

01921
174



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"AMBIENTE FAMILIAR Y BIENESTAR
SUBJETIVO EN USUARIOS DE DROGAS"

... a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo de tesis.

NOMBRE: Iván Gilro

Ojeda Vallejo

FECHA: 27 Abril 1993

SIGNA: [Firma]

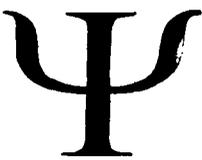
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

IVAN GUILRO OJEDA VALLEJO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIUDAD UNIVERSITARIA,

AUTONOMA DE MEXICO.



CARRERAS PROFESIONALES

2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Como universitario, agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y en particular a la facultad de Psicología, por haberme enseñado las herramientas para continuar mi formación profesional en esta disciplina.

Agradezco también a todos mis compañeros, compañeras y profesores con los que pasé tantas horas compartiendo inquietudes, sueños y realidades.

A la Pequeña..... por su compañía en tan arduas horas de trabajo y por su apoyo incondicional.

A mi familia..... por su indescriptible apoyo y paciencia. Con eterno cariño.

A la comunidad de Santa Úrsula quien me hizo crecer en el ámbito profesional y por haberme regalado sus experiencias.

A los chabelos, por las inigualables experiencias que compartí y compartiremos juntos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRACIAS

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
• 1. Datos Epidemiológicos Sobre el Nivel de Consumo en Jóvenes.....	4
• 2. Modelos Teóricos en el Consumo de Drogas.....	17
• 2.1 Teorías Cognitivas-Afectivas del uso Experimental de Sustancias.....	20
• 2.2 Teorías del Aprendizaje Social en el Uso Experimental de Sustancias.....	23
• 2.3 Teorías de Adhesiones Convencionales y Adhesiones Sociales.....	24
• 2.4 Teorías en las Cuales las Características Intrapersonales Juegan Roles Clave.....	27
• 2.5 Teorías que Integran Constructos Cognitivo-Afectivos del Aprendizaje, Compromiso, Adhesión y de las Relaciones Intrapersonales.....	30
• 2.6 Observaciones Psicoanalíticas.....	35
• 2.7 Otros Modelos.....	36
• 3. Ambiente Familiar y Consumo de Drogas.....	39
• 4. Bienestar Subjetivo y Consumo de Drogas.....	52
• 4.1 Bienestar Subjetivo, Calidad de vida y variables afines.....	52
• 4.2 Subjetividad.....	54
• 4.3 Reseña histórica del Bienestar Subjetivo.....	55
• 4.4 ¿Qué es el bienestar?.....	57
• 4.5 Estructura del Bienestar Subjetivo.....	58
• 4.6 Frecuencia- Intensidad.....	61
• 4.7 Bienestar Subjetivo para los Mexicanos.....	62
• 4.8 Bienestar Subjetivo y el Consumo de Drogas.....	62
• 4.9 Bienestar Subjetivo y Familia.....	68
• 5. Metodología.....	70
• Problema.....	70
• Variables.....	70
• Hipótesis de trabajo.....	70
• Tipo de estudio.....	71
• Método	
• Sujetos.....	71
• Instrumentos.....	71
• Procedimiento.....	72
• Análisis estadístico.....	73
• 6. Resultados.....	74
• 6.1 Características sociodemográficas.....	74
• 6.2 Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo.....	88
• 6.3 Correlación entre el Bienestar Subjetivo y el Ambiente Familiar.....	89
• 7. Discusión.....	91
• 8. Conclusiones.....	101
• Bibliografía.....	103

Resumen

En esta investigación se estudia la percepción del Ambiente Familiar (AF) y el Bienestar Subjetivo (BS) entre usuarios y no usuarios de drogas. Este trabajo se desprende de una investigación comparativa, de un estudio diagnóstico, realizado por Andrade (2001) para identificar y evaluar factores protectores y de riesgo de conductas problemáticas en adolescentes, donde participaron 1,972 adolescentes hombres y mujeres de 14 y 21 años de edad, estudiantes de nivel técnico (C.E.C.A.T.I.) y CONALEP residentes del Distrito Federal; de éstos se eligieron a 87 adolescentes que no hubieran consumido sustancias de la misma edad, sexo y residencia que los que habían consumido y que aún no llevaran un proceso de recuperación.

Para el análisis de resultados se usaron la prueba "t" de *student* y la correlación de "pearson". Ellas indican diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < .05$) y relaciones entre los reactivos correspondientes al AF y el BS es decir a mayor AF percibido, mayor BS y viceversa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Se ha visto que el consumo de las sustancias psicotrópicas se efectúa, en ocasiones, con el deseo de modificar la realidad, es decir, de cambiar la percepción de la realidad que se vive y es desagradable (Inaba y Cohen, 1992).

Las drogas han sido utilizadas con diferentes fines, que van desde prácticas ceremoniales hasta al uso indiscriminado e injustificado que acerca al hombre a la locura. Utilizar las drogas para cambiar nuestro estado mental no es nuevo; en la medida que el hombre ha tenido que pensar en sí mismo y en su sentido de vida, también ha buscado formas de alterar su estado de conciencia y de ánimo, ya sea, porque quiere olvidar su duro entorno, enfrentar su condición de ser mortal, alterar su estado de ánimo, explorar sentimientos, promover la interacción social o reforzar sus sentidos; en fin, ha sentido la necesidad de modificar su realidad (Inaba y Cohen, 1992).

La problemática que actualmente viven los adolescentes frente al consumo de drogas es el motivo del presente trabajo. La pregunta a la que nos enfrentamos es, ¿porqué los jóvenes se inician en el consumo de drogas?. Las respuestas a esta interrogante pueden ser al mismo tiempo, muchas y ninguna.

Existen muchas variables que son consideradas para el mejor entendimiento de esta epidemia. Además se ha asociado a esta epidemia con causas múltiples que se interrelacionan entre sí y ejercen influencias para que el adolescente se inicie en el consumo de sustancias, entre las que podemos mencionar del tipo externo: sociales, culturales, económicos, familiares, etc. y del tipo interno; es decir, influencias subjetivas tales como los sentimientos de felicidad, de bienestar, satisfactores personales, percepciones subjetivas en relación a un objeto, etc.

Debe considerarse que el consumo de drogas esta relacionado con la delincuencia; embarazo en la adolescencia, conductas inapropiadas y deserción

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

escolar, entre otros problemas (Medina-Mora, Rojas, Olmedo y Ortiz, 1991); que hacen visibles los conflictos que el adolescente carga y que antes, son imperceptibles. Es decir, el consumo de drogas parece hacer evidente la conducta interna del adolescente.

Se ha dado mucha importancia en medir aspectos objetivos que son cuantificables en el comportamiento humano, sin embargo se deben considerar los aspectos perceptivos, subjetivos e interpretativos que cada persona hace de su realidad. La percepción de la realidad es un aspecto en el campo de las adicciones que se está estudiando y está generando nuevas visiones de esta realidad.

Es por ello que al empezar este estudio en relación al consumo de drogas en los adolescentes, se decidió abordar los aspectos perceptivos del Ambiente Familiar, es decir, la percepción que el adolescente tiene de la relación con su papá, con su mamá y la percepción de la relación que sus padres llevan entre sí; y el Bienestar Subjetivo que se considera como la percepción de sentimientos, juicios globales, afectos y satisfacciones que el sujeto tiene de sí mismo.

Existe literatura que apoya la hipótesis planteada en este trabajo, la cual propone que los adolescentes que consumen drogas tienen puntajes menores en cuanto Bienestar Subjetivo y Ambiente Familiar (Andrade 2001), que los que no consumen drogas. Sin embargo no se encontraron estudios realizados en población mexicana con las variables del Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo percibido.

Con base en lo anterior y con el fin de conocer la importancia del Ambiente Familiar (Andrade, 1998) y Bienestar Subjetivo (Anguas, 1997) se diseñó el presente estudio cuyo objeto es identificar la influencia de estas variables en el consumo de drogas en población adolescente y de reconocerlas como posibles factores de riesgo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1. Datos epidemiológicos sobre el nivel de consumo en jóvenes

La presencia y el consumo de drogas no es algo nuevo en ninguna sociedad. Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad para alterar el estado de conciencia dentro de las prácticas sociales integradas a lo ritual/cultural, médico/terapéutico, social/recreacional u ocupacional/funcional, religioso y/o ceremonial. Las drogas eran y son consumidas para aliviar el dolor; para el tratamiento de una enfermedad; para cambiar el estado de ánimo; para una búsqueda o abandono de identidad; como un escape; para olvidar o para explorar nuevos estados de conciencia y sensaciones (Secretaría de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones 1999a).

El motivo de consumir alucinógenos ha cambiado; de consumirse en rituales míticos y religiosos a consumirse por presiones sociales o estados anímicos específicos, entre los que se puede mencionar la curiosidad, la influencia de los amigos, los problemas familiares, la soledad, la imitación, etc. (Rodríguez, Romero, Flores y Ortiz, 1993).

Actualmente el consumo de alcohol sigue asociado a festividades y a fines de semana, a este patrón de consumo se han sumado las mujeres y la población adolescente que copia los modelos adultos, los que asocian con la frecuencia en el consumo y la embriaguez. El 55% de los varones y el 27% de las mujeres bebieron su primera copa antes de cumplir los 18 años de edad. Para las mujeres la edad para iniciar el consumo es entre los 18 y 29 años, en tanto que para los hombres se encuentra entre los 12 y 15 años. (Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra la Adicciones 1999b).

Reyes del Olmo menciona (citado en Hernández, 1998) que la mayoría de los seres humanos tratan de evitar el dolor, la soledad, la falta de afectos, la sensación de no pertenencia, y este contexto resulta propicio para que un adolescente consuma drogas. El adolescente prueba las drogas por tres motivos: por curiosidad, para retar a la autoridad y para resolver su sentido de pertenencia; en este sentido las drogas juegan un papel importante porque se convierten en colchón del dolor, la permisividad de la fantasía y el acompañamiento. Así el

adolescente puede iniciarse en el consumo de alcohol para buscar estados emotivos placenteros (Feldman, 1999).

El alcohol y el tabaco, son generalmente mencionados como "sustancias" mas que drogas, debido a que no están sujetas al control político internacional; sin embargo, en este estudio se consideran drogas debido a que tienen fuertes propiedades adictivas y son las que mas causan daños a la salud individual y pública en prácticamente todo el mundo. (Secretaría de Salud, idem a.)

La epidemiología se define como el estudio de la enfermedad que ocurre en grupos de personas; para el epidemiólogo los casos individuales solo forman parte de una muestra de la enfermedad y requiere de una muestra mayor para poder compararlos con otra que no padezca dicha enfermedad, con el fin de hacer comparaciones. En la definición moderna de epidemiología se incluye el estudio de enfermedades no infecciosas en las que se puede identificar un agente y un huésped como es el caso en el uso de las drogas. Lo que distingue al huésped a participar en el consumo inicial de alguna sustancia es su voluntad (Castro, Rojas, García, De la Serna, 1986).

Centros de Integración Juvenil (CIJ); Institución especializada en la atención integral de la farmacodependencia (1997) concluye que los periodos mas vulnerables son los de transición, que es cuando pasan de una etapa de desarrollo a otra; la primera gran transición es cuando los hijos dejan la familia para ir a la escuela. La segunda es cuando pasan de la escuela elemental a la secundaria, donde con frecuencia enfrentan desafíos sociales. En esta etapa es donde, probablemente, los adolescentes enfrenten por primera vez el consumo de drogas, llegando a producirse a edades mas tempranas en poblaciones con altos índices de riesgo. Cuando entran a la preparatoria, se presenta otra etapa crítica, ya que se preparan para desafíos futuros que incluyen inconveniencias sociales, psicológicas y educativas que pueden conducirlos al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Los estudios indican que alrededor de los 12 o 13 años los adolescentes comienzan a usar las drogas. Muchos investigadores han observado que los usuarios de drogas van del uso ilícito de sustancias legales (tabaco, alcohol, inhalables) al consumo de drogas ilegales (continuando frecuentemente

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

con la marihuana). La National Household Survey on Drugs Abuse (1991-1993, citado en CIJ idem. 1997) argumenta que el consumo de alcohol o tabaco en edades tempranas no es predictor para un consumo posterior de alguna droga. Pero si se debe considerar que para alguien que haya bebido o fumado, el riesgo de llegar a consumir marihuana es 65 veces mas alto que para alguna persona que nunca haya bebido o fumado; y que el riesgo de consumir cocaína es de 104 veces mas elevado para una persona que por lo menos alguna vez haya fumado marihuana, que otra que nunca lo haya hecho.

El objeto de este apartado es observar las tendencias del consumo de las drogas en diferentes estudios.

Desde 1975 el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública han venido realizando estudios en cuanto a la prevalencia en el consumo de drogas en los estudiantes de educación media y media superior; aunque se sabe que la población estudiantil no es la mas afectada pues muchos jóvenes no cursan los niveles de enseñanza media y media superior, además una gran parte de ellos pertenece al estrato rural, por lo que la calidad de vida, el estilo de vida y la escala de valores, son muy distintos a los diversos subgrupos (Medina-Mora, Rojas, Juárez, Berenzon, Carreño, Galván, Villatoro, López, Olmedo y Ortiz y Nequis 1993); además, Castro (1980) señala que al hablar de la población joven en México se debe hacer una diferencia entre los jóvenes estudiantes y los jóvenes no estudiantes ya que hasta 1974, sólo el 31% de jóvenes en edad escolar asistían a la escuela, es decir, que al hablar de la población estudiantil estaríamos excluyendo a un 70% de jóvenes. Es por eso que se debe tomar importancia a este dato cuando se hable de la epidemiología en cuanto al consumo de drogas en estudiantes.

En México, entre 1976 y 1978, en una muestra representativa de estudiantes a nivel nacional, la marihuana e inhalantes aumentaron su consumo. En lo que se refiere al uso de inhalables, marihuana, tranquilizantes, anfetaminas, sedantes, opio, alucinógenos, cocaína y heroína (desde el que los ha usado alguna vez en la vida, hasta el que los usa diario), se puede decir que abarca el 13.6% del total de la población, del cual solo el 1.1% es usuario alto en términos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

de frecuencia y número de drogas consumidas. Castro (1979 citado en Castro, 1980) encontró que en el grupo donde el consumo de alcohol, tabaco y marihuana es mayor, lo constituyen estudiantes de preparatoria del sexo masculino y de 18 años o más; el uso de inhalables es prominente en jóvenes del sexo masculino y con un rango de edad menor de los 14 a 15 años. Así mismo Medina-Mora y Ortiz (1995) argumentan que en 1976 las drogas ilegales preferentes entre los estudiantes de enseñanza media y media superior fueron la marihuana y los inhalables. Entre 1976 y 1978, se reportó un incremento en el consumo de estas sustancias, destacando mayor consumo en los inhalables; esa tendencia se mantuvo en los estudiantes hasta 1993.

En una investigación realizada por Castro y Valencia (1978) sobre los patrones del uso de drogas en estudiantes de 14 a 18 años en una muestra representativa de la República Mexicana, encontraron que la marihuana con 1.59% y los inhalantes con .85% fueron las drogas de mayor consumo. Los porcentajes del uso de heroína y cocaína (.28 y .50% respectivamente) eran bajos lo cual sugiere que su consumo fue de modo ocasional. Las anfetaminas con 1.93% fueron las drogas de mayor uso en la población escolar, seguidas de los barbitúricos con 1.23%. La proporción de drogas usadas no excedió al 2%, lo cual indica que la población estudiantil no alcanzaba todavía proporciones elevadas en cuanto al consumo de estos tóxicos.

Castro, Maya y Aguilar (1982) observaron que en una población estudiantil de 14 a 18 años el consumo de alcohol, tabaco, inhalables, anfetaminas, tranquilizantes, sedantes, opio, cocaína, LSD, heroína y opiáceos entre 1978 y 1980, solo el tabaco mostraba una disminución significativa. El resto de las drogas incrementó ligeramente su consumo con un rango de diferencia de entre 1.5% a 0.01%; las sustancias de mayor consumo fueron en orden de importancia, el alcohol, el tabaco, los inhalables, las anfetaminas y la marihuana.

Castro, Rojas, García, De la Serna (1986) investigaron las tendencias al consumo de drogas entre la población estudiantil durante el periodo de 1976 a 1986 encontrando que la prevalencia mayor, sin incluir el alcohol o el tabaco, fue el de los inhalantes (4.4%), seguida de las anfetaminas (3.5%) y la marihuana

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

(3.2%) para el año de 1986, lo que indica un incremento del 3.55%, 1.5% y 1.6% en el consumo de cada sustancia respectivamente. Para poder facilitar la información, estos autores dividieron al país en Región Norte, Región Centro y Región Sur. La Región Sur obtuvo una prevalencia menor en el consumo de marihuana de (1.6%), en comparación con la región Centro (3.10%) y la Región Norte (3.7%). La Región Centro fue la que obtuvo mayor incremento en el consumo de esta droga (+2.2%) y la Región Sur de menor incremento (+.71%). Para los inhalantes el consumo fue semejante en las tres regiones, siendo ligeramente mayor en la Región Centro (4.5%) en comparación con la Norte (4.2%) y la Sur (4.1%); es decir, el incremento fue de +3.5%, +3.4% y +3.31% respectivamente. La prevalencia mayor al consumo de cocaína correspondió a la Región Norte (1.3%) en comparación con la Centro (.9%) y la Sur (.6%), dando un incremento del +.7%, +.4%, y +.1% por región. Los porcentajes para el consumo de sustancias indicaron ser altos para el consumo de alcohol y tabaco en los últimos 30 días antes de la encuesta (15.2% y 19.5% respectivamente); el resto de las drogas no pasa del 1.0%, siendo los porcentajes mas elevados en anfetaminas (1.1%), la cocaína (.9%), los inhalantes (.9%) y la marihuana (.7%). Los porcentajes en cuanto al consumo diario de tabaco y alcohol fueron altos (6.3% y 2.4% respectivamente). El resto de las drogas obtuvo un rango de consumo del .3% al .1%. Para las drogas ilegales el 11.9% de los estudiantes encuestados reportó consumirlas, de los cuales el 10.2% son usuarios leves, 1.4% son moderados y el .3% son excesivos. Para los usuarios de drogas la mayoría tuvo mas de 18 años exceptuando a los consumidores de inhalantes quienes en su mayoría reportaron tener 14 años. Los consumidores de sedantes reportaron tener entre 16 y 17 años. Los datos parecen indicar que la mayoría de los usuarios excesivos no asiste a la escuela.

El consumo de drogas para "alguna vez en la vida" se observa que para 1986 era según Rodríguez, Romero, Flores y Ortiz, (1993) del 1.6% y para finales de 1991 se consumía el 6.0%. Para "el último mes" también se ha elevado su consumo del 1.3% al 4.6%.

El SRID (Medina-Mora y Ortiz, 1995) (Sistema de Reporte de Información sobre Drogas) inició sus actividades en 1986 y durante los meses de junio y

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

noviembre de cada año realiza evaluaciones de este problema en personas con tratamiento. El SRID reporta que las sustancias con mayor consumo fueron la marihuana (70%), los disolventes (54%), la cocaína (26%), tranquilizantes (21%), heroína (1.6%). Las sustancias que se consumen regularmente en edades tempranas son los solventes inhalables (41%) a partir de los 15 años. El rango de edad de mayor riesgo de consumo de drogas está entre los 15 y 19 años, aunque para la cocaína la tendencia ocurre mas tardíamente (49%) después de los 20 años.

Los resultados a nivel nacional en la Encuesta Nacional de Adicciones (1993) sobre la prevalencia del uso de tabaco mostraron que entre los 12 y 65 años, el 25% son fumadores (mas de 10 millones de personas), de los cuales 7 millones son hombres y 3 millones son mujeres. En cuanto la población fumadora adolescente fue de 1 millón aproximadamente; a razón de 3 hombres por cada mujer. La población entrevistada reportó iniciarse en el hábito de fumar en la adolescencia (70%); un 52% inició el consumo entre los 15 y 18 años, mientras que el 20% inició entre los 10 y 14 años de edad (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, y Kuri, 1995).

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 estimó que el 66.5% de la población entre los 12 y 18 años consumió bebidas alcohólicas en los últimos dos años (28 millones de Mexicanos) de los cuales el 77% la consumen los hombres. En los bebedores entre 15 y 18 años la prevalencia fue del 53.7% lo que equivale a 5 millones de adolescentes que han consumido bebidas embriagantes. La región que reportó mas consumo fue la C.d. de México y zona conurbada y la región occidental. El 23% de los bebedores reportó llegar a la embriaguez (poco menos de 6 millones de individuos) y el 7% fueron adolescentes (350 mil) con predominio en la población masculina a razón de 7 hombres por cada mujer (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, y Kuri, 1995).

Respecto al consumo general de las drogas medicas la prevalencia recayó en las mujeres (15%); esta frecuencia fue del 6.2% para los adolescentes que equivale a poco mas de medio millón de usuarios jóvenes (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, y Kuri, 1995).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El consumo de drogas ilegales en la Encuesta Nacional de Adicciones-1993 fue del 4%, lo que equivale a un millón 589 mil 716 individuos que han utilizado este tipo de sustancias alguna vez en la vida. En cuanto a las diferencias por género, la población masculina (7.3%) el equivalente a un millón 414 mil 35 hombres reportaron haberla consumido alguna vez en la vida mientras que solo la han consumido 175 mil 681 mujeres (.8%). La razón es de 9 hombres por cada mujer. Se estimó que el 2.1 de la población adolescente ha consumido al menos algún tipo de droga ilegal en la vida, es decir 196 mil 575 jóvenes. (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, y Kuri, 1995).

El trabajo realizado por Medina-Mora (et al., 1993), proporciona información a nivel nacional e incluye a la región rural del país, donde se encuestaron a 61,779 estudiantes. Ellos encontraron que una tercera parte de los estudiantes reportó haber consumido tabaco alguna vez; 17 jóvenes de cada 100 reportó haberlo hecho en el último año, el 10% fumaron el mes anterior al estudio y el 3% reportó fumar diariamente o casi diariamente. La edad crítica para comenzar a consumir tabaco fue entre los 11 y 14 años, sin embargo el 4.9% reportó haber consumido esta sustancia antes de los 10 años; empero la conclusión a la que ellos llegaron fue que todos los encuestados se iniciaron al consumo de esta sustancia antes de la edad legal.

En cuanto al consumo de alcohol, la mitad de la encuesta la había consumido en alguna ocasión, una tercera parte lo había consumido en los últimos doce meses y el 15% el último mes, el 2% había bebido 20 ocasiones o más en el último año. El mayor número de abstemios lo reflejó la población femenina (76%) en comparación con la masculina (66%). Una cuarta parte refirió no haber consumido 5 copas o más por ocasión, el 30% de los estudiantes reportaron haber consumido esa cantidad 1 o 2 veces por semana y el 7% lo hizo una vez por mes. En cuanto a la diferencia por sexo, el 40% para los hombres y el 10% para las mujeres habían bebido 5 copas o más por semana, el 4% de las mujeres en comparación al 9% de los varones había consumido esa cantidad 1 vez al mes. Alrededor del 8% de los estudiantes de 18 años o más consume esa cantidad a la semana. El 80% de los estudiantes reportó nunca haberse

emborrachado y el 2.5% lo había hecho cuando menos una vez al mes (Medina-Mora, et al., 1993).

El 8.2% del total de la muestra (16 años o más) había consumido una droga alguna vez en su vida. (sin incluir el tabaco y alcohol), el 4.4% lo había hecho en el último año y cerca del 2% lo hizo durante el mes anterior a la encuesta. El 6.04% consumió solo una droga mientras que el 2.19% lo hizo con más de una. La proporción de consumo con base al sexo fue mayor para los hombres que para las mujeres (10% y 7% respectivamente). Las sustancias consumidas fueron las Anfetaminas (redotex, diestet y asenlix), Tranquilizantes (valium, diasepam y librium), Inhalables (tiner, resistol 5000, combinación de tiner y pegamento, sprays, y otros tipos de pegamento como el UHU o el Duco), Alucinógenos (hongos, peyote y en menor proporción alucinógenos sintéticos como el LSD o el PCP). Además por primera vez 153 estudiantes de diferentes entidades de la república informaron haber consumido "crack" (un derivado de la cocaína). Las drogas mas utilizadas de forma experimental fueron los inhalables (61.20%), los tranquilizantes (57.30%), y las anfetaminas (55.25%). El número más alto de usuarios moderados (3 a 5 veces) se encontró entre los consumidores de anfetaminas y tranquilizantes (22.69% y 22.63%). (Medina-Mora, et al., 1993).

