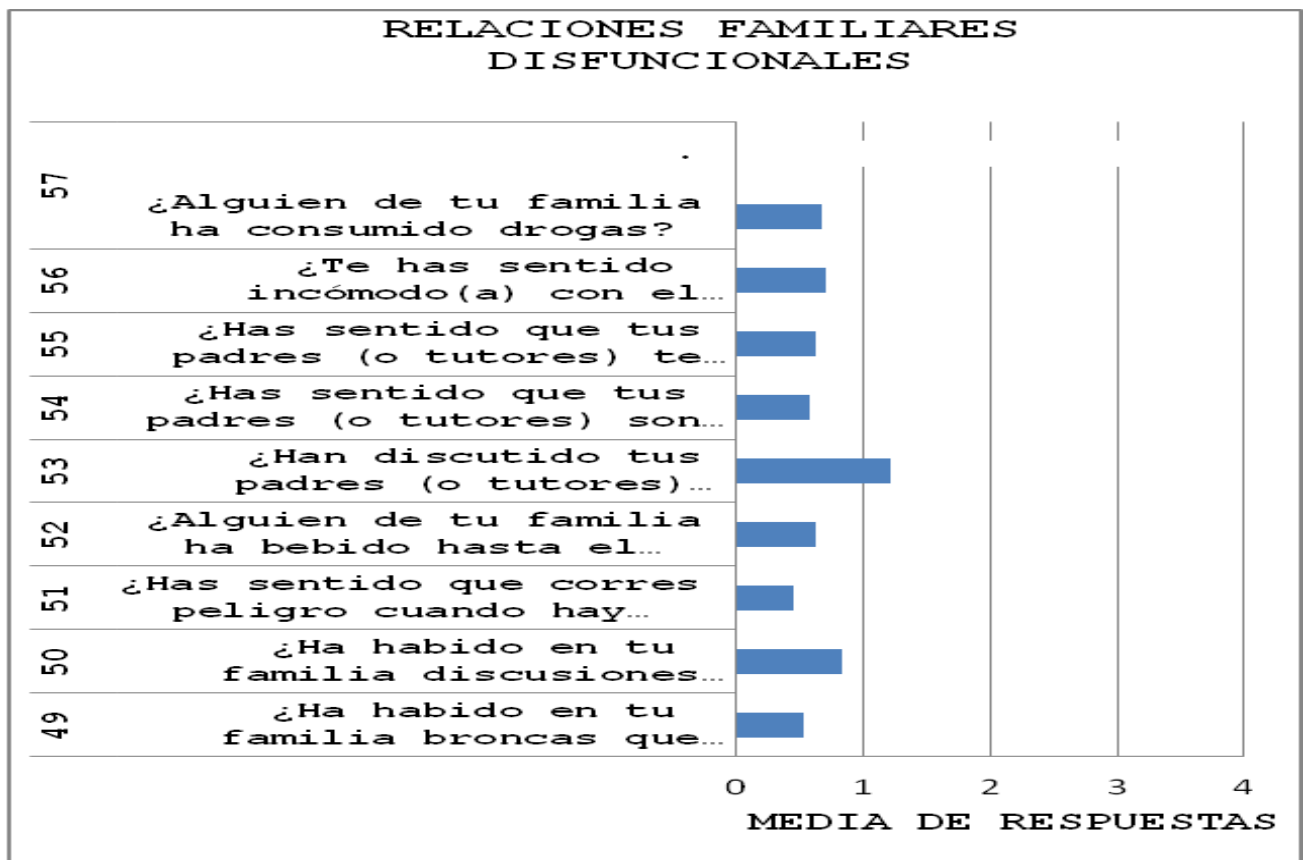


Gráfico 2

### Consumo De Sustancias Tóxicas

SEVERIDAD	PORCENTAJE
Ausencia de trastorno	24.8%
Baja	24.8%
Alta	23.5%
Muy alta	26.8%

Tabla 2

- **En la escala de uso de sustancias (alcohol y/o drogas)** que valora la severidad del uso de drogas y síntomas de dependencia así como al ajuste escolar, se encontraron los siguientes resultados: el 24.8% de la población del CONALEP AEROPUERTO nunca ha tenido contacto con sustancias tóxicas, el 24.8% tiene una severidad baja, el 23.5% una severidad alta y el 26.8 % una severidad muy alta (ver tabla 2).

Se encontró que la población del CONALEP AEROPUERTO tiene un rango de severidad muy alto al presentar una media de 7.8 (ver gráfica 1), algunos de los indicadores para decir que hay consumo es cuando el alumno compite en las reuniones para ver quién "aguanta" o toma más en las fiestas, dejando de participar o realizar actividades por gastar su dinero en alcohol o drogas, lo que provoca que falten a las reglas por estar intoxicados, esto desencadena que tengan dificultad para recordar lo que hicieron cuando estaban bajo los efectos del alcohol o drogas (ver gráfico 3).