Para Rodríguez, Romero, Flores y Ortiz (1993) los jóvenes inician el consumo de alucinógenos entre los 15 y 19 años de edad, reportando como principal problema los familiares.

En una investigación realizada por Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas (1996) en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal (D.F.) encontraron que poco menos de la mitad de los estudiantes había consumido tabaco alguna vez en su vida (48%), la proporción fue de 1.3 varones por cada mujer. Se observó un incremento conforme avanzaba la edad, el 31% de los estudiantes de 13 años reportó haber fumado, el mismo fenómeno se observó con los estudiantes de 17 años con 68% y 72% para aquellos con 18 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para las bebidas alcohólicas el 74% de los estudiantes las había consumido alguna vez y el 25% lo hizo el mes anterior al estudio. La diferencia genérica fue de 1.76 hombres por cada mujer. (31% y 17% respectivamente). El 3% de los estudiantes reportaron beber 5 copas o más una vez por semana y el 9% 1 vez al mes. Se observó que las bebidas preferentes de los jóvenes son las preparadas como por ejemplo, los coolers, coctales y las cervezas.

Los datos observados para el consumo de otras drogas diferentes al alcohol y tabaco son en primer lugar en su frecuencia los inhalables (4.82%), en segundo lugar se encontró la marihuana (3.58%) y la tercera en uso es la cocaína (1.66%). El consumo incrementa conforme la edad, mostrando que el 0.6% de los menores de 13 años consumía marihuana, pero el 13% de los mayores de 18 años la había probado. El uso de cocaína mostró efectos similares con 0.31% y 6.68% respectivamente. La prevalencia en el consumo de marihuana en el último año en el D.F. fue de 1.29% mientras que en el consumo de cocaína fue de 1.66%. De los 10,879 estudiantes solo 71 reportaron haber consumido "crack".

El tabaco y el alcohol son las sustancias consumidas por un gran número de jóvenes quienes presentan una menor percepción de riesgo a su consumo y presentan mayor tolerancia social. El consumo de otras sustancias es menor, por ejemplo, de 1991 a 1993 no aumentó de forma significativa el uso de sustancias, sin embargo, se aumentó la proporción de casos que consumen regularmente cocaína y alucinógenos (Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas, 1996).

La investigación efectuada por la Secretaría de Salud (1999a) en la "encuesta nacional de adicciones 1998 (ENA)" muestra que el consumo de drogas ocurre a menudo durante la adolescencia o juventud, periodo que es caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como de la diferenciación de los adultos. Al principio puede comenzar como una forma de manejar sus emociones negativas y de respuesta al sentimiento de vivir en un mundo caótico y hostil.

En la zona metropolitana y ciudad de México las personas comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas antes de cumplir los 12 años para los hombres en un 3.2%, entre los 12 y 15 años 30.3%, entre 16 y 17 años 23.5% y entre los 18 y 29 años 43%; en tanto las mujeres obtuvieron un 0.4% para menos de 12 años, 11.4% para 12 y 15 años, 16.3% para 16 y 17 años, 62.0% para 18 y 29 y 8.7 para 30 y 39 años de edad. (Secretaría de Salud et. al., 1999b.) Cabe observar que el inicio al consumo de alcohol es entre los 18 y 29 años de edad, sin embargo, existe un rango de 11 años para este intervalo. Si se compara con las edades de entre 12 y 15 años (3 años) y 16 y 17 años (1 año) los datos adquieren una importante consideración en el problema tratado.

La prevalencia de fumadores entre los adolescentes en la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) fue de 11.6%, lo que equivale a más de un millón de individuos, con una proporción de 16% de hombres y 7.4% de mujeres. Más de la mitad de los adolescentes son estudiantes (60.2%), seguido del 15.7% que señaló trabajar y el 12.5% que dejó sus estudios y se encuentra desempleado. La escolaridad fue de 47.9% a nivel secundaria, 31.5% de preparatoria y 19.8% con primaria. Poco mas de la mitad de los adolescentes comienza a fumar entre los 12 y 14 años (55.7%), no mostrando ninguna variable intra género (55.6% para los hombres y el 56% para mujeres.)

En la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) los adolescentes que señalaron comenzar a fumar antes de los 10 años; el 6% fueron hombres y el 2.2% fueron mujeres. Asimismo aquellos que iniciaron a fumar entre los 15 y 17 años en mayor proporción fueron mujeres; 41.8% comparado con 38.3% en hombres. (Secretaría de Salud et. al., 1999c.)

En algunas poblaciones las drogas médicas usadas fuera de un adecuado control terapéutico son la principal causa de abuso y adicción; los solventes volátiles o inhalables son frecuentemente usados con fines de intoxicación; de igual modo la cocaína es usada por niños de entre 12 y 17 años en países como México (Secretaría de Salud et. al., 1999a.)

La prevalencia del consumo de drogas ilegales que reporta la Secretaría de Salud en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 entre los menores de 18 años ha sido de 204 327 adolescentes. El 3.57% de los varones de entre 12 y 17 años han consumido alguna droga alguna vez en su vida, el 2.14% lo hizo el último año y el 1.40% lo hizo el último mes. Para las mujeres del mismo rango de edad, los datos se encuentran de la siguiente manera: 0.60% para alguna vez, 0.45% para el último año y 0.31 para el último mes.

Los porcentajes de drogas consumidas por los hombres son: para la marihuana 2.47%, cocaína 0.99%, inhalables 1.08%, los alucinógenos 0.19% y la heroína 0.07%. Las mujeres reportaron 0.45%, 0.22%, 0.20%, 0.06% y 0.01% respectivamente.

La situación del consumo de drogas en nuestro país en relación a otros países, menciona la Secretaría de Salud (et. al.1999a), que la población general como entre los estudiantes, el nivel de consumo en marihuana es "bajo" cuando se le compara con otras sociedades. En cambio en el caso de la cocaína, México se sitúa en un nivel "medio" en lo que respecta a la población en general y en "alto" cuando solo se analiza el consumo entre los estudiantes.

Entre 1990 y el 2000, CIJ "Centros de Integración Juvenil" (2001) recibió a mas de 110 mil solicitantes a tratamiento, pasando de 4,420 casos de nuevo ingreso en 1990 a 17,155 en 1999 y 15,311 en el 2000. El registro para alguna vez en la vida de las principales sustancias reportadas fueron, en primer lugar la cocaína (incluyendo el crack), al pasar de 12.2% en 1990 a 71.4% en el 2000. Por otra parte el uso de solventes inhalables, aún cuando en ese año se reportó el porcentaje mas alto para ese tóxico, registró una caída del 61.8% en 1991 a 35.2% en el año 2000. El consumo de marihuana en la primera mitad del decenio se mantuvo estable, sin embargo en los últimos cuatro años presentó una disminución que llegó a situarse en el 63.4% en el año 2000. El uso de depresores con utilidad médica alcanzó los 25 puntos porcentuales, mientras que el de alucinógenos, heroína y metanfetaminas observa tasas menores; el porcentaje de casos que reportaron haber consumido esta última droga (ice o

cristal alguna vez en la vida) prácticamente triplicó su consumo entre 1996 y el 2000.

En los Centros de Integración Juvenil de la Ciudad de México y área metropolitana se registraron entre 1990 y 1999 45,600 ingresos a tratamiento; en Guadalajara 9,765; en Monterrey 2,561; en Tijuana 4,211 y en Ciudad Juárez 2,422. En los Centros de Integración Juvenil localizados en la región norte se recibieron 13,132 solicitantes; en los de la región centro se registraron 10,333 y en los de la sur 7,140 personas a tratamiento. En promedio, la edad del consumo de drogas se situó en 15.2 años. En los solicitantes a tratamiento con menos de 18 años su media y mediana se ubicaban en 13 y 14 años respectivamente; para los usuarios mayores de 18 años en 16 y 15 años de edad respectivamente.

Aunque estos datos no pueden hacer referencia a una población general o diferentes grupos poblacionales, constituye un referente útil para el conocimiento de las tendencias del consumo de drogas ilícitas en nuestro país, en especial por sus condiciones geográficas, densidad demográfica y acelerado proceso de urbanización e industrialización, presentan factores de alto riesgo para su consumo (Díaz, Balanzario, Castillo, Gutiérrez y García, 2001).

En la investigación documental efectuada, se observó que el Mexicano no bebe de manera uniforme, su consumo es episódico con grandes cantidades por ocasión, en los hombres la proporción aumenta a 89% y en las mujeres es solamente del 47% (Medina-Mora 1993).

En México el consumo de sustancias no alcanza las dimensiones de otros países, sin embargo, debe ser motivo de preocupación y alerta para todas las personas e interesados en la prevención de adicciones (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, y Kuri, 1995). Este fenómeno tanto en aspectos de oferta y demanda tiene lugar cuando el contexto es propicio, en una situación social, económica, psicológica, geográfica particular como la que ocurre en el momento actual. Las drogas son un componente mas de esta situación que requiere de acciones que atiendan el problema social de una manera integral (Medina-Mora y Ortiz, 1995).

En conclusión, el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en la población estudiantil, aunque no en las dimensiones en las que se encuentran otros países. Además es importante resaltar que muchos estudios se han efectuado en escuelas; este hecho representaría un sesgo importante solo considerando este tipo de población en la investigación del consumo de tóxicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Modelos Teóricos en el Consumo de Drogas

Aunque algunas características del periodo adolescente propician la aparición de conductas desviadas, no en todos ellos se aplica por igual. Para muchos, las conductas problemáticas solo se limitan a periodos muy cortos de experimentación; sin embargo, en otros casos, los primeros contactos van seguidos de una escala para comportamientos mas severos. Ante este hecho, es importante identificar las variables del individuo y de su entorno social que influyen en las diferencias de las conductas problema (Luengo, Romero, Gómez, Guerra, Lence, 1998), entre ellas, la drogadicción.

La investigación científica ha tratado de determinar los factores que influyen en que algunas personas usen drogas. Se han realizado estudios tomando en cuenta factores de riesgo personales, interpersonales y los que tienen relación al medio ambiente social y cultural. Además se ha señalado, reiteradamente, que la presión del grupo, la curiosidad, la pobre integración familiar, la pobreza, la falta de alternativas y una percepción desesperanzada del futuro son factores que favorecen el consumo de drogas (Secretaría de Salud, et. al. 1999a).

Existen avances en el conocimiento y comprensión del fenómeno de la drogadicción. Hay diversas teorías sobre la relación de factores biológicos predisponentes. También hay teorías que hablan de personalidades mas vulnerables a desarrollar un vínculo estrecho con las sustancias. Se dice que ciertos rasgos y necesidades personales tienen relación con el tipo de droga consumida. Otras teorías ponen énfasis en el aprendizaje social y la influencia del grupo donde se mueve el individuo y su integración al mismo (Secretaría de Salud, et. al. idem, 1999a).

Según Monedero (1975), la personalidad previa del farmacodependiente resulta esencial. Las tendencias del individuo se encaminan a la consecución del placer. Pero no se trata de un placer que se viva con relación al mundo exterior y sus objetos, es un placer egocéntrico, narcisista y arcaico. No es el placer que se "busca", sino el encuentro del placer en el inmovilismo. Su interés está al servicio del mundo interno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En general, las razones para consumir drogas, pueden variar de persona a persona; para Córdova (2000), los experimentales en el uso de sustancias se inician por curiosidad, búsqueda de placer, presión de grupos de pares, atracción de hacer algo prohibido y afirmar su independencia, entre sus motivaciones principales. Ellos refieren haber enfrentado frecuentemente eventos o circunstancias estresantes, cuyas estrategias de afrontamiento resultan más restringidas; que perciben menor riesgo derivado del consumo de drogas y se perciben mayormente accesibles a éstas.

Boyd (1971., citado en Nehmad, 1990), alude a estímulos que pudieran inducir a los jóvenes al consumo de drogas entre los que se encuentran sentimientos paranoides hacia los adultos que pudieran representar figuras de autoridad; depresión crónica latente; inmadurez emocional que se expresa en baja tolerancia a la ansiedad o frustración.

Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas y Carreño (1996) proponen que los predictores para el inicio experimental en el consumo de drogas en cuanto a variables sociodemográficas son: ser hombre, trabajar y que el jefe de familia tenga una escolaridad superior a la primaria. En cuanto a las variables ambientales, encontraron el no percibir como riesgo el consumir drogas, ser tolerante al consumo y percibir mayor disponibilidad de la droga.

En el ámbito interpersonal (familiares y amigos consumidores de drogas) se encontró que si un estudiante tiene amigos que consumen drogas, tiene un riesgo de 1.22 veces más de consumir drogas, que aquel estudiante que no tiene amigos que consumen drogas. Sin embargo si algún miembro de la familia consume drogas (mamá, papá o hermanos) el riesgo es de 1.10 veces mayor. En el ámbito intrapersonal, el percibirse con bajo rendimiento escolar, el sentirse deprimido o con ideas suicidas, con alto estrés y el haber sido abusado sexualmente, predicen iniciarse en el consumo de drogas. También para Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina-

Mora y Jiménez (1995) la edad es un predictor significativo para el consumo de drogas.

Al estudiar las conductas relacionales de chicos con una grave forma de patología toxicofílica se supone que un particular tipo de organización familiar obstaculizó, inconscientemente por parte de alguien, los intentos del hijo de realizar un auténtico desarrollo adolescente y de "asumir la responsabilidad adulta de sí mismo" (Selvini, 1984., citado en Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1994). Estos autores suponen que el abuso de las drogas, revela la extrema dificultad que toda la familia encuentra para afrontar las tareas características de la fase de la adolescencia, en el curso de la cual los padres no consiguen traspasar a los hijos el sentimiento de responsabilidad de sí mismos como personas autónomas y diferenciadas.

En esta fase adolescente por la cual sus hijos cruzan, los padres revelan ser incapaces de secundar con flexibilidad los intentos de diferenciación del hijo y de darle esa "base segura" a la cual volver en los momentos de dificultad. (Josselson, 1980; Bowlby, 1988; Hauser, Powers y Noam, 1991., citado en Cirillo, *ibid*).

El aplazamiento de la independencia de los jóvenes de familias y el perpetuo rol omnipotente de muchos padres protectores de sus hijos, hacen no superar la niñez, esta dilatación del periodo de dependencia facilita, según Cirillo (*Ibid*), el estancamiento del hijo en las vicisitudes paternas, retrasa la desvinculación y la autoresponsabilización. El consumo de drogas puede representar, para el joven, una manera de acortar el camino al estatus adulto.

Kovach y Glickman (citado en Nehmad, 1990) hallaron que no solo influye la presión del grupo, sino que también se suma la propia percepción del joven que observa que la gran mayoría de sus semejantes están relacionados con las drogas.

Entender las causas del uso experimental de sustancias (UES), ha sido todavía un problema no resuelto (Petrailis, Flay y Miller 1995). Se propone, que para poder acercarse a la solución de este problema, es importante en primer lugar, analizar los diferentes postulados teóricos que intentan esclarecer este misterio. Se propone que una construcción clara del Uso Experimental de

Sustancias no puede existir hasta que se organicen y se integren las teorías existentes.

CONADIC (1992, citado en León, 2002) describe algunos modelos explicativos en el consumo de drogas:

El *Médico-sanitario*, donde se propone alejar a los individuos de las drogas y a los usuarios de los no usuarios.

El *Psicosocial*, el cual pretende alejar a los individuos de las drogas y acercarlos a la sociedad.

Sociocultural, está enfocado a la transformación del ambiente y acercar al individuo a la sociedad.

El *Ético-jurídico*, intenta alejar las drogas del individuo.

Petratis, Flay y Miller en 1995 presentan, las que a su modo de ver, son las mas prominentes teorías para explicar el Uso Experimental de Sustancias, ellos revisaron a) 2 teorías que enfocan causas cognitivas del Uso Experimental de Sustancias, b) 2 teorías que enfocan procesos de aprendizaje social, c) 2 teorías que describen cómo la adhesión debilitada a valores convencionales y la adhesión debilitada a la familia, afecta al Uso Experimental de Sustancias, d) 4 teorías que detallan como las características intrapersonales y de personalidad de los adolescentes contribuyen al Uso Experimental de Sustancias y e) 4 teorías integrativas que incorporan influencias cognoscitivas del aprendizaje, adhesión y aspectos intrapersonales.

A continuación se describirán a modo de resumen, los modelos presentados por estos autores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1 Teorías cognitivas-afectivas del uso experimental de sustancias.

Mencionan la existencia de numerosas teorías que explican cómo las percepciones acerca del costo y beneficio del Uso Experimental de Sustancias contribuye a las decisiones de los adolescentes de experimentar con varias sustancias. Por ejemplo Rogers (citado en Petratis, et al., 1995) propone que los adolescentes están en riesgo de Uso Experimental de Sustancias si a) piensan

abstenerse del Uso Experimental de Sustancias puede producir consecuencias no deseables tales como repulsión de su grupo de amigos, b) se sienten personalmente susceptibles a las consecuencias de consumir drogas, c) piensan que las consecuencias no deseadas de abstinencia pesarán mas que los peligros del Uso Experimental de Sustancias, d) creen que el Uso Experimental de Sustancias les producirá ciertos beneficios tales como sentirse eufórico, e) creen que los beneficios del Uso Experimental de Sustancias sobrepasan los costos de esta acción, f) se sienten personalmente capaces de usar sustancias.

Entre los modelos mas incluyentes de decisiones de costos beneficios están la Teoría de Acción Razonada (TAR) de Ajzen y Feishbein (1980) y Feishbein y Ajzen (1975) y la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) de Ajzen (1985 y 1988, citados en Petraitis, et al., 1995).

Teoría de Acción Razonada (TAR): esta teoría se determina exclusivamente por decisiones o intenciones razonadas del adolescente para involucrarse en el uso de sustancias, que a su vez, estas decisiones son determinadas por componentes cognitivos (es decir, por costos-beneficios) que los adolescentes esperan del Uso Experimental de Sustancias además del valor afectivo que ponen en esas consecuencias. Además la TAR supone que las decisiones tomadas son afectadas por las creencias que el adolescente tenga de las normas sociales, es decir, estar de acuerdo con lo esperado por otros alrededor del Uso Experimental de Sustancias.

En concreto, la teoría de acción razonada comienza planteando que la causa mas inmediata del uso de drogas serán las intenciones para consumir o no consumir (Luengo et al., 1998).

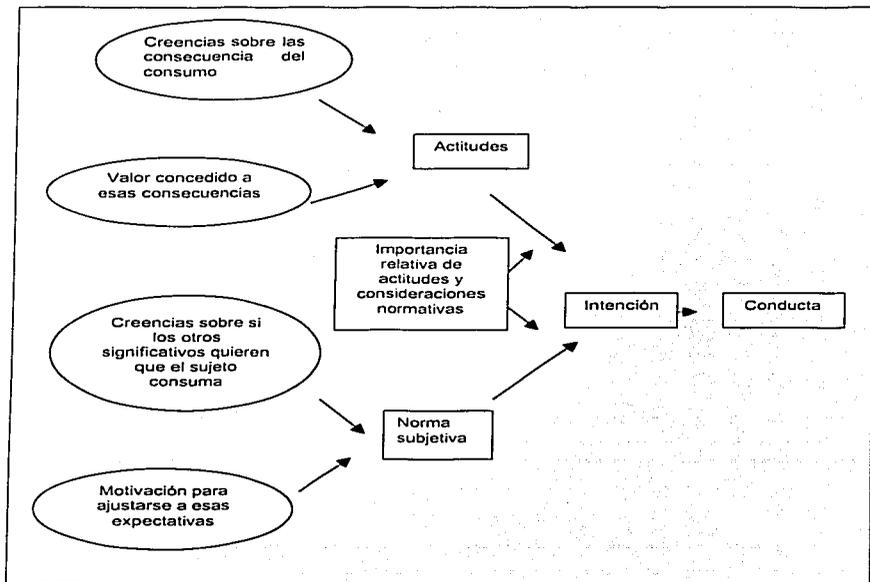


Figura 1. Esquema de la teoría de acción razonada (Luengo et al., 1998).

En la *Teoría del Comportamiento Planeado (TCP)*, se usan los mismos constructos; se sugiere que las percepciones de control sobre el exitoso término de una conducta afectará directamente las intenciones y conductas, es decir, está basada en la autoeficacia percibida por el sujeto. De Vries et al. 1998, 1990, 1991, (citados en Petraitis, et al., 1995) reportan que los adolescentes están en riesgo de Uso Experimental de Sustancias si esperan que una sustancia produzca mayores consecuencias positivas que negativas, también piensan que otras

personas esperan que ellos usen las drogas y se sienten capaces de llevar a cabo dicha conducta.

La TAR y la TCP tienen raíces comunes, esto significa que son las creencias que los adolescentes tienen del consumo de sustancias los que los motiva al Uso Experimental de Sustancias. Son cuatro las creencias que favorecen el consumo:

1. Los adolescentes tienen expectativas positivas hacia el consumo.
2. Se da mas importancia a los beneficios que a los costos.
3. Creencias permisivas hacia las normas en cuanto el Uso Experimental de Sustancias.
4. Tienen creencias y sentimientos de autoeficacia en el Uso Experimental de Sustancias.

2.2 Teorías del Aprendizaje Social en el Uso Experimental de Sustancias.

Las teorías cognitivo-afectivas en el aprendizaje social del Uso Experimental de Sustancias se enfocan a las influencias interpersonales sociales tanto como influencias cognitivo-afectivas.

Teoría del aprendizaje social (TAS) de Akers (1997, Akers y Cochran, 1985, Akers, Krohn, Lanza-Kaduce, 1982, citados en Petraitis, et al., 1995) asume que el Uso Experimental de Sustancias se origina en las actitudes y conductas hacia ciertas sustancias específicas. El consumo se da gracias a personas que sirven como modelos de rol de un adolescente. Este modelo propone que estos adolescentes tienen tres efectos subsecuentes a partir de los modelos observados; se comienza por la observación y la imitación de conductas hacia la sustancia, continuando con el refuerzo social hacia el Uso Experimental de Sustancias y culminando con las expectativas del adolescente de consecuencias sociales y psicológicas positivas hacia los futuros Usos Experimentales de Sustancias. La TAS concluye que los adolescentes que sientan que las sustancias produzcan mas beneficios personales que costos, estarán en riesgo del Uso Experimental de Sustancias.

La *Teoría cognitiva del aprendizaje social (TC/AS)* propuesta por Bandura (1986, citado en Petraitis, et al., 1995), aplicado a la propuesta del Uso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Experimental de Sustancias, argumenta que los adolescentes adquieren su comportamiento a través de modelos de rol, específicamente de amistades cercanas y padres que usan sustancias. Los jóvenes al observar que los modelos experimentan con las sustancias, directamente formarán expectativas de los resultados y consecuencias del Uso Experimental de Sustancias. La TC/AS no va mas allá de incluir el concepto de autoeficacia. Es decir, que la perspectiva del aprendizaje social, señala que la interacción con modelos que consumen drogas (entre ellos padres, amigos, profesores) refuerzan la ocurrencia de esa conducta (Bandura, 1986, citado en Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas y Carreño, 1996).

Las teorías cognitivo afectivas y las teorías del aprendizaje social, suponen que las sustancias son las causas mas inmediatas y directas del Uso Experimental de Sustancias. Además, estas teorías suponen que las expectativas acerca de las consecuencias personales del Uso Experimental de Sustancias son creencias críticas (Petraitis, et al., 1995).

2.3 Teorías de Adhesiones Convencionales y Adhesiones Sociales.

Estas teorías postulan que los adolescentes que tienen conexiones convencionales débiles no se sienten controlados o adheridos a estándares de conductas convencionales. Proponen que una falta de adhesión a la sociedad convencional, a sus valores, sus instituciones y fuerzas socializadoras, especialmente escuelas y religiones favorecen el Uso Experimental de Sustancias. Sin embargo cuando se sienten adheridos a sus iguales promueven el consumo de Uso Experimental de Sustancias. Por el contrario, los adolescentes adheridos a la sociedad convencional y estándares internalizados de conducta convencional, sirven para controlar sus conductas. Las conexiones convencionales débiles, quieren decir débil adhesión a modelos de rol convencionales incluyendo maestros miembros de la familia y específicamente padres. El soporte común para estas teorías, viene de estudios que muestran que el Uso Experimental de Sustancias es mas común entre adolescentes que muestran estar inconformes socialmente; independientes, críticos, enajenados o rebeldes (Petraitis, et al., 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Teoría del control social (TCS). Elliott (et al. 1985, 1989, citados en Petraitis, et al., 1995) expone tres posibilidades comunes a la débil adhesión social; una de ellas es la "tensión" la cual define como la discrepancia entre las aspiraciones de los adolescentes y las percepciones de oportunidad de lograr sus propias aspiraciones. En ocasiones algunos adolescentes pueden sentir tensión en casa porque quieren, pero no reciben relaciones mas cercanas con sus padres. De acuerdo con esta teoría, la tensión en casa 1) debilitará las adhesiones con sus padres, 2) promoverá adhesión con los de su misma edad quienes promueven el Uso Experimental de Sustancias.

La "desorganización social" también da debilidad o ruptura con las instituciones establecidas (Kornhauser, 1978, citado en Petraitis, et al., 1995) o inhabilidad de las instituciones para controlar la conducta de los residentes (Farrington et al. 1990, citado en Petraitis, et al., 1995), así, los adolescentes se sienten sin compromiso con la sociedad convencional.

Finalmente la TCS comenta que los compromisos convencionales y los enlaces a modelos de rol convencional, son el resultado de una "socialización inefectiva" hacia la sociedad convencional. Es decir, la TCS enfoca ampliamente la tensión, sistemas sociales y socialización inadecuada.

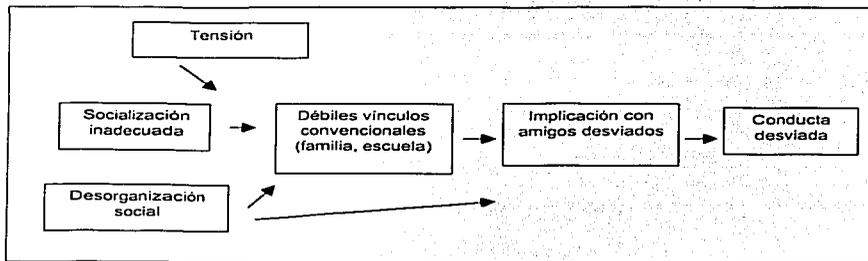


Figura 2. Sistema de relaciones (control social) propuesto por Elliott, Huizinga y Ageton (1985, citados en Luengo et al., 1998).

El modelo de desarrollo social (MDS) propuesto por Hawkins y Weis (1985, citados en Petraitis, et al., 1995), se enfoca mas a los individuos en cuanto su desarrollo social y sus interacciones sociales inmediatas. En particular el MDS afirma que los adolescentes están propensos a involucrarse con los de su misma edad que usan sustancias, si durante etapas tempranas de su desarrollo tuvieron a) oportunidades infrecuentes de interacciones recompensadas en el hogar y la escuela, b) pocas de las habilidades interpersonales y académicas necesarias para tener interacciones exitosas y recompensadas en el hogar y la escuela, c) recibieron poco refuerzo durante sus interacciones con sus padres y maestros.

Hawkins y Weis (1989., Catalano y Hawkins, 1996., Catalano et al., 1996., citados en Luengo et al., 1998), intentan organizar evidencia disponible en torno a los factores de riesgo y a los factores de protección de la conducta desviada. El modelo pretende ser un esquema explicativo de diferentes tipos de conducta problemática, ubicando el foco de atención en el proceso de socialización.

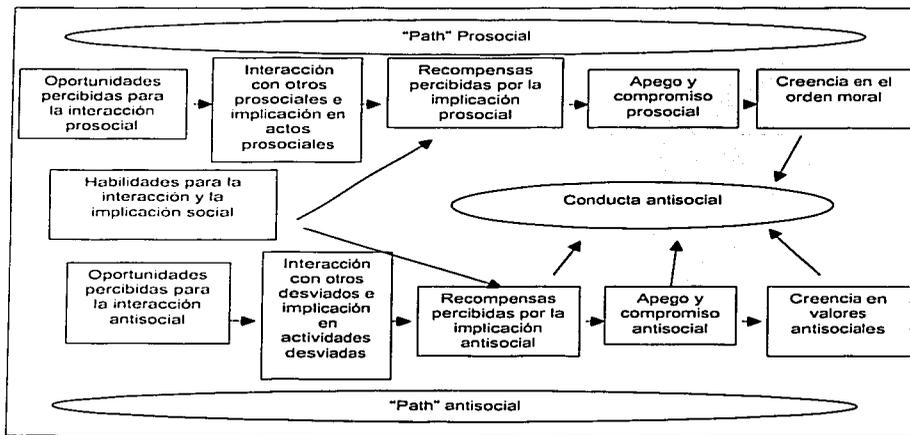


Figura 4. Modelo de Desarrollo social de Hawkins y Weis (Luengo et al., 1998).

2.4 Teorías en las Cuales las Características Intrapersonales Juegan Roles Clave.

Las siguientes cuatro teorías que se mencionarán, se enfocan en marcos sociales y en las propias características de los adolescentes.

El *modelo ecológico social* (MES, Kumpfer y Turner 1990 y 1991, citados en Petraitis, et al., 1995) sugiere que la baja autoeficacia académica es una causa primaria del estrés relacionado con la escuela, esto hace que el adolescente se involucre con los de su misma edad que hacen uso de sustancias. El MES se basa en parte, en la autoeficacia académica, sin embargo el mérito de este modelo es que amplifica los roles del ambiente escolar y las percepciones de los adolescentes de sus propias habilidades académicas. Además propone que el Uso Experimental de Sustancias puede ser prevenido través de programas que promuevan habilidades académicas y de fomentar ambientes escolares mas recompensatorios.

La *Teoría auto-derogatoria* (Kaplan et al. 1975 citados en Petraitis, et al., 1995) o también conocida como teoría de autorechazo (Kaplan, 1972., Kaplan y Peck, 1992., citados en Luengo et al., 1998), propone que la pieza clave para el Uso Experimental de Sustancias es la autoestima. Se argumenta que los adolescentes que frecuentemente y repetidamente reciben evaluaciones negativas, llegan a sentirse deficientes, por tanto ellos a) podrían volverse enajenados a los modelos de rol convencionales b) sentirse motivados a rebelarse simbólicamente contra estándares convencionales c) creer que su autovalía puede ser aumentada involucrándose en conductas no convencionales d) interactuar con personas de su misma edad y con el mismo sentimiento de baja autovalía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además cuando las experiencias de autorechazo se repiten, el sujeto se sentirá poco motivado por respetar las normas de esos grupos que dañan su autoestima. Así, el individuo buscará cauces alternativos que le permitan recuperar la autovaloración y aumentará su sensibilidad ante la existencia de opciones desviadas; se implicará en grupos de amigos desviados y finalmente aparecerá la conducta problema (Luengo et al., 1998).

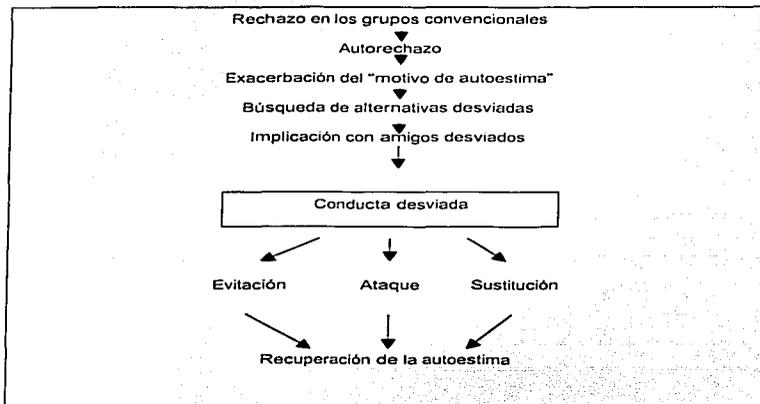


Figura 5. La teoría del autorechazo de Kaplan (citado en Luengo et al., 1998).

Modelo de aprendizaje social multi-etapas (MASM; Simons et al. 1988 citado en Petraitis, et al., 1995). Este modelo integra las teorías de aprendizaje social y varias características intrapersonales que podrían conducir al uso experimental de sustancias; las cuales incluye:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a) autoestima, angustia emocional, aptitudes de superación inadecuadas, aptitudes de interacción social deficientes y un sistema de valores personales que enfatiza metas actuales sobre metas a largo plazo.

b) padres que fallan en proveerles con calor, sostén, supervisión y disciplina.

c) un patrón de Uso Experimental de Sustancias mostrado por los padres.

El MASM propone que el Uso Experimental de Sustancias escalará cuando los adolescentes observen uso de sustancias en sus padres, tengan a los de su misma edad con Uso Experimental de Sustancias, estén emocionalmente angustiados y cuando tengan aptitudes de superación inadecuadas, incurriendo al Uso Experimental de Sustancias porque esperan alivio momentáneo.

La teoría multi-etapas intentará completar la hipótesis del aprendizaje social. No obstante, en todos los momentos de involucración en el consumo, los factores personales tienen gran relevancia. La autovaloración, el malestar emocional, (ansiedad, tensión, ánimo depresivo), las habilidades de afrontamiento, las habilidades sociales (timidez, falta de empatía) y un sistema de valores más orientado al presente que a metas convencionales a largo plazo, son algunos de los factores que, de acuerdo con esta teoría, desempeñan un papel crucial, en la predicción del consumo de drogas (Luengo et al., 1998).

Teoría de interacción familiar (TIF; Brook et al. citado en Petraitis, et al., 1995). Esta teoría describe cómo una tensión compleja en la cual una adhesión emocional a los padres, aprendizaje social y características intrapersonales de los adolescentes afectan directamente al Uso Experimental de Sustancias. La TIF propone que la adhesión entre padres e hijos es debido a: valores convencionales entre los padres, estilos de sostenimiento afectivos de los padres, ajuste psicológico materno y control materno sobre un hijo. Las consecuencias de vínculos fuertes establecidos entre padres e hijos son: desarrollo de personalidades bien ajustadas, involucramiento no frecuente con los de su misma edad que usan sustancias y Uso Experimental de Sustancias infrecuente entre los adolescentes. De acuerdo con esta teoría, los niños cuyos padres carecen de valores convencionales o que proveen de poco afecto y cuyas madres están desajustadas o ejercen poco control, están en riesgo de una variedad de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problemas durante su adolescencia, incluyendo relaciones pobres con sus padres, personalidades no convencionales y desajustadas, e involucramiento con los de su misma edad que usan droga.

2.5 Teorías que Integran Constructos Cognitivos-Afectivos del Aprendizaje, Compromiso, Adhesión y de las Relaciones Intrapersonales.

La teorías que a continuación se expondrán tratan de integrar el aprendizaje, el aspecto cognitivo-afectivo, compromiso y adhesión y factores intrapersonales en el misterio del Uso Experimental de Sustancias.

La *teoría de la conducta problema* (TCP) de Jessor et al. (1991), (Jessor, Graves, Hanson y Jessor, 1968, Jessor y Jessor 1977, citados en Petraitis, et al., 1995) afirma que los adolescentes que son propensos a una conducta problema, estarán propensos a otras conductas problema. La TCP comienza con la suposición de que la susceptibilidad a conductas problema resulta de la interacción de la persona y su ambiente. El ambiente está dividido en estructuras proximales y lejanas. Dentro de lo proximal se encuentran los modelos sociales, conductas hacia sustancias, amigos y miembros de la familia que influirán en el adolescente si dentro de lo proximal, hay alguien quien lo induzca. También la TCP divide las características de la persona en categorías lejanas, intermedias y proximales. Las características mas distales están agrupadas en la estructura de creencia personal; así los adolescentes estarán en riesgo del Uso Experimental de Sustancias si:

- a) son socialmente críticos o culturalmente enajenados.
- b) tienen baja autoestima y sienten que tienen poco que arriesgar a través de conductas desviadas.
- c) tienen un locus externo de control, creyendo que las conductas convencionales no son socialmente permitidas y viceversa.
- d) valoran altamente su involucramiento con sus iguales, buscan independencia de sus padres y devalúan el logro académico.

La estructura del control personal está enfocada hacia conductas desviadas y propone que los adolescentes estarán en riesgo de Uso Experimental de Sustancias si son generalmente tolerantes a cualquier conducta desviada, o creen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que el Uso Experimental de Sustancias sobrepasa los costos. La TCP propone que el Uso Experimental de Sustancias es mas común entre adolescentes que a) se sienten separados de sus padres, b) tienen amigos que usan sustancias, c) tienen actitudes que toleran el Uso Experimental de Sustancias, d) tienen poco valor a sus logros académicos, e) son socialmente críticos, enajenados, rebeldes y buscan independencia de la sociedad convencional.

Jessor (1992., citado en Luengo et al., 1998) sugiere la necesidad de no parcializar esfuerzos y abordar la intervención de un modo unificado.

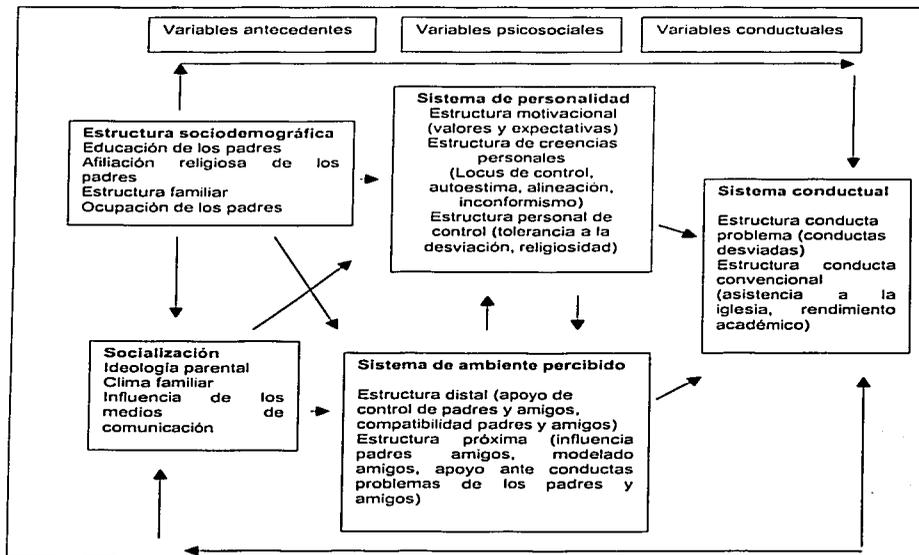


Figura 7. Teoría de la conducta problema (citado en Luengo et al., 1998).

La teoría del grupo de iguales (TGI; Oetting y Beauvais 1986a, 1986b, 1987, citados en Petraitis, et al., 1995) especifica efectos indirectos en variables a distancia y efectos directos para variables mas próximas. Esta teoría propone que la única variable dominante en el consumo de drogas del adolescente es la influencia dada por sus iguales, en los cuales un adolescente elige asociarse y que, en ocasiones, se encuentra presente el uso de drogas. Todas las otras piezas que afectan al Uso Experimental de Sustancias es solo indirectamente a través de sus contribuciones de socialización del adolescente con sus iguales. La TGI propone cuatro grupos que afectan al adolescente para involucrarse con grupos de iguales que consumen sustancias.

- Variables estructurales sociales tales como el divorcio familiar y nivel socioeconómico.
- Características psicológicas. Son características de personalidad y estados afectivos de los adolescentes.
- Actitudes y creencias. Son las creencias de los adolescentes con respecto a conductas desviadas en general y con el Uso Experimental de Sustancias.
- Los enlaces socializadores. Representan las creencias de los adolescentes con otra gente que podrían inhibir o promover el Uso Experimental de Sustancias.

Los autores de este modelo subrayan la necesidad de que la prevención y el tratamiento se orienten hacia la intervención en el grupo de amigos (Luengo et al., 1998).

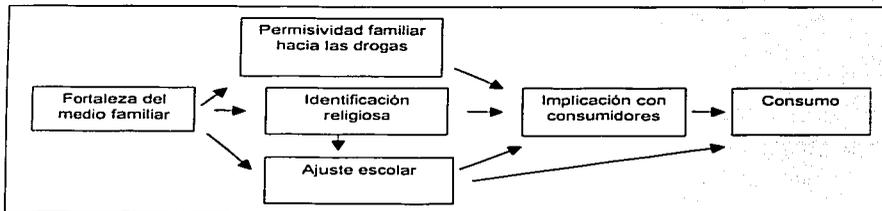


Figura 3. Modelo de Oetting y Beauvais (1987, citados en Luengo et al., 1998) sobre características de socialización y consumo de drogas.

Modelo de Vulnerabilidad de Sher (Sher 1, citado en Petraitis, et al., 1995). Este modelo incluye muchos de los factores antes mencionados tales como las teorías cognitivo-afectivas, teorías del aprendizaje social, el modelo de aprendizaje social multi-etapas, etc. De acuerdo con Sher las expectativas de una sustancia, el uso de sustancias por los padres, fallas en la escuela, angustia emocional y aptitudes de superación inadecuadas, tienen orígenes biológicos, orígenes que contribuyen a una historia familiar positiva de abandono de sustancias. Este autor comenta que los hijos de alcohólicos heredan personalidades "difíciles" y bajas funciones cognitivas, sensibilidad farmacológica aumentada y tolerancia aumentada al alcohol. Este modelo consiste en 44 diferentes caminos que describen cómo diferentes variables se interrelacionan para afectar al Uso Experimental de Sustancias.

El *modelo de dominio* (Huba y Bentler, 1982, citados en Petraitis, et al., 1995) incluye mas de 50 causas potenciales que están catalogadas en 13 grupos de proximidad al Uso Experimental de Sustancias. Estos 13 grupos se agrupan en 4 dominios en donde:

1. representa las influencias biológicas e incluye influencias genéticas en susceptibilidad a los efectos adictivos de las sustancias y a las reacciones psicológicas.
2. este dominio representa las influencias intrapersonales e incluye las creencias de los adolescentes acerca del Uso Experimental de Sustancias.
3. presenta influencias interpersonales e incluye las características de aquellas personas que proveen sostén a los adolescentes.
4. presenta las diferencias socioculturales del Uso Experimental de Sustancias.

De acuerdo con este modelo, cuando la oferta de una sustancia es baja o su costo es prohibitivo, muy pocos jóvenes serían capaces de usarla; sin embargo cuando la oferta es abundante y el costo bajo, muchos adolescentes estarían propensos a usarla.

Por otro lado, siguiendo las diversas teorías o modelos propuestos, *la teoría del autocontrol* (Hirschi y Gottfredson, 1988 y Gottfredson y Hirschi, 1990, 1994., citados en Luengo et al., 1998), propone que todas las modalidades de conductas son análogas es decir, que el consumo de drogas, la delincuencia o las conductas arriesgadas que dan lugar a accidentes tienen una misma estructura interna. Todas ellas son conductas que proporcionan un placer inmediato y que pueden generar daños en el futuro. Concretamente la teoría señala que la propensión a realizar conductas desviadas tiene que ver con un rasgo latente que denominan autocontrol. El autocontrol se define por las siguientes características. Un bajo autocontrol implica responder ante lo inmediato, despreocupándose por el futuro, etc; por otro lado, un alto autocontrol se identifica por demorar gratificaciones, renunciar a beneficios inmediatos para obtener recompensas futuras.

Modelo de Kandel ("la progresión en el consumo". Kandel 1980, Kandel et al. 1978., citados en Luengo et al., 1998). Este modelo propone que el sujeto va atravesando estas etapas de un modo progresivo, de modo que los sujetos que se encuentran en una determinada etapa han pasado por etapas previas. De acuerdo con este autor el consumo no aparece de manera repentina, sino que se va desarrollando a través del tiempo de tal modo que el consumo de ciertas drogas precede el consumo de otras. Además presta atención a cuatro factores que induce a las personas al consumo de drogas. (En la figura 6 se especifican).

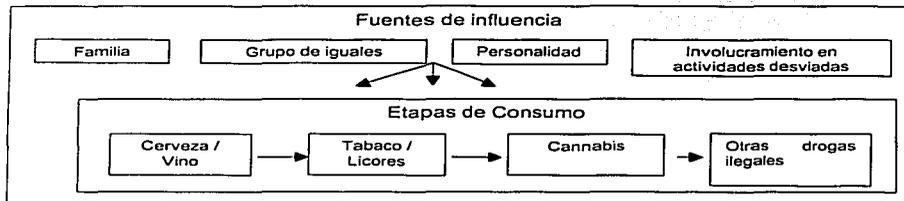


Figura 6. Modelo secuencial de Kandel citado en Luengo et al., 1998).

2.6 Observaciones Psicoanalíticas.

Las observaciones psicodinámicas tienen un carácter más especulativo, están basadas en características estructurales y dinámicas del individuo, y son expresadas en mecanismos de defensa empleados por el sujeto, la fuerza del yo, análisis de transferencia o de contratransferencia, análisis de las relaciones objetales y de las pulsiones conectadas con la fase de desarrollo a la que se estima que ha retrocedido o que se cree que ha quedado fijada la personalidad del paciente.

El *modelo caracterológico* (Miller y Hester, 1995., citados en Pérez, 2002), enfatiza que las raíces del alcoholismo están en las anomalías de la personalidad. Para algunos psicoanalistas es una fijación temprana del desarrollo psicológico normal, involucrando severos conflictos no resueltos relacionados con la dependencia. También consideran el alcoholismo como el surgimiento de una homosexualidad latente, baja autoestima, conflictos de roles sexuales, o un manejo de poder y control por personas que se sienten impotentes.

Las investigaciones efectuadas por Cirillo (et al. 1994) muestran un interesante acercamiento a estas teorías.

Freud (1905., citado en Cirillo, *ibid*) propuso que el toxicodependiente era víctima de una regresión en la fase oral del desarrollo y, por tanto, incapaz de apartarse de un objeto de amor que lo sustenta y le aplica sufrimiento de la necesidad, a causa de una intensificación constitucional de la sensibilidad erógena de la región labial.

Glover en 1939, (citado en Cirillo, *ibid*) le da más importancia al desarrollo de las relaciones objetales infantiles en la relación madre-niño.

En 1965 Rosenfiend (citado en Cirillo, *ibid*) asegura que es por la debilidad del Yo que el toxicómano recurre a las drogas para echar mano a la reacción maniaca como defensa contra el sufrimiento depresivo. En la depresión existe una identificación con un objeto muerto o enfermo, en este caso la droga, que al ser consumida, es vivida con concreta incorporación y favorece su identificación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Según Olivenstein (1981b., citado en Cirillo, ibid) el adolescente toxicodependiente está en un estado de incompletud que se deriva de la imposibilidad de superar la fase de desarrollo infantil definida como "fase espejo" donde en un momento variablemente localizable en los primeros dos años de vida, el niño empieza a salir de la situación de simbiosis fusional con la madre, para percatarse de su existencia autónoma separada de la madre, si los ojos de la madre suministran un reflejo "mirada de retorno" con reconocimiento del niño como individuo separado, entonces la fase es felizmente superada, mientras que si la madre no lo reconoce, la individualidad es negada y el niño es constituido ficticiamente por las proyecciones maternas. Según este autor el futuro toxicodependiente ha quedado atrapado entre un estadio de espejo alcanzado y un estadio de espejo imposible, es decir entre el reconocimiento y no reconocimiento del niño, en este caso adolescente como ser individual.

Campuzano (1977., citado en Nehmad, 1990) menciona que en la familia del adicto se encuentra una madre sobreprotectora o posesiva y una falta en la identificación con el padre, ya sea por ausencia física, por tratarse de una figura pasiva o rechazante.

2.7 Otros Modelos

El *modelo educacional* (Miller y Hester, 1995., citados en Pérez, 2002), sugiere que los problemas relacionados con el alcohol se deben a déficits en el conocimiento debido a una falta de información precisa sobre el consumo de éste. Cuando las personas cuentan con el conocimiento adecuado, se piensa que tendrán menor posibilidad de usar alcohol u otras drogas. Algunas aproximaciones educativas han incluido un componente afectivo para evitar el abuso de alcohol u otras sustancias.

Modelo biológico (Miller y Hester, 1995., citados en Pérez, 2002). Este modelo pone énfasis en procesos genéticos y fisiológicos como causantes del alcoholismo. También se ha dado importancia a los factores hereditarios de riesgo así como la existencia de condiciones biológicas únicas que predisponen a algunos individuos al alcoholismo.

Modelo general de los sistemas (Miller y Hester, 1995., citados en Pérez, 2002). Considera la conducta como resultado de la interacción entre lo individual y un sistema social mas amplio; dicho de otra manera, las acciones de las personas no se pueden entender sin considerar su sistema social (familia, escuela, laboral, social, etc). Entonces se propone que el problema de alcohol en un individuo, es, de hecho, una disfunción en un sistema mas alto del cual forma parte ese individuo.