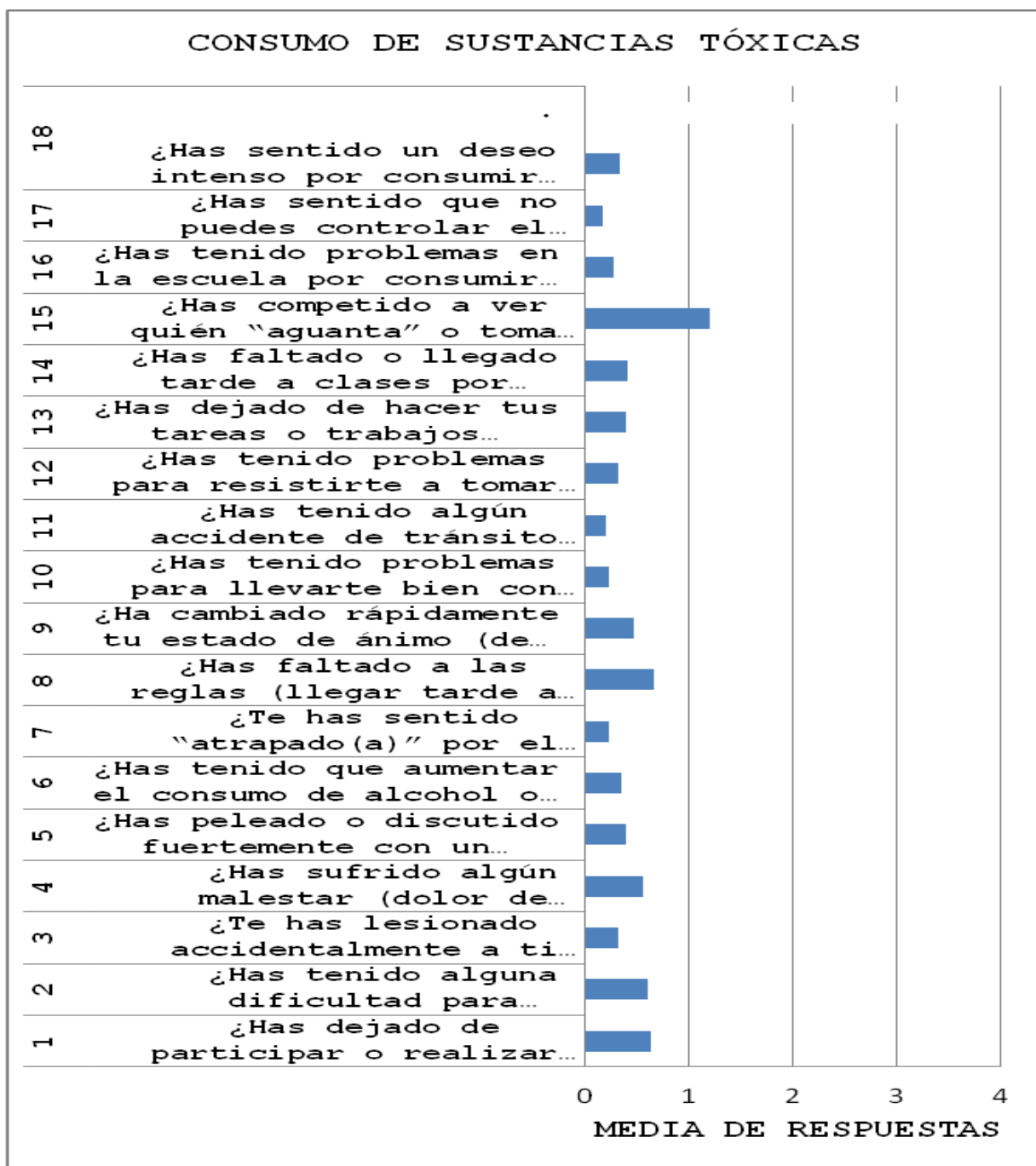


Gráfico 3

De acuerdo a los resultados obtenidos se identificó que las drogas de mayor consumo de la muestra del CONALEP AEROPUERTO son: alcohol con 62.7%, tabaco 35.5%, marihuana 23.0%; mientras que los inhalantes 13.0%, extasis 6.5%, y otras 5.5% fueron las de menor consumo. (Ver gráfico 4).