El *modelo sociocultural* (Miller y Hester, 1995., citados en Pérez, 2002), toma en cuenta el rol de la sociedad y la cultura dentro de los patrones de la conducta adictiva y sus problemas relacionados. Este modelo propone que a mayor disponibilidad mayor consumo. Algunos de los factores que son relevantes para este modelo son el estrés social o la alineación, las actitudes hacia el alcohol, la importancia simbólica y funcional del alcohol dentro de la sociedad.

El *modelo de salud pública* (Miller y Hester, 1995., citados en Pérez, 2002), ofrece un punto de vista integrador. La salud pública considera tres tipos de factores causales al alcoholismo. Uno de ellos es el "agente", referido al alcohol etílico. Otra causa es el "factor huésped", que se refiere a las diferencias individuales que influyen en la susceptibilidad a la condición. El tercer factor es el "ambiente" que hace énfasis en aspectos del ambiente que promueven el uso y abuso de sustancias.

La *teoría del desapego emocional* (Steinberg y Silverberg, 1986., citados en Ramírez, 2001) se enfoca a la distancia ocurrida entre el padre e hijo durante la adolescencia. Esto, según los autores, se asociaba con una mayor susceptibilidad a la presión del grupo y por ende, al consumo de sustancias. La teoría mide la relación en cuatro conceptos: a) individualización; se refiere a un sentimiento de separación de los padres, además de que éstos no entiendan al adolescente, b)desidealización paternal; se refiere a admitir un desacuerdo con los padres y percibir que los padres tienen sus fallas, c) percibir a los padres como personas, creyendo que éstos se comportan diferente en la compañía de otros, y d) independencia; es decir, depender de los padres para resolver sus problemas.

El *modelo de personalidad* de Eysenck y Eysenck (1975., citados en Ramírez, 2001) ha sido utilizado para explicar porqué algunas personas son mas propensas a consumir alcohol, tabaco u otras sustancias. Este autor mide estas conductas a través de un cuestionario basado en tres dimensiones de personalidad: Neuroticismo, Psicoticismo y Extraversión.

Es mucha y muy extensa la investigación en donde se intenta proponer factores que influyen en el consumo de drogas, sin embargo, no se han esclarecido todavía motivos directos que originen el consumo.

Por otra parte en su mayoría, las teorías refieren que el origen del uso de sustancias viene de figuras importantes o no cercanas en la infancia o cercanas en la vida adolescente. También mencionan que dependiendo de cómo el sujeto perciba un ambiente, sea placentero o desagradable, reaccionará a esa situación de muy diversas formas, una de ellas en el consumo de fármacos. En este sentido, al percibir desagradable el ambiente donde se vive, el bienestar individual no será el mismo que el de una persona donde su ambiente sea armónico y placentero, como por ejemplo la familia. De ahí el motivo de relacionar el Ambiente Familiar en el consumo de drogas porque es escasa la literatura que analiza la importancia del papá, la mamá, los hermanos y su percepción de la situación familiar para inferir que una persona está en riesgo de consumir drogas. Del mismo modo, la literatura sobre la importancia del Bienestar Subjetivo en el consumo de drogas es mínima, aunque en los últimos años ha incrementado el estudio en este tema.

En la siguiente investigación se profundizará en analizar las variables "Ambiente Familiar" y "Bienestar Subjetivo" y su influencia en el consumo de drogas.

3. Ambiente Familiar y Consumo de Drogas

Valverde (1996) resalta que la situación de vivir en una sociedad radicalmente centrada en el consumo y en la posesión, no es generadora de felicidad, integración y autoestima, ya que la forma de ingresar a ese estilo de vida, significaría tener resuelta la situación económica, por tanto, suele ser fuente de frustración y sentimientos de exclusión, que se van a convertir con frecuencia en hábitos que inciden en el comportamiento de la persona, por ejemplo, en primer término, el modo en que los padres realizan su función socializadora hacia sus hijos y en segundo lugar las actitudes o conductas que los menores tengan hacia la sociedad o hacia las drogas como forma de evasión a la realidad. Por eso, es importante aludir al contexto familiar para darle la debida importancia de resolver cuestiones con respecto a modelos paternos de niños pertenecientes a grupos carenciales.

Entre los muchos factores que determinan lo que ha de ser un individuo, la familia constituye en la gran mayoría de las culturas el primer y mas activo agente socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de las personas; usualmente este hecho es realizado a través de los padres de familia, quienes transmiten a sus hijos normas, creencias, reglas y comportamientos aceptados por los miembros de la comunidad y que en un futuro serán indispensables para poder integrarse a diversos estilos de vida que integran la sociedad en su conjunto, de hecho, un gran número de alteraciones conductuales parecen tener su origen en la incompatibilidad entre los comportamientos de los hijos y las expectativas de sus padres (Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala, 1990).

En una investigación efectuada por Barrera, López, Aguirre y Esparza (1994), encontraron que las personas que tenían o tienen relaciones inadecuadas con sus padres, indican contenidos de comunicación restringidos y especialmente, se destaca una comunicación no positiva de y hacia su madre. Estas personas se sienten menos felices y menos extrovertidas, con una pobre autoimagen, mostrando altos niveles de alcoholismo. Las personas con mayores índices de alcoholismo muestran de manera mas clara una relación no positiva con su madre; existe pobreza en los contenidos de comunicación con los padres y a su vez tienen una autoimagen deficiente. Estos autores hacen evidente las

diferencias entre hombres y mujeres, mostrando que la mujer tiene mayor comunicación con su madre, mejor relación con su padre, es mas expresiva, busca apoyos sociales ante sus problemas, presenta mayor religiosidad en comparación con el hombre y por ende, presenta menores niveles de consumo de alcohol, lo cual también son manifestaciones de los valores de la cultura.

De los estudios psicosociales se desprende que, en el grupo de mujeres alcohólicas hay mayor índice de antecedentes de alcoholismo en la familia de origen, particularmente en los padres, en comparación a la población alcohólica masculina; también otras variables han cobrado importancia en la etiología del alcoholismo tales como experiencias de privación afectiva por parte de los padres, trastorno mental y patrones patológicos de interacción familiar (Casco y Natera, 1990).

La relación entre el alcoholismo en la familia de origen y el desarrollo del alcoholismo en la mujer, se ha atribuido, entre otras cosas, al aprendizaje. Otros estudios han encontrado ciertas características familiares que elevan el riesgo de desarrollar alcoholismo; por ejemplo, historia materna de vida traumática, historia de abuso sexual en el padre o la madre (por lo menos en una generación anterior) y conflictos de homosexualidad latente (McCarty, 1986., Pierce-Lois, 1987., y Cantor y cols., 1989., citados en Casco 1992). Dorothy Hurley (1991, citada en Casco 1992) integra un perfil psicosocial de la mujer alcohólica y resalta que tienen padres alcohólicos, siendo mas frecuente el padre. Los padres tienen graves trastornos emocionales, sus madres son frias, distantes, dominantes, hostiles, rechazantes y abandonadoras; la relación con el padre es de abuso, ya sea por expresión de afecto o por hostilidad; es decir que crecieron en un contexto hostil y se relacionan con desconfianza y ansiedad, entre otras características.

En esta línea, Casco (1992), relacionó la ingesta de bebidas alcohólicas con sentimientos asociados. Los resultados fueron como siguen: para el consumo alto (un litro de destilado diario) los eventos relacionados eran experimentar intensos sentimientos de vacío, soledad, tristeza, acompañados de recuerdos de la infancia en las que prevalecían situaciones de violencia y conflictos entre los padres. En el consumo medio (medio litro de destilado diario más alguna cerveza), su principal

motivación fue participar en fiestas y sentirse tristes. El consumo bajo (de 3 a 5 copas de destilado) lo asociaron con problemas con los hijos por su misma forma de beber. Es importante resaltar que los hijos de estas personas comenzaron a tener problemas con el consumo de drogas, alcohol o conductas antisociales. En general, explicaron su forma de beber como una forma de sentir que olvidaban sus problemas y se tranquilizaban, aunque posteriormente se deprimían más, se sentían más infelices y más solas.

De las 12 mujeres entrevistadas 11 reportaron alcoholismo en la familia de origen, en 8 mujeres el padre era el alcohólico, en 2 la madre lo era y en una ambos lo eran; solo en un caso no existían antecedentes de alcoholismo. En los padres donde se daba el consumo, éste era diario y su vida giraba en relación a él. Nueve entrevistadas hablaron de la confusión que vivían con el padre puesto que en estado de ebriedad éste se portaba mas amable, cariñoso y juguetón; y en otras ocasiones era frío e intensamente agresivo. Hacia la madre existía resentimiento y coraje por el abandono afectivo aunque ésta no fuera alcohólica, puesto que vivía en función del alcoholismo de su pareja, abandonando la función de madre. Doce mujeres reportaron que durante su infancia existía un ámbito de violencia familiar; 7 reportaron que provenía del padre y 5 de la madre. La agresión del padre por lo general era dirigida hacia la madre, mientras que la agresión que provenía de las madres era dirigida hacia las hijas.

Es evidente que la familia representa un factor importante a considerar cuando se estudian las conductas de las personas y en este caso del uso de sustancias, por ello Andrade (1984) resalta la importancia de considerar las experiencias de reforzamiento que el hijo tiene de parte de los padres, ellas pueden recaer en la incapacidad del niño de controlar su medio ambiente pudiendo suscitarse un ambiente donde el niño es rechazado y castigado constantemente por sus padres. Además, Berruecos (1997) argumenta que las actitudes represivas hacia las bebidas pueden inhibir solo por un tiempo la tendencia normal del adolescente a comportarse como adulto.

Es decir, los padres representan una de las fuentes más directas e inmediatas sobre los adolescentes (Beck y Treiman, 1996., citados en Ramírez, 2001). Por ello cada familia, al igual que cada persona, tiene características peculiares que la distinguen y la individualizan.

Así mismo cada familia puede tener diferente influencia en el estado emocional de los adolescentes, evaluándose su impacto en las conductas de externalización como es el consumo de drogas (González-Forteza, Saldivar y Corona, 1998).

Las experiencias negativas en la familia pueden influir al producir desorientación e infelicidad en los jóvenes y en la búsqueda de satisfactores, encuentran el alcohol como uno de ellos (Berruecos, 1997).

El número de casos de adolescentes con problemas en el área de las relaciones familiares es muy elevado; concretamente se detectó que el 85% de adolescentes en tratamiento por el consumo de drogas, reportaban este tipo de problemas (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

La falta de atención por parte de los padres y las discusiones frecuentes con los miembros de la familia son síntomas que se presentan de manera importante entre los consumidores de drogas (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

El propósito de la investigación realizada por Nelson (1998) era examinar el efecto de relaciones de poder matrimoniales y su influencia en la adolescencia y la madurez joven, en 178 matrimonios. La valoración de ajuste en los adolescentes se evaluó por cinco variables de salud mental que incluyen ansiedad, depresión, bienestar general, autoestima y problemas con el alcohol. Este hallazgo sugiere que las relaciones de poder matrimoniales pueden tener un efecto latente en los niños. Las relaciones matrimoniales igualitarias produjeron resultados más favorables en el ajuste emocional de los jóvenes.

De acuerdo con los resultados mostrados en la investigación de Córdoba (2000), el uso ocasional, el abuso y la dependencia a las drogas es mayor en sujetos donde la familia presenta trastornos de cohesión y adaptabilidad.

Hammond en el año 2000, examinó los modelos percibidos de 80 usuarios canadienses consumidores (poli-sustancias) y 88 no consumidores y la simbiosis en relación con sus padres, así como su percepción de bienestar basados en las experiencias tempranas con esa misma variable; los adolescentes que abusaban de solventes demostraron en mayor grado un modelo de apego inseguro, características familiares disfuncionales y comportamientos antisociales. Se encontró que los adolescentes que empezaron a abusar de solventes antes de los 6 años de edad estaban en mayor riesgo del abuso severo de solventes en la adolescencia. Los usuarios de solventes presentaron percepciones negativas de bienestar y de adaptación social.

Por otra parte, Hong y Faedda en 1996 investigaron cómo la satisfacción con la vida familiar predice el consumo de alcohol y cigarro entre los adolescentes coreanos de Australia. Para los muchachos de este estudio la edad es el único predictor para el consumo de alcohol y cigarro, sin embargo, para las muchachas un predictor significativo era, además de la edad, la relación de satisfacción con la vida familiar.

En una revisión efectuada por Ortiz y Caudillo en 1984, para comparar las características de los sujetos inhaladores y los no inhaladores ellos refieren a Sokol (1963) quien reporta que en las familias de sujetos que consumen inhalables prevalece la poca supervisión materna, hay mínima convivencia familiar y estos dos factores crean el clima propicio para la desintegración familiar. También citan a Chevalli (1977), quién señala que en México, la familia del inhalador es autoritaria, agresiva, irracional, desorganizada y desintegrada, evadiendo esta situación con el abandono del hogar. Asimismo Ortiz (1982), menciona que la estructura familiar del inhalador se percibe con una figura paterna ausente y que cuando llega a estarlo, su papel es agresivo y castigador; de este modo, ante la ausencia del padre, la madre toma parejas sustitutas y es donde el niño ve un desfile de figuras paternas que lo abandonan. El niño

desarrolla una relación simbiótica con la madre ya que tiene mayor presencia en la familia, sin embargo, se da cuenta que ella también lo puede abandonar. Estos factores forjan en el niño un estilo de relación donde predomina la soledad y el abandono de tal manera que su búsqueda y relación se da hacia la separación del núcleo familiar y al mismo tiempo busca a la madre, simbólicamente mediante el uso de inhalantes que le satisfacen alucinatoriamente necesidades de compañía, apoyo, erotismo, disminución del dolor, evita el hambre, el frío y en general todas las necesidades de carencia.

Las familias disfuncionales son factores de riesgo para que los jóvenes se inicien en el consumo de inhalantes, sin embargo no todas las familias disfuncionales necesariamente llevan a los hijos a la inhalación; es por eso que Ortiz y Caudillo (1984) reportaron las diferencias halladas en un grupo de inhaladores y no inhaladores. Ellos encontraron que el número de hijos en el grupo de inhaladores era mayor al de no inhaladores (8 hijos en comparación con 4 en promedio). Los papás del grupo con sujetos que no consumían tenían un trabajo estable (92.4%) en comparación al otro grupo que reportaba menor proporción de trabajos estables (26.4%). El grupo control (no inhalables) reportó menores índices en el consumo de alcohol que el grupo experimental quienes reportaron ser consumidores frecuentes. Las relaciones de pareja mostraron que el 79.2% era percibida como buena en cuanto al nivel de comunicación; además, la violencia física no era el modo de relación habitual en el grupo de no inhaladores. El grupo experimental reportó un 13.2% de buenas relaciones, sin embargo el resto manifestó que existe violencia física en el trato diario, no había comunicación, era frecuente la ausencia del padre por varios días a consecuencia de desavenencias conyugales y había alianzas con los hijos en contra del progenitor. El 85.8% del grupo de los inhaladores tenían padres que eran indiferentes y distantes física y emocionalmente llegando en algunos casos a desconocer a sus hijos.

Muchos autores interesados en las toxicodependencias, coinciden en describir al padre como ausente, periférico y pasivo. Estas descripciones van acompañadas casi siempre de referentes que indican al padre del sexo opuesto, como hiperimplicado con el usuario (Cirillo, et al.1994).

En un estudio, donde compararon a un grupo de pacientes inhaladores y un grupo control de pacientes no inhaladores; Berriel y cols. en 1977, (citados en Nehmad, 1990) identificaron un porcentaje mucho mayor de familias incompletas con ausencia de padre por defunción, abandono o ilegitimidad (49.9%) y un alto índice de alcoholismo paterno (36.6%) en los pacientes inhaladores. En dichas familias se reportó cierto grado de deterioro expresado en problemas de control, comunicación y agresiones físicas. En un estudio similar Paule y Clarc (1988., ibidem) encontraron resultados similares con 145 pacientes de los Centros de Integración Juvenil del D.F. que el 37% provenían de familias incompletas con una edad promedio de 18.7 años, y el 36% no estudiaba ni trabajaba; sin embargo en los pacientes con núcleos familiares integrados el 62% refirieron a su familia con dinámicas conflictivas en mas de la mitad de los casos.

Del mismo modo Kovach y Glickman (1986., citados en Nehmad, 1990), obtuvieron, en un estudio realizado en una preparatoria de Filadelfia, que los estudiantes relacionados con drogas, calificaban sus relaciones familiares de crisis y conflicto en un porcentaje significativamente mayor que los no usuarios (del 18% de usuarios al 5% de los no usuarios).

En investigaciones realizadas para observar la relación entre el apoyo de los padres y el consumo de alcohol y otras sustancias se encontró que un factor protector del nivel de consumo de tabaco, alcohol y marihuana es el grado de apoyo de los padres (Wills, Vaccaro y McNamara, 1992., citados en Ramírez, 2001). Del mismo modo, se encontró en una población estudiantil colombiana que los factores que tenían una relación con la abstención del uso de drogas fueron el afecto e interés demostrado por los padres, el tiempo que pasaban con sus hijos y la firmeza de las medidas disciplinarias tomadas por ambos padres (Climent y DeAragón, 1986., citados en Ramírez, 2001).

Stephens y cols. (1977., citados en Nehmad, 1990) hallaron también, mayores condiciones de desintegración familiar entre sujetos inhaladores que en no inhaladores (aunque no significativas) y una proporción inversa entre inhalación y cohesión familiar (a medida que la cohesión familiar disminuía la

proporción de inhaladores aumentaba). En ese mismo sentido, Santos y Simpson (1984., citado en Nehmad, 1990), hallaron también un índice importante de familias incompletas entre los inhaladores (solo el 37% vivía con los dos padres y el 49% solo con la madre) y relaciones familiares con falta de cohesión, problemas de control, comunicación e interrelaciones negativas (Nehmad, 1990).

Ortiz (1982., citado en Nehmad, 1990), concluyó que las características de un inhalador es un sujeto nacido en un medio de carencias nutricionales y afectivas, producto de relaciones insatisfactorias de los padres a los que se agrega una secuela de abandonos de la madre y principalmente del padre. Para este autor la inhalación representa una victoria parcial sobre la ansiedad interior; una evasión a las cosas que en la vida real no puede resolver como hambre, dolor y tristeza.

Además Cirillo (et. al. 1994) propone que quien ha presentado mucho tiempo antes signos de sufrimiento, de inadaptación y de difícil comunicación en la familia, pensará en las drogas como una forma de aliviar su malestar.

En general, los jóvenes que presentan conductas de farmacodependencia y alcoholismo, perciben a su madre como una figura abnegada y sumisa. Las figuras paternas son percibidas como poco comprensivas, sintiéndose una ausencia afectiva por parte del padre (Ortiz, Osorio y Zavala, 1995., citado en Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

Algunos investigadores propusieron que las percepciones de los hijos hacia las conductas de sus padres eran mas importantes que las actitudes expresadas por los padres, así, a finales de los treinta se desarrollaron instrumentos que evaluaran la percepción de los niños sobre sus padres (Andrade, 1998). Las investigaciones realizadas con adolescentes en México, indican las relaciones entre consumo de drogas y problemas familiares (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999 y Andrade 2000).

Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina- Mora y Jiménez (1995), concluyen que es la percepción de las características positivas afectivas en los padres lo que protege

al adolescente de incurrir en el consumo de drogas y no las características positivas instrumentales de la mamá. La instrumentalidad es la situación donde una persona trata de hacer cosas para conseguir lo que quiere o modificar directamente su medio ambiente, bajo la concepción de que es capaz de vencer la dificultad (Andrade, 1984).

Hoy en día los estudios sobre las relaciones entre padre e hijos se han enfatizado y existe mayor interés sobre la percepción que el adolescente tiene acerca de su medio familiar (Mora-Ríos, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Andrade-Palos, 1999). La literatura ha identificado algunas dimensiones que conforman la percepción de lo jóvenes acerca de la familia y algunas investigaciones han mostrado que el apoyo parental es fundamental en la percepción de niños y adolescentes. Además de esta variable, se encuentra el apoyo emocional y el control parental (empleando la coerción y la inducción).

Dentro de los factores de riesgo identificados en los estudiantes, el tener poco contacto con la familia o percibir lejano el Ambiente Familiar, provenir de familias caóticas o desarticuladas, entre otros factores, aumentan la posibilidad de que una persona inicie sus actividades en el consumo de drogas (Medina-Mora et al., 1992, citado en Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999), es por eso importante conocer el significado psicológico que tiene la familia entre la población adolescente (González-Forteza, Saldivar y Corona, 1998). El significado psicológico del concepto familia es similar en estudiantes adolescentes de secundaria y preparatoria de ambos sexos, que se define en tres dimensiones: la dimensión afectiva que se manifiesta en conceptos como amor, cariño, convivencia, alegría; la dimensión de apoyo de tipo emocional a partir de conceptos como unión, ayuda, confianza y comprensión; por último, la dimensión de estructura familiar en los que se dan los miembros de la familia nuclear en orden de importancia, tales como papá, mamá, los hijos y hermanos (Mora-Ríos, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Andrade-Palos, 1999).

Los resultados encontrados por Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala (1990), en una investigación donde se medía el Ambiente Familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas fue que los jóvenes en

general, perciben a sus familias con baja cohesión, baja expresividad, y con un fuerte conflicto, lo cual es signo de que se encuentren poco integradas y poco comunicativas.

Shek (1999), en un estudio longitudinal, examinó la relación entre el Ambiente Familiar (percepciones subjetivas de la atmósfera familiar de la relación padre-adolescente y la comunicación entre ellos mismos), el ajuste, síntomas psicológicos generales y el abuso de sustancias en 178 adolescentes de entre 12 y 16 años de edad. Los sujetos que percibieron el Ambiente Familiar más positivo mostraron bajos niveles de desajustes psicológicos y conductas de abuso de sustancias.

Sin embargo las investigaciones en cuanto la percepción que el propio sujeto tiene de su familia en general, puede que esté sesgada por el mismo factor llamado alcoholismo; ya que los esposos alcohólicos con frecuencia perciben a sus familias rígidas o caóticas, sin embargo las esposas, consideran a estas familias, como balanceadas (Palomar, 1999).

Andrade (2001), al comparar el Ambiente Familiar de los adolescentes que han consumido alcohol y los que no lo han consumido en el último año, encontró que existen diferencias significativas en la percepción de la relación que tienen con sus padres en cuanto a las variables comprensión y problemas, y las características que perciben de su papá; además de la relación que tienen con sus hermanos. Es decir, los adolescentes que han consumido alcohol en el último año, perciben menor comprensión y mayores problemas entre sus papás. Esta misma autora destaca que estos jóvenes perciben a su papá como menos comprensivo, confiable, bueno, amoroso, cariñoso y justo, que los no consumidores. En el caso de los consumidores de tabaco destaca también la caracterización negativa del padre.

Así mismo, Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina- Mora y Jiménez (1995), estudiaron la influencia de la composición familiar (presencia de la madre y el padre) y la percepción de las características de los padres en el consumo de drogas, en una muestra de estudiantes de nivel medio y medio superior. Ellos

encontraron que los predictores significativos fueron las características positivas afectivas, tanto del padre como de la madre; es decir, la presencia de los padres proporcionando afecto percibido por los adolescentes, los protege de verse involucrado en el consumo de drogas. Además, el vivir con el padre es un factor que protege al adolescente de consumir, mientras que la sola existencia de los padres y el vivir con la mamá, no es suficiente para protegerlo del consumo.

Mora-Ríos, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Andrade-Palos (1999) enfatizan la importancia que tienen los padres en la percepción de los adolescentes mexicanos acerca de la familia. Particularmente en la adolescencia, la familia representa un estado afectivo de importancia crucial. Estos autores describen que el amor es un aspecto muy valorado por los jóvenes y la idea de interdependencia en términos de unión y cohesión aparecen fuertemente ligados a la familia. La relación con el padre representa una herramienta útil, adecuada y fundamental en los adolescentes de 13 y 18 años de edad en cuanto a las manifestaciones percibidas de afecto en estudiantes de secundaria y bachillerato (González-Forteza, Saldívar y Corona, 1998).

En este sentido, Ortiz y Caudillo sugieren propiciar en las familias un clima emocional de calidez y cercanía, especialmente en el trato a los niños, ya que no son las condiciones socioeconómicas las que determinan el consumo, sino que juega un papel de gran importancia el clima emocional prevalente en la familia.

Con lo que respecta al Ambiente Familiar y la felicidad Russell (1973) comenta que el cariño de los padres por los hijos y de los hijos por los padres es capaz de construir uno de los mas importantes motivos de la felicidad. Actualmente, las relaciones entre padres e hijos constituyen una desgracia para ambas partes. Esta desgracia de fracasar para proporcionar felicidad, la satisfacción fundamental que en principio es capaz de producir; constituye una de las causas mas profundas del descontento reinante en nuestra época.

El óptimo crecimiento y desarrollo biológico y social de los individuos es cuando crecen en ambientes saludables y armoniosos, donde se sienten

comprendidos y queridos, donde se les ayuda y apoya en períodos de transición no siempre fáciles de superar (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

En la medida que las condiciones familiares sean mas desestructuradas y con menos contención, el inicio del consumo se dará en edades mas tempranas y con repercusiones mas patológicas. Repitiendo en su propia familia el modelo de relación adquirido en la familia de origen, creando condiciones para el desarrollo del alcoholismo en los hijos que desembocarán en alteraciones cognoscitivas o de conducta entre los que puede estar incluido el consumo de drogas (Casco y Natera, 1990).

Los problemas familiares y el uso de sustancias tienen una mayor relación entre los hombres volcando la agresividad hacia sí mismos en conductas autodestructivas, mientras que en las mujeres, los problemas familiares se relacionan directamente con conductas agresivas, de tipo antisocial y delictivo (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

Estas autoras concluyen que posiblemente los adolescentes encuentran en las drogas una evasión a las riñas familiares y la falta de atención hacia ellos por parte de sus padres. Además para dar una posible solución a esta problemática, se debe detectar no solamente los problemas familiares, sino otras áreas de conflicto que deben tratarse de manera independiente e individualizada, pero de forma integral.

Es por eso que la convivencia familiar y el establecimiento de un clima agradable en la interacción familiar facilitando una comunicación fluida y cálida, son elementos que protegen a los miembros jóvenes de la familia ante conductas de riesgo como lo es el consumo de drogas (Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina-Mora y Jiménez, 1995).

En general, se puede concluir que el consumo de drogas en niños y adolescentes responde a una necesidad imperiosa de huir de la realidad producto de una historia personal marcada por fuertes deprivaciones afectivas, que en un

de riesgo como lo es el consumo de drogas (Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina- Mora y Jiménez, 1995).

En general, se puede concluir que el consumo de drogas en niños y adolescentes responde a una necesidad imperiosa de huir de la realidad producto de una historia personal marcada por fuertes deprivaciones afectivas, que en un principio, son percibidas por su medio inmediato, es decir, la familia, generalizándose después en la sociedad.

4. Bienestar Subjetivo y Consumo de Drogas

4.1 Bienestar Subjetivo, Calidad de vida y variables afines

Una de las más importantes formas de ver la rama de la psicología en cuanto a lo humano, es en el estudio de la felicidad o el Bienestar Subjetivo (B.S.) (Costa y McCrae, 1980).

El interés por medir la calidad de vida ha llevado a algunos investigadores a hacer encuestas nacionales sobre la felicidad y a examinar la influencia socio-estructural o las variables demográficas del Bienestar Subjetivo (Andrews y Withey, 1976., citado en Costa y McCrae, 1980). La calidad de vida es un fenómeno complejo que debe ser entendido desde diferentes perspectivas, que impactan factores tales como: condiciones físicas y su percepción, funcionamiento social, problemas psicológicos, etc. (Galvanovskis y Sosa, 2000). La calidad de vida entonces puede definirse como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias e insatisfactorias y necesitadas de mejora (Dorch, 1991); las cuales están basadas en experiencia interna (Andrews y Withey, 1976; Campbell y otros 1976., citados en Dorsch, 1991.) Este juicio acerca de las circunstancias es medido por el modo de percepción de las mismas.

Galvanovskis y Sosa (2000) distinguen dos puntos de vista acerca de la calidad de vida; Externo: cuando la calidad de vida está considerada como dependiente de la existencia de indicadores objetivos que determinan el nivel de vida, tales como recursos económicos suficientes, asistencia médica adecuada, medio ambiente físico y social cómodos, salud física y mental satisfactorias, etc., el punto de vista Interno: es la experimentación de la satisfacción con las circunstancias en que se encuentra la persona, es decir, se entiende como un fenómeno individual y subjetivo que es necesario medir desde la propia perspectiva de la persona.

Teorías, como es el caso del condicionamiento clásico (Diener, 1984) proponen la existencia de conexiones externas y objetivas, sin darle demasiada importancia a las mediciones de satisfacción subjetiva que pudieran producir.

Existen muchos enigmas para poder esclarecer el concepto del Bienestar Subjetivo, el primer paso para comprenderlo es esclarecer la relación de los indicadores objetivos y subjetivos que conllevan a la felicidad o al bienestar (Costa y McCrae, 1980.) Así Campbell (1976., citado en Costa y McCrae, 1980) reportó que solo el 17% de la satisfacción con la vida es predecible por 10 indicadores demográficos. Así mismo Andrews y Withey (1976., citados en Costa y McCrae, 1980) encontraron que solo el 8% de la satisfacción con la vida correlacionaba con esas mismas variables demográficas tales como edad, nivel cíclico familiar, ingreso familiar, educación, raza y sexo.

Es notoria la diferencia porcentual que esta variable refleja, sin embargo, esto hace comprender que esta variable no es un predictor radical del Bienestar Subjetivo.

Diener (1984) encontró que la correlación mas alta que se tiene en cuanto a satisfacción, es con uno mismo (.55), es decir, que una persona para ser feliz debe tener buena estima. En cuanto a la satisfacción con el estándar de vida y la vida familiar también estuvieron altamente correlacionados con satisfacción con la vida.

En la literatura se ha encontrado que el concepto de calidad de vida, medido como un indicador subjetivo, ha sido nombrado de diversas maneras, tales como bienestar, bienestar subjetivo o psicológico, felicidad, satisfacción con la vida (Palomar, 1995), salud mental, etc. Este último concepto ha sido interpretado por muchos investigadores como Moriwuaki en 1974 y Robinson en 1969 (citados en Costa y McCrae, 1980). Aún cuando los términos tienen estrictamente un significado diferente, en la mayoría de los estudios tienen una connotación similar; es por ello que habrá variables que serán tomadas en cuenta siempre y cuando se vinculen con la concepción o el sentido de Bienestar Subjetivo. Así mismo Lepper (1998), sugiere la existencia de varios conceptos para medir el Bienestar Subjetivo, entre los que menciona el afecto, la felicidad y la satisfacción con la vida. Además propuso que el Bienestar Subjetivo era estable por un periodo de 6 meses y que estaba relacionado con manifestaciones conductuales.

De igual manera, muchos investigadores del Bienestar Subjetivo han estudiado la satisfacción con la vida y el afecto positivo incluyendo trabajos teóricos interesantes que muestren relaciones importantes con el Bienestar Subjetivo (Diener, 1984).

Otros autores como Bolinches (1995) menciona que el Bienestar Subjetivo, está involucrado con la realización personal; la define como la sensación íntima de bienestar generada por la utilización productiva de las capacidades del individuo. Por su parte González (1994); considera el bienestar psicológico como: 1) una manifestación psicológica de la salud, 2) uno de los componentes de la salud, 3) un indicador de salud mental y 4) una dimensión de la salud mental.

En la actualidad la felicidad se concibe como satisfacción con la vida o Bienestar Subjetivo (Veenhoven 1984., citado en Anguas, 1997).

Costa y McCrae (1980) distinguen el afecto positivo y negativo con balances subjetivos de lo que sentimos como Bienestar Subjetivo y son medidos conceptualmente en términos como moral, satisfacción con la vida, esperanza o simplemente felicidad.

4.2 Subjetividad

La subjetividad es un concepto que no puede ser definido independientemente del campo donde se presenta; es un proceso marcado por su singularidad histórica y se pone en evidencia en las diferentes prácticas de la vida (Fernández, 1998., citado en Galán, 2000). Para Dorsch (1991) la subjetividad es la cualidad de lo que existe solamente para el sujeto, para la conciencia de quién lo experimenta; la característica que es esencial para la conciencia del propio sujeto. Además, los juicios subjetivos pueden estar determinados por las experiencias de la propia persona (Costa y McCrae, 1980).

Los juicios subjetivos de satisfacción tienden a correlacionarse mas altamente con el Bienestar Subjetivo de lo que hacen las condiciones objetivas; esto ocurre por dos posibles razones: 1) los juicios subjetivos y el Bienestar

Subjetivo tienen una variante en común que tiende a aumentar las correlaciones, 2) Los juicios subjetivos están más cercanos a las causalidades del Bienestar Subjetivo ya que lo objetivo está mediado por lo subjetivo (Diener, 1984).

Jessor, ha hecho notar cómo la subjetividad dentro de la psicología se ha vuelto respetable (Castro y Maya, 1981). Este autor concluye que el hombre vive en un universo simbólico, que condiciona la objetividad. A partir de esta postura, considera que los ambientes en los que se dan las conductas, pueden acomodarse en una dimensión continua que va de lo próximo a lo distal, siendo lo percibido lo más próximo a la conducta y lo distal lo más lejano y no percibido por el individuo o por un grupo de individuos. El ambiente psicológico sería el más próximo a una conducta, el cual a su vez se distribuye en un continuo de lo distal a lo proximal. Es así como con respecto al medio ambiente percibido, el objetivo es encontrar variables percibidas como proximales por los individuos y analizar este tipo de vinculación que este tipo de variables guarda con respecto al uso de drogas (Castro y Maya, 1982).

4.3 Reseña histórica del Bienestar Subjetivo

Los filósofos y escritores han hecho diversas conceptualizaciones acerca de lo que son las causas de la felicidad. Rousseau pensó que la felicidad era tener una cuenta de ahorros, una buena comida y una buena digestión; Thoreau propuso que la felicidad viene de la actividad (Diener, 1984).

Los esfuerzos por crear una sociedad en donde se eliminaran la ignorancia, la pobreza, la enfermedad, mas tarde, analfabetismo y hambre, junto con el control de enfermedades epidémicas fueron los primeros intentos por lograr una sociedad, que garantizaría la felicidad, cuyos objetivos eran asegurar un estándar agradable para todos (Veenhoven, 1991., citado en Anguas, 1997). Es en ese momento, cuando la importancia del bienestar, considerado como la evaluación cognitiva y emocional en la vida de un individuo comienza a surgir; mas tarde, los científicos sociales se interesaron mas en los indicadores que describían la calidad de vida (Campbell, Converse y Rodgers, 1976 y Strack, Argyle y Schwartz, 1991., citados en Anguas, 1997) y fue en la década de los 60's, cuando comenzó

a resurgir el interés enfocado principalmente a los aspectos subjetivos y psicológicos.

El antecedente más antiguo del Bienestar Subjetivo es la felicidad, además, los filósofos a lo largo de la historia lo han considerado como el más preciado de los bienes y la motivación última de toda acción humana (Diener, 1984); de hecho, para Kozma, Stones y Mc Neil, (1991., citados en Anguas, 1997), el secreto de la felicidad, junto con el secreto de la vida han sido preocupaciones eternas del pensamiento humano. En el lenguaje científico, la felicidad, se refiere a diversos estados del ser que son considerados buenos para los individuos, así mismo, diferentes estados mentales o una actitud hacia la propia vida.

La creencia de que se puede gozar de un mayor Bienestar Subjetivo tiene su origen en la visión humanística del hombre. Como un ser autónomo capaz de mejorar su condición a través del uso de la razón (Anguas, 1997).

Warner Wilson en 1967 después de una amplia investigación sobre la felicidad (considerándolo como el antecedente directo en el estudio del Bienestar Subjetivo, citado en Diener, 1984), concluyó: 1) los atributos que definen a una persona feliz son: juventud, buena salud, buena educación, bien pagada, extrovertida, optimista, con pocas preocupaciones, religiosa, de preferencia casado y con buena autoestima, alta ética profesional, de aspiraciones modestas, sin importar el sexo y con un amplio rango de inteligencia. 2) que la nueva tecnología no ha ayudado a avanzar en el concepto del Bienestar Subjetivo y continuamos con las propuestas de los griegos desde hace 2000 años; sin embargo, Diener (1984) considera que se han logrado avances en la definición, medición y conocimiento de los predictores del Bienestar Subjetivo, ya que en las últimas décadas, los científicos sociales y clínicos han realizado trabajos teóricos y empíricos con rápida y creciente velocidad.

En años recientes, el interés en el Bienestar Subjetivo se ha incrementado tanto en la frecuencia, como en la diversidad de áreas en las que se ha comprobado su utilidad, incluyéndose la sociología, la investigación geriátrica, la

psicología clínica, el estudio de la personalidad y el afecto cognitivo (Sandvik, Diener y Seidlitz, 1993., citados en Anguas, 2000).

4.4 ¿Qué es el bienestar?

La literatura en referencia al Bienestar Subjetivo se ocupa en el cómo y porqué, la gente experimenta su vida en forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas. (Diener, 1984).

En el siglo XVI cuando los términos de felicidad y satisfacción se introdujeron en el lenguaje para vincular los estados afectivos de "éxito" y la "gratificación de deseos". Shinn y Johnson en 1978 (citados en Diener, 1984) definieron la felicidad como una evaluación global de la calidad de vida de una persona, de acuerdo a un propio criterio previamente seleccionado. Según Chekola (1975, citado en Diener, 1984) la felicidad es la satisfacción armoniosa de nuestros propios deseos y metas.

Bradburn (1969, citado en Diener, 1984), propuso que la felicidad está compuesta de dos aspectos separables; el afecto positivo y negativo y que la felicidad se componía a partir del juicio global que la gente hace al comparar el afecto negativo con su afecto positivo. Además, cada factor correlacionó independientemente con el tema global del Bienestar Subjetivo y mas tarde subrayó la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo. En 1975 Bradburn, Lowenthal, Thurner y Chiriboga (citados en Costa y McCrae, 1980) confirmaron que el afecto positivo y negativo eran predecesores importantes de la felicidad global.

Según Warr, en su modelo de salud mental (1987., citado en González, 1994), el bienestar psicológico del individuo es solo uno de los 5 componentes que determinan el estado de salud mental del sujeto, los otros son: la competencia, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado.

Otra conceptualización del bienestar, es la postulada por Lloret y González (citados en Gonzales, 1994) quién dice que "el bienestar es una apreciación completamente subjetiva, privada e individual. Incluso puede entrar en conflicto

con la realidad objetiva." (p. 13). Por ejemplo, puede ocurrir que una persona padezca una enfermedad asintomática, de modo que sus percepciones sean de bienestar. También puede ocurrir que una persona no aprecie o reconozca como tales los síntomas de su enfermedad. Además, el Bienestar Subjetivo se conceptualiza como un continuo bipolar, abarcando sentimientos de bienestar en un extremo y de malestar en el extremo opuesto. Sin embargo, investigaciones sobre la estructura de las emociones y el humor han mostrado la existencia de dos dimensiones ortogonales que denominan "placer" y "activación". (Russell, 1979, 1980; Zevon Tellegen, 1982., citados en González, 1994).

Para Anguas, (1997) la felicidad es la evaluación global y positiva de una persona hacia sí mismo, en un momento dado.

Las definiciones del bienestar y la felicidad pueden ser agrupadas en tres categorías (Diener, 1984).

1. El bienestar se ha definido por un criterio externo como una virtud o una bendición, no es concebida en un estado subjetivo, sino como una cualidad deseable; por lo tanto, el criterio para la felicidad de este tipo no es el juicio subjetivo de la persona sino el valioso trabajo del observador.
2. Esta segunda categoría se desprende de la siguiente pregunta: ¿qué es lo que lleva a la gente a evaluar sus vidas de manera positiva? Por lo que se le etiqueta como satisfacción con la vida. Shin y Johnson (1978., citados en Diener, 1984) han definido esta conceptualización como una evaluación global de la calidad de vida basada en su propio criterio.
3. El tercer significado de la felicidad resalta la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo (Bradburn, 1969., citado en Diener, 1984), lo anterior denota la experiencia emocional placentera.

4.5 Estructura del Bienestar Subjetivo

Los postulados para explicar las experiencias individuales en cuanto al Bienestar Subjetivo propuestos por Wilson (1960., citado en Anguas, 1997) son los siguientes: a) la pronta satisfacción de las necesidades causa felicidad, mientras que la persistencia de necesidades insatisfechas causa infelicidad, b) el

grado hasta el cual se produce la satisfacción de las necesidades depende de la adaptación o nivel de aspiración, los cuales están influenciados por la experiencia, comparaciones con otros valores personales y otros factores.

Diener (1984) propuso las primeras formulaciones teóricas para identificar los factores que influyen en el Bienestar Subjetivo: eventos externos, situaciones, características demográficas, etc. El enfoque sostiene la idea de que existen necesidades básicas y universales, que si las circunstancias propias permiten al individuo satisfacerlas, entonces él o ella será feliz. Además, la estructura particular del Bienestar Subjetivo depende en gran medida de la cultura y la forma en que la vida de las personas está estructurada dándoles mas importancia a los mas cercanos e inmediatos a la vida de las personas.

La felicidad consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, centrándose en la evaluación afectiva de la situación (Diener, 1984.)

Campbell, Converse y Rodgers (1976., citados en Costa y McCrae, 1980) midieron la satisfacción en 10 áreas de la vida: trabajo, matrimonio, familia, etc. trataban de medir el resultado cognitivo de satisfacción con la vida de acuerdo a sus propios estándares y expectativas y evitaban medir cualquier sentimiento o afecto. Por otro lado Bradburn (1969., citado en Costa y McCrae, 1980) en vez de preguntar por los juicios cognitivos acerca de su propia vida midió los sentimientos y los afectos, siguiendo la idea de que la felicidad es la suma de placeres menos penas. Bradburn desarrolló una escala de balance de afectos al restar los afectos negativos (aburrimiento, soledad, depresión) experimentados durante las dos semanas anteriores a los afectos positivos (orgullo, excitación, placer).

La estructura está basada en la experiencia del bienestar. Andrews y Whithey (1976., citados en Diener, 1984) han encontrado tres componentes principales para el Bienestar Subjetivo: juicios de satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo.

Como la felicidad, el afecto positivo y negativo, no implican juicios cognitivos, sin embargo, la satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente

una evaluación cognitiva de la cantidad de las experiencias propias (Diener, Emmons, Larson y Griffin, 1985., citados en Anguas, 2000). Es decir, de acuerdo con Anguas (1997) y Veenhoven (1984., citado en Palomar, 1995) los juicios globales acerca de la vida generan valoraciones de especial relevancia; en primer lugar tenemos al "nivel hedónico del afecto" que se define como el grado que una persona percibe una experiencia agradable durante un lapso de tiempo. En segundo lugar es el grado en el cuál un sujeto percibe que sus metas han sido logradas "satisfacción". Las anteriores valoraciones son los componentes afectivo y cognitivo de la felicidad (Anguas, 1997).

Muchas teorías contemporáneas sugieren que la discrepancia entre las propias aspiraciones y la posición actual se relaciona con el Bienestar Subjetivo (Markus y Nurius, 1986; Michalos, 1985., citado en Anguas, 2000).

Probablemente no es el nivel absoluto de ambición / aspiración lo que predice el Bienestar Subjetivo, sino el hecho de que dicho nivel se establezca de manera realista y que sea congruente con las características propias (Anguas, 2000).

Diener (1984) define el Bienestar Subjetivo en tres campos:

- 1) Subjetivo, esto es, que reside en la experiencia del individuo.
- 2) El Bienestar Subjetivo incluye medidas positivas y no solo es la ausencia de factores negativos.
- 3) Incluyen una conceptualización global de todos los aspectos de la vida de la persona que involucra un juicio integrado y evaluado en un tiempo y momento determinados.

En general, el Bienestar Subjetivo se divide en dos componentes principales: el componente cognitivo y el afectivo (Ostorn, 1969., citado en Anguas, 1997). Lo cognitivo se refiere a los procesos intelectuales y racionales, mientras que lo afectivo involucra aspectos emocionales que a su vez pueden ser subdivididos en afecto positivo y afecto negativo (Bardburn, 1969., citado en Anguas, 1997).

Es decir, los componentes principales del Bienestar Subjetivo son la satisfacción con la vida y el balance de afectos. La satisfacción con la vida es un juicio cognitivo global acerca de la propia vida y el balance de afectos es la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo; es decir, la experiencia emocional placentera o agradable sobre la no placentera y desagradable.

4.6 Frecuencia- intensidad

Existe evidencia que considera el tiempo como una dimensión que discrimina a una persona mentalmente sana de otra que no lo es; las personas no sanas se caracterizan por experimentar en forma prolongada (frecuencia) e inadecuada sentimientos o emociones negativas; además de que existe rapidez en la forma que se producen los cambios de una emoción positiva a una negativa. Por tanto, puede caracterizarse el grado de bienestar de una persona atendiendo el tiempo durante el que experimenta las emociones (González, 1994).

Diener, Larson, Levine y Emmons (1985) propusieron que solo los niveles significativos de afectos perduran en el tiempo, constituyéndose por dos componentes inseparables: la frecuencia del afecto y la intensidad del afecto. La frecuencia de los afectos está inversamente y altamente correlacionada. Es decir, una persona que siente más afecto positivo, sentirá menos afecto negativo y viceversa.

Andrews y Whitey (1976., citados en Diener, 1984) relacionan las frecuencias e intensidades de los afectos y sus posibles combinaciones; por ejemplo, aquellas personas con alta duración de afecto e intensidad tendrán una vida feliz y exuberante, mientras que los que experimentan alta duración de afecto e intensidad pobre, experimentarán descontento y serenidad. Las personas que sientan altas frecuencias de afecto e intensidad parecidas, experimentarán depresión y otras emociones negativas. Por último tenemos que las personas que experimentan alta duración en el afecto positivo y baja intensidad estarán caracterizadas como melancólicas y solo en ocasiones felices.

4.7 Bienestar Subjetivo para los Mexicanos

En un estudio realizado por Anguas y Reyes (1998) para conocer cómo los mexicanos concebían el Bienestar Subjetivo, estudiaron a 150 sujetos de tres muestras con edades oscilantes de entre 15 a 21, 24 a 30 y de 40 a 46 años de edad. Dado que los resultados eran compartidos por los tres grupos de edades, se decidió juntar la muestra en un grupo total. Se encontró que en cada definición estímulo: ("necesidad", "satisfacción", "bienestar estado" y "bienestar ajuste"), cuatro definiciones eran comunes, tales como: alegría, amor, estabilidad, y satisfacción; además la definición estímulo "necesidad" fue la que elicó redes de mayor tamaño y mayor porcentaje de definiciones negativas; mientras que "satisfacción" fue la que produjo redes mas pequeñas pero con un porcentaje mas elevado de definiciones positivas; "bienestar estado" y "bienestar ajuste" fueron semejantes entre sí con un mayor porcentaje de definidoras descriptivas, seguidas por las positivas y por último las negativas. Los sujetos de la muestra incluyeron como aspectos importantes para el Bienestar Subjetivo satisfacción, equilibrio y emoción; esto concuerda con el modelo teórico de Diener (1984) que ve al Bienestar Subjetivo como una evaluación cognitiva y afectiva de la vida cuyos componentes son el balance de afectos y la satisfacción con la vida.

4.8 Bienestar Subjetivo y el consumo de drogas

El aumento en la población de habitantes, ha ocasionado que un menor número de individuos tengan acceso a los satisfactores que la sociedad ofrece. Este desequilibrio en la distribución de satisfactores ha ocasionado que las oportunidades de desarrollarse dentro de la sociedad no sean igual para todos sus miembros, originando que aumenten los niveles de insatisfacción; con estos sentimientos los miembros de una sociedad corren el riesgo de incrementar problemas tanto sociales como psicológicos; entre ellos, el alcoholismo (Silva, Ramírez, Vega, Delgado y Rodríguez, 1993).

Medina-Mora, (1993) observó una existente relación entre malestar psicológico (depresión y desesperanza) y el consumo de sustancias. Apparently los varones le dan mayor peso a las experiencias externas que a las internas como lo hacen las mujeres, es decir, los varones le dieron mayor peso a las experiencias estresantes, en segundo lugar lo ocupó la depresión, y tercero

la desesperanza; mientras que en las mujeres el malestar interno pesó primero en la depresión y luego en la presencia de estresores externos.

Kawage, Gutiérrez, Llano, Martínez, SEP y Cheverría (1998), proponen que entre los factores de riesgo individuales para el consumo de sustancias se encuentra ser adolescente, carencia de una filosofía de vida, avidez de placer y una imagen negativa de sí mismo, entre otras variables.