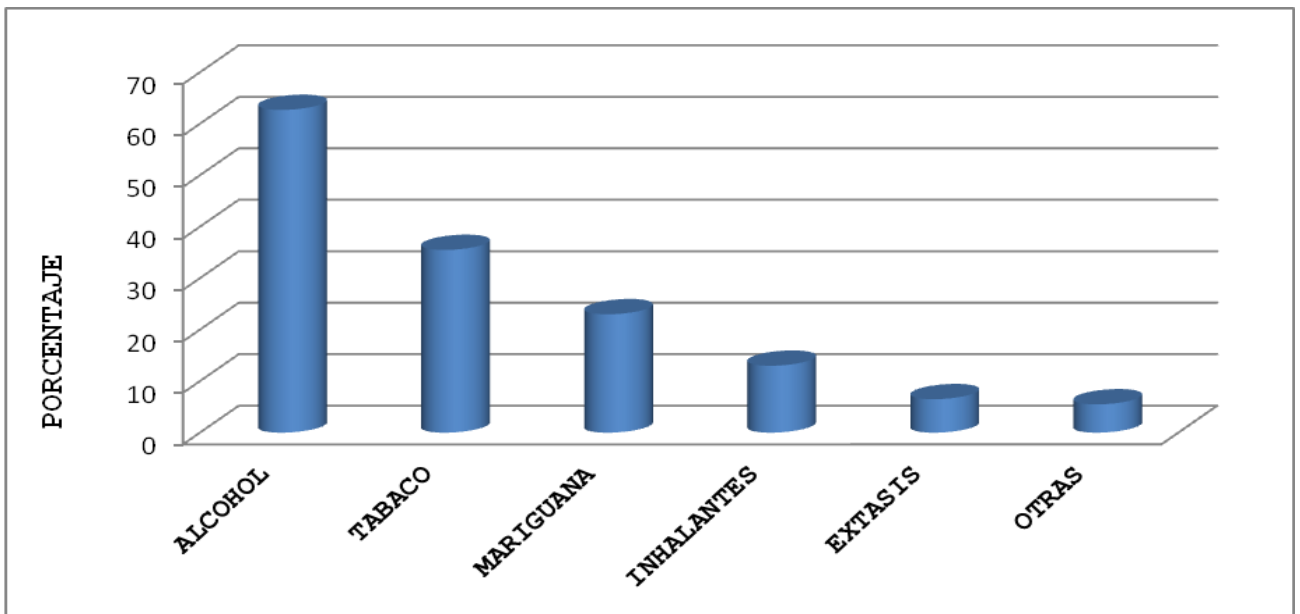


Gráfico 4

### Bajo Apego Escolar

SEVERIDAD	PORCENTAJE
Ausencia de trastorno	18.8%
Alta	27.1%
Muy alta	54.1%

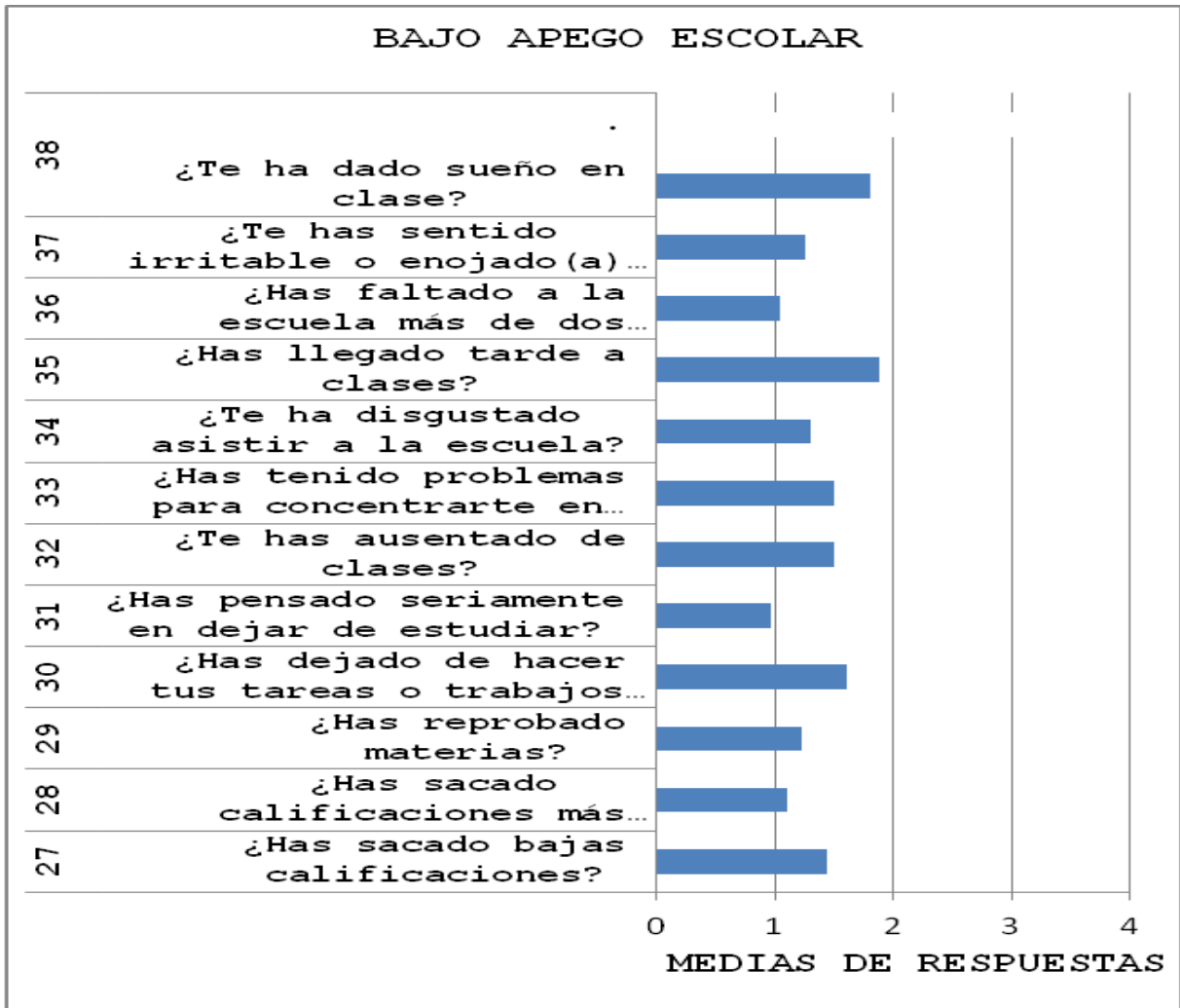
Tabla 3

- **En la escala de bajo desempeño y adherencia escolar (apego)** que valora la baja motivación por el estudio, ausentismo y bajo rendimiento académico, encontramos que el 18.8% de la población del CONALEP

AEROPUERTO tiene apego escolar, mientras que el 27.1 % tiene una severidad alta de bajo apego escolar y el 54.1 % un rango de severidad muy alto en bajo apego escolar (ver tabla 3).

Se encontró que la población del CONALEP AEROPUERTO tiene un rango de severidad muy alto al presentar una media de 10.4 (ver gráfica 1), lo que indica que tiene un bajo desempeño y adherencia escolar. En la grafica 4 podemos identificar las preguntas con mayor promedio, ésta figura muestra que lo que genera un bajo apego escolar severo es que los alumnos saquen bajas calificaciones, dejen de hacer tareas, lleguen tarde a clases y que les de sueño durante la clase.





Gráfica 4

De acuerdo al programa SPSS encontramos que las hipótesis alternas que nos planteamos al comenzar la investigación se comprueban ya que se obtuvo una correlación de las tres variables de .000, hay que recordar que una correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

### CORRELACIONES

	<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS</b>	<b>BAJO APEGO ESCOLAR</b>
<b>Relaciones familiares disfuncionales</b>	.519 **	.519**
<b>Consumo de sustancias tóxicas</b>		.300**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Por lo que se confirman las hipótesis planteadas al inicio de esta investigación:

- Sí existe correlación de .519 entre relaciones familiares disfuncionales y el consumo de sustancias tóxicas con significancia  $\alpha > .01$ , lo que significa que al existir relaciones familiares disfuncionales hay más posibilidad de que aumente el consumo de sustancias tóxicas.
- Sí existe correlación de .519 entre relaciones familiares disfuncionales y el bajo apego escolar con significancia  $\alpha > .01$ , esto quiere decir que al existir relaciones familiares disfuncionales aumenta el riesgo de tener bajo apego escolar.
- Sí existe correlación de .300 entre consumo de sustancias tóxicas y bajo apego escolar  $\alpha > .01$ , lo

que significa que al consumir sustancias tóxicas aumenta el riesgo de tener bajo apego escolar.

- Sí existe correlación entre relaciones familiares disfuncionales, sustancias tóxicas y el bajo apego escolar con significancia  $\alpha > .01$ , por lo que podemos concluir que estas tres variables al tener un resultado positivo van aumentando en relación a la otra variable, por ejemplo a mayor disfunción familiar mayor riesgo de consumo de sustancias tóxicas, así como bajo apego escolar.

## DISCUSIÓN

El consumo de sustancias tóxicas, ha existido toda la vida sin embargo hasta el año de 1969 la OMS (Organización Mundial de la Salud) la integra como un problema de salud a nivel mundial, datos de la ENA indican que el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres (4.6 hombres por cada mujer), éste dato es relevante ya que en esta investigación el 94% de la población son hombres y el 6% mujeres. Tenemos entonces que el consumo de drogas está aumentando y los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo pues las generaciones actuales están más expuestas a la oportunidad de usar drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción mayor que las generaciones anteriores.

En la ENA (2008), se indicaba que la edad de inicio para el consumo de drogas es temprana, antes de la mayoría de la edad el 55.7% se inicia en el consumo de la marihuana dejando a la cocaína a una edad más tardía, por otro lado en el tabaco se encontró que la población de entre 12 y 65 (35.6%), cerca de 27 millones de mexicanos, había probado alguna vez en su vida el cigarrillo, mientras que el alcohol la población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, también el consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Lo que concuerda con nuestros resultados al tener un mayor porcentaje de consumo de primera vez en una edad de 15 a 17 años. Lo que más se consume en nuestra población es el alcohol con un 63%; dejando en segundo lugar el tabaco con un 35%, y el tercer lugar lo ocupa la marihuana con un 23%;

mientras que las drogas sintéticas como el éxtasis, tachas, etc. ocupan el último lugar con un 6%. Tal como lo señalan Herrera, Vázquez y Cols (2004), existen varias hipótesis respecto a la significancia del alcohol y el tabaco como drogas que abren la puerta al consumo de otras drogas de tipo ilegal, además el uso de esta sustancia en la adolescencia temprana, también sitúa a las personas en gran riesgo para el consumo posterior de otras como la marihuana y la cocaína. (Castro y Valencia, 1980; Medina Mora et, al. 1982) En relación con las diferencias de sexo en el consumo de alcohol, las observaciones sobre las personas alcohólicas, indican que el consumo y la dependencia es más frecuente en los varones que en las mujeres, independientemente de la edad y el país de procedencia (ENA, 2008).