Davis (1984., citado en Palomar 1998) encontró que el Bienestar Subjetivo es mayor en personas que han recibido un incremento en el salario o tienen mayores posibilidades económicas, estos hallazgos confirman otros estudios en los que se destaca la escolaridad y el ingreso económico como mayores contribuyentes a la varianza del bienestar (Palomar, 1998). Por lo tanto, se destaca la importancia del nivel económico y el ingreso en el Bienestar Subjetivo, Esto influye directamente en el consumo de tóxicos, en tanto puede afectar la calidad de la educación y la cantidad de cuidados que se tengan hacia la salud, es decir, los cuidados en la salud física del niño y la adecuada alimentación y nutrición ayudan favorablemente a afrontar la variedad de estresores que en ocasiones conllevan al consumo de tóxicos (Wright y Heppener, 1993) con los cuales evitan un sentimiento de malestar.

Wright y Heppener (1993), compararon un grupo de padres alcohólicos con un grupo de padres no alcohólicos; ellos observaron poco cariño y pocas respuestas sociales de afecto de sus madres y de la gente en general en los jóvenes con problemas de alcohol y el uso de sustancias; lo anterior denota la poca experiencia emocional y placentera recibida, que de ser satisfecha conllevaría al sentimiento de bienestar.

Bradburn (1969., citado en Costa y McCrae, 1980) desarrolló una escala de balance de afectos en la que intentaba medir la felicidad siguiendo la idea de que era la suma de placeres menos penas, es decir, al restar los afectos negativos a los afectos positivos daría como consecuencia la felicidad de las personas. En este contexto Cirillo (et al., 1994) propone que quien ha presentado mucho tiempo

antes signos de sufrimiento e inadaptación, pensará en las drogas como una forma de aliviar su malestar.

Es ahí donde el papel del concepto de la calidad de vida adquiere gran importancia; es un fenómeno que en los últimos años se ha convertido en objeto de investigación y análisis, e incluye la relación con el grado de satisfacción que los individuos perciben de su vida. La sensación de bienestar y de disfrutar la vida está en función de una serie de características básicas, que no dependen tanto de el nivel de la vida sino de la calidad de la misma; el concepto calidad de vida puede ser operacionalizado en términos de satisfacción y enriquecimiento de la vida (Castro y Maya, 1982).

Algunos estudios han hecho evidente la importancia de la calidad de vida en el consumo de sustancias, por ejemplo Foster, Marshall y Peters (2000), observaron que al haber una mejora significativamente en la calidad de vida de los sujetos, éstos, que en su momento bebían mucho, no sufren recaídas en los centros de tratamiento o en su consumo al alcohol; por el contrario, los sujetos con una calidad de vida significativamente deteriorada recaen al consumir alcohol.

En una encuesta francesa que evaluaba la calidad subjetiva del perfil de vida, se aplicó a 35 usuarios de drogas suizas que reportaban repetidas recaídas en los programas de tratamiento por adicción a la heroína. Los resultados se compararon entre los que mostraban una calidad de vida baja con otros usuarios de drogas al término del tratamiento. Los resultados mostraron después de 6 meses, una mejora en la calidad de vida en las personas que recibieron tratamiento en casi todos los dominios, con excepción del área somática (Dazord, Broers, Giner, y Mino, 1998), resultados similares los encontraron Dazord, Mino, Page y Broers, (1998) con el mantenimiento de metadona, siendo la duración del tratamiento aproximadamente de un año.

Un estudio realizado por Mulder, Tjihuis, Smit y Kromhout, (2001), en los Países Bajos, determinó si la diferencia en la calidad de vida entre ex fumadores y fumadores actuales influía en dejar el hábito del cigarro, encontrando que los ex - fumadores puntuaban mas alto en calidad de vida que los fumadores actuales.

Cordero (1997) investigó la mejora del tratamiento de alcoholismo en varones hispanos a través de mejoras en su calidad de vida. La mejoras en la calidad de vida fueron desde las perspectivas teóricas de resocialización y el interaccionismo simbólico. Concluyó que las personas que fueron involucradas en aspectos formales e informales de tratamiento, mostraron una mejora en su calidad de vida en comparación con las personas que estaban menos envueltas en sus relaciones sociales.

En una investigación realizada por Ryan (1997), encontró que la salud percibida dentro de los parámetros cognitivo-perceptuales de satisfacción con la vida, autoestima, felicidad y tensión, tenían relación con las conductas de fumar y consumir dos bebidas alcohólicas diarias entre otras variables. La muestra estudiada estaba compuesta por 7,828 participantes voluntarios en una vecindad de Nebraska, Omaha. El estado de salud percibido y la tensión, predijeron el hábito del tabaco de forma consistente, además de consumir dos bebidas alcohólicas al día.

Por otra parte, en lo referente al Bienestar Subjetivo y el consumo de drogas en jóvenes, se ha encontrado literatura, aunque no muy extensa, sobre este constructo.

Se midió el bienestar psicológico de 651 adolescentes finlandeses de 17 años de edad y la observación continuó hasta que esos jóvenes cumplieron los 22 años de edad; se estudió la conducta de beber alcohol. Los resultados revelaron que los bebedores problema mostraban un menor bienestar psicológico en los adolescentes y éste se hizo mas pronunciado en la transición a la madurez. Pitkaenen (1999) concluyó que el bienestar psicológico pobre, representa un riesgo para el desarrollo del alcoholismo en los jóvenes. Además se encontraron diferencias entre los estados de bienestar psicológico entre hombres y mujeres.

En los Estados Unidos, en un estudio realizado por Graham y Gillis (1999), se confirmó que un bienestar psicosocial mas pobre, era asociado con mayor consumo de sustancias como el alcohol y las drogas. Ellos encontraron que el uso

de drogas era asociado con estados mas pobres de bienestar y que podría ser precursor para el uso de éste. Así mismo Supple, Aquilino y Wright (1999) encontraron que los jóvenes que fumaban de entre 12 y 18 años, usaban alcohol y llegaban a la embriaguez, eran además consumidores de mariguana y otras drogas ilegales. Para poder medir el bienestar psicológico, los autores relacionaron esta variable con indicadores enfocados hacia la depresión, irritabilidad, autoestima y eficacia personal.

También se examinó la relación existente entre las conductas de riesgo hacia la salud, tales como el uso de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas y la calidad de vida autopercebida por 2,801 estudiantes de entre 7mo y 12vo nivel en estudiantes norteamericanos, encontrando que los abstemios informaban tener mayores índices de calidad de vida que lo que informaron los experimentadores (Topolski, Patrick, Donald, Edwards, Huebner, Connell, Mount y Kioni., 2001).

Lanier, Nicholson y Duncan (2001) investigaron la relación entre el consumo de alcohol y el usar drogas con el Bienestar Subjetivo en estudiantes de los Estados Unidos con una media de edad de 22 años; ellos encontraron un papel asociativo entre estas variables con el bienestar general. Los individuos que bebieron de entre 3 y 4 copas por semana, obtuvieron puntajes mas bajos en el bienestar general que aquellos que bebieron 2 copas semanales.

Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, y Drane (2001), exploraron la relación entre la satisfacción de vida percibida y las conductas de abuso de sustancias en una muestra de 5,032 estudiantes de escuelas secundarias públicas de Carolina del Sur, Estados Unidos. El fumar cigarrillos, el mascar tabaco, consumir mariguana, cocaína, alcohol, beber para alcanzar estados de ebriedad y el uso de esteroides eran significativamente asociados a una reducida satisfacción con la vida. En específico, el estudio fue aplicado diferenciando el género y la raza de las personas (hombres y mujeres tanto blancos como negros). Además los adolescentes mayores de 13 años que reportaban consumos de alcohol, mariguana, cocaína y tabaco era significativamente asociado a una satisfacción con la vida reducida. Estos autores discuten la importancia de realizar estudios

longitudinales para determinar si el descontento con la vida es consecuencia o determinante para las conductas de abuso entre los adolescentes.

Actualmente, los principales problemas que enfrentan las sociedades y en particular nuestro país, es la insuficiencia de recursos económicos y sociales que optimicen el nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la población; lo que hace ver manifestaciones de inconformidad y/o malestar social y en relación con el uso de drogas (Medina-Mora, 1993).

Por otra parte un estudio realizado en CIJ (1997) en el cual relacionaban las variables de redes sociales y bienestar psicosocial con el consumo de drogas, encontraron que los individuos usuarios de sustancias reportaban menores niveles de bienestar psicosocial percibido; además Hawkins (et al., citado en Centros de Integración Juvenil, 2001) menciona que un reducido control percibido sobre su propia vida es un factor de riesgo en el consumo de drogas.

En una investigación realizada por Castro y Maya (1982) con sujetos mexicanos, donde, entre otras variables lo que se pretendía medir era la percepción que el adolescente tenía de su calidad de vida; es decir, la percepción subjetiva que el estudiante tiene sobre su calidad de vida y su percepción con respecto a su medio ambiente social (familiar), en relación con el consumo de drogas, ellas encontraron que la proporción de estudiantes que perciben como insatisfactoria su calidad de vida, es significativamente mayor entre los grupos de usuarios que entre los grupos de no usuarios en tres drogas específicamente; marihuana, inhalantes y anfetaminas. Además se observa menor insatisfacción con la vida cuando el consumo fue "alguna vez en la vida" incrementándose hasta mayor insatisfacción cuando el consumo fue durante el último mes; es decir, a mayor calidad de vida, menor índice de consumo en drogas.

Por otra parte, Bhojak, Krishnan, Nathawat y Ali (1997), compararon los problemas emocionales en una muestra indú de adictos y no adictos; se estudió la calidad de vida y su Bienestar Subjetivo en pacientes de entre 25 y 40 años de edad. En la población adicta se encontró una calidad de vida más pobre que la

población no adicta, sin embargo, los grupos no difirieron significativamente en la calidad de vida y medidas de bienestar.

Sin embargo, para poder dar una solución al alcoholismo y a la drogadicción Wright y Heppener (1993) proponen dar un soporte social de variables que implican el bienestar físico y psicológico.

La literatura sugiere que los estados de depresión, la violencia familiar, baja autoestima, etc. producen sensaciones de malestar en general. Es por eso importante hacer énfasis en lo que los adolescentes perciben para poder conjeturar y conocer en parte, su comportamiento hacia las drogas. Aunque la calidad de vida externa puede predecir un mejoramiento en el nivel de vida objetivo; no ocurre del mismo modo en el plano subjetivo; es decir, que aunque un individuo satisfaga todas sus necesidades materiales, puede ser que perciba su calidad de vida subjetiva desagradable e insatisfecha; a su vez este hecho, pudiera conducirlo al Uso Experimental de Sustancias con la esperanza de encontrar placer o una sensación de bienestar al encuentro con el tóxico.

4.9 Bienestar Subjetivo y familia

Es interesante compartir que así como existen diversas variables para la consecuencia del Bienestar Subjetivo, hay evidencia de que la familia también influye de manera importante en el Bienestar Subjetivo de las personas. Shek (1997), aplicó cuestionarios que tenían la finalidad de hacer mediciones en cuanto al Ambiente Familiar, bienestar psicológico, y la conducta problema en estudiantes de preparatoria chinos (fumar y el abuso de narcóticos). Este autor muestra cómo las percepciones de los adolescentes a los estilos paternos, a la familia funcional y al conflicto padre-adolescente se relacionó significativamente a las medidas de bienestar psicológico (satisfacción con la vida, propósitos de vida, desesperanza y autoestima), y las conductas problema. Los resultados sugieren que los factores familiares juegan un papel importante en la influencia del ajuste psicosocial, particularmente en la salud mental positiva de los adolescentes chinos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aquilino y Supple (2001) investigaron las consecuencias de las relaciones con el padre durante la adolescencia para el bienestar de los adultos jóvenes y el uso de sustancias. Ellos encontraron relaciones significativas entre padre-adolescente con las futuras conductas adictivas y el bienestar general; es decir el estilo de crianza coercitivo por parte del padre está asociado con niveles mas bajos de bienestar y mayor consumo de sustancias.

De lo investigado hasta ahora y con esta última observación, cabría preguntarnos si el consumo de drogas en adolescentes es originado por ¿bajas medidas de Bienestar Subjetivo?, ¿por familias caóticas?, ¿por la suma de estos dos factores? o ¿es la familia que en ocasiones produce los bajos niveles de Bienestar Subjetivo conduciéndolos al encuentro con las drogas?.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. METODOLOGÍA

Problema

¿Los adolescentes que consumen drogas tienen un Bienestar Subjetivo menor y un Ambiente Familiar mas deteriorado que los que no consumen drogas?

Variables

Variables Dependientes: Bienestar Subjetivo (BS) y Ambiente Familiar (AF).

Variable de Clasificación: El consumo de drogas, sean alcohol, tabaco o sustancias ilegales.

Definiciones conceptuales.

Bienestar Subjetivo: Juicios globales acerca de la vida, que generan valoraciones de especial relevancia; en primer lugar tenemos el grado en que una persona percibe una experiencia agradable durante un lapso de tiempo y en segundo lugar es el grado en el cuál el sujeto percibe que sus metas han sido logradas "satisfacción". Las anteriores valoraciones son los componentes cognitivo y afectivo de este constructo (Anguas, 1997).

Ambiente Familiar: Percepción que el adolescente tiene de la relación que lleva con su papá y con su mamá, así como la percepción de la relación entre su padres (Andrade, 1998).

Definiciones operacionales.

Bienestar Subjetivo: Se tomarán los reactivos de Andrade (2001).

Ambiente Familiar: Se tomarán los reactivos de Andrade (2001).

Consumo de drogas: se refiere al uso de sustancias ilegales.

Hipótesis de trabajo

Los adolescentes que consumen drogas tienen puntajes significativamente ($p < .05$) menores en Bienestar Subjetivo que los que no consumen drogas.

Los adolescentes que consumen drogas tienen puntajes significativamente ($p < .05$) más bajos en Ambiente Familiar percibido, que los que no consumen drogas.

Tipo de estudio

Se hizo un estudio ex post-facto, comparativo, de campo.

Se denomina de este modo debido a que la investigación se realizó con un fenómeno como es la farmacodependencia, en el ambiente natural de los sujetos; donde no se varió deliberadamente la variable independiente ya que pertenecía a un grupo por autoselección. Además como se esperaba encontrar diferencias entre los dos grupos estudiados se utilizó una prueba comparativa.

METODO

Sujetos

87 adolescentes de 14 a 21 años de edad, hombres y mujeres que habían consumido alguna droga y 87 adolescentes, de las mismas condiciones, que no hubieran consumido drogas. El método de selección fue no probabilístico, a través de conocidos y contactos. Los adolescentes que habían consumido alguna droga fueron seleccionados de manera no aleatoria a través del método de bola de nieve, en el cual se contactó, en primer término, con adolescentes conocidos que consumían drogas, y a éstos se les pidió que contactaran a otros adolescentes consumidores. En el caso de no consumidores, se hizo también un muestreo no aleatorio de adolescentes que asistieran a escuelas técnicas (C.E.C.A.T.I. y CONALEP). El muestreo fue no aleatorio ya que dependió básicamente de la autorización de los directores de los planteles.

Instrumentos

De la investigación de Andrade (2001), se tomó la escala de Bienestar Subjetivo, que consta de 8 reactivos con un alfa de .8122 que se refiere a la satisfacción que el adolescente percibe de sí mismo y de su familia. Los reactivos del Ambiente Familiar miden la percepción del adolescente con respecto a la relación con su papá, su mamá y la relación entre sus progenitores; esta última con 4 reactivos y un alfa de .8875. Los reactivos "relaciones con papá y mamá" se midieron en 4 dimensiones que involucran los aspectos de apoyo con 5

reactivos y un alpha de .8862, rechazo con 7 reactivos y un alpha de .8338, comunicación con 5 reactivos y un alpha de .9026, y apego con 7 reactivos y un alpha de .9039, de parte de su madre. Para el padre se encuentran los mismos reactivos en cada una de las dimensiones; en el apoyo se observa un alpha de .9113; para rechazo un alpha de .8239, para comunicación un alpha de .8876 y para apego un alpha de .9101. Estas escalas muestran buenos índices de confiabilidad.

Para medir el consumo de drogas, se tomó como referencia un reactivo que pregunta ¿Qué droga has consumido?. A partir de la respuesta obtenida se distinguió al grupo de consumidores de los no consumidores.

Procedimiento

En esta investigación se propuso examinar mas a detalle la influencia del Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo en el consumo de drogas.

En primer lugar, se hizo una investigación comparativa, de un estudio diagnóstico, realizado por Andrade (2001) para identificar y evaluar factores protectores y de riesgo de conductas problemáticas en adolescentes, donde participaron 1,972 adolescentes hombres y mujeres de 14 y 21 años de edad, estudiantes de nivel técnico (C.E.C.A.T.I.) y CONALEP residentes del Distrito Federal, de éstos se eligieron a 87 adolescentes que no hubieran consumido sustancias de la misma edad y sexo que los que habían consumido; que aún no llevaban un proceso de recuperación, hombres o mujeres de entre 14 y 21 años de edad, residentes del Distrito Federal.

En el caso de los usuarios de drogas se aplicó el cuestionario a través de una entrevista, y en los no usuarios, se aplicaron de manera grupal.

Para la realización de estas aplicaciones, en primer lugar se capacitó a los aplicadores del instrumento. La realización del cuestionario se hizo en grupos pequeños de entre 10 y 20 personas y se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, solicitándoles su consentimiento para participar y asegurando el anonimato de sus respuestas.

La aplicación individual se realizó previniendo que los participantes tuvieran baja escolaridad o los espacios para reunirlos no estuvieran disponibles; también hubo previa capacitación a los aplicadores, e información de los objetivos del estudio a los participantes.

Análisis estadístico

En primer término se hicieron análisis de frecuencias simples con el fin de describir las características sociodemográficas de las muestras.

Para comprobar las hipótesis planteadas se usó la prueba estadística *t de student* la cual permite evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa, con respecto a sus medias.

Así mismo se realizaron correlaciones de producto-momento de *pearson* entre el Bienestar Subjetivo y las diferentes variables correspondientes al Ambiente Familiar y los problemas entre los papás, para observar si se relacionaban o no las puntuaciones obtenidas de las variables estudiadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Resultados

6.1 Características sociodemográficas

• Se tomaron en consideración a un total de 174 jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 14 y 21 años de edad; de ellos 66 eran mujeres, 33 con problemas de adicciones (consumidores) y 33 no lo reportaban (cecatís), y 108 hombres de los cuales la mitad presentaba el problema antes mencionado (54) y la otra mitad no. (tabla # 1)

TABLA 1. Sexo de los adolescentes.

SEXO	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
mujeres	19 (33)	19 (33)
hombres	31 (54)	31 (54)
total	(87)	(87)

• La población en cuanto a edad que mayormente contestó al cuestionario, fueron jóvenes que oscilaban entre los 16 y 20 años, sin embargo, los jóvenes que puntuaron mas alto en participación, fueron los que reportaron tener 17 años. (tabla #2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2. Edad de los participantes.

EDAD	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
14	0.6 (1)	.6 (1)
15	.34 (6)	.34 (6)
16	10.9 (19)	10.9 (19)
17	14.4 (25)	14.4 (25)
18	8.0 (14)	8.0 (14)
19	5.7 (10)	5.7 (10)
20	12.6 (11)	12.6 (11)
21	.6 (1)	.6 (1)
total	(87)	(87)

• Los jóvenes que no presentan relación con las drogas eran solteros al momento de la encuesta (50.3%), mientras que este porcentaje fue menor para los "consumidores" (46.2%). (tabla # 3)

TABLA 3. Estado civil de las muestras.

ESTADO CIVIL	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Soltero	50.3 (86)	46.2 (79)
Casado	0	.6 (1)
Unión Libre	0	2.9 (5)
No contestó	(1)	(2)
total	(86)	(85)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

•La mayoría de los jóvenes "consumidores" reporta consumir mas alcohol, tabaco y otra drogas en comparación a solo marihuana y otras drogas. (tabla # 4)

TABLA 4. Droga que consumen los jóvenes.

QUE DROGA CONSUME	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
mariguana ó alcohol u otra droga	0	8.8 (15)
Mariguana y otra droga	0	12.3 (21)
Alcohol y tabaco y otra droga	0	29.8 (51)
total		(87)

•Para los estudiantes de "cecatís", la escolaridad que predominó fue secundaria completa, mientras que el bachillerato incompleto fue el de mayor puntuación para los "consumidores" seguido de primaria incompleta y bachillerato completo. (tabla # 5) En ambos casos el promedio apareció entre el 7.1 y el 8. (tabla # 6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5. Escolaridad de los adolescentes.

ESCOLARIDAD	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Primaria incompleta	0	1.2 (2)
Primaria completa	.6 (1)	8.3 (14)
Secundaria incompleta	3.0 (5)	7.1 (12)
Secundaria completa	33.9 (57)	6.5 (11)
Bachillerato incompleto	7.1 (12)	16.1 (27)
Bachillerato completo	4.8 (8)	8.3 (14)
Carrera técnica	.6 (1)	.6 (1)
Licenciatura	0	1.8 (3)
No contestó	(3)	(3)
total	(84)	(84)

TABLA 6. Promedio escolar que obtuvieron los adolescentes en el último año de estudio.

PROMEDIO	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
50-70	17.1 (28)	17.1 (28)
71-80	19.6 (32)	18.9 (31)
81-98	14.1 (23)	12.7 (21)
No contestó	(4)	(7)
total	(83)	(80)

•Para el lugar que ocupa en su familia los resultados obtenidos no marcan un diferencia extrema, aunque siempre los "consumidores" se encuentran en un porcentaje mas alto que los estudiantes de los "cecatís"; es decir, los "consumidores" ocupan los primeros lugares en la familia en comparación con los estudiantes de "cecatís". (tabla # 7)

Tabla 7. Lugar que el adolescente ocupa entre sus hermanos.

¿QUÉ LUGAR OCUPAS ENTRE TUS HERMANOS?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
1	14.7 (25)	16.5 (28)
2	16.5 (28)	18.8 (32)
3	7.6 (13)	11.2 (19)
4	3.5 (6)	3.5 (6)
5	2.9 (5)	.6 (1)
6	2.4 (4)	0
7	1.8 (3)	0
No contestó	(3)	(1)
total	(84)	(86)

• Entre las ocupaciones de su mamá, se encontró que las mamás de los jóvenes "consumidores" en su mayoría se dedican a trabajar (empleada, vendedora, negocio propio, maestra) mas que a su hogar como lo muestran los jóvenes de los "cecatís". (tabla # 8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. Ocupación de las mamás de los jóvenes.

¿A QUÉ SE DEDICA TU MAMÁ?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Ama de casa	37.1 (62)	22.8 (38)
Empleada de empresa	9.6 (16)	23.4 (39)
Vendedora por su cuenta	1.8 (3)	0
Negocio propio	1.2 (2)	1.8 (3)
No contestó	(4)	(7)
total	(83)	(80)

• Por otra parte, la ocupación del padre en las dos muestras se destaca por empleado de empresa seguido por el negocio propio por parte del grupo de "consumidores". (tabla # 9)

TABLA 9. Ocupación de los papás de los jóvenes.

¿A QUÉ SE DEDICA TU PAPÁ?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Hogar	0	.6 (1)
Empleado de empresa	34.0 (56)	29.5 (46)
Vendedor por su cuenta	4.5 (7)	0
Negocio propio	7.1 (11)	10.9 (17)
Maestro	.6 (1)	1.3 (2)
Chofer	6.4 (10)	3.8 (6)
Servidor público	.6 (1)	0
10	0	.6 (1)
No contestó	(1)	(14)
total	(86)	(73)

• En el trabajo los "consumidores" muestran mayor porcentaje para el reactivo "¿trabajas o trabajabas?", es decir que estos jóvenes reportaban tener una vida laboral mas activa que los jóvenes de los "cecatís". (tabla # 10)

TABLA 10. Vida laboral de los adolescentes.

TRABAJAS O TRABAJABAS	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Si	8.4 (14)	23.4 (39)
No	43.7 (73)	24.6 (41)
No contestó		(7)
total	(87)	(80)

• Los jóvenes de los "cecatís" hacían mayormente labores de la casa (7.4%) y estudiar (6.6%) en comparación con los "consumidores", quienes dedicaban su tiempo a pasar el tiempo con sus amigos (20.7%), dormir (7.4%), ir a fiestas (7.4%) y leer (7.4%). (tabla # 11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 11. Ocupación de los jóvenes cuando no trabajan o no estudian.

¿QUÉ HACES(HACÍAS)?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Labores de la casa	7.4 (9)	2.5 (3)
Realizar tareas	.8 (1)	0
Nada	.8 (1)	1.7 (2)
Ver televisión	4.1 (5)	3.3 (4)
Escuchar música	0	2.5 (3)
Practicar algún deporte	1.7 (2)	0
No tiene tiempo libre	1.7 (2)	0
Gozar de la vida	.8 (1)	0
Jugar	1.7 (2)	1.7 (2)
Descansar en casa	2.5 (3)	2.5 (3)
Ayudar a sus papás en su trabajo	.8 (1)	0
Ir a terapias	0	.8 (1)
Estudiar	6.6 (8)	2.5 (3)
Leer	1.7 (2)	7.4 (9)
Pasar tiempo con sus amigos	0	20.7 (25)
Dormir	0	7.4 (9)
Ir al cine	0	.8 (1)
Fiestas	0	7.4 (9)
Actividades extras	0	1.7 (2)
Robaba/me drogaba	0	5.8 (7)
Buscar trabajo	0	.8 (1)
No contestó	(50)	(3)
total	(37)	(84)

•Ambas muestras indican mayor porcentaje para quienes viven con ambos padres, sin embargo el sesgo favorece al grupo de estudiantes ("cecatís"). En el grupo de los "consumidores" se encuentra el vivir solo con la madre y los hermanos como segundo lugar. (tabla # 12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 12. Con quién viven los adolescentes.

¿CON QUIÉN VIVES/VIVÍAS?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Ambos padres y hermanos	38.8 (66)	28.2 (48)
Sólo madre y hermanos	3.5 (6)	11.2 (19)
Sólo padre y hermanos	1.2 (2)	1.2 (2)
Familiares/no papá ni mamá	4.1 (7)	1.2 (2)
Fam:Pad/herm/otros familiares	1.8 (3)	2.9 (5)
Amigos(as)	0	1.8 (3)
Solo	.6 (1)	2.9 (5)
Pareja	0	.6 (1)
No contestó	(2)	(2)
total	(85)	(85)

•Se observó que en el 18% de estudiantes de los "cecatís", la madre tiene nivel de estudios de primaria y el 13% de secundaria, en comparación con los "consumidores" cuyos puntajes tienden a puntuar más de secundaria completa a profesional. (tabla # 13)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13. Grado de estudios de las madres de la muestra.

¿HASTA QUÉ AÑO ESTUDIÓ TU MAMÁ?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
Primaria incompleta	6.2 (10)	2.5 (4)
Primaria completa	18.0 (29)	8.1 (13)
Secundaria incompleta	3.7 (6)	2.5 (4)
Secundaria completa	13.0 (21)	11.2 (18)
Bachillerato incompleto	.6 (1)	1.2 (6)
Bachillerato completo	3.7 (6)	9.9 (16)
Carrera técnica	.6 (1)	6.8 (11)
Profesional	3.7 (6)	8.1 (13)
No contestó	(7)	(2)
total	(80)	(85)

• Así mismo, el nivel de estudios por parte del padre fue de profesional para los "consumidores" (16%) mientras que para los estudiantes de los "cecatís" fue de primaria completa (20.5%). (tabla #14)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 14. Grado de estudios de los padres de la muestra.

¿HASTA QUÉ AÑO ESTUDIÓ TU PAPA?	Cecatis		Consumidores	
	%	N	%	N
Primaria incompleta	1.9	(3)	3.2	(5)
Primaria completa	20.5	(32)	5.8	(9)
Secundaria incompleta	3.2	(5)	1.9	(3)
Secundaria completa	9.0	(14)	9.0	(14)
Bachillerato incompleto	1.9	(3)	1.3	(2)
Bachillerato completo	9.0	(14)	10.3	(16)
Carrera técnica	0		1.3	(2)
Profesional	5.8	(9)	16.0	(25)
No contestó		(7)		(11)
Total		(80)		(76)

• Cabe resaltar un dato interesante encontrado en el estudio. Para la pregunta ¿Qué tan importante es la religión en tu vida se observa que las respuestas a este reactivo se inclinan hacia nada, poco y regular para el grupo de los "consumidores"; mientras que para el grupo de jóvenes estudiantes de los "cecatís" la respuesta se muestra en regular y mucho. (tabla # 15) La misma proporción se encontró en la frecuencia que los jóvenes asisten a la iglesia, inclinándose hacia rara vez y nunca por parte de los "consumidores", mientras que para los no consumidores, se sesgó hacia una vez a la semana, una o dos veces al mes y rara vez. (tabla # 16)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 15. Importancia de la religión en la vida de los adolescentes.

¿QUE TAN IMPORTANTE ES LA RELIGIÓN EN TU VIDA?	Cecatis		Consumidores	
	%	N	%	N
Nada	1.7	(3)	12.2	(21)
Poco	2.9	(5)	16.9	(29)
Regular	23.3	(40)	16.9	(29)
Mucho	21.5	(37)	4.7	(8)
No contestó		(2)		
Total		(85)		(87)

TABLA 16. Frecuencia de asistencia a la iglesia.

¿CON QUÉ FRECUENCIA ASISTES A LA IGLESIA?	Cecatis		Consumidores	
	%	N	%	N
Una vez a la semana	18.7	(32)	4.1	(7)
Una o dos veces al mes	14.0	(24)	8.2	(14)
Rara vez	14.6	(25)	25.7	(44)
Nunca	1.8	(3)	12.9	(22)
No contestó		(3)		
Total		(84)		(87)

• Entre otros resultados obtenidos dentro del campo sociodemográfico se encuentran la edad de la madre (tabla # 17), donde se observa un mayor porcentaje de madres jóvenes en el grupo de consumidores comparado con el grupo de no consumidores en el rango de edad de entre 30 y 40 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 17. Edad de la madre.

¿QUÉ EDAD TIENE TU MAMÁ?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
30-40	19 (31)	24.1 (39)
41-50	23.4 (38)	23.6 (38)
52-68	6.1 (10)	3.6 (6)
No contestó	(8)	(4)
total	(79)	(83)

• Así mismo, la muestra se sesga hacia el grupo de consumidores, en el grupo de edad de los padres que comprende entre los 41 y 50 años de edad. Sin embargo en el grupo de edad 51-73 años el grupo de "cecatís" obtuvo el mayor porcentaje. (tabla # 18)

TABLA 18. Edad del padre.

¿QUÉ EDAD TIENE TU PAPA?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
30-40	16.1 (24)	14.6 (23)
41-50	23.3 (35)	28 (42)
51-73	13.5 (20)	9.4 (14)
No contestó	(8)	(8)
total	(79)	(79)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• En la tabla # 19 no se observan diferencias significativas en la comparación de los dos grupos. En ambos grupos los datos descienden progresivamente con respecto al número de hermanos, aunque se puede observar un porcentaje ligeramente mayor en el grupo de los no consumidores cuando tienen 2, 3 o 4 hermanos. En el grupo de consumidores se observa que un mayor número de personas no contestaron.

TABLA 19. Número de hermanos que los adolescentes tienen.

¿CUANTOS HERMANOS TIENES	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
1	28.9 (37)	29.7 (38)
2	14.1 (18)	10.2 (13)
3	5.5 (7)	3.1 (4)
4	3.1 (4)	.8 (1)
5	1.6 (2)	1.6 (2)
6	.8 (1)	.8 (1)
No contestó	(18)	(28)
total	(69)	(59)

• En la tabla # 20 refleja que el tener 3 hermanos es mayor para el grupo de "cecatís" y el número de personas que no contestaron fue mayor para los "consumidores".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 20. Número de hermanas que los adolescentes tienen.

¿CUÁNTAS HERMANAS TIENES?	Cecatis	Consumidores
	% N	% N
1	25.0 (33)	27.3 (36)
2	15.9 (21)	15.9 (21)
3	9.8 (13)	3.0 (4)
4	1.5 (2)	.8 (1)
6	.8 (1)	0
No contestó	(17)	(25)
total	(70)	(62)

6.2 Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo.

En los resultados referentes a esta investigación y en cuanto a la dimensión del Ambiente Familiar se encontraron diferencias significativas entre los grupos; es decir, en la dimensión *papá - apoyo*, *papá - apego* y *papá - rechazo*, existen diferencias significativas, aunque en lo referente a la *comunicación* estas diferencias fueron menores. Para las dimensiones *mamá - apoyo*, *mamá - comunicación*, *mamá - apego* y *mamá - rechazo*, también se observaron diferencias significativas entre el grupo de consumidores y los jóvenes no consumidores.

Para la dimensión *papás - problemas*, los alumnos de los "cecatís" reflejaron tener menor puntaje en esta dimensión en comparación con los jóvenes "consumidores".

Así mismo, dentro de la dimensión *Bienestar Subjetivo* las diferencias fueron significativas, mostrando mayor puntaje de esta dimensión para los jóvenes estudiantes de los "cecatís", es decir, para los jóvenes que no usan ningún tipo de droga en comparación con el grupo de jóvenes que si las usan. (Tabla # 21)

Por tanto, se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiantiles de "cecatís", en comparación con el grupo de jóvenes usuarios de drogas, en todas las variables evaluadas.

TABLA 21. Comparación de medias de los factores Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo entre los grupos de estudiantes y usuarios de drogas.

	"Cecatí" media	"Consumidores" media	"t"	Significancia
Papá-Apoyo	3.59	2.53	9.73	.000
Papá-Comunicación	2.52	2.17	2.65	.009
Papá-Apego	3.25	2.33	7.8	.000
Papá-Rechazo	1.65	2.29	-7.13	.000
Mamá-Apoyo	3.73	2.97	7.54	.000
Mamá-Comunicación	3.05	2.31	5.63	.000
Mamá-Apego	3.42	2.61	6.37	.000
Mamá-Rechazo	1.68	2.75	-1.97	.050
Papás-Problemas	1.81	2.59	-6.66	.000
Bienestar Subjetivo	3.28	2.49	9.82	.000

6.3 Correlación entre el Bienestar Subjetivo y el Ambiente Familiar

Aunque la correlación siguiente no es parte de los objetivos principales de esta investigación, cabe observar los datos que reflejan. En la tabla # 22 se observan las correlaciones entre el Bienestar Subjetivo y las dimensiones del Ambiente Familiar. En ella se muestra que existen correlaciones medianas en la mayoría de los casos Bienestar Subjetivo-comunicación papá, Bienestar Subjetivo-apego papá, Bienestar Subjetivo-apoyo papá, Bienestar Subjetivo-comunicación mamá, Bienestar Subjetivo-apego mamá y Bienestar Subjetivo-apoyo mamá; dándose de forma negativa en Bienestar Subjetivo-problemas entre los papás y Bienestar Subjetivo-rechazo papá. El Bienestar Subjetivo-rechazo

mamá obtuvo los puntajes mas bajos. Esto refleja relaciones inversamente proporcionales entre las dimensiones, es decir a mayor Bienestar Subjetivo percibido mejor Ambiente Familiar y en las correlaciones negativas la interpretamos de la siguiente forma; a menor Bienestar Subjetivo percibido mayor percepción del Ambiente Familiar deteriorado.

TABLA 22. Correlación entre el Bienestar Subjetivo y las dimensiones del Ambiente Familiar.

Variable	Correlación	Significancia
B.S. - Problemas entre los papás	-.419	0.01
B.S. - Rechazo papá	-.429	0.01
B.S. - Comunicación papá	.448	0.01
B.S. - Apego papá	.560	0.01
B.S. - Apoyo papá	.644	0.01
B.S. - Rechazo mamá	.057	.482
B.S. - Comunicación mamá	.498	0.01
B.S. - Apego mamá	.470	0.01
B.S. - Apoyo mamá	.462	0.01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Discusión

En esta investigación se encontró que el consumo de drogas está en relación con dos factores, el Ambiente Familiar, incluyendo la dimensión papás problemas (veanse dimensiones papá y mamá) y el Bienestar Subjetivo. Los resultados comprueban las hipótesis planteadas las cuales dicen que los adolescentes que consumen drogas tienen puntajes significativamente ($p < .05$) menores en Bienestar Subjetivo que los que no consumen drogas y que los adolescentes que consumen drogas, tienen puntajes significativamente ($p < .05$) mas bajos en Ambiente Familiar que los que no consumen drogas.

En general los resultados del presente estudio y en lo referente al marco del Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo, se encontró que en las dimensiones estudiadas existen diferencias estadísticamente significativas, llegando a conclusiones similares a las encontradas por Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas y Carreño (1996) quienes mencionan que el Ambiente Familiar es un fuerte factor involucrado en el consumo o la prevención de drogas.

Dentro de la dimensión *apoyo – papá y mamá*, los(as) jóvenes sienten que sus papás se preocupan mas por ellos(as), los(as) protegen mas, los(as) quieren, son importantes para ellos y sus papás tratan de darles lo que necesitan para el grupo de estudiantes de los "cecatís" en comparación con el grupo de "consumidores", es decir, los(as) jóvenes que no consumen drogas en comparación con los(as) jóvenes que la consumen. La anterior observación refuerza lo dicho por Wills, Vaccaro y McNamara (1992, citados en Ramírez, 2001), quienes argumentan sobre la relación entre el apoyo de los padres y el consumo de alcohol y otras sustancias, ellos concluyeron que el grado de apoyo de los padres es un factor protector del nivel de consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Del mismo modo, se encontró en una población estudiantil colombiana que los factores que tenían una relación con la abstención del uso de drogas fueron el afecto e interés demostrado por los padres, el tiempo que pasaban con

sus hijos y la firmeza de las medidas disciplinarias tomadas por ambos padres (Climent y DeAragón, 1986., citados en Ramírez, 2001). Resultados parecidos se encontraron en la dimensión *comunicación con el papá y mamá*, es decir, los(as) jóvenes dicen lo que sienten a su papá y mamá, conocen sus problemas personales, les pueden contar lo que les pasa, les platican sus problemas personales y saben a donde van cuando salen de casa. Sokol (1963, citado en Ortiz y Caudillo.,1984) reporta que en las familias de sujetos que consumen inhalables prevalece la poca supervisión materna y hay mínima convivencia familiar, además, incluye que estos dos factores crean el clima propicio para la desintegración familiar.

En cuanto a la dimensión *papá y mamá - apego* se puede decir que los papás de los(as) jóvenes que no consumen drogas respetan sus sentimientos, los(as) aceptan como son, toman en cuenta lo que piensan, confían en ellos(as), tratan de comprenderlos(las) cuando están enojados(as), les tienen confianza y cuentan con ellos(as) cuando los(as) necesitan. Andrade (2000) concluyó que el Ambiente Familiar de los adolescentes que han consumido alcohol y los que no lo han consumido en el último año, existen diferencias significativas en la percepción de la relación que tienen con sus padres en cuanto a las variables comprensión, problemas y de la relación que tienen con sus hermanos. Así mismo para la dimensión *papá y mamá – rechazo*, las diferencias fueron marcadas a favor al grupo de los "consumidores"; es decir, los(as) jóvenes de este grupo sienten que todo lo que ellos(as) hacen le parece mal a sus papás, los(as) regañan por cualquier cosa, perciben que quieren mas a sus hermanos que a ellos(as), se enoja con ellos(as) por cualquier cosa, sus papás critican todo lo que los(as) jóvenes hacen, son demasiado exigentes con ellos(as) y les gustaría que fueran diferentes.

Dentro de las dimensiones *apoyo, comunicación y apego*, se encontró que el grupo de los(as) jóvenes no consumidores, sienten mayor apoyo, comunicación y apego para la mamá en comparación que por el papá. De acuerdo con Barrera, López, Aguirre y Esparza (1994), las personas que tienen relaciones inadecuadas con sus padres, especialmente una comunicación no positiva hacia su madre y padre muestran mayores índices de alcoholismo.

El rechazo lo perciben casi igual por parte del papá como de la mamá. Para el grupo de jóvenes que consumen drogas, las dimensiones de apoyo, comunicación, apogó y rechazo fueron favorecidas en puntaje para la mamá. Por lo tanto y de acuerdo con Andrade (2001), los jóvenes consumidores perciben a su papá como menos comprensivo, confiable, bueno, amoroso, cariñoso y justo, que los no consumidores. En el caso de los consumidores de tabaco destaca también la caracterización negativa del padre.

Los resultados encontrados por Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala (1990), concuerdan con la presente investigación; estos autores midieron el Ambiente Familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Los resultados generales fueron que los jóvenes en general perciben a sus familias con baja cohesión, baja expresividad, y con un fuerte conflicto, lo cual es signo de que se encuentran poco integradas y poco comunicativas. Además los jóvenes que presentan conductas de farmacodependencia y alcoholismo, perciben a su madre como una figura abnegada y sumisa. Las figuras paternas son percibidas como poco comprensivas, sintiéndose una ausencia afectiva por parte del padre (Ortiz, Osorio y Zavala, 1995., citado en Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999). Además la relación con el padre representa una herramienta útil, adecuada y fundamental en los adolescentes de 13 y 18 años de edad en cuanto a las manifestaciones percibidas de afecto en estudiantes de secundaria y bachillerato (González-Forteza, Saldivar y Corona, 1998). Así mismo, el tema en relación a la importancia del padre para el adolescente lo retoma la teoría del desapego emocional (Steinberg y Silverberg, 1986., citados en Ramírez, 2001) que se ocupa en estudiar la distancia ocurrida entre el padre e hijo durante la adolescencia. Esto, según los autores, se asocia con una mayor susceptibilidad a la presión del grupo y por ende, al consumo de sustancias.

También se observó que una relación entre los problemas entre papás y el consumo de drogas como lo reportado por Mariño, González-Forteza y Medina-Mora (1999) y Andrade (2001), quienes indican las relaciones entre consumo de drogas y problemas familiares.

De acuerdo con González-Forteza, Saldivar y Corona (1998), es reconocida la influencia de la familia en el estado emocional de los adolescentes, evaluándose su impacto en las conductas de externalización como es el consumo de drogas; es entonces, la familia, un poderoso factor para intervenir en la prevención al consumo de drogas, es decir, la falta de atención por parte de los padres y las discusiones frecuentes con los miembros de la familia son síntomas que se presentan de manera importante entre los consumidores de drogas (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

Además Shek (1999), observó que los sujetos que percibieron el Ambiente Familiar más positivo mostraron bajos niveles de desajustes psicológicos y conductas de abuso de sustancias.

Por otro lado y en lo que compete al Bienestar Subjetivo, calidad de vida percibida por los sujetos y bienestar psicológico en general, se han realizado estudios en esta línea que apoyan los resultados encontrados en este estudio en diferentes partes del mundo; para citar algunos, se puede referir a la India (Bhojak, Krishnan, Nathawat y Ali, 1997), a Francia en encuestas aplicadas a usuarios suizos (Dazard, Broers, Giner, y Mino, 1998), a los Países Bajos (Mulder, Tjihuis, Smit y Kromhout, 2001), a varones hispanos (Cordero, 1997), a jóvenes Finlandeses (Pitkaenen, 1999), a Estados Unidos (Graham y Gillis, 1999), (Topolski, Patrick, Donald, Edwards, Huebner, Connell, Mount y Kiomí., 2001), (Lanier, Nicholson y Duncan, 2001), (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, y Drane, 2001), (Ryan, 1997) y a México (CIJ, 1997), Castro y Maya (1982).

En esta investigación dentro de la dimensión Bienestar Subjetivo, se encontró que los jóvenes no usuarios de drogas la perciben mejor, es decir, estos jóvenes se perciben como felices, están satisfechos con la familia que tienen, les gusta el lugar en donde viven, están de acuerdo con su forma de ser, se sienten satisfechos con la relación que llevan con sus papás, se sienten satisfechos con su vida en general, se sienten satisfechos con el dinero que tiene su familia y se sienten orgullosos de ellos mismos. Para los jóvenes consumidores, las puntuaciones se ven minimizadas, es decir, cambian las percepciones antes descritas a su opuesto, por lo que se puede decir que el Bienestar Subjetivo

percibido por los jóvenes es importante para cuando se estudien variables involucradas en el consumo de fármacos. En esta línea, a propósito del Bienestar Subjetivo que incluye estar satisfechos con la vida que tienen, Hong y Faedda en 1996, estudiaron cómo la satisfacción con la vida familiar predice el consumo de alcohol y cigarro entre los adolescentes coreanos de Australia.

Otro dato interesante, que se incluye en lo encontrado en este estudio, es lo investigado por Topolski, Patrick, Donald, Edwards, Huebner, Connell, Mount y Kiomi (2001), ellos observaron que los abstemios informaban tener mayores índices de calidad de vida autopercibida que los que informaron ser experimentadores de drogas. Del mismo modo Lanier, Nicholson y Duncan (2001) encontraron disminución en el consumo de bebidas alcohólicas a medida que reportaban tener mayores puntuaciones en el bienestar general.

También los datos reportados por Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, y Drane (2001), apoyan los resultados arrojados por el presente estudio; ellos observaron que el fumar cigarrillos, mascar tabaco, consumir marihuana, cocaína, alcohol, beber para alcanzar estados de ebriedad y el uso de esteroides eran significativamente asociados a una reducida satisfacción con la vida. Además los adolescentes mayores de 13 años que reportaban consumos de alcohol, marihuana, cocaína y tabaco era significativamente asociado a una satisfacción con la vida reducida.

Los apoyos bibliográficos encontrados para sustentar los datos arrojados por este estudio han sido de gran importancia; sin embargo no se había hablado de una muestra de participantes mexicanos donde se investigara la calidad de vida o Bienestar Subjetivo percibido. Es por ello importante aludir a la investigación efectuada por Castro y Maya (1982). Ellas realizaron un estudio con sujetos mexicanos, donde, entre otras variables lo que se pretendía medir era la percepción que el adolescente tenía de su calidad de vida; es decir, la percepción subjetiva que el estudiante tenía sobre su calidad de vida y su percepción con respecto a su medio ambiente social (familiar), en relación con el consumo de drogas, ellas encontraron que la proporción de estudiantes que perciben como insatisfactoria su calidad de vida, es significativamente mayor entre los grupos de

usuarios que entre los grupos de no usuarios en tres drogas específicamente: marihuana, inhalantes y anfetaminas. Además se observa menor insatisfacción con la vida cuando el consumo fue "alguna vez en la vida" incrementándose hasta mayor insatisfacción cuando el consumo fue durante el último mes; es decir, a mayor calidad de vida, menor índice de consumo en drogas, como lo reportado en este estudio.

Ortiz (1982., citado en Nehmad, 1990), concluyó que las características de un inhalador es un sujeto nacido en un medio de carencias nutricionales y afectivas, producto de relaciones insatisfactorias de los padres a los que se agrega una secuela de abandonos de la madre y principalmente del padre. Aunque las carencias afectivas, relaciones insatisfactorias entre los padres del consumidor y los frecuentes abandonos de sus padres no engloba el eje principal de este estudio, son componentes importantes, de acuerdo con los reactivos que forman parte de la escala Bienestar Subjetivo y Ambiente Familiar.

Aunque los datos sociodemográficos no es el eje principal de esta investigación, es importante considerar todas las variables asociadas a este fenómeno para el mejor entendimiento del problema.

A partir de los resultados obtenidos y en particular en lo referente al estado civil, se encontró un mayor número de jóvenes compartiendo su vida en pareja en el grupo de "consumidores". Se debería investigar cuáles son los motivos de unión, para poder descartar o incluir dentro de futuros estudios, si el compartir su vida con otra persona es un factor consecuente o de riesgo a la farmacodependencia dentro de la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977, citados en Petraltis, et al., 1995).

Además se encontró que la escolaridad por parte de los padres es un factor importante para los jóvenes. Según los resultados, los padres de jóvenes "consumidores" puntúan mas alto en escolaridad, llegando en algunos casos a profesional, en comparación con los jóvenes pertenecientes al grupo de los "cecatís". Aunque se supone que la educación es un factor protector, este recurso

podría facilitar las posibilidades de pertenecer a círculos donde es más fácil acceder a las drogas; sea alcohol, tabaco y drogas ilícitas en general.

La Teoría del aprendizaje social (TAS) de Akers (1997, Akers y Cochran, 1985, Akers, Krohn, Lanza-Kaduce, 1982, citados en Petraitis, et al., 1995) propone que el consumo se da gracias a personas que sirven como modelos de rol para un adolescente. Este modelo propone que los adolescentes tienen tres efectos consecuentes a partir de los modelos observados; se comienza por la observación y la imitación de conductas hacia la sustancia. Así mismo la Teoría cognitiva del aprendizaje social (TC/AS) propuesta por Bandura (1986, citado en Petraitis, et al., 1995), aplicado a la propuesta del Uso Experimental de Sustancias, argumenta que los adolescentes adquieren su comportamiento a través de modelos de rol, específicamente de amistades cercanas y padres que usan sustancias.

Sería interesante investigar más a profundidad este hecho puesto que se supone que el factor educación minimiza el uso de drogas. Así mismo sería interesante conocer si los padres de estos jóvenes son consumidores ya que la permisividad observada puede ser el factor que conlleva a los jóvenes a las drogas.