Gold (1991), Leal y Herman (1998) dicen que la adicción puede definirse como una enfermedad, que se caracteriza por ser fisiológica, psicológica y social, la cual puede desencadenar la farmacodependencia, coincidimos con ellos pues somos testigos de cómo el problema del consumo se ha incrementado, principalmente en adolescentes. A esto hay que sumarle que a medida que aumenta la edad de los estudiantes se observa mayor consumo experimental esto muchas veces ocurre como consecuencia de la búsqueda de la identidad. Papalia, Olds y Feldman (2005) mencionan que en la adolescencia se forma la identidad, etapa donde se deben establecer y organizar habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan ser expresados en un contexto social, pero los adolescentes no siempre tiene una integración de pares adecuada lo que los vuelve más vulnerables y susceptibles a la aceptación de grupo.

Debemos recordar que diversos estudios demuestran que ha aumentado considerablemente el consumo de sustancias en los adolescentes (Villatoro & Medina-Mora, 2002). Entonces concordamos con la ENA (2008) que el inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco incrementa la probabilidad de usar otras drogas, pues los jóvenes que empiezan con el uso experimental de una droga a una edad temprana lo puede conducir en el futuro al consumo de drogas más peligrosas, influye en gran manera la accesibilidad a la droga como lo menciona un estudio realizado por CIJ, esta accesibilidad se da en algunas familias donde existen personas que consumen drogas, la situación se niega o se acepta de manera simulada, en consecuencia podemos ver que a mayor disponibilidad de sustancias mayor consumo esto documentado por Goodwn (1985) donde encontró que dentro de una familia, la historia de alcoholismo de alguno de sus miembros, suele citarse como un factor predictor del abuso de drogas.

Así pues se entiende que la familia es el núcleo en el primer espacio de socialización del sujeto, tiene un papel relevante tanto en la formación de la identidad del ser humano, como en su comportamiento, ésta impulsa las actitudes y los hábitos de niños y jóvenes, convirtiendo a ésta en una importante red de protección social, así como también es la que marca de una u otra forma las pautas de comportamiento para su desenvolvimiento en el resto de los demás escenarios sociales tal como lo menciona Salvador Minuchin (1975). Cabe resaltar que nosotras también apostamos por la resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas, control de la conducta como lo menciona MCMASTER (1987) en su modelo de funcionamiento familiar, esto

no descarta problemas, pero conlleva a la funcionalidad adecuada de la familia.

De igual forma encontramos que en esta investigación el 18.8 tiene apego escolar o tiene ausencia del trastorno%, lo anterior se confirma con el ítem más bajo relacionado a esta escala que es; ¿has pensado seriamente en dejar de estudiar? con el .95 %; el lado opuesto es el bajo apego escolar con un 54.1 %, esto se corrobora con los ítems: ¿Te ha dado sueño en clase? con el 1.80%, ¿Has tenido problemas para concentrarte en las clases o cuando estudiabas? 1.49% y ¿Te has ausentado de clases? 1.49%. Lo que nos indica que puede existir un riesgo muy alto a declinar por los estudios, por lo cual es necesario continuar con las campañas preventivas sobre los riesgos del consumo de drogas, de igual forma en la comunicación, resolución de conflictos, etc., pues es probable que no descarten la posibilidad de abandonar la escuela, algo común en el nivel medio superior, esto probablemente no sólo se relaciona con el poco apoyo por parte de los padres sino que tal vez hay más factores implicados como hábitos de estudios inadecuados que se pueden traducir en desorganización o tal como lo afirman Schiefelben & Wolff (1993), que el problema, en gran medida, radica en una deficiente calidad de la educación proporcionada, aunque también consideramos que hay factores sociales que influyen como el nivel socioeconómico o cultural del alumno, las condiciones de la familia e incluso la situación laboral, por lo que podemos inferir que entre menos apoyo tenga y menos protegido se sienta el adolescente en su ambiente familiar es más propenso a tener bajo apego escolar. El lado opuesto lo sostiene Quesada (1993) diciendo que los factores cognoscitivos, las habilidades cognitivo-conductuales

señaladas y la adherencia escolar, dependen también de factores motivacionales, de personalidad y conductuales, así como de la calidad de las relaciones interpersonales en la escuela, todo ello motiva a un adolescente interviniendo como un factor de protección, lo que puede elevar sus aspiraciones y motivaciones vocacionales.

En un estudio que realizó el CIJ, (Centro de Integración Juvenil, 1999), se indicaba que los estudiantes de educación media básica que presentaban una baja adherencia escolar y alteraciones en el desempeño académico tenía un riesgo de 1.2 veces mayor de haber usado drogas ilegales en los últimos 30 días que aquellos que presentaban una mayor adherencia escolar. En diversos estudios se ha comprobado que un bajo apego escolar constituye un factor de riesgo, y que una alta adherencia puede funcionar como un factor de protección (Negrete y Reyes, 1988). Los resultados que se obtuvieron en esta investigación se encontraron muy parecidos a los mencionados anteriormente, ya que se confirmó que al consumir sustancias tóxicas aumenta el riesgo de tener bajo apego escolar.

En conclusión las tres variables con las que se trabajó a lo largo de esta investigación están estrechamente relacionadas, ya que a mayor disfunción familiar existe un mayor riesgo de consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes y en consecuencia un bajo apego escolar, sin embargo; entre más funcional sea el núcleo familiar, existen más posibilidades de que el consumo experimental sea solo eso, y en consecuencia se dé un apego escolar que facilite y promueva la actividad escolar.



## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Esta investigación intentó exponer y analizar datos muy alarmantes y relevantes sobre las relaciones familiares disfuncionales, el consumo de sustancias tóxicas y el bajo apego escolar, y cómo a su vez éstas se pueden enganchar para afectar de manera positiva y negativa en el desarrollo de los seres humanos, y de forma muy especial en los adolescentes. Los resultados obtenidos de esta investigación nos llevan a confirmar las hipótesis planteadas, pues éstas fueron comprobadas y corroboramos que si existe una correlación en las tres variables, la correlación más alta se dió entre la disfunción familiar y el consumo de sustancias tóxicas obteniendo un puntaje de .519, en segundo lugar la disfunción familiar y el apego escolar con un puntaje de .519 y en tercer lugar la correlación entre apego y consumo de sustancias toxicas con un puntaje de .300; se seleccionó este plantel ya que consideramos que la población contaba con las características que requeríamos para nuestra investigación como son: estudiantes a nivel bachillerato, edad y nivel socioeconómico.

La ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008), indica que el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres, tenemos que cualquier droga y las drogas médicas ocupan los primeros lugares con 2.5% y un 2%, seguidas del consumo de marihuana con un 1.55% y la cocaína con un .55%. Lo que nos conduce a una ardua tarea de prevenir y/o evitar en lo posible el consumo, este compromiso debe ser adquirido por distintas redes de apoyo como; familia, escuela, comunidad

entre otras, que den a los jóvenes opciones diferentes de disfrutar y divertirse.

Es importante resaltar que la adolescencia es una etapa en la que se viven grandes cambios en donde los jóvenes suelen ser más susceptibles a todos los sucesos que se dan en el entorno donde se desarrollan, si bien es verdad que la familia es el primer cimiento para formar su identidad como individuo, también es cierto, que ésta puede influir de manera directa a un comportamiento perjudicial para el adolescente cuando se vive violencia familiar.

En nuestro análisis de resultado encontramos que el 53.8% de la población del CONALEP AEROPUERTO ha tenido en algún momento contacto con la violencia familiar, lo que nos indica que posiblemente algunos jóvenes se encuentra en una familia disfuncional, ya que refieren que las discusiones entre sus padres o tutores son constantes terminando en gritos o llanto lo cual hace que se sientan incómodos en el ambiente que hay en su casa y no apoyados por sus padres, lo cual resulta alarmante ya que hay que tomar en consideración que la familia debe ser el lugar donde la persona se sienta entendida y/o comprendida.

Los hijos de las familias que enseñan los límites claros, propician la comunicación, propician una sana convivencia, serán menos propensas a buscar el consumo de sustancias tóxicas, esto no significa que el joven no sentirá deseos de experimentar con alguna droga, sin embargo, tendrá más herramientas que le permitirán sentirse atraído por otras conductas menos riesgosas y que le aportan no solo un alto apego escolar, sino que en consecuencia buscará pares que

compartan sus mismos ideales, y otros. Debemos recordar que la familia puede fungir como un elemento de protección o riesgo en el consumo de sustancias tóxicas.

Los resultados de la prueba DUSI-R indican que el 51.3% de alumnos contestó haber consumido sustancias tóxicas en los últimos 12 meses, y las sustancias más consumidas son alcohol con 62.7%, tabaco 35.5%, marihuana 23.0%; mientras que los inhalantes 13.0%. Se encontró que los jóvenes compiten en las fiestas para averiguar quién "aguanta" mas, en el consumo de alcohol, esto es sumamente importante ya que de primera instancia corren el riesgo de una ingesta alcohólica y ni hablar de las consecuencia a largo plazo, si a esto agregamos que hay un bajo apego escolar se espera que el consumo aumente, pues diversas investigaciones advierten que el uso de sustancias psicoactivas rara vez comienzan antes de los 10 años o después de los 30, lo que nos deja una brecha abierta en la adolescencia y es sabido que muchos adolescentes comienzan el consumo de sustancias como consecuencia de la curiosidad al tener mayor necesidad de probar cosas nuevas y situaciones diferentes y la mayoría de nuestra población se encuentra en esta edad. Aunque en nuestra investigación el consumo en correlación al bajo apego escolar y relaciones familiares disfuncionales es menor se debe de tomar en cuenta que una sigue a la otra, por lo que no hay que dejar a un lado el apego escolar puesto que éste es un factor de protección ya que al haber problemas en casa el adolescente se puede refugiar en otras actividades y así tener expectativas más amplias con respecto a su desarrollo personal.

Se debe de tomar en cuenta que en el consumo de drogas no podemos generalizar ya que este se da en ciertos ambientes y bajo determinadas circunstancias, las cuales pueden facilitar, o no, el desarrollo de la conducta, considerando, además, que muchas veces la normalización del consumo es marcada por el propio ambiente social, como puede ser la familia, además la personalidad, los factores de riesgo conductuales y el ambiente social para el aprendizaje de habilidades sociales específicas.

Como trabajadores de la salud podemos contribuir a la protección de la salud mental de distintas formas, mediante la aplicación de principios de la educación y crianza de los niños. La acción preventiva y el tratamiento oportuno de los trastornos psíquicos de la infancia, pueden traducirse en una disminución futura de las enfermedades mentales, por lo que deben prestar especial atención a los problemas de la infancia y la adolescencia.

Se puede trabajar con distintos grupos que sirvan y ayuden a la prevención, Los maestros, padres de familia, grupos de ayuda, instituciones etc., son sólo algunos, y estos pueden ser capacitados con información a través de programas preventivos y a nivel de tratamiento, la detección oportuna y la canalización a los diferentes apoyos en instituciones donde al joven se le enseña a fortalecer su autoestima, a reconocer la importancia que tiene la escuela para su formación.

Se sugiere que los profesores pueden ser grandes aliados en la prevención del consumo de sustancias, pues recordemos que son ellos parte fundamental en el proceso de desarrollo

de los adolescentes, ya que son las personas con quienes pasan más tiempo, y además tienen mayores posibilidades de acercamiento con los padres de familia y pueden propiciar que se involucren más con sus hijos. Por esta razón pueden ser de gran ayuda no sólo por el tiempo que interactúan con los alumnos, sino que en muchos casos son ellos los objetos de admiración de los adolescentes, así que es necesario sensibilizarlos y promover que se involucren más con sus estudiantes, para que de esta manera tengan la capacidad de detectar a los estudiantes en riesgo, y canalizarlos para que reciban atención adecuada.

Se deben desarrollar procesos de enseñanza - aprendizaje acordes con la realidad y los intereses de los jóvenes para que exista motivación, compromiso, competencia escolar, creencias, hábitos de estudio, nutrición, grupos de amigos, etc., que ayuden al individuo a desarrollarse plenamente en su entorno, sin dejar a un lado que en futuras investigaciones es necesario poder identificar otros factores que quedaron fuera de esta investigación que puedan influir en la deserción escolar.

Debemos recordar que todos somos corresponsables en mayor o menor medida de lo que suceda con las próximas generaciones y que la forma más efectiva de erradicar el consumo de drogas es la prevención y esta será efectiva si la información es dada en tiempo y forma, no importa quién de la misma, si no que ésta sea bien entendida.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ ABERASTURI, A., KLOBEL M. (1988). *LA ADOLESCENCIA NORMAL UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO*. MÉXICO: PAIDÓS.
- ✓ ALVEAR, ACEVEDO. C. (1964). *HISTORIA DE MÉXICO. ÉPOCA PRECORTESINA*. MÉXICO. JUS.
- ✓ BRAILOWKY, S. (1995). *LAS SUSTANCIAS DE LOS SUEÑOS: NEUROPSICOFARMACOLOGÍA*. MÉXICO; FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- ✓ CÁNOVAS, G. (2002). *ADOLESCENCIA Y DROGAS DE DISEÑO (3ª ED.)*. ESPAÑA: MENSAJERO.
- ✓ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2003) *DROGAS LAS CIEN PREGUNTAS MÁS FRECUENTES*. MÉXICO.
- ✓ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2006) *HABILIDADES PARA LA VIDA*. MÉXICO.
- ✓ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2007). *PREVENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS, RETOS Y ESTRATEGIAS EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA*. MÉXICO.
- ✓ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2008) *CÓMO PROTEGER A SUS HIJOS DE LAS DROGAS*. MÉXICO.
- ✓ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2011). *METANFETAMINAS, LO QUE LOS PADRES DEBEN SABER*. MÉXICO.
- ✓ CHABY, L. (2001) *LA ADOLESCENTE Y SU CUERPO*. MEXICO: SIGLO XXI.
- ✓ DANIEL, WIDLOCHER., LAPLANCHE, J. FONAGY, P., SCARFONE, D., FEDIDA, P., ANDRE, J., SQUIRES, C. (2004). *SEXUALIDAD INFANTIL Y APEGO*. MÉXICO: SIGLO XXI.

- ✓ DSM-IV-TR. (2003). *CRITERIOS DIAGNÓSTICOS*, MASSON, BARCELONA ESPAÑA.
- ✓ DULANTO, G. E. (2000). *EL ADOLESCENTE*. MEXICO: MC HILL INTERAMERICANA.
- ✓ FRUED, S. (1905) OBRAS COMPLETAS, TRES ENSAYOS DE LA SEXUALIDAD. AMORRURTO EDITORES.
- ✓ GARAIGORDOBIL, M. (2000). *INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ADOLESCENTES*. MADRID: PIRÁMIDE.
- ✓ HUGH, C. (2005) MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTADÍSTICA EN PSICOLOGÍA. (3ª ED.) MÉXICO: MANUAL MODERNO.
- ✓ HURLOCK, E. J. (1993) *PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA*. MÉXICO: TRILLAS.
- ✓ JOHN BOWLY. (1998). EL APEGO Y LA PERDIDA. ESPAÑA PAIDOS.
- ✓ JUDITH, F., PATRICIA. (2001). APEGO ADULTO. ESPAÑA. DESCLEE DE BROWER.
- ✓ LEÓN NICOLÁS. (1919). HISTORIA GENERAL DE MÉXICO DESDE LOS TIEMPOS PREHISPÁNICOS HASTA LA ÉPOCA. EDIT. HERREROS HNOS Y SUCESTORES. MÉXICO.
- ✓ LEÓN PORTILLA M. (1963). IMAGEN DEL MEXICANO ANTIGUO. LECTURAS UNIVERSITARIAS. UNAM MÉXICO.
- ✓ MCKINNEY, P. FITZGERALD, E. (1982). *PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO, EDAD ADOLESCENTE*. MÉXICO: MANUAL MODERNO.
- ✓ MÉNDEZ, M. (1991). *INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA INVALIDEZ* (1ª ED.). SAN JOSE CONSTA RICA UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA (UNED).

- ✓ MINUCHIN, S. (1992). *FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR* (4ª. ED) EDIT. GEDISA, MÉXICO.
- ✓ MINUCHIN, S. Y FISHMAN CH. (1984). *TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR*. (1ª ED). MÉXICO. PAIDOS.
- ✓ MINUCHIN, S. Y NICHOLS, M.P. (1993). *LA RECUPERACIÓN DE LA FAMILIA, RELATOS DE ESPERANZA Y RENOVACIÓN*. (1ª ED). MÉXICO. PAIDOS.
- ✓ MUSS, R. E. (1984) *TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA* (7ª ED.) BUENOS AIRES: PAIDOS.
- ✓ PAPALIA, D., WENDKOS S., DUSKIN R. (2005) *DESARROLLO HUMANO* (9ª ED.) MEXICO: MC GRAW HILL.
- ✓ PERINAT, M. (2003). *LOS ADOLESCENTES EN EL SIGLO XXI, UN ENFOQUE PSICOSOCIAL*. BARCELONA. EDITORIAL UOC.
- ✓ PONCE DE LEÓN, M. C. (1995). *COMPARACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD ENTRE FAMILIAS CLÍNICAS Y NO CLÍNICAS*.
- ✓ RIVA PALACIOS, V. (1887). *MÉXICO A TRAVÉS DE LOS SIGLOS*. EDIT. BALLESCA Y COMPAÑÍA. S.A. MÉXICO.
- ✓ SAMPIERI, R., COLLADO C., LUCIO P., (2003) *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*. MEXICO: MC GRAW HILL.
- ✓ TAPIA, R. (2001) *LAS ADICCIONES: DIMENSION, IMPACTO Y PERSPECTIVAS*. MEXICO: MANUAL MODERNO.
- ✓ TORRES, M. (2001) *LA VIOLENCIA EN CASA*. BUENOS AIRES. PAIDOS.
- ✓ WIDLOCHER, D. (2004) *SEXUALIDAD INFANTIL Y APEGO*. (1ª ED. EN ESPAÑOL). MEXICO: SIGLO XXI.



## REVISTAS

- ✓ BARRAGÁN, L (2005). *MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA USUARIOS DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS*. TESIS DOCTORADO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM. MÉXICO.
- ✓ DÍAZ, D., ARRELLANEZ, J., MARTÍNEZ, J. (2001) *USO DE DROGAS Y FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS ENTRE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA BÁSICA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN*. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN. SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. 2001.
- ✓ ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (2008). CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. MÉXICO.
- ✓ MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL. PERÚ. 1996.
- ✓ SAUCEDA GARCÍA, J. MARTÍN MALDONADO DURÁN. *LA FAMILIA SU DINÁMICA Y TRATAMIENTO*. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, IMSS, 2003.
- ✓ SAUCEDO GJM. *PSICOLOGÍA DE LA VIDA EN FAMILIA. UNA VISIÓN ESTRUCTURAL*. REV MED IMSS 1991.

## PAGINAS DE INTERNET

- ✓ <http://www.cij.gob.mx/RedAtencion/Resumen/9640R.pdf>
- ✓ <http://www.pernodis.com/ptria/pdf/proyecto.pdf>
- ✓ básica <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3143834>

- ✓ <http://masterforense.com/pdf/2000/2000art6.pdf>
- ✓ [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)
- ✓ [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- ✓ <http://boards5.melodysoft.com/forofree/definicion-de-drogas-segun-la-oms-52.html>
- ✓ <http://j.orellana.free.fr/textos/toteismo.htm>
- ✓ <http://deantropologiamexicana.blogspot.mx/2010/08/los-nahoas-de-milpa-alta.html>
- ✓ <http://www.historiademexico.co/2011/04/los-chichimecas.html>
- ✓ [http://www.cancunalltours.com/spanish/historia\\_de\\_los\\_mayas.htm](http://www.cancunalltours.com/spanish/historia_de_los_mayas.htm)
- ✓ [http://clio.rediris.es/fichas/otras\\_aztecas.htm](http://clio.rediris.es/fichas/otras_aztecas.htm)
- ✓ <http://www.jornada.unam.mx/2010/08/24/index.php?section=politica&article=002n1pol>
- ✓ [http://cendoc.imjuventud.gob.mx/sin\\_registro/Cuestionarios/CuadernilloENJ2010FINAL9DIC.pdf](http://cendoc.imjuventud.gob.mx/sin_registro/Cuestionarios/CuadernilloENJ2010FINAL9DIC.pdf)

## **ANEXOS**

**AGRADECEMOS TU COLABORACIÓN PARA RESPONDER ESTE CUESTIONARIO**  
**TE SOLICITAMOS LEER Y RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS CON EL MAYOR CUIDADO Y SINCERIDAD**  
**(LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL)**

1. Escuela (nombre): \_\_\_\_\_

2. Año que cursas:

**Bachillerato o equivalente:**       4. Primero       5. Segundo       6. Tercero

3. Turno:                       1. Matutino                       2. Vespertino

4. Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_

5. Sexo:                       1. Masculino                       2. Femenino

6. Ocupación:               1. Solamente estudias       2. Estudias y trabajas

<b>RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO CON TU EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</b> <b>MARCA CON UNA "X":</b> ① SI TU RESPUESTA ES <b>NUNCA</b> ① SI TU RESPUESTA ES <b>CASI NUNCA</b> ② SI TU RESPUESTA ES <b>A VECES</b> ③ SI TU RESPUESTA ES <b>FRECUENTEMENTE</b> ④ SI TU RESPUESTA ES <b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre
1. ¿Has molestado a los demás?	①	①	②	③	④
2. ¿Te has aprovechado de otras personas?	①	①	②	③	④
3. ¿Has amenazado con lastimar o hacer daño a otras personas?	①	①	②	③	④
4. ¿Has hablado más fuerte que otros muchachos(as)?	①	①	②	③	④
5. ¿Has dañado intencionalmente cosas de otras personas?	①	①	②	③	④
6. ¿Has hecho cosas peligrosas o riesgosas?	①	①	②	③	④
7. ¿Te has exaltado al hablar?	①	①	②	③	④
8. ¿Has dicho groserías o malas palabras?	①	①	②	③	④
9. ¿Has discutido con otras personas?	①	①	②	③	④
10. ¿Has sido terco(a)?	①	①	②	③	④
11. ¿Has actuado sin pensar en las consecuencias?	①	①	②	③	④
12. ¿Te ha sido difícil permanecer largo rato quieto(a)?	①	①	②	③	④
13. ¿Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros?	①	①	②	③	④
14. ¿Has molestado o hecho daño a los animales?	①	①	②	③	④
15. ¿Has tenido ganas de llorar?	①	①	②	③	④

<b>RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO CON TU EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</b>  <b>MARCA CON UNA "X":</b>  <input type="radio"/> SI TU RESPUESTA ES <b>NUNCA</b> <input type="radio"/> SI TU RESPUESTA ES <b>CASI NUNCA</b> <input type="radio"/> SI TU RESPUESTA ES <b>A VECES</b> <input type="radio"/> SI TU RESPUESTA ES <b>FRECUENTEMENTE</b> <input type="radio"/> SI TU RESPUESTA ES <b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre
16. ¿Te has sentido preocupado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Te has sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Has sentido miedo o te has asustado fácilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Te has sentido nervioso(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Te has sentido preocupado(a) por tener problemas con algún amigo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Has tenido dificultad para quitarte de la cabeza alguna idea fija?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Te has sentido irritable o enojado(a) en la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Has sentido que la gente te mira fijamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Has estado de mal humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Has sido muy sensible a la crítica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿Te has sentido frustrado(a) con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Has sacado bajas calificaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Has sacado calificaciones más bajas que la mayoría de tus compañeros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Has reprobado materias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Has dejado de hacer tus tareas o trabajos escolares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Has pensado seriamente en dejar de estudiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ¿Te has ausentado de clases?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. ¿Has tenido problemas para concentrarte en las clases o cuando estudiabas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ¿Te ha disgustado asistir a la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ¿Has llegado tarde a clases?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. ¿Has faltado a la escuela más de dos días seguidos en un mes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. ¿Te has sentido irritable o enojado(a) en la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. ¿Te ha dado sueño en clase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. ¿Has tenido dificultades para defender tus opiniones o puntos de vista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. ¿Has tenido miedo de defender tus derechos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. ¿Te ha sido difícil hacer amigos en un grupo nuevo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. ¿Te has sentido insatisfecho(a) con la forma en que te desenvuelves con tus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. ¿Te han rechazado tus compañeros u otros jóvenes de tu edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. ¿Te has sentido rechazado(a) por tus compañeros de la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. ¿Te ha sido muy difícil pedir ayuda a los demás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. ¿Se han aprovechado de ti otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. ¿Te ha dado miedo estar con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. ¿Has tenido problemas para decir "No" a la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. ¿Ha habido en tu familia broncas que acaban de forma violenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. ¿Ha habido en tu familia discusiones que impliquen gritos o llanto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO CON TU EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</b> <b>MARCA CON UNA "X":</b> ① SI TU RESPUESTA ES <b>NUNCA</b> ① SI TU RESPUESTA ES <b>CASI NUNCA</b> ② SI TU RESPUESTA ES <b>A VECES</b> ③ SI TU RESPUESTA ES <b>FRECUENTEMENTE</b> ④ SI TU RESPUESTA ES <b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre
51. ¿Has sentido que corres peligro cuando hay discusiones en tu casa?	①	①	②	③	④
52. ¿Alguien de tu familia ha bebido hasta el punto de causar problemas en casa?	①	①	②	③	④
53. ¿Han discutido tus padres (o tutores) entre sí?	①	①	②	③	④
54. ¿Has sentido que tus padres (o tutores) son indiferentes contigo?	①	①	②	③	④
55. ¿Has sentido que tus padres (o tutores) te apoyan poco?	①	①	②	③	④
56. ¿Te has sentido incómodo(a) con el ambiente que hay en tu casa?	①	①	②	③	④
57. ¿Alguien de tu familia ha consumido drogas?	①	①	②	③	④
58. ¿Tus amigos han llevado alcohol o drogas a las fiestas?	①	①	②	③	④
59. ¿Alguno de tus amigos ha consumido bebidas alcohólicas o drogas?	①	①	②	③	④
60. ¿Se han aburrido tus amigos en las fiestas donde no hay licor?	①	①	②	③	④
61. ¿Alguno de tus amigos ha tenido problemas con la policía?	①	①	②	③	④
62. ¿Alguno de tus amigos ha hecho trampa o copiado en los exámenes?	①	①	②	③	④
63. ¿Tus amigos han robado o causado daños a la propiedad privada a propósito?	①	①	②	③	④
64. ¿Han faltado tus amigos a la escuela?	①	①	②	③	④
65. ¿Alguno de tus amigos le ha vendido o dado drogas a otros compañeros?	①	①	②	③	④

<b>CONTESTA AHORA TODAS LAS PREGUNTAS DEL SIGUIENTE CUADRO (ANTES DE HACERLO, LEE DETENIDAMENTE EL CONTENIDO DE CADA UNA):</b>					
	...en los <u>últimos 30</u> <u>días?</u>	...en los <u>últimos 12</u> <u>meses?</u>	...alguna vez <u>en la vida?</u>	¿Qué edad tenías cuando lo hiciste por primera vez? *	¿Cuántas veces lo has hecho en tu vida? *
¿Has fumado <b>tabaco</b> ...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has fumado <b>diariamente</b> ...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Has fumado <b>más de cinco cajetillas de cigarros</b> ...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Has tomado <b>al menos un vaso, copa o lata de bebidas con alcohol</b> (cerveza, bebidas preparadas, vino, licores)...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más

CONTESTA AHORA TODAS LAS PREGUNTAS DEL SIGUIENTE CUADRO (ANTES DE HACERLO, LEE DETENIDAMENTE EL CONTENIDO DE CADA UNA):

	...en los <u>últimos 30</u> <u>días?</u>	...en los <u>últimos 12</u> <u>meses?</u>	... <u>alguna vez</u> <u>en la vida?</u>	¿Qué edad tenías cuando lo hiciste por primera vez?*	¿Cuántas veces lo has hecho en tu vida?*
¿Has tomado <b>tres o más vasos, copas o latas de bebidas con alcohol, en una sola ocasión...</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has fumado <b>mariguana</b> ...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has tomado <b>anfetaminas</b> (Redotex, Ritalín, Esbelcaps, Tenuate; <i>anfetás, aceleradores</i> ) sin que un médico te las recetara...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>cocaína</b> o alguno de sus derivados ( <i>crack, piedra, "basuco"</i> )...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>alucinógenos</b> (hongos, peyote, mezcalina, LSD, <i>ácido, polvo de ángel</i> )...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has inhalado sustancias como thinner, activo, cemento, Resistol, PVC, pintura, gasolina, <i>sprays</i> , para "elevarte"...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>tranquilizantes</b> (Valium, Librium, Diacepam, Ativán, Rohiypnol; <i>Roche, reínas</i> ) sin que un médico te los recetara..	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>sedantes</b> (barbitúricos, Ecuamil, Mandrax, <i>pastas</i> ) sin que un médico te los recetara...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>metanfetamina</b> ( <i>crystal, hielo</i> )...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>endorfinas</b> ( <i>hormona del amor</i> )...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>éxtasis</b> ( <i>tachas, XTC</i> )...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más

\* Si nunca lo has hecho, deja estas preguntas en blanco

CONTESTA AHORA TODAS LAS PREGUNTAS DEL SIGUIENTE CUADRO (ANTES DE HACERLO, LEE DETENIDAMENTE EL CONTENIDO DE CADA UNA):

	...en los últimos 30 días?	...en los últimos 12 meses?	...alguna vez en la vida?	¿Qué edad tenías cuando lo hiciste por primera vez?*	¿Cuántas veces lo has hecho en tu vida?*
¿Has usado <b>heroína</b> ...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>opiáceos</b> (Nubain, Darvón, Demerol, Fentanyl; morfina, láudano, codeína, metadona, buprenorfina) sin que un médico te los recetara...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más
¿Has usado <b>alguna otra sustancia</b> con el fin de "elevarte"...	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ años	<input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces o más

\* Si nunca lo has hecho, deja estas preguntas en blanco

<p><b>POR ÚLTIMO, AUNQUE NUNCA HAYAS TOMADO ALCOHOL O USADO ALGUNA DROGA, CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN FUNCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</b></p> <p><b>MARCA CON UNA "X":</b></p> <p>① SI TU RESPUESTA ES <b>NUNCA</b></p> <p>① SI TU RESPUESTA ES <b>CASI NUNCA</b></p> <p>② SI TU RESPUESTA ES <b>A VECES</b></p> <p>③ SI TU RESPUESTA ES <b>FRECIENTEMENTE</b></p> <p>④ SI TU RESPUESTA ES <b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b></p>					
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre
1. ¿Has dejado de participar o realizar actividades por gastar tu dinero en alcohol o drogas?	①	②	③	④	⑤
2. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste cuando estabas bajo el efecto del alcohol o las drogas?	①	②	③	④	⑤
3. ¿Te has lesionado accidentalmente a ti mismo o a otras personas, después de haber utilizado alcohol o drogas?	①	②	③	④	⑤
4. ¿Has sufrido algún malestar (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, temblores, etc.) al dejar de consumir alcohol o drogas?	①	②	③	④	⑤
5. ¿Has peleado o discutido fuertemente con un amigo o familiar a causa de que consumes alcohol o drogas?	①	②	③	④	⑤
6. ¿Has tenido que aumentar el consumo de alcohol o drogas para obtener el efecto que deseas?	①	②	③	④	⑤
7. ¿Te has sentido "atrapado(a)" por el alcohol o las drogas?	①	②	③	④	⑤
8. ¿Has faltado a las reglas (llegar tarde a casa, no asistir a clases, violar la ley, etc.) por estar bajo el efecto del alcohol o las drogas?	①	②	③	④	⑤
9. ¿Ha cambiado rápidamente tu estado de ánimo (de muy triste a muy contento, de muy contento a muy triste, etc.) debido al consumo de alcohol o drogas?	①	②	③	④	⑤



<p><b>POR ÚLTIMO, AUNQUE NUNCA HAYAS TOMADO ALCOHOL O USADO ALGUNA DROGA, CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN FUNCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</b></p> <p><b>MARCA CON UNA "X":</b></p> <p>① SI TU RESPUESTA ES <b>NUNCA</b></p> <p>① SI TU RESPUESTA ES <b>CASI NUNCA</b></p> <p>② SI TU RESPUESTA ES <b>A VECES</b></p> <p>③ SI TU RESPUESTA ES <b>FRECUENTEMENTE</b></p> <p>④ SI TU RESPUESTA ES <b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b></p>	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre
10. ¿Has tenido problemas para llevarte bien con tus amigos, debido a que consumes alcohol o drogas?	①	①	②	③	④
11. ¿Has tenido algún accidente de tránsito (como peatón o conductor) después de consumir alcohol o drogas?	①	①	②	③	④
12. ¿Has tenido problemas para resistirte a tomar alcohol o usar drogas?	①	①	②	③	④
13. ¿Has dejado de hacer tus tareas o trabajos escolares por consumir alcohol o drogas?	①	①	②	③	④
14. ¿Has faltado o llegado tarde a clases por consumir alcohol o drogas?	①	①	②	③	④
15. ¿Has competido a ver quién "aguanta" o toma más en las fiestas?	①	①	②	③	④
16. ¿Has tenido problemas en la escuela por consumir alcohol o drogas?	①	①	②	③	④
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el consumo de alcohol o drogas?	①	①	②	③	④
18. ¿Has sentido un deseo intenso por consumir alcohol o drogas?	①	①	②	③	④

**ANTES DE DEVOLVER EL CUESTIONARIO ASEGÚRATE DE HABER CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS**

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**