En el reactivo donde hace referencia al tiempo libre, el grupo de "consumidores" respondió en primer lugar, estar con sus amigos y en segundo lugar, lo que hacía o hace en su tiempo libre es dormir; esta respuesta es común entre las personas con problemas de depresión o quienes reportan tener algún tipo de malestar emocional. Entonces, valdría la pena cuestionarse si la familia además de ser expulsora de jóvenes a las calles, funge como factor de riesgo para deprimir; es ahí donde las drogas comienzan a hacer su papel de proporcionar bienestar a quien lo solicita, como lo proponen Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas y Carreño (1996), el sentirse deprimido predice iniciarse en el consumo de drogas.

El resultado obtenido en el reactivo ¿a qué se dedica tu mamá?, puede indicar que la figura materna se presenta más en casa en el caso del grupo de

estudiantes de los diferentes "cecatís" (los jóvenes que no consumen drogas); posiblemente esto facilite el tiempo para dedicarlo a sus hijos. Sin embargo, cuando se analiza el reactivo que se refiere a si vive con sus padres, indica que las familias en donde existen los dos miembros son del grupo de los "cecatís"; por el contrario, el grupo donde se vive con la madre y hermanos fue el resultado más común en los "consumidores". En estos casos se podría pensar que la madre es quién sale de su hogar en busca de sustento a través de trabajo remunerado. Es entonces cuando se da la ausencia de la madre; por tanto se piensa que la ausencia de la madre o de alguna figura importante presente incrementa el riesgo de iniciarse en las drogas.

Lo anterior concuerda con lo encontrado con Berriel y cols. en 1977, (citados en Nehmad, 1990), ellos identificaron un porcentaje mucho mayor de familias incompletas con ausencia de padre por defunción, abandono o ilegitimidad en sujetos con problemas de alcoholismo y drogadicción. Además, el vivir con el padre es un factor que protege al adolescente de consumir, mientras que la sola existencia de los padres y el vivir con la mamá, no es suficiente para protegerlo del consumo (Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina- Mora y Jiménez, 1995).

No menos importante es resaltar lo que los jóvenes reportaron hacia la religión en sus vidas; mayor para los jóvenes del grupo de "cecatís" en comparación con el grupo de "consumidores". Esto puede indicar que los alumnos del "cecati" encuentran un factor protector subjetivo en comparación con el grupo de los "consumidores". Sería interesante conocer cómo influye esta variable en el consumo y si además tiene relación con el Bienestar Subjetivo.

De acuerdo con Monedero (1975), existen diferentes formas de distorsionar la realidad, con objeto de evadir su mundo real e integrarse al mundo imaginario; esto provocará descansar de las tensiones que provoca el mundo real. El hombre al encontrar difícil el acceso a la alegría busca la diversión; el vino, la música y la danza vienen a ayudarlo en su triste situación.

Con respecto a las correlaciones efectuadas entre las variables Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo, estas fueron positivas en algunas variables, lo cual

indica que a mayor Bienestar Subjetivo existe mayor comunicación percibida por el papá, mayor apego con papá, mas apoyo de papá, mas comunicación con mamá, mayor apego con mamá y mas apoyo de mamá, y entre menos Bienestar Subjetivo se perciben mayores problemas entre los papás y rechazo del papá.

Lo anterior concuerda con Bradburn (1969, citado en Diener, 1984) quién hace conocer que el afecto positivo es parte fundamental para el Bienestar Subjetivo.

Es entonces posible pensar que para obtener un estado de Bienestar Subjetivo es necesario crecer en un ambiente donde existan características positivas afectivas, tanto del padre como de la madre; es decir, que la presencia de los padres proporcionando afecto percibido por los adolescentes, los protege de verse involucrado en el consumo de drogas (Villatoro, Fleiz, Medina- Mora y Jiménez, 1995). La percepción de los adolescentes mexicanos acerca de la familia, particularmente en la adolescencia, representa un estado afectivo de importancia crucial. El amor es un aspecto muy valorado por los jóvenes (Mora-Ríos, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Andrade-Palos, 1999).

Shek (1997) mostró en estudiantes de preparatoria chinos, cómo las percepciones de los adolescentes a los estilos paternos, a la familia funcional y al conflicto padre-adolescente se relacionó significativamente a las medidas de bienestar psicológico (satisfacción con la vida, propósitos de vida, desesperanza y autoestima), y las conductas problema. Los resultados sugirieron que los factores familiares juegan un papel importante en la influencia del ajuste psicosocial, particularmente en la salud mental positiva de los adolescentes. También Aquilino y Supple (2001) investigaron las consecuencias de las relaciones con el padre durante la adolescencia para el bienestar de los adultos jóvenes y el uso de sustancias. Ellos encontraron relaciones significativas entre padre-adolescente con las futuras conductas adictivas y el bienestar general; es decir, el estilo de crianza coercitivo por parte del padre está asociado con niveles mas bajos de bienestar y mayor consumo de sustancias.

Los adolescentes con menores sintomatologías de malestar emocional son quienes perciben a su papá afectuoso (González-Forteza, Saldivar y Corona, 1998). Wright y Heppener (1993), observaron poco cariño y pocas respuestas sociales de afecto de sus madres y de la gente en general en los jóvenes con problemas de alcohol y el uso de sustancias; esto pudiera producir un bajo sentimiento de bienestar como lo señala Bradburn (1969, citado en Diener, 1984), donde el cariño y el afecto desempeñan un papel fundamental en el sentimiento de bienestar.

Dentro del campo de la prevención, se deberían ocupar mas recursos en el óptimo crecimiento, es decir, en el desarrollo biológico y social de los individuos ya que cuando crecen en ambientes saludables y armoniosos, donde se sienten comprendidos y queridos presentan conductas mas favorables, dejando de lado el consumo de drogas (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

La convivencia familiar y el establecimiento de un clima agradable en la interacción familiar facilita una comunicación fluida y cálida, estos son elementos que protegen a los miembros jóvenes de la familia ante conductas de riesgo como lo es el consumo de drogas (Rivera, Villatoro, Fleiz, Medina- Mora y Jiménez, 1995).

El resultado de este estudio refleja que es importante la influencia de la familia en los jóvenes para el consumo o la abstinencia de las drogas, así mismo, también el Bienestar Subjetivo es indicador a considerar en futuras investigaciones que se relacionen con la farmacodependencia, sin embargo, existe la interesante correlación entre el Ambiente Familiar y Bienestar Subjetivo para retomar en futuras investigaciones enfocadas a las adicciones.

8. Conclusiones.

Es común suponer que los amigos son una fuerte influencia para iniciarse en el consumo de drogas: de acuerdo a lo planteado por Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas y Carreño (1996); en el ámbito interpersonal (familiares y amigos consumidores de drogas) se encuentra que si un estudiante tiene amigos que consumen drogas, tiene un riesgo de 1.22 veces más de consumir drogas, que aquel estudiante que no tiene amigos que consumen drogas, éste es un argumento que invita a convencer a los lectores de alejar a sus hijos de estos grupos de amigos, sin embargo, no reflexionan en que la familia puede funcionar como expulsora de hijos a círculos no del todo convenientes en busca de pertenencia, cariño o comprensión, que el grupo de amigos ofrece.

En la recta final de esta investigación se agregó una nueva visión que procura acercarse más al entendimiento de este fenómeno. Se dio continuidad al interés por investigar si la familia, así como influye en las drogas lo hace en el Bienestar Subjetivo, con ello se determinó que la familia es parte importante a considerar para cuando se estudien algunas variables para prevenir esa epidemia y considerar comenzar con campañas para mejorar las relaciones familiares y así minimizar los factores que pueden suscitar cualquier tipo de conducta problema, en este caso, el uso de drogas.

Es por eso importante aludir, al contexto familiar para darle debida importancia al resolver cuestiones con respecto a modelos paternos y de los niños pertenecientes a grupos carenciales (Valverde 1996).

De acuerdo a las propuestas anteriores, Russell (1973) propone que el cariño de los padres por los hijos y de los hijos por los padres es capaz de construir uno de los más importantes motivos de la felicidad por lo que va de acuerdo con el Ambiente Familiar y el Bienestar Subjetivo.

Es también importante considerar la propuesta de Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, y Drane (2001), ellos resaltan la importancia de realizar estudios longitudinales para determinar si el descontento con la vida es consecuencia o determinante para las conductas de abuso entre los adolescentes.

En este contexto es importante mencionar que la familia juega una función crucial en el uso de fármacos. En ocasiones los padres se concentran en juzgar y observar todas aquellas conductas que les son desagradables y castigan esos eventos sin detenerse a pensar un poco que ellos, de alguna manera influyen; sea para que los jóvenes perciban su hogar lleno de desconfianza, falta de cariño etc. y con esas actitudes expulsarlos hacia donde encuentran comprensión; llegan entonces al grupo de amigos, como ellos, en busca de algo que los padres no les pudieron dar... quizá, amor; porque no es suficiente "te *digo* que te quiero"; es mas importante que los jóvenes perciban el cariño de los padres y eso se realiza solamente mediante la acción.

Entre las limitaciones observadas en esta investigación se localizó que no se midieron variables tales como frecuencia intensidad y el tiempo de consumo de la droga; solo se tomó en cuenta si las muestras estudiadas habían consumido o no drogas.

Cabe observar que la "n" de las muestras estudiadas fueron pequeñas, entonces valdría la pena realizar otra investigación con "n" más grandes para observar si los resultados se mantienen y poderlos generalizar a muestras más grandes.

Bibliografía

- Andrade, P.P. (1984). *Influencia de los Padres en el Locus de Control de los Hijos. Tesis para obtener el grado de maestra en psicología*. México. UNAM.
- Andrade, P.P. (1998). El Ambiente Familiar del Adolescente: Una Alternativa de Evaluación. *Psicología Social en México*, VIII, 216-221.
- Andrade, P.P. (2001). *Factores Predictores y de Riesgo en Conductas Problemáticas de los Adolescentes*. Informe presentado a la D.G.A.P.A., U.N.A.M.
- Anguas, A. (1997). *El Significado del Bienestar Subjetivo: su valoración en México*. Tesis para obtener el título de maestra en psicología social. México: U.N.A.M. 5-48.
- Anguas, A. (2000). *El Bienestar Subjetivo en la Cultura Mexicana*. Tesis para obtener el título de doctora en Psicología. México: U.N.A.M.
- Anguas, A. y Reyes, I. (2000) El bienestar subjetivo a través de tres generaciones. *La Psicología Social en México*, VIII, 243-250. México: AMEPSO.
- Anguas, A. y Reyes, I. (1998). El significado del bienestar subjetivo: su valoración en México. *La Psicología Social en México*, VII, 7-11. México: AMEPSO.
- Aquilino, W. S. y Supple, A. J. (2001). Long-term effects of parenting practices during adolescence on well-being: Outcomes in young adulthood. *Journal of Family Issues*, 22, 3, 289-308.
- Asili, N. y Julián, T. (1998). Apoyo social y bienestar psicológico en la juventud y la vejez. *La Psicología Social en México*, VII, 423-428. Puebla: Universidad de las Américas.
- Barrera, P., López, E., Aguirre, O. y Esparza, T. (1994). La Comunicación Familiar como Determinante de Estilos de Enfrentamiento y Adicciones. *La Psicología Social en México*, 5, 339-344.

- Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J. y Rojas, E. (1996). Las Tendencias del Consumo de Sustancias Psicoactivas entre los Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior del Distrito Federal, 1993. *Salud Mental*, 19, 1, 1-16.
- Berruecos, V. (1997). La Influencia de la Familia en las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol. *Liber Addictus*, 15, 18-19.
- Bhojak, M.M., Krishnan, S., Nathawat, S.S. y Ali, J. (1997). A comparative study of emotional life and subjective well-being in drug addicts and non-addicts. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 23, 1-2, 63-67.
- Bolinches, A. (1995). *La Felicidad Personal*. España: Temas de hoy. 34.
- Branden, N. (1999). *Los Seis Pilares de la Autoestima*. México: Piados. 1ra reimpresión.,25, 29.
- Casco, M. (1992). Historia de Abuso y Alcoholismo en un Grupo de Mujeres. *La Psicología Social en México*, 4, 167-171.
- Casco, M. y Natera, G. (1990). Comparación de las Características Psicosociales entre un Grupo de Mujeres y Hombres Alcohólicos. *La Psicología Social en México*, 3, 195-199.
- Castro, M. E. y Maya, M. A. (1981). Una Escala para Medir un Ambiente Percibido dentro de un Continuo Próximo-Distal. Validez de la Escala en la Población de Estudiante Mexicanos. Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría. (En proceso de Publicación).
- Castro, M. E. y Maya, M. A. (1982). Respuestas de la Población Estudiantil a Tres Escalas Psicosociales. Comparación entre Usuarios y No Usuarios de Drogas. *Salud Mental*, 5, 1, 94-100.
- Castro, M.E. (1980). Los Estudiantes y las Drogas en México. *Cuadernos Científicos EEMESAM*, 12, 25-34.

- Castro, M.E. y Valencia, M. (1978). Consumo de Drogas en México. Patrones de Uso en la Población Escolar. *Salud Pública de México*, 20, 5, 585-590.
- Castro, M.E., Maya M.A. y Aguilar M.A. (1982). Consumo de Sustancias Tóxicas y Tabaco entre la Población Estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública de México*, 24, 5, 565-574.
- Castro, M.E., Rojas, E., García, G. y De la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de Drogas en una Población Estudiantil. Tendencias en los Últimos 10 años. *Salud Mental*, 9, 4, 80-86.
- CIJ. Dirección de Prevención. Subdirección de Investigación. (2001). *La Vida Comunitaria, el Consumo de Drogas y El Cuidado de los Hijos*. CIJ. Informe de Investigación 99-16, México.
- CIJ; Institución Especializada a la Atención Integral de la Farmacodependencia. (1997). *Para Evitar el Consumo de Drogas entre Niños y Adolescentes*. 15, 17-19.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1994). *La Familia del Toxicodependiente*. España: Piadós. 22-45.
- Cook, A. E. (1996). Wounds become gifts: The process of transilience in adult children of alcoholic parents. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 56, 8-B, 4237.
- Cordero, Angela Mayra. (1997). Improving the quality of life of Hispanic alcoholics in an alcohol treatment center: A process of resocialization. *Dissertation Abstracts International, A (Humanities and Social Sciences)*, 58, 5-A.
- Córdova, A. (2000). *Correlatos Psicosociales de Prevalencia del Uso, Abuso y Dependencia a Drogas en Adolescentes*. Tesis para obtener el grado de maestro en psicología social. México. UNAM.
- Costa, P. y Mc Crae, R. (1980) Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 4, 668-678.

- Dazord, A., Broers, B., Giner, F. y Mino, A. (1998). Qualite de la vie de patients toxicomanes ayant une prise en charge comportant une prescription controlee d'heroiene. *Annales Medico-Psychologiques*, 156, 10, 681-693.
- Dazord, A., Mino, A., Page, D. y Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *European Psychiatry*, 13, 5, 235-241.
- Díaz, D., Balanzario, M., Castillo, I., Gutiérrez, A. y García, R. (2001). Uso de Drogas entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil. *Observatorio Epidemiológico en Drogas*. México. 66-71.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Diener, M. y Diener, C. (1995). Factors predicting de subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 5, 851-864.
- Diener, E., Larsen, R., Levine, S. y Emmons, R. (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 5, 1253-1265.
- Dorsch, F. (1991). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder.
- Feldman, F. (1999). ¿Cómo me Siento Hoy?. *Liber Addictus* 5, 28, 22-24.
- Foster, J. H., Marshall, E. J. y Peters, T. J. (2000). Application of a quality of life measure, the Life Situation Survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 24, 1, 1687-1692.
- Galán, E. (2000). *Significado Psicológico de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Pacientes Nefrópatas, Bienestar Subjetivo y Envidia*. Tesis para obtener el título de licenciada en psicología. México: U.N.A.M.
- Galvanovskis, A., y Sosa, A. (2000). Calidad de vida en el periodo de jubilación. *La Psicología Social en México*. VIII. 39-45. Puebla: Universidad de las Américas.

- González, V. (1994). *La Medición del Bienestar Psicológico y otros Aspectos de la Salud Mental*. València: NAU llibres. 13-17.
- González-Forteza, C., Saldívar, G. y Corona, R. (1998). El Efecto de Papá: Un Componente para la Salud Emocional de los Adolescentes. *La Psicología Social en México*, 7, 243-247.
- Graham, K. y Gillis, K. (1999). The relationship between psychosocial well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. *Substance Use & Misuse*, 34, 9, 1199-1222.
- Hammond, W. A. (2000). Canadian Native Adolescent Solvent Abuse and Attachment Theory. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 61, 5-B, 2762.
- Hernández, J. (1998). Manejo Emocional y Adicciones. *Liber Addictus*. 3, 17, 5-7.
- Hong, S. M. y Faedda, S. (1996). Family life satisfaction, age, length of residency: Predicting alcohol and cigarette use among Korean adolescents in Australia. *Psychological Reports*, 78, 1, 187-193.
- Inaba, D., Cohen, W. (1992). *Drogas: Estimulantes, Drepesores y Alucinógenos*. Argentina: Grupo Editor Latinoamericano. 16.
- Kawage, A., Gutiérrez, P., Llano, M., Martínez, D., SEP, y Cheverría, M. (1998). *Las Adicciones y las Disfunciones en la Familia*. En la comunidad del Encuentro. México: Trillas.
- Laborín, J. y Vera, J. (2000). Bienestar subjetivo y su relación con el locus de control y el enfrentamiento. *La Psicología Social en México*, VIII, México: AMEPSO. 192-199.
- Lanier, C. A., Nicholson, T. y Duncan, D. (2001). Drug Use and Mental Well Being among a Sample of Undergraduate and Graduate College Students. *Journal of Drug Education*, 31, 3, 239-248.

- León, B. (2002). *Territorialidad entre Jóvenes Usuarios de Drogas en el Área Metropolitana de la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de maestra en psicología ambiental. México: U.N.A.M.
- Lepper, H. S. (1998). Use of other-reports to validate subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 44, 3, 367-379.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A., Lence, M. (1998). *La prevención del Consumo de Drogas y la Conducta Antisocial en la Escuela: Análisis y Evaluación de un Programa*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Mariño, M.C., González-Forteza, C. y Medina-Mora, M.E. (1999). Relaciones Familiares en adolescentes: Resultados en Estudiantes y Consumidores de Drogas. *Psicología Conductual*, 7, 3, 461-470.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Olmedo, R. y Ortiz, E. (1991). *Protocolo de Investigación de la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas entre la Comunidad Escolar*. Documento interno: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M.E. (1993). *Diferencias por Género en las Prácticas de Consumo de Alcohol*. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del estado de Michoacán. Tesis para obtener el grado de doctor en psicología social. México: U.N.A.M.
- Medina-Mora, M.E., Ortiz, A., Caudillo, C., y López, S. (1982). *Inhalación Deliberada de Disolventes en un Grupo de Menores Mexicanos: Salud Mental*, 1, 5.
- Medina-Mora, M.E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., Villatoro, J., López, E., Olmedo, R., Ortiz, E. y Nequis, G. (1993). Consumo de Sustancias con Efectos Psicotrópicos en la Población Estudiantil de Enseñanza Media y Media Superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16, 3, 2-8.

- Medina-Mora, M.E., y Ortiz, A., (1995). El Impacto Social de las Adicciones en México. *Situación Actual de las Adicciones en México*. México. 36-41.
- Monedero, C. (1975). *La Manía una Psicopatología de la Alegría*. Madrid: Biblioteca Nueva. 33, 214-215, 220, 238-239.
- Mora-Ríos, J., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A. y Andrade-Palos, P. (1999). El significado Psicológico del Concepto Familia en Estudiantes a través del Uso de Redes Semánticas. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 1, 31-48.
- Mulder, I., Tjihuis, M., Smit, H. A. y Kromhout, D. (2001). Smoking Cessation and Quality of Life: The Effect of Amount of Smoking and Time Since Quitting. *Preventive Medicine: an International Devoted to Practice & Theory*, 33, 6, 653-660.
- Nehmad, A. (1990). *Consumo de Drogas y las Conductas Antisociales en un Grupo de Adolescentes Indigentes de la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de maestro en Psicología Clínica. México: UNAM., Facultad de psicología.
- Nelson, S. (1998). The effect of marital power relations on offspring adjustment at adolescence and young adulthood. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 58, 9-B, 5166.
- Ortiz, A., Caudillo, C. (1984). *Características de Familias de Sujetos Inhaladores en Comparación con no Inhaladores*. (un pub).
- Palomar, J. (1995). *Diseño de un Instrumento de Medición sobre Calidad de Vida*. Tesis para obtener el título de maestra en psicología clínica. México: UNAM.
- Palomar, J. (1999). Relación entre el Funcionamiento Familiar y la Calidad de Vida en Familias con un Miembro alcohólico. *Salud Mental*, 22, 6, 13-21.
- Pérez, C., (2002). *Reporte de Experiencia Profesional*. Tesis para obtener el grado de maestra en psicología. México: UNAM.

- Petratis, J., Flay, B. y Miller, T. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 1, 67-86.
- Pitkaenen, T. (1999). Problem drinking and psychological well-being: A five-year follow-up stud from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psycholog*, 40, 3, 197-207.
- Quintanilla, I. (1990). Calidad de vida, educación, deporte y medio ambiente. *Psicología Social y Sociedad del Bienestar*, IV, Barcelona: PPU. 86-88.
- Quiroga, H., Echeverría, L., Mata, A. y Ayala, H. (1990). Ambiente Familiar Percibido por Adolescentes Farmacodependientes de Zonas Marginadas. *La Psicología Social en México*, 3, 225-230.
- Ramirez, N., (2001). *Contexto Social, Ambiente Familiar, Grupo de Pares y Personalidad en el Consumo de Sustancias en Adolescentes*. Tesis para obtener el grado de maestra en psicología social. México: UNAM.
- Rivera, E., Villatoro, J., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E. y Jiménez, A. (1995). Percepción de las Características de lo Padres y su Relación con el Consumo de Drogas. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 5, 11, 2, 149-158.
- Rodríguez, E.M., Romero, M.P., Flores, J.A. y Ortiz, A. (1993). El Consumo de Sustancias Alucinógenas Ayer y Hoy. *Salud Mental*, 16, 2, 24-32.
- Russell, B. (1973). *La Conquista de la Felicidad*. Madrid: Colección Austral. 107, 112-3.
- Ryan, Karen Floersch. (1997). The relationships of perceived health status, cognitive-perceptual variables, and physiologic and demographic parameters to health behaviors. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 57, 8-B, 5343.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, (1999a). *Consumo de Drogas en México: diagnóstico, tendencias y adicciones*. México.

- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, (1999b). *Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Alcohol*. México.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, (1999c). *Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Tabaco*. México.
- Shek, D. T. (1997). Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: A pioneer study in a Chinese context. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 1, 113-128.
- Shek, D. T. (1999). A longitudinal study of the relations of family factors to adolescent psychological symptoms, coping resources, school behavior and substance abuse. *International Journal of Adolescent Medicine & Health*, 10, 3, 155-184.
- Silva, A., Ramírez, O., Vega, E., Delgado, V. y Rodríguez, G. (1993). Los Problemas Psicológicos de los Jóvenes del Centro del País. Un Estudio Epidemiológico. *Psiquiatría*, 9, 3, 197-211.
- Supple, A. A., William, S. y Wright, D. L. (1999). Collecting sensitive self-report data with laptop computers: Impact on the response tendencies of adolescents in a home interview. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 4, 467-488.
- Tapia-Conyer, R., Cravioto, P., De la Rosa, B., y Kuri, P. (1995). Panorama Epidemiológico de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. *Situación Actual de las Adicciones en México*. México: 19-25.
- Topolski, T. D., Patrick, Donald, L., Edwards, T. C., Huebner, C. E., Connell, F. A., Mount, K. y Kiomi. (2001). Quality of Life and Health-Risk behaviors among Adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 29, 6, 426-435.
- Valverde, J. (1996). *Vivir con la droga*. España :Pirámide, 48,49., 130.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Villatoro, J., Medina-Mora M.E., Fleiz, C., Berenzon, S., López, E., Rojas, E. y Carreño, S. (1996). Factores que Predicen el Consumo de Drogas en los estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior de México. *La Psicología Social en México*, 6, 569-574.
- Wright, D. y Heppener, P. (1993) Examining the well-being of nonclinical college students: Is knowledge of the presence of paternal alcoholism useful? *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3, 324-334.
- Zullig, J., Valois, R. T., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E. y Drane, W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 4, 279-288.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN