



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES Y SU
RELACIÓN CON LAS ADICCIONES EN
ADOLESCENTES**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MONICA ALVAREZ ZUÑIGA

Director: Dra. **. Norma Coffin Cabrera**
Dictaminadores: Dr. **. Arturo Silva Rodríguez**
Lic. **María de Lourdes Jiménez Rentería**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



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.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1. Adolescencia como etapa de cambios.	3
1.1. Principales cambios físicos	3
1.1.1. Desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias	4
1.2. Desarrollo psicosocial en el adolescente	6
Capítulo 2. Depresión en adolescentes	9
2.1.- Definición de Depresión	9
2.1.1.- Etiología de la Depresión	10
2.2.- Principales Síntomas	11
2.3.- Depresión en Adolescentes	12
Capítulo 3. Habilidades Sociales en los adolescentes	17
3.1.- Aproximación Histórica al Estudio de las Habilidades Sociales	17
3.2.- Definición de Habilidades Sociales	19
3.3.- Habilidades Sociales en los Adolescentes	22
Capítulo 4. Adicciones	25
4.1.- Tipos de Drogas	26
4.2.- El Adolescente y las Adicciones	38
Metodología	45
Objetivos	45
Participantes	46
Instrumentos	47
Procedimiento	48
Resultados	49
Discusión	62
Referencias	65
Anexos	70

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de estimar la relación entre depresión, las Habilidades Sociales (H.S.) y las adicciones en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas. Un segundo propósito fue determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los adolescentes según su género, así como de acuerdo al tipo de comunidad (urbana/rural) en la que viven. Se emplearon el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y una lista de chequeo elaborada por Silva (1993), para evaluar a 386 adolescentes de Secundaria, cuya media de edad fue de 13.43 años. El análisis de los datos se efectuó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, y las pruebas *t* de Student y U de Mann-Whitney, la cual mostró que no existen diferencias por género en los puntajes de depresión y habilidades sociales, en adicciones se encontraron diferencias significativas, ya que las mujeres presentan mayores indicadores de consumo así como en la región rural. La variable depresión correlacionó moderadamente con adicciones y habilidades sociales.

Palabras clave: depresión, habilidades sociales, adicciones, adolescentes, tipo de comunidad

INTRODUCCIÓN

El interés por estudiar a los jóvenes desde diferentes enfoques, ha sido el resultado de la importancia que ha cobrado el concepto de adolescencia a través del tiempo en la sociedad, debido a las principales transformaciones del rol ejercido. Históricamente, en las sociedades occidentales, durante los siglos XVIII y XIX, los niños varones se involucraban en labores productivas entre los 7 y 13 años de edad, mientras que las niñas cuidaban a los hermanos menores. Sin embargo, se vincula este interés a las transformaciones sociales que tuvieron lugar a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX (Coffin, 2006).

Con la Revolución Industrial y su impacto en los avances tecnológicos, se favorece el mercado laboral. Los niños y jóvenes se insertan al trabajo en las fábricas, comenzando a percibir un salario, ampliando así sus acciones en la sociedad. Posteriormente, en la Primera Guerra Mundial, la población adulta masculina disminuye en las ciudades, propiciando que los adolescentes cubrieran este déficit de mano de obra. Esta inserción de cada vez más adolescentes en el trabajo, obliga a las familias de las clases media y alta, a ver a la educación como el camino para forjarles un mejor futuro. Es así como al paso de los años, surgen más escuelas y se amplían los límites de edad en la educación escolar obligatoria, la cual en los países occidentales, se encuentra entre los 16 y 18 años de edad, dando lugar a nuevas leyes que protegieran al niño del trabajo laboral, demandando una asistencia escolar universal y segregando a los adolescentes de los niños y los adultos.

Así, las medidas políticas y judiciales, con base en esta transformación paulatina pero decisiva de la adolescencia, debieron ser desarrolladas para regular los nuevos roles de los adolescentes en la sociedad, surgiendo nuevas leyes que controlarían su conducta, evitando aquellas infracciones que son fruto, entre otras causas, de los desajustes que se producían –y continúan produciéndose- entre las expectativas creadas, sobretodo de consumo y prestigio social, y las posibilidades reales de alcanzarlas por el camino que el propio sistema ha diseñado (Coffin, 2006).

De acuerdo a Silva, Aragón, Ramírez, Vega, Delgado, y Rodríguez (1993), existe un acuerdo general en cuanto a que en el adolescente se presentan problemas especiales de desajuste a la sociedad. Son muchos los factores del desarrollo del comportamiento que en esta etapa toman nuevos rumbos y cambios de dirección, algunos estimulados por las exigencias sociales y otros por la aparición de nuevas exigencias biológicas y emocionales.

Así, el presente estudio se realizó con el objetivo de estimar la relación entre la depresión, las Habilidades Sociales (H.S.) y las adicciones en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas en México, buscando diferencias de género.

Para tal objetivo, en el presente reporte se desarrollan cuatro capítulos, en primera instancia se presenta un esbozo de lo que en la actualidad se conoce como Adolescencia; en el segundo capítulo se habla de una de las problemáticas que con más frecuencia se puede encontrar durante esta etapa: la depresión. En cuanto a lo referente a las habilidades sociales, en el capítulo tres se define esta herramienta que puede servir a los adolescentes para enfrentarse a los diferentes cambios que se les presentan. En el capítulo cuatro trata de las adicciones, que son, tipos de sustancias que pueden llegar a causar adicción. En estos cuatro capítulos se analizan estos temas enfocados a los adolescentes, mostrando el estado del arte de cada uno. Por último se presenta el estudio realizado con estas variables enfocadas en adolescentes mexicanos, los resultados y análisis de esto.

CAPITULO 1.- ADOLESCENCIA COMO ETAPA DE CAMBIOS

La adolescencia es un periodo de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo, social y comportamental, las cuales aparecen en mayor proporción en comparación con las que se suscitan en otros niveles de edad (Craig, 1997).

Bucio (2003), refiere que Corona y Salvat (2000), definen a la adolescencia como una etapa evolutiva específica de crecimiento y desarrollo humano, en la cual con frecuencia se manifiestan aspectos conflictivos. Sin embargo, sus variaciones en forma de periodos de crisis son preparatorias para progresos hacia la juventud y etapa adulta.

Por otra parte, la definición de adolescencia desde el punto de vista psicológico tiene relación con las habilidades o repertorios verbales, conductuales y cognitivos, con los que cuenta el individuo, con relación al ambiente físico y social en el cual se desenvuelve.

Desde este punto de vista, la transición hacia la vida adulta deberá estar marcada por la consolidación de la identidad, la capacidad de autonomía e independencia y la posibilidad del individuo de establecer relaciones en un ámbito de intimidad (Fernández, 1989).

La palabra adolescencia señala los cambios biológicos y psicológicos que se presentan durante este periodo, ya que es una etapa de reorganización donde el ahora joven empieza a buscar su identidad, y deja de ser niño para ingresar al mundo de los adultos; es la etapa de la búsqueda de los valores personales y por los acelerados cambios que presenta su cuerpo (Papalia, 2001; citado en Chávez, 2006).

1.1. Principales cambios físicos.

Se considera que esta etapa comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina a los 19 ó 20 años, iniciando en la pubertad, la cual se caracteriza por la maduración del individuo en el aspecto fisiológico, esta es la etapa final de la niñez y la parte inicial de la adolescencia, como promedio la pubertad dura 4 años, a los dos primeros se conoce como preadolescencia, pues no se ha alcanzado aun la

madurez sexual, y los cambios físicos han comenzado a transformar su cuerpo para convertirlo en los siguientes años en un adulto (Hurlock, 1994)

Como ya se mencionó, la adolescencia inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad, pero este inicio no se encuentra claramente definido, pues es un conjunto muy complejo de fenómenos que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, cambios hormonales y la aparición de las características sexuales primarias y secundarias (McKinney, Fitzgerald y Strammen, 1990).

1.1.1 Desarrollo de las Características Sexuales Primarias y Secundarias:

a) Primarias: De acuerdo a diversos autores (Bucio, 2003; Rice, 2000 & Shaffer 2000), algunos de los cambios a nivel fisiológico son:

En el hombre: Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después de la edad de 13 años y medio para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan una y media veces su tamaño y su aproximadamente ocho y media veces su peso. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del esperma. Este fluido aparece en la apertura de la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación.

El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras. El proceso total de espermatogénesis, desde el momento en que se forma hasta que se convierte en un espermatozoide maduro.

Los adolescentes pueden presentar poluciones nocturnas, conocidas como sueños húmedos, dichas experiencias son normales, no ocasionan daño alguno y pueden ser aceptadas como parte de su sexualidad.

En la mujer: Los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales

femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el monte de Venus y el vestíbulo, podemos mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen.

En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos.

Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El monte de Venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente este es el resultado de la maduración de los folículos, cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario.

Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer.

b) Secundarias: Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en el varón, entre otros.

En mujeres:

- ❖ Desarrollo de los senos, pigmentación del pezón y la areola.
- ❖ Aparición del vello púbico así como vello axilar
- ❖ Cambios en la voz.

- ❖ Cambios en la piel.
- ❖ Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.
- ❖ Primer periodo de la menstruación, Es el signo más evidente de la madurez sexual de una niña; es la primera menstruación. La menarquia se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino.

En hombres:

- ❖ Aparece el vello, desde los órganos genitales hasta el ombligo.
- ❖ Aumento de la musculatura y fuerza muscular.
- ❖ La espalda se ensancha y la cadera se estrecha.
- ❖ El cabello y la piel se vuelve grasoso.
- ❖ Hay aparición de barba y bigote.
- ❖ Cambio de voz por cambios anatómicos en laringe.
- ❖ Erecciones voluntarias e involuntarias y eyaculaciones

1.2. Desarrollo psicosocial en el adolescente

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana; el adolescente se enfrenta a una serie de duelos, tales como perder el cuerpo infantil, asimilar los cambios que ocurren en su organismo y el tener que aceptar nuevas responsabilidades entre otros aspectos (Monroy, 1995. citado en García, Martínez y Yañez, 2006)

Es en esta etapa en donde la mayoría de los adolescentes comienzan a realizar evaluaciones sobre si mismos, comparando aspectos físicos, habilidades motoras e intelectuales y sociales con los de sus iguales y con los de sus ideales. (Rice, 2000).

En cuanto a su desarrollo emocional los adolescentes sufren cambios bruscos en su estado de ánimo, lo que se considera como la puesta a prueba de sus sentimientos, y está orientada a consolidar y/o asimilar los conceptos que se tiene de sí mismo, (Chávez, 2006). De igual forma, suelen presentarse cambios en los estímulos que provocan emociones, las emociones placenteras (alegría, afecto, felicidad) se presentan con menos frecuencia e intensidad, esto es en mayor medida en los primeros años de la adolescencia (García *et al*).

Por otro lado, el comportamiento de los adolescentes está caracterizado por la inestabilidad en los objetivos, conceptos e ideales derivados de la búsqueda de una identidad propia. La identidad constituye la diferenciación personal ante la realidad y los valores sociales, siendo la adolescencia el periodo clave y también crítico, de la formación de ésta. La identidad tiene como características: la conciencia de una propia identidad, el empeño inconsciente por conseguir una y la búsqueda de la propia identidad bajo la vinculación social de un grupo determinado (Clark, 1999).

En este sentido, Hurlock (1994), menciona que los factores sociales son responsables de la identidad que el adolescente está por asumir, así como de las emociones desagradables y de la forma en cómo las expresa. Por lo tanto, los factores sociales son importantes para definir la forma en que el adolescente responderá ante dicha identidad y emoción.

Bandura (1969) se interesó por la aplicación de la teoría del aprendizaje social a los adolescentes; resalta que los niños y adolescentes aprenden por medio de la observación de la conducta de otros e imitan ese patrón mediante el proceso de modelamiento; a medida que los niños crecen, imitan diferentes modelos de su entorno social.

Cuando el niño se acerca a la adolescencia, se le presenta la necesidad de liberarse lo más pronto posible de los lazos familiares y a consecuencia de esto se asocia con individuos o grupos de su mismo género, adaptándose a sus reglas y normas para poder ser aceptado dentro del mismo. (Powel, 1985, citado en García et al)

Sin embargo, dentro del grupo el adolescente actúa de forma conformista, ya que se comporta y viste de igual forma que los demás miembros del grupo, les gusta la misma comida y el mismo tipo de música, ya que esto le permite poder identificarse con los otros miembros del grupo (Conger, 1980).

Con respecto a las amistades en la adolescencia, generalmente son pasajeras, lo cual se debe a que se unen por ser semejantes, pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, lo que ocasiona que las relaciones de amistad sean cortas e inestables. Cabe destacar que conforme el

adolescente va creciendo, las amistades serán más duraderas, esto es debido a que buscan que sus intereses sean similares (Powel 1995)

Por último, es importante señalar que, el periodo de desarrollo psicosocial del adolescente puede variar ya que intervienen diversos factores; individuales, culturales. Ambientales y sociales, los cuales determinarán que el ajuste psicosocial del niño en adulto no sea tan problemático.

CAPITULO 2: DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

2.1. Definición

El trastorno depresivo ha sido definido por diferentes autores y a través de diversas investigaciones; tales definiciones constituyen una amplia gama de posibilidades para dar cuenta de la depresión, dado que involucran desde aspectos médicos hasta socioculturales y conductuales.

Por ejemplo Schilkraut (1965, citado en Belloch, Sandin y Ramos, 1995), define la depresión como una enfermedad relacionada con alternaciones en el funcionamiento de los receptores de ciertos neurotransmisores, principalmente la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. Lejos de los términos técnicos de la medicina encontramos definiciones como la de Arienti y Bempodad (1981), quien señala que la depresión es una enfermedad que afecta al organismo, así como el ánimo y la manera de pensar de un individuo. Por su parte, Llaberia y Lorente (1990) mencionan que la depresión es un conjunto de síntomas que interfieren en la capacidad de los sujetos para dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes les resultaban placenteras.

Haciendo énfasis en los aspectos socioculturales, Bleichmar (1992), apunta que la depresión es un padecimiento multifactorial que puede entenderse en función de las construcciones identitarias de género, gracias a las cuales la valoración de las actividades, habilidades y posibilidades de enfrentar los eventos estresantes es diferente entre los géneros femenino y masculino. Por tanto, según el autor, es la construcción sociocultural lo que modifica la probabilidad de padecer depresión por parte de mujeres y varones.

De acuerdo con Beck (1972), la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. La existencia de una serie de esquemas depresógenos, constituidos por percepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, conlleva a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información; entre tales deformaciones se encuentran la sobre-generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. De esta manera, señala Beck, las emociones y conducta típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

2.1.1. Etiología de la depresión

El estudio de la depresión se ha llevado a cabo desde diferentes aproximaciones. La medicina y la psicología han tratado de encontrar el cómo se origina, sin embargo no se ha llegado a una conclusión. De acuerdo a García, Martínez y Yáñez (2006) la depresión puede tener originarse por factores biológicos, sociales y / ó psicológicos:

a) Biológicas: pueden ubicarse en los factores genéticos, aunque no puede hablarse de que el cuadro depresivo se herede directamente, sino que se posibilita la transmisión de desencadenantes que ocasiona que se sea más vulnerable al trastorno. Dicha predisposición no asegura que las manifestaciones hereditarias de la depresión sean idénticas o que se parezcan a las que ha padecido algún familiar y menos aun que las personas respondan igual a los tratamientos antidepresivos, terapéuticos o farmacológicos. (Sabanés, 1993, citado en García, Martínez y Yáñez 2006).

b) Sociales: Las condiciones sociales influyen en cualquier aspecto de la vida del individuo, las cuales pueden llegar a alterar su funcionamiento, en el caso de la depresión en elemento causal puede ser el estrés, por ser un agente nocivo dentro de la interacción individuo – ambiente social. Schitd (1993, en García op cit.) menciona que algunos de los desencadenantes del estrés son: cambio de vivienda, cambio o pérdida de trabajo, cambios en la estructura familiar. Aunados a estos, Coffin (2006), refiere que en un estudio realizado por Gutman y Sameroff, en donde tuvieron como objetivo conocer la relación de algunas variables sociales con la depresión, en hombres y mujeres adolescentes y adultos, se estudiaron 372 familias longitudinalmente en diferentes escenarios: familia, compañeros y vecindario, encontrando que las variables que se relacionan con la depresión eran diferentes de acuerdo al sexo y de acuerdo al periodo de desarrollo en que se observaban. La familia y los compañeros eran variables significativamente relacionadas al estado depresivo en los hombres durante la transición a la adultez.

c) Psicológicas: Existen dos tipos de factores psicológicos que se asocian con la depresión: los factores determinantes; los cuales tienen que ver con una mala integración de la personalidad en la etapa formativa y los factores desencadenantes; como son la pérdida de algún ser querido, pérdida de salud, cambios en la situación

económica. De acuerdo a Beck, (Beck, Rush, Brian y Emery, 1983), algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Los conceptos negativos pueden ser permanentes o latentes y activados por circunstancias análogas, los supuestos básicos de lo anterior son:

- ❖ La percepción y la experiencia: Procesos activos que incluyen datos tanto de introspección como de inspección.
- ❖ Las cogniciones que se derivan de una síntesis de estímulos internos y externos.
- ❖ El modo de evaluar una situación que nace a partir de las cogniciones.
- ❖ Las cogniciones reflejan la configuración de la persona acerca de sí misma, su pasado y futuro.

Por lo tanto, los cambios en las estructuras cognoscitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en su conducta, lo cual puede desencadenar un estado depresivo.

2.2. Principales Síntomas

Beck, (1967, citado en Buceta, 1986) propone cuatro categorías para agrupar los síntomas de la depresión:

1) Manifestaciones emocionales:

Estado de ánimo disfórico
Sentimientos negativos hacia uno mismo
Reducción de la gratificación obtenida al realizar actividades
Pérdida de apego emocional a personas o cosas
Periodos de llanto
Pérdida de alegría

2) Manifestaciones cognitivas:

Baja auto-evaluación
Expectativas negativas
Auto acusación y auto crítica
Indecisión
Distorsión de la propia imagen corporal

3) *Manifestaciones motivacionales:*

- Paralización de la voluntad
- Deseos de evitación, escape y retirada
- Deseos de suicidio
- Aumento de la dependencia de otros

4) *Manifestaciones neuro-vegetativas y físicas:*

- Pérdida de apetito
- Problemas de sueño
- Perdida de libido
- Cansancio

2.3. Depresión en los adolescentes

El estudio de la depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con diversos factores mediante los cuales se pretenden elaborar explicaciones acerca del mismo (Milne y Lancaster, 2001).

Entre las variables que han sido asociadas con el trastorno depresivo se encuentra el género, esto en tanto que los datos aportados por una gran variedad de estudios confirman que la prevalencia de la sintomatología depresiva es mayor en las mujeres que en los varones (Marcelli, 1992).

Ejemplo de ello es la investigación llevada a cabo por Cantoral, Méndez y Nazar (2005), quienes pretendieron indagar la frecuencia y condiciones socioculturales y económicas que explican la depresión en adolescentes; en particular las diferencias explicativas de la depresión en mujeres y varones. Para ello evaluaron a 241 chicos (133 varones y 108 mujeres) cuyas edades se encontraban entre 12 y 15 años, y quienes asistían a una secundaria chiapaneca en la que acudían adolescentes tanto de poblaciones rurales como urbanas. A través de la Encuesta de Depresión para Estudiantes de Secundaria, las autoras hallaron que la prevalencia de la sintomatología depresiva se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres en comparación con los varones. Siete de cada diez

de ellas se encontraban deprimidas (73.1%) respecto a cinco de cada diez chicos (54.1%), dichas diferencias resultaron estadísticamente significativas.

También encontraron diferencias entre hombres y mujeres depresivas en función de la edad. Entre los varones, los más afectados fueron aquellos que tenían 12 y 13 años de edad (72.7%), mientras que en las adolescentes de 13 y 14 años (80.3%) se identificaron los mayores índices de depresión. Estos datos concuerdan con lo señalado por Richter, Alvarado y Fend (1997), quienes reportaron que el género y la edad son factores de riesgo de la depresión.

Peña, Ulloa & Páez (1999) reportan que el trastorno depresivo mayor en la adolescencia es la principal categoría diagnóstica encontrada en esta edad, la cual se relaciona con otros padecimientos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno distímico, el trastorno de conducta entre otros, esto en una evaluación a 129 adolescentes de 13 a 19 años de edad, realizado en la Clínica de Adolescentes, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Vilchis (1999) diseñó y aplicó un programa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales, alternativas al comportamiento depresivo en adolescentes de secundaria, quienes en una evaluación mediante la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes de Ríos, 1994 y el Inventario de Depresión para Niños de Kovacs, 1997, presentaron déficit en estas conductas y una relación con la presencia de trastornos depresivos.

Trabajó con 24 adolescentes, los cuales fueron distribuidos en tres grupos (dos experimentales y un grupo control), el entrenamiento fue desarrollado en diez sesiones semanales de dos horas para cada grupo experimental, las habilidades que fueron parte del entrenamiento fueron: escuchar, iniciar y mantener una conversación, entender los sentimientos de otros, auto reforzamiento, hacer respetar sus derechos, resistir la presión grupal e individual y afrontar la burla; al finalizar el entrenamiento realizaron evaluaciones pos entrenamiento las cuales mostraron la eficacia del programa con la superación del déficit en las habilidades sociales entrenadas y la reducción de los niveles moderado y severo de la depresión, la sugerencia que brinda la investigadora es el de realizar

entrenamientos para el desarrollo de las habilidades sociales en adolescentes, en relación a otros trastornos de conducta, de forma permanente.

En 1992, Ledezma realizó una investigación sobre el rendimiento escolar y la depresión en adolescentes, en la cual reportó que existe una relación significativa entre el rendimiento escolar y la depresión del adolescente. Su investigación estuvo compuesta por dos grupos (alumnas internas y externas) en donde encontró que las alumnas internas mostraron una tendencia no significativa a presentar síntomas relacionados con la depresión; así también presentaron disminución en su autoestima y un incremento en la preocupación por su propia salud y en ideas acerca de la muerte.

Otros aspectos que en las investigaciones también se relacionan frecuentemente con la depresión son el ambiente familiar, las relaciones entre padres e hijos y los recursos de apoyo familiar. Aunque cabe señalarse, que en la mayoría de los estudios en los que se evalúan tales relaciones se incluyen otras variables, las cuales generalmente son la ideación suicida y el consumo de drogas.

Aydin y Öztücüncü (2004), pretendieron estudiar la relación entre los pensamientos negativos, el humor depresivo y el medio ambiente en 311 adolescentes de 16 y 17 años de edad. Los instrumentos que emplearon para obtener datos respecto a cada una de las variables fueron la Escala de Ambiente Familiar (FES), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los autores reportan una relación negativa entre la cohesión familiar, el grado de pensamientos automáticos y el humor depresivo presentado por los adolescentes de la muestra.

En el estudio realizado por Bogard (2005), se examinó la relación entre los recursos de apoyo percibidos por adolescentes y sus resultados en auto reportes de depresión y uso de drogas. La muestra estuvo conformada por 374 estudiantes cuya media de edad fue de 12.6 años y que pertenecen al nivel socioeconómico alto. Se les administró el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Inventario de Relaciones con los Padres y Pares (IPPA), así como un cuestionario para evaluar el uso de drogas.

Los resultados indican que la percepción de una relación estrecha e íntima con los padres, por parte de los adolescentes, juega un papel mediador en la reducción de la sintomatología depresiva y el uso de drogas, mientras que el apoyo de otros adultos no resultó ser un factor de protección ante éstos. Es decir, los datos mostraron que los recursos de apoyo percibidos fuera del hogar por adolescentes que mantenían relaciones distantes y hostiles con sus padres, no moderan sino incrementan los efectos de la exposición a factores de riesgo de depresión y consumo de drogas.

En otra investigación, Field, Diego y Sanders (2001), evaluaron a 79 estudiantes de secundaria mediante la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre Depresión (CES-D), así como también a través de un cuestionario sobre las relaciones con los padres y con los amigos, los pensamientos positivos y negativos incluyendo la ideación suicida y algunas variables acerca del estilo de vida como el desempeño académico, el ejercicio y el consumo de drogas; esto con el objetivo de evaluar la relación entre estas variables y la depresión en los chicos. Los investigadores hallaron que los adolescentes que obtuvieron mayores puntuaciones en el CES-D también tenían relaciones poco funcionales con sus padres así como con los chicos de su edad. Asimismo, encontraron que este grupo de jóvenes solían realizar poco ejercicio, tenían poco éxito académico y experimentaban menor felicidad, no obstante su consumo de drogas y pensamientos sobre el suicidio eran elevados.

Un estudio más es el que llevaron a cabo González-Forteza y Andrade (1995), el cual tuvo como objetivos 1) delimitar correlaciones entre el control, la comunicación y el afecto de la madre y el padre y los recursos de apoyo familiar, de amigos o de nadie, de los adolescentes y 2) identificar la relación de esto con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en estudiantes de secundaria. Los participantes fueron 423 adolescentes que cursaban el primero, segundo y tercer año de secundaria y cuya edad media era de 13.86 años. La relación con los padres se evaluó mediante una escala de tres factores: afecto de la madre y del padre, comunicación de la madre y del padre y control de la madre y del padre. Los recursos de apoyo se evaluaron con una cédula de registro de tres opciones. La

sintomatología depresiva se valoró con la escala del CES-D y finalmente, la ideación suicida fue explorada a través de 3 reactivos sobre ideas o pensamientos sobre la propia muerte. El apoyo familiar se encontró correlacionado negativamente con la búsqueda del apoyo de los amigos y de ningún apoyo. Asimismo, se halló una correlación positiva entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida, tanto en los hombres como en las mujeres. En cuanto a la relación de todas las dimensiones evaluadas y la búsqueda de apoyo familiar con la sintomatología depresiva y la ideación suicida, hubo diferencias por género. En los varones la depresión y la ideación suicida no se correlacionaron con las dimensiones evaluadas de la relación con los padres ni con los recursos de apoyo familiar, mientras que en las mujeres sí.

Finalmente, en la investigación que llevaron a cabo Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo y Lara (2004), se pretendió evaluar las diferencias en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven (con la familia o en otro lugar). Los autores aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 68 estudiantes entre 13 y 17 años de edad, de los cuales 34 viven con su familia y 34 fuera de ésta. De acuerdo a los datos reportados, los adolescentes que no habitan con su familia presentan mayor depresión que aquellos que viven con su familia.

También se ha detectado que los adolescentes que tienen una baja autoestima o que perciben poco control sobre eventos negativos presentan mayores riesgos de deprimirse. Sin embargo es difícil detectar si dicho trastorno está presente, dado que, como ya se mencionó, en esta etapa se presentan cambios bruscos en su estado de ánimo.

La depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.

CAPÍTULO 3: HABILIDADES SOCIALES EN LOS ADOLESCENTES

El ser humano es fundamentalmente un ser social, es decir, cada individuo mantiene relaciones interpersonales, las cuales constituyen un factor determinante en el desarrollo, ya que como individuo necesita adquirir un conjunto de habilidades que le permitan desenvolverse e interactuar con los miembros de la sociedad a la cual pertenece. Específicamente en el periodo de la adolescencia donde se vuelve prioritario el desarrollo de habilidades sociales que le permitan adaptarse al nuevo marco social que se les impone.

En este contexto, se puede llegar a asociar algunas dificultades que presentan los adolescentes para relacionarse de forma adecuada con los demás. De acuerdo con Roth (1986, citado en Alegría, 2003), lo anterior se puede resolver si se tiene competencia social, y para lograr tenerla es necesario el desarrollo de habilidades sociales (nos permiten actuar de acuerdo con nuestros intereses más importantes, defendernos sin ansiedad inapropiada, expresar nuestros sentimientos y ejercer nuestros derechos personales sin negar o menospreciar los de los demás). Por lo anterior surge la importancia de estudiar las habilidades sociales.

3.1. Aproximación Histórica al estudio de las Habilidades Sociales.

El estudio de las habilidades sociales tiene diversas raíces históricas. El estudio científico y sistemático del tema deriva de tres principales fuentes (Caballo 1993):

La primera fuente esta basada en el trabajo de Salter (1949) influido por los estudios de Pavlov sobre las funciones superiores del psiquismo humano, como la capacidad de sintetizar señales que afectan al comportamiento en el nivel de los condicionamientos. A dicho trabajo le siguió el realizado por Wolpe (1958), quien fue el primero en utilizar el término asertividad. Más tarde, Lazarus propuso cuatro dimensiones del término asertividad: a) Capacidad de decir no; b) Capacidad de pedir favores y hacer peticiones; c) Expresión de sentimientos positivos y negativos; d) Iniciar, continuar y terminar conversaciones.

La segunda fuente la constituyen los trabajos de Ziller y Phillis sobre la competencia social, en dicho estudio demostraban que cuando era mayor la competencia social previa de los pacientes, menor fue la duración de la estancia en el hospital y más baja la tasa de recaídas de sus enfermedades una vez dados de alta.

La tercera fuente se dio en Inglaterra con los trabajos de Argyle y Kendor, quienes a partir de una serie de investigaciones psicosociales aplicadas al ámbito industrial elaboraron un modelo teórico explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales, tomando como analogía el modelo ergonómico aplicado a las destrezas motoras, retomando la relación hombre-máquina, trasladándola a la relación hombre-hombre, considerando el término habilidad como un concepto que integra actividades organizadas y coordinadas en relación con un objeto o situación, así como aspectos perceptivos, motrices y del procesamiento de la información.

Gil y García (1998) mencionan una cuarta fuente: el desarrollo de los principios de aprendizaje social propuestos por Bandura (1976), a partir de los cuales se impulsan los procedimientos cognitivos, incorporando la técnica de modelado como parte de los entrenamientos en habilidades sociales (EHS). La teoría del aprendizaje social propone que los factores personales y sociales influyen de manera bidireccional, y la conducta es un determinante que interactúa con ambos.

El fundamento teórico del aprendizaje social es considerar al comportamiento social como producto de las interacciones entre los procesos motivacionales y cognitivos del individuo y los factores ambientales o situacionales del contexto. El aprendizaje se da mediante procesos tales como: modelado de conductas, la anticipación de consecuencias y las propias consecuencias, el sentimiento de auto-eficacia y la autorregulación.

Estos son los elementos que dieron forma a las bases teóricas de las Habilidades Sociales, con los cuales se pretende entender y mejorar las interacciones sociales, pero ¿que son las habilidades sociales?, estas han sido

conceptualizadas desde distintas perspectivas teóricas, por lo tanto se deben analizar para entenderlas.

3.2. Definición de Habilidades Sociales.

Para poder comprender las H.S. es necesario considerar las definiciones que proponen diferentes autores, ya que las habilidades sociales suelen considerarse como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. El término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos (Michelson, 1987, citado en Campa y Ramos 2000).

Riesco (2005), citando a Rinn Markle (1979), define las habilidades sociales como un repertorio de comportamientos verbales y no verbales a través de los cuales los niños inciden en las respuestas de otros individuos (compañeros, padres, hermanos, maestros) en el contexto interpersonal. Este repertorio actúa como un mecanismo a través del cual los niños inciden en su medio ambiente, obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas y no deseadas en la esfera social. Por lo tanto, en la medida en que una persona tiene éxito para obtener las consecuencias deseadas y evitar o escapar de las no deseadas sin causar dolor en los demás se considera que tiene Habilidades Sociales (H.S).

Para Caballo (1986), las H. S. son el conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, y respetando dichas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas.

Kelly (1996) define las H. S como un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Estas conductas son aprendidas y facilitan la relación con los otros, además de la reivindicación de los propios derechos sin negar los derechos de los demás. El poseer estas capacidades evita la ansiedad en situaciones difíciles o novedosas, de igual manera, facilitan la comunicación emocional y la resolución de problemas.

Ríos (2002), menciona que Goldstein en 1981 sugirió la categorización de aquellas habilidades sociales que debería poseer una persona para interactuar exitosamente con sus semejantes, la cual estaba compuesta por 59 habilidades distribuidas en 6 áreas generales:

1.- Habilidades Sociales de Inicio:

- Atender
- Comenzar una conversación
- Mantener una conversación
- Preguntar una cuestión
- Dar las gracias
- Presentarse a sí mismo
- Presentar a otras personas
- Saludar

2. Habilidades Sociales avanzadas

- Pedir ayuda
- Estar en compañía
- Dar instrucciones
- Seguir instrucciones
- Discutir.
- Convencer a los demás

3. Habilidades para manejar sentimientos

- Conocer los sentimientos propios
- Expresar los sentimientos propios
- Comprender los sentimientos de los demás
- Afrontar la cólera de alguien
- Expresar afecto
- Manejar el miedo
- Recompensarse por lo realizado

4. Habilidades alternativas a la agresión

- Pedir permiso
- Formar algo
- Ayudar a los otros
- Negociar
- Utilizar el control personal
- Defender los derechos propios
- Responder a la amenaza
- Evitar pelearse con los demás
- Impedir el ataque físico

5. Habilidades para el manejo de estrés

- Exponer una queja
- Responder ante una queja
- Deportividad tras el juego
- Manejo de situaciones embarazosas
- Ayudar a un amigo
- Responder a la persuasión
- Responder al fracaso
- Manejo de mensajes contradictorios
- Manejo de una acusación
- Prepararse para una conversación difícil
- Manejar la presión de grupo

6. Habilidades de planificación

- Decidir sobre hacer algo
- Decir qué causó un problema
- Establecer una meta
- Decidir sobre las habilidades propias
- Recoger información
- Ordenar los problemas en función de su importancia

- Tomar una decisión
- Concentrarse en la tarea

3.3. Habilidades Sociales en los Adolescentes

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa de cambio, por lo que el tipo y la calidad de las interacciones que los jóvenes desarrollan con las personas de su entorno (familia, amigos, escuela) pueden alterarse. Por lo cual, se hace necesario que los adolescentes desarrollen conductas que le permitan tener relaciones interpersonales satisfactorias.

Para que lo anterior se pueda concretar es necesario que los adolescentes desarrollen una amplia gama de H.S. diferentes a las aprendidas durante la niñez, tales como iniciar y mantener conversaciones, hacer preguntas, expresar sentimientos positivos y negativos de forma adecuada, habilidades para afrontar presiones de grupo, las burlas de compañeros, habilidades para planear sus actividades y distribuir su tiempo. El carecer de dichas habilidades hace probable el desarrollo de comportamientos incompatibles con la salud, el aprendizaje y el bienestar familiar y social. (Ríos, Frías y Rodríguez, 1998)

De acuerdo a Sanz, Sanz e Iriarte (2000), la enseñanza de las habilidades sociales es una necesidad prioritaria en la sociedad actual. Los individuos, para relacionarse eficazmente con sus semejantes, deben disponer de un alto nivel de competencia social.

Al respecto, Smokowsky, Mann, Reynolds y Fraser (2004, citado en Coffin, 2006), realizaron una investigación longitudinal para determinar factores de protección para los logros académicos, sociales y de salud mental en 1539 adolescentes. Se llevó a cabo un modelo ecológico que contenía información acerca de las características de su infancia, procesos familiares, participación en programas de intervención durante la niñez e indicadores de competencia y problemas que predijeran depresión, delincuencia juvenil y que completaran sus estudios en la adolescencia tardía. Los análisis mostraron que el riesgo familiar acumulado desde el nacimiento hasta los 12 años, predecía de manera significativa problemas con cortes juveniles y el que no completaran sus estudios.

La intervención temprana en preescolar presentaba el rango más amplio de protección en los tres logros esperados. En las niñas, el que participaran en intervenciones preescolares, mostraran una conducta de timidez o de ansiedad y tener promedios altos en Secundaria, predecía los niveles más bajos de problemas con la corte, mientras que la conducta impulsiva en Secundaria incrementaba la probabilidad de problemas legales. De aquí que establecen que la intervención preescolar, el que posean adecuadas habilidades sociales, el ajuste escolar y la conducta tímida o de ansiedad en Secundaria, eran factores de protección contra la depresión en esta etapa, mientras que el ser mujer y tener altas calificaciones en Primaria, estaban asociados a una alta depresión en la adolescencia.

En cuanto a la prevención, Guzmán y García (2006), implementaron un programa de entrenamiento en H. S., el cual tuvo como objetivo entrenar en habilidades sociales a 6 adolescentes de sexo masculino, con una edad promedio de 12 años; 6 meses, que cursaban el nivel de secundaria, y que eran considerados “alumnos problema”, ya que presentaban frecuentemente faltas comportamentales, además de tener por lo menos tres asignaturas reprobadas, e inclusive en el momento de integración a este Programa estaban expulsados transitoriamente de la escuela. A estos jóvenes se les entrenó en habilidades para solucionar problemas a través en un Programa basado en el Modelo SOCS (Situaciones, Opciones, Consecuencias y Simulación); la participación en éste los habilitó para enfrentarse de manera más eficaz a su medio y ensayar nuevas alternativas de respuesta ante las áreas de su vida que mayor problemática les representaban (por ejemplo, la relación con sus profesores), obteniéndose en cuatro de los seis sujetos cambios significativos de acuerdo a la evaluación realizada por jueces relevantes, además de su reinserción a la escuela. Las implicaciones individuales y sociales que se derivan de este estudio son consideradas altamente benéficas, en tanto que señalan la posibilidad de establecer en poblaciones marginadas estas habilidades, previniendo así la posibilidad de integrarse a grupos de referencia o de “alto riesgo”, para la pre delincuencia.

De igual forma, en diversos estudios se ha relacionado el déficit de H.S. con diferentes problemáticas, tales como abuso de sustancias, problemas académicos y familiares. Ejemplo de lo anterior es el estudio realizado por Flores y Guarneros (1994), quienes evaluaron a 69 adolescentes de entre 12 y 20 años de una institución de Protección Social con el objetivo de conocer la relación entre las habilidades sociales y el consumo de drogas, para lo cual utilizaron la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA) la cual evalúa 50 habilidades en 6 categorías: Habilidades Iniciales, Avanzadas, para Manejo de Sentimientos, Asertivas, de Afrontamiento al Estrés y de Planeación. Así como una escala que medía el uso de drogas, encontrando una correlación negativa entre el uso de drogas y las H. S., siendo en el área de habilidades para encarar el estrés la que presento mayor significancia.

En un estudio realizado por Ríos, Frías y Rodríguez (1998), en el cual se tuvo como objetivo evaluar las habilidades sociales en adolescentes de secundaria de ambos géneros, con una muestra de 1209 casos (544 mujeres y 655 hombres) del área metropolitana de la Cd. De México, mediante la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA), en donde observaron diferencias de género en todas las áreas, siendo los hombres quienes presentan mayor porcentaje de H.S., 35% por un 29% en las mujeres.

CAPITULO 4: ADICCIONES

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre la ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando. Más actualmente, junto a las anteriores, y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras adicciones comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña, 1998, citado en Oblitas, 2002)

En los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Cabe destacar que también existen, que sin haber sustancia de por medio, tienen la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tienen las dependencias a las sustancias psicoactivas.

Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa sobre su vida cotidiana.

Gossop (1989, citado en Oblitas 2002) definió como elementos característicos de una adicción:

- 1) Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible)

- 2) La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre).
- 3) Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- 4) Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Cabe destacar que, como ya se ha mencionado, existen diferentes tipos de adicciones, por ejemplo: adicción al trabajo, a la comida, al sexo y a las drogas. En cuanto a estas últimas, la Organización Mundial de la Salud (2001) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, vía intravenosa, vía intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en la conducta de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y a que tiene capacidad para generar dependencia. De manera específica, puede definirse como droga a cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. (González Nuñez 2001).

4.1. Tipos de Drogas

La clasificación de las drogas según los efectos que producen a nivel del sistema nervioso central constituye el sistema de clasificación más aceptado en la actualidad. Según éste las distintas sustancias podrían clasificarse en una o varias (drogas mixtas) de las siguientes categorías (Lorenzo 2003):

a) Depresoras

Son aquellas sustancias que inhiben el funcionamiento del sistema nervioso central, aletargando la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones

corporales. Entre los efectos que producen se encuentran relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma. Ejemplos de estas sustancias los constituirían el alcohol, los diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), ciertos psicofármacos (benzodiazepinas, barbitúricos). A continuación se explican algunas de estas drogas:

Alcohol: El alcohol es una de las drogas más difundidas entre los seres humanos. El consumo excesivo se considera una enfermedad crónica: el alcoholismo, la cual es producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y se puede llegar a la muerte.

Barbitúricos: Se les considera barbitúricos a toda la familia de fármacos derivados del ácido barbitúrico que es una combinación de urea (compuesto común en fertilizantes) y ácido malónico que producen depresión cerebral. Dependiendo de su dosis y formulación presentan un efecto sedante (tranquilizante), hipnótico (inductor del sueño), anticonvulsivo, o anestésico.

Los barbitúricos de acción ultracorta, se utilizan por vía intravenosa para inducir la anestesia quirúrgica. Los de acción larga, se emplean para prevenir las crisis epilépticas. Otros barbitúricos se utilizaron como ansiolíticos, fármacos que evitan los estados de ansiedad, hasta el desarrollo de los tranquilizantes (benzodiazepinas), para el tratamiento de los problemas del sueño. Utilizados por vía intravenosa como por vía oral producen síntomas similares al alcohol (borrachea barbitúrica): desinhibición, comportamiento rudo y violento, pérdida de coordinación muscular, depresión y sedación. Además, producen dependencia

física y adicción. La sobredosis puede causar shock, depresión respiratoria, coma o la muerte.

Opio: El opio narcótico procede de la desecación del jugo de las cápsulas verdes de la amapola del opio. En su forma comercial, el opio es una masa redonda de color castaño, pegajosa y más bien blanda. Los opiáceos producen primero una sensación de placer y euforia, pero cuanto mayor es su empleo mayores son las cantidades que demanda el organismo para alcanzar el mismo estado de bienestar. El retiro en su consumo origina muchas alteraciones, por lo que los adictos mantienen su consumo con el fin de evitar los efectos adversos, más que de alcanzar el estado inicial de euforia. La malnutrición, las complicaciones respiratorias, y el descenso de la presión sanguínea son algunos de los trastornos asociados a la adicción.

Morfina: Derivada del opio y una de las drogas analgésicas más poderosas. Se utiliza como sedante de dolores agudos producidos por intervenciones quirúrgicas, fracturas, quemaduras y enfermedades terminales. Los efectos de la morfina son similares a los del opio, pero mucho más potente. En el período inicial, predomina un gran placer intelectual y físico, verdadero estado de euforia; a esto se le agrega el desarrollo de la imaginación y de lo imaginario, porque hay un enriquecimiento de las sensaciones, para encontrar estos efectos, se hace necesario dosis cada vez más potentes y seguidas. Es así cuando comienza una rápida decadencia física, psíquica, afectiva y social.

Heroína: De efectos similares a los de la morfina. La principal diferencia es la mayor potencia de la heroína, ya que un gramo equivale a entre 1,80 y 2,66 de morfina en sulfato. La heroína (diacetilmorfina) es un opiáceo de gran intensidad que produce una mayor toxicidad neuropsíquica. Es sin duda alguna, una de las más peligrosas drogas, de mayor difusión y cuya dependencia se presenta en un corto periodo de tiempo (dos a tres semanas). Sus efectos se sienten a los 10 minutos del suministro, alcanzando el tope a los 60, cesando a las 3 ó 4 horas. Estos efectos son muy distintos, según se la consume por primera vez o habitualmente. En la primera toma el efecto psíquico es muy fuerte, pero se va reduciendo hasta ser desplazado por la necesidad física para combatir el

síndrome de abstinencia. En un período de tiempo extremadamente corto, el adicto renuncia a otro tipo de vivencias y actividades, para dedicar su vida a la obtención y consumo del estupefaciente. Los adictos suelen consumirla mezclándola con otras sustancias, como cocaína, anfetaminas, cannabis o benzodiazepinas. La mezcla tiene dos motivos: la adulteración por el traficante y la reducción de sus efectos, ya que la ingestión de heroína en estado de alta pureza puede causar la muerte. La mezcla o corte suele ser hecha con otras drogas como anfetaminas, o excipientes tales como yeso, talco, quinina y estriquina, sustancias que son fáciles de confundir con el elemento principal.

La pasividad y reducción de impulsos agresivos son consecuencias típicas del tóxico, pese a la acción euforizante que también posee. Tomada por vía nasal o fumada, la heroína tiene efectos similares a la morfina. Luego del efecto placentero de la droga sigue un estado de malestar generalizado (que no debe confundirse con el síndrome de abstinencia) que produce un descenso en picada con sentimientos de profunda depresión, que derivan en necesidad de una nueva toma. Ello comporta el riesgo de tomas sucesivas, que pueden llevar a la muerte por sobredosis, algo que además, es habitual entre los consumidores de esta sustancia. La dosis varía de 60 mg en personas sin tolerancia a 5 gr en quienes ya la poseen. El usuario de esta droga entra en una fase degenerativa en la que no puede realizar razonamientos complejos teniendo escasa o nula capacidad de concentración.

Benzodiazepinas: Son un grupo de fármacos que producen enlentecimiento de las funciones nerviosas, por lo que producen relajación o sensación de calma. Las Benzodiazepinas son usadas generalmente para una variedad de situaciones que incluyen: control de ataques (clobazam, clonazepam, clorazepate, diazepam, y lorazepam), ansiedad, contra el alcoholismo (chlordiazepoxide, clorazepate, diazepam, y oxazepam), insomnio (sólo es efectivo por unas pocas semanas), control de agitación asociada a otras drogas, como relajantes musculares (diazepam), para desórdenes de pánico (alprazolam y clonazepam) y como agentes pre-anestésicos. También se combinan

frecuentemente con otras medicaciones como sedantes conscientes previo a procedimientos o intervenciones.

Provocan, como otras drogas, el fenómeno de la tolerancia y en especial la "tolerancia cruzada", que es un efecto por el cual un consumidor de varias drogas se hace tolerante a otras, a pesar de no haber tenido con éstas ningún encuentro previo. De esta forma un sujeto que fue tratado con un barbitúrico puede volverse tolerante al mismo, necesitando tomar cada vez más cantidad para obtener la misma sensación. Ese mismo individuo precisará mayores dosis de benzodiazepinas que las que habría necesitado si nunca se hubiese hecho tolerante a la sustancia.

Sedantes: Fármacos cuyo efecto principal es reducir la tensión nerviosa o inducir el sueño. También se denominan fármacos hipnóticos. Estos medicamentos tienen un efecto calmante y relajante sobre el sistema nervioso central y los músculos cuando la dosis es baja, y un efecto hipnótico a dosis superiores. Durante siglos, el alcohol y el opio eran las únicas sustancias conocidas con ese efecto, pero en las últimas décadas se han descubierto más de cincuenta productos, cada uno con diferente efecto sedante. Crean dependencia psicológica, y en ocasiones serios problemas de adicción.

Marihuana: O cannabis sativa, es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís. Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana puede contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días. Se crea tolerancia cuando se consume conjuntamente con opiáceos y alcohol. Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios, muy similares a los de las benzodiazepinas.

De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: "marihuana" es el nombre de las hojas desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como "hierba", "marijuana", "mariguana", "mota", "maría", "monte", "moy", "café", "herb", "weed", "Mary Jane") y su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas, la concentración de THC llega al 10 % en el hachís, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachís, implica efectos psicológicos similares a los expresados en la forma fumada pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

La potencia de la droga se mide de acuerdo a la cantidad promedio de THC que contiene. La marihuana común contiene un promedio de 3,5 % de THC. El hachís (resina gomosa de las flores de las plantas hembras) puede tener hasta 28 % de THC. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16 % de THC, pero puede llegar a tener hasta 43 %.

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria. Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y dificulta el aprendizaje bajo influencia de la droga. Para que una persona pueda aprender y desempeñar tareas que requieren de más de dos pasos, es necesario que tenga una capacidad normal de memoria a corto plazo. Estudios recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años que se les presentaron.

Inhalantes: Dentro de la categoría de los inhalantes se encuentran ciertas sustancias químicas, tales como el pegamento, los disolventes y los aerosoles. La mayoría de las sustancias inhaladas con intención de conseguir un efecto psicológico tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central. En dosis bajas pueden tener un leve efecto euforizante, pero en dosis superiores el

consumidor pierde el control o la conciencia. La inhalación de estas sustancias es nociva para la visión, el pensamiento y el control de los músculos y de los reflejos. A veces se producen lesiones permanentes y algunos aerosoles concentrados pueden producir la muerte. Aunque no es probable que se desarrolle dependencia física, sí aparece tolerancia en ocasiones.

El uso continuado provoca dependencia psíquica, creando una situación de necesidad de ingesta similar a otras drogas. A consecuencia de la rápida distribución por los pulmones, el inicio de la intoxicación es inmediato. Se relaciona el consumo de estas sustancias con conductas criminales y autodestructivas. La sensación de euforia primero y aturdimiento después, habitual con estos tóxicos, conlleva una perturbación psíquica grave que altera la inteligencia y la percepción. Está acreditado el fenómeno de la tolerancia respecto de los efectos en el sistema nervioso central, mientras que la dependencia física es discutida. El nivel de inteligencia disminuye, haciendo frecuentes los problemas escolares. Se presentan cambios y descuido en la apariencia física, falta de higiene, falta de atención, alteración de la memoria, disminución de la capacidad de abstracción y razonamiento, personalidad antisocial, agresividad, depresión, ataques de pánico, ansiedad y alucinaciones con trastorno en el juicio crítico y la percepción. Se presentan ataxia, oraciones incoherentes y precipitadas, náuseas y vómitos. La interrupción de la inhalación, como así también una intensa aspiración, pueden provocar la muerte.

Los inhalantes producen una fácil sugestionabilidad, dándose experiencias alucinatorias colectivas, lo que da ejemplo de la complejidad de la intoxicación. También provoca sentimientos paranoides y excitación sexual. Se considera que la embriaguez por inhalantes es de mayor gravedad que la alcohólica, a pesar que los efectos de la intoxicación no son muy prolongados

Uno de los inhalables adictivos más difundidos es el tolueno, sustancia presente en cierto tipo de pegamentos para cueros, gomas, cauchos, corchos, cartones, etc. Se considera que el límite de este tóxico que puede aspirarse sin sufrir efectos secundarios es de una concentración de la sustancia en aire de 100/1.000.000. La intoxicación se presenta con 1,5 microgramos, siendo el cuadro

muy grave si llega a 10 microgramos. Los efectos agudos acostumbran a durar entre 30 y 45 minutos. Las consecuencias psico-perceptivas del consumo de este tipo de sustancias es alarmante, presentándose cuadros de exaltación, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, como así también ilusiones catatímicas.

El pegamento plástico y los correctores ortográficos contienen químicos adictivos, siendo muy utilizados por menores y adolescentes, habiendo aumentado considerablemente su consumo en los últimos años. En un principio, las primeras ingestas suponen un estado de euforia o subida del ánimo, pero tras instalarse la tolerancia que se desarrolla tras semanas o meses los consumidores habituados deben inhalar varios tubos de sustancia para alcanzar el efecto deseado. La intoxicación se caracteriza por euforia, excitación, sensación flotante, vértigo. La inhalación va acompañada de pérdida de inhibición con sensación de fuerza y capacidad no reales. La intoxicación otorga agresividad, euforia, exaltación y situaciones violentas, por lo que se potencian las posibilidades de comisión de delitos, a lo siguen, al igual que con el alcohol, periodos de amnesia donde el adicto no recuerda absolutamente nada de lo acaecido durante la intoxicación. En ocasiones aparecen alucinaciones visuales que pueden llegar a durar varias horas, lo que demuestra su gran potencial perturbador.

b) Estimulantes

Aquellas sustancias que producen una activación general del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores (tales como la cocaína o las anfetaminas) y menores (como la nicotina o las xantinas: cafeína, teína, teobromina).

Anfetaminas: Este narcótico fue desarrollado para el tratamiento del asma y como descongestionante nasal controlador de la epilepsia y sostenedor de la vigilia. Sus efectos principales son: reducción temporal del apetito, afecta también al Sistema Nervioso Central, después de su consumo se necesitan tomar periodos largos de sueño para restaurar el equilibrio, produce euforia e histeria y su efecto

dura de tres a cuatro horas. Su consumo repetido e incontrolado produce adicción física y psicológica.

Al incidir en el sistema ortosimpático causan hipertensión, taquicardia, hiperglucemia, midriasis, vasodilatación periférica, hiperpnea, hiporexia, etc. El estado de ánimo del adicto oscila entre la distrofia y la hipomanía, presentándose ansiedad, insomnio, cefalea, temblores y vértigo. Pueden aparecer cuadros depresivos y síndromes paranoides anfetamínicos. A dosis normales, sus efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Pueden producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad irritabilidad, ira inmotivada y repentina, trastornos amnésicos e incoherencia. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta.

El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol, por su gran efecto euforizante, unido a un descontrol en los instintos inhibitorios. Tales situaciones se producen cuando las dosis suministradas, generalmente por vía endovenosa, superan los 2 gr. Tomadas en dosis importantes son causantes de confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. También pueden precipitar psicosis paranoide en sujetos no psicóticos. La psicosis anfetamínica desarrollada por el sujeto se asemeja a la psicosis paranoica y a la esquizofrenia paranoica.

Tabaco: La nicotina es un alcaloide natural que se encuentra en los cigarrillos y otros productos de tabaco (puros, chicles o tabaco en polvo para pipas). Las hojas secas de la planta del tabaco se fuman en pipa o en puro, pero la forma más difundida es el cigarro, el cual contiene una gran cantidad de gases que causan infecciones y enfermedades infecciosas. La nicotina es una de las sustancias más adictivas, pues produce cierto placer, tiene capacidad estimulante y relajante, disminuye la apatía y mejora la capacidad de ejecución, sin embargo estos efectos disminuyen cuando los niveles de nicotina se abaten, por ello el sujeto tiene que recurrir constantemente a nuevas administraciones. De igual forma, los cigarros se encuentran otras sustancias como son: El alquitrán (responsable de las manchas en los dientes de los fumadores así como algunas

formas de cancer). Monóxido de Carbono el cual se produce cuando se queman simultáneamente el papel y el tabaco, este disminuye el oxígeno en los tejidos, causando envenenamiento y enfermedades del corazón. Sustancias irritantes, las cuales dificultan la limpieza de los pulmones, producen mucosidades, bronquitis y enfisema. Este último es una de las consecuencias más graves del tabaquismo, pues es una enfermedad progresiva e incapacitante, cuyo síntoma principal son los problemas para respirar, el paciente se vuelve susceptible a las infecciones del aparato respiratorio más severas, así como algunas complicaciones cardiovasculares secundarias a la enfermedad vascular.

Xantinas: Con el nombre de Xantinas se denomina a distintas sustancias como la cafeína, teofilina, teobromina, el café, la nuez de cola, los principios activos de las hojas de té, la hierba mate, etc. Estas sustancias se obtienen, o bien a partir de procesos de síntesis, o a partir de las plantas en las que se encuentran. Sus efectos son aumento de la atención y de la concentración. Ligera euforia, disminución de la fatiga mental o física, inhibición del apetito, mejora del estado de alerta, efecto diurético.

c) Alucinógenas

Aquellas sustancias que producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial. Ejemplos de estas sustancias los constituirían el LSD o las drogas de síntesis (que por los efectos que producen serían más bien consideradas como sustancias mixtas estimulantes-alucinógenas)

Peyote: Es el nombre común de una cactácea con forma de nabo nativa de México y el suroeste de Estados Unidos. Para usar el cacto como droga, la parte aérea se consume seca, en infusión o pulverizada y envasada en cápsulas. La mescalina de estos preparados altera la percepción y produce alucinaciones caracterizadas por colores vivos, alteración del sentido del tiempo y sensación de ansiedad. El consumo de la droga impura o en grandes dosis puede provocar efectos tóxicos, como náuseas y paro respiratorio.

LSD: Diletamida del ácido lisérgico es un fármaco alucinógeno potente, también llamado compuesto psicodélico o psicofármaco. El ácido lisérgico es un componente del moho del cornezuelo del centeno, un hongo que crece sobre el grano del centeno. Este fármaco produce cambios oníricos en el humor y el pensamiento, y altera la percepción del tiempo y del espacio. Induce alteraciones transitorias del pensamiento, del tipo de una sensación de omnipotencia o un estado de paranoia agudo. También se han descrito reacciones a largo plazo como psicosis persistente, depresión prolongada, o alteración del juicio, aunque no se ha podido establecer si éstas son resultado directo de su consumo. Respecto a sus efectos físicos, el LSD puede producir lesiones cromosómicas de las células de la serie blanca de la sangre; sin embargo no existe una evidencia firme de que origine defectos genéticos en los hijos de los consumidores. El LSD no produce dependencia física.

Éxtasis o MDMA: La metilendioximetanfetamina (MDMA) (también conocida como "éxtasis", "ectasi", "XTC", "tiza", "cristal", "X", etc.) es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con efectos similares a las anfetaminas. Es una droga peligrosa en extremo por sus propiedades neurotóxicas y alta adicción, afectando a diversas zonas del sistema nervioso central. Su producción se realiza en laboratorios clandestinos a partir de materias primas relativamente fáciles de conseguir. De color blanco, sin olor pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, cápsulas o en polvo cristalino que se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada. Sus consumidores son principalmente jóvenes adultos, que buscan en ella un estimulante que los lleva a bailar durante extensos períodos de tiempo (por ello se las suele denominar "disco-drogas", "club-drugs", "dance-drugs", etc.). Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico - legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en la delincuencia, por lo que se le sigue considerando ilegal.

El éxtasis produce efectos entre las 3 y las 6 horas desde su consumo: Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad. Los efectos del estimulante se diluyen provocando confusión, problemas con el sueño (pesadillas, insomnio), pérdida de memoria, deseo incontenible de consumir nuevamente drogas, depresión, violencia, ansiedad grave, psicosis y paranoia. Estos efectos se presentan incluso luego de varias semanas del consumo. También se informaron casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos se pueden observar: taquicardia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, náuseas, visión borrosa, nistagmus (movimiento incontrolado e involuntario de los ojos), desmayos, escalofríos y sudación excesiva, signo característico durante la intoxicación. Se ha comprobado que el aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial es causal de ataques cardíacos y otros trastornos cardiocirculatorios. Informes forenses indican que es causal de muerte súbita. La hiperactividad acarrea, además de los problemas cardíacos, hipertermia, deshidratación y fallas renales.

Una sola exposición a la metanfetamina en dosis elevadas o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales. Aunque éste daño no sea inmediatamente aparente, los estudios científicos muestran que con el envejecimiento o la exposición a otros tóxicos pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson. Estos comienzan con falta de coordinación y temblores y a la larga pueden causar una forma de parálisis.

Hongos alucinógenos: Las especies más consumidas pertenecen al género *Psilocibe*, estos hongos deben sus efectos a dos alcaloides llamados Psilocibina y la Psilocina. Producen cambios fisiológicos y psicológicos: risa, llanto, malestar del estómago, temblores, hormigueo en los dedos, sensibilidad cutánea, euforia, dificultad para el razonamiento, percepción del tiempo y espacio alterada, despersonalización, delirios, sensación de alma liberada, sensación de bienestar, de control, confusión. Puede presentarse en su forma natural o en polvo (dentro de cápsulas). También es posible encontrarlos dentro de bolsas llamadas "smell

bags” (bolsas para oler), siendo la forma de presentación con la que últimamente se comercializan. Su administración es oral.

Ketamina: Es un anestésico disociativo con un potente efecto analgésico. El efecto inmediato es la sensación de que el cuerpo y la mente se separan, aunque estos efectos dependen de la dosis, la situación de consumo y el estado de ánimo. Es un líquido incoloro e inodoro, polvo, cristales blancos, pastillas o cápsulas, su administración puede ser oral, inyectada o inhalada.

4.2. El Adolescente y las Adicciones.

Entre las circunstancias sociales a las que se enfrenta el adolescente y que constituye una gran preocupación está el riesgo para el consumo de drogas. De acuerdo a (González J., 2001, citado en Coffin, 2006), la adolescencia es el periodo en que con más frecuencia se inicia el consumo de drogas. Es la etapa del desarrollo psicológico donde la persona es más sensible a las influencias del grupo social. Esto hace que los adolescentes puedan presentar comportamientos anómalos, si se valoran desde la normativa social, encontrando según González, en el consumo de drogas, un instrumento con un sinnúmero de significados, entre ellos el ser un vehículo de identificación con otros adolescentes, que al igual que él, están en una búsqueda de identidad. Es también una evasión de un mundo que percibe caótico, de una realidad que siente amenazante, es una fantasía y una forma de rebelarse ante los padres y el orden establecido.

El abuso de drogas por parte de los padres y de los compañeros se consideran dos de los factores más frecuentes que contribuyen a las decisiones de la juventud con respecto del uso de drogas y alcohol.

La OMS alude entre otras, las siguientes razones para explicar por qué los jóvenes y los adolescentes empiezan a consumir drogas (Coffin 2006):

✓ **Individuales:**

- a) La curiosidad por los efectos y sensaciones que produce una droga.
- b) Se quieren tener experiencias distintas más agradables y novedosas, incluso de peligro.

- c) Sentirse mayor, independiente y autónomo ante los padres o adultos.
- d) Conseguir ser bien aceptado por el grupo de amigos, sentirse integrado e identificado.

✓ **Sociales :**

- a) Accesibilidad: hay drogas en la calle y en la casa.
- b) La tolerancia y el respaldo social para ciertas drogas:
- c) Publicidad estática y dinámica, que propone modelos a imitar y experiencias a vivir con la ayuda de drogas y que puede responder a la búsqueda del adolescente.
- d) La posibilidad de conocer diversas culturas influye en el desarrollo de conductas adictivas.
- e) Actuaciones políticas: Actuación del gobierno.
- f) Actuaciones económicas: normas legales y permisividad.
- g) Presiones sociales: evitar la marginación.

✓ **Ambientales: la familia y la escuela y amistades**

1. Entre los factores familiares que pueden contribuir al consumo de drogas están:
 - a) La ideología familiar: excesiva rigidez o excesiva flexibilidad.
 - b) La propia estructura familiar: desorganización, falta de decisiones e iniciativas.
 - c) Grado de unidad familiar: discusiones, enfrentamientos, conflictos.
 - d) Tipo de relación familiar: desunión, mensajes contradictorios.
 - e) Tipo de comunicación familiar: los padres se desautorizan, no se comunican con los hijos.
 - f) Determinados patrones de consumos: abuso de alcohol, tabaco, otras sustancias.
2. Escolares:
 - a) Ideología de la escuela: muy rígida o muy tolerante.
 - b) Si hay o no información sobre temas de salud.

c) Modelos de consumo: profesores que consumen habitualmente con los alumnos.

d) Tipos de relaciones: es fácil o no relacionarse con amigos

3. Amistades.

a) Tipo de relación: grupo bien integrado o no.

b) Ideología del grupo: normas, respeto.

c) Intereses del grupo: modelos a imitar, principios, valores.

d) Base de la relación grupal: identificación, necesidad de apoyo, enriquecimiento individual.

La importancia que tiene el ámbito escolar para el inicio en el consumo de drogas es fundamental durante la adolescencia, debido a que en esta etapa se llevan a cabo múltiples reajustes de tipo biológico, social y psicológico, los cuales propician que el individuo desempeñe un nuevo rol de interacción con su medio ambiente. Garza y Vega (1983) mencionan algunas de las ventajas que tiene la escuela sobre los demás grupos de pertenencia, para el estudio y prevención del abuso de drogas en los adolescentes, que asisten a cualquier institución de enseñanza Media y Media Superior, tales como: asiste a la escuela en la edad en que precisamente es más educable y la escuela permite tener una delimitación precisa de la población en la que se está incidiendo.

En un estudio realizado por Villatoro en 1998 encontraron que los hombres adolescentes que habían trabajado durante el año previo a la encuesta, que están expuestos dentro de la familia y que pertenecen a un grupo de pares en el que se consume, tienen un riesgo mayor de convertirse en usuarios y de tener depresión e ideación suicida, así como problemas relacionados con el consumo.

Castro, Rojas y de la Serna (1988), en un estudio con la población estudiantil del Colegio de Bachilleres presenta datos en cuanto a prevalencia de 12 drogas: tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, anfetaminas, tranquilizantes, alucinógenos, cocaína, heroína, opio y otros opiáceos. Las drogas de consumo, en orden de preferencia son: marihuana, anfetaminas, inhalables y tranquilizantes. Las drogas de consumo diario legales son tabaco (12.6%) y alcohol (3.5%). Respecto a las drogas ilegales, las cifras de consumo diario no llegan al 1%,

siendo la marihuana y los inhalables las de mayor consumo (0.5 y 0.4 %) respectivamente. En relación a la prevalencia global, excluyendo el alcohol y el tabaco, se detectó una cifra de 13.6% de consumo, de la que el 11.3% corresponde a usuarios leves, 1.4% a moderados y 0.9% a excesivos. Con respecto a problemas asociados a consumo, entre los usuarios de alcohol se encontraban arrestos y problemas legales. No se encontró una relación predictiva entre la disponibilidad de la droga y el consumo. Los consumidores excesivos de alcohol presentaron un promedio significativamente mayor en problemas legales que los usuarios leves y moderados.

Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas (1996), llevaron a cabo un estudio, en 1993, con 10 879 estudiantes de Educación Media y Media Superior del Distrito Federal, donde se encontró que el consumo de tabaco y alcohol eran los problemas más importantes. Casi la mitad había fumado tabaco alguna vez (48%), siendo la mayoría hombres, así como un incremento paulatino conforme aumenta la edad. Con respecto al alcohol casi tres cuartas partes de los estudiantes (74%) habían consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y cerca del 25% en el último mes. En el consumo de otras sustancias, los estudiantes han experimentado más frecuentemente con solventes inhalables (4.82%); la marihuana es la segunda droga más usada (3.58%), y en tercer lugar la cocaína (1.66%). En el consumo del último mes, la marihuana ocupa el primer lugar (1.17%), seguida por los inhalantes (1.05%).

Casco, Natera, Ortiz y Mora (1991), establecen que las poblaciones de alto riesgo se ubican en el norte, el centro de la República Mexicana y principalmente en el Distrito Federal., por lo que los estudios epidemiológicos deben cobrar importancia en nuestro país.

Ramos, Saldívar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro (1998), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de abuso sexual en estudiantes de secundaria y preparatoria, hombres y mujeres, de todo el país, así como su relación con el consumo de drogas a través de un cuestionario autoaplicable. Los datos fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, llevada a cabo en noviembre y diciembre de

1991, en la que fueron encuestados un total de 61,779 alumnos, 51.8% hombres y 47.1% mujeres, con una media de edad de 14,4 años. La prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4.3%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2.5%. Los adolescentes varones habían coaccionado sexualmente a otra persona en proporción significativamente mayor que las mujeres. Tanto las víctimas como los agresores de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes.

Coffin (2006), refiere que en el año 2000, Villatoro realizó una encuesta tomando en cuenta todas las Delegaciones del Distrito Federal, sobre consumo de Drogas entre la Comunidad Escolar. Se encuestaron a 10578 estudiantes de entre 12 y 22 años, con una media de 14.5 años, siendo el 49.8% hombres y el 50.2 % mujeres. Los niveles escolares fueron Secundaria, Bachillerato y Escuelas Técnicas. Se encontró que el abuso de alcohol (5 ó más copas por ocasión de consumo en el último mes se ha mantenido estable en los últimos 3 años (21.4%). Las Delegaciones más afectadas son Alvaro Obregón, Benito Juárez, Cuauhtémoc, G.A. Madero e Iztapalapa. Con respecto al consumo de Drogas, hay un incremento en el porcentaje total (del 12 al 14.7%). Los usuarios experimentales se han mantenido desde 1997. Las drogas de más consumo son: marihuana (8.3%), cocaína (7.4%) en hombres y tranquilizantes (5.8%) en mujeres. El consumo de inhalables se ha mantenido estable. Las Delegaciones más afectadas en el consumo de drogas son: G.A. Madero, Iztapalapa, Benito Juárez y Coyoacán. Los adolescentes que asisten a la escuela tienen porcentajes menores de consumo que los que estudian menos tiempo ó que dejaron de estudiar el año anterior. La cocaína conserva su pendiente ascendiente, aunque sigue en segundo lugar de preferencia, antecedida por la marihuana. Con respecto al alcohol, 1 de cada 5 se embriaga por lo menos una vez al mes. El consumo de tabaco ha disminuido.

Peña- Corona, Feria y Medina (2000), marcan diferentes efectos en cuanto a la salud con respecto al consumo de alcohol: cirrosis hepática, aumento de

presión sanguínea, patología en músculo cardíaco, y en mujeres riesgo específico de cáncer de mama, cirrosis y enfermedad vascular, lo cual hace que los datos de los registros de las instituciones de salud muestren que existe un grave problema de salud por el consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, el alto índice de bebidas alcohólicas han hecho que se incremente el índice de accidentes laborales, en vehículo de motor, así como los casos de violencia y lesiones, sobretodo en la población entre los 15 y 35 años de edad. Un estudio sobre economía estimó que en nuestro país, el 9.3% del peso total de la enfermedad se debe al consumo de bebidas con alcohol.

La Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 (CONADIC, INP, INEGI citado en Coffin 2006)), muestra un incremento en el índice de consumo de alcohol de los adolescentes, de 27% en 1998, a 35% en 2002 entre los varones, y de 12% a 25% respectivamente en las mujeres. La cantidad modal de consumo es de 3 a 4 copas para toda la población. Con respecto a otras drogas ilegales entre adolescentes, más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas. De este grupo, sólo el 55.3% continúa usándolas en el último año, y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar el tabaco y alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. Por sexo, se observa que entre los adolescentes varones y mujeres, la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia. En los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar. En las mujeres el orden de preferencias es la marihuana en primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes ocupan del segundo al cuarto lugar.

En la Encuesta de otoño de 2003 sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Bautista, Amador y Bermúdez (2005), evaluaron a 10,659 estudiantes de todo el Distrito Federal, de 12 a 22 años, con una media de 14.6 años; 50.5% eran hombres y 49.5% mujeres. El cuestionario que utilizaron estaba conformado por los indicadores de consumo

de drogas empleados por la OMS. De igual forma se exploraron diversas conductas, como el intento suicida, depresión, conductas alimentarias de riesgo y aspectos relacionados con conductas sexuales.

Los resultados demuestran un ligero incremento, de 14.7% a 15.2%, en el consumo de drogas en los últimos tres años, aunque este no fue estadísticamente significativo. En cuanto a las distintas sustancias se observan situaciones distintas. En tanto que el incremento en la marihuana es grande, en los inhalables y los tranquilizantes el consumo se mantiene estable y el de la cocaína decrece ligeramente. Por hombres y mujeres, se encontró que han aumentado los niveles de consumo en estas últimas, en tanto que en los hombres se han mantenido iguales o han disminuido ligeramente. Además, la preferencia por droga se mantiene muy similar a los reportados tres años atrás: el primer lugar lo sigue ocupando la marihuana, seguida de los inhalables, los tranquilizantes y la cocaína con niveles de consumo similares. En el caso de las mujeres, la droga preferida son los tranquilizantes. El consumo de alcohol se ha incrementado, en tanto que el consumo de tabaco se mantiene similar. Un cambio importante es que el nivel de consumo de ambas sustancias es prácticamente igual entre hombres y mujeres. En el abuso del alcohol, se encontró un incremento de 2%, de manera que 23.8% de los adolescentes han consumido por lo menos cinco copas en una sola ocasión durante el último mes previo al estudio.

METODOLOGÍA

El presente estudio constituye parte de una extensa investigación financiada por la UNAM – DGAPA (PAPIIT IN315205-3) realizada a nivel nacional, la cual lleva por nombre “*Estudio Clínico Epidemiológico Nacional sobre Adicciones y su relación con la Depresión, la Ideación suicida y los Conflictos Familiares*”, en la cual el interés se centra en el análisis de la relación entre las adicciones, la depresión, la ideación suicida y los conflictos familiares en adolescentes mexicanos. De acuerdo a lo anterior, el presente reporte de investigación tiene como objetivos:

- Evaluar la relación entre la depresión y las adicciones en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas.

- Evaluar la relación entre la depresión y las habilidades sociales en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas.

- Identificar diferencias en los niveles de depresión, adicciones y habilidades sociales que presentan hombres y mujeres.

- Identificar diferencias en los niveles de depresión, adicciones y habilidades sociales que presentan los adolescentes de acuerdo a la zona en que habitan (rural – urbana).

Variables: En la tabla 1 se definen las variables de interés:

Tabla 1.

<i>Constructo</i>	<i>Depresión</i>	<i>Adicción</i>	<i>Habilidades Sociales</i>
Definición Conceptual	Conducta, pensamientos y/o sentimientos depresivos	Consumo de drogas que alteren la conducta.	Conductas adecuadas que permitan mejores relaciones interpersonales
Definición Operacional	Número de conductas depresivas presentes	Número de respuestas de consumo de drogas legales o ilegales	de Conductas adecuadas de relación presentes

Definición de variables

Selección de la muestra

La selección de la muestra consistió en diferentes fases. En un primer momento se dividieron los estados de la República Mexicana en tres zonas geográficas: norte, centro y sur. De cada una de estas zonas, por medio de un muestreo aleatorio simple, se seleccionaron tres estados:

- De la región Norte: Aguascalientes, Tamaulipas, Sonora
- De la región Centro: Jalisco, Querétaro, Tlaxcala,
- De la región Sur: Campeche, Chiapas, Tabasco

Una vez seleccionados los estados, se seleccionaron los municipios de manera aleatoria. La elección de las escuelas se hizo por muestreo probabilístico; en primera instancia se consultó el listado que la Secretaría de Educación Pública ofrece de las secundarias de cada región, y en función de este registro se contactó con las instituciones, las cuales se eligieron de acuerdo a su disposición para permitir la evaluación de los estudiantes. Una vez en las escuelas los grupos se escogieron de forma aleatoria simple, (uno de cada grado). Los grupos fueron la unidad de análisis del estudio.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 386 hombres y mujeres estudiantes de los tres grados de secundaria en zonas rurales y urbanas. Las edades de los participantes comprendían entre los 11 y 16 años con una media de 13.43 años. La distribución de la muestra se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de la muestra de estudio

	Masculino	Femenino	Total
Rural	31	42	73
	49	55	104
Urbana	52	47	99
	58	52	110
	190	196	386

Instrumentos

En el presente estudio se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (**BDI**), el cual cuenta con 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática de la depresión, cada ítem contiene varias frases autoevaluativas de las cuales se debe escoger la que se ajuste a como se ha sentido el participante en los últimos días, en este inventario se pone énfasis en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los somáticos *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. Este inventario, en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cada ítem contiene varias frases auto-evaluativas, de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses. En cada uno de los enunciados, y por ende en todo el instrumento, la atención se centra en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los síntomas

somáticos. La confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$ y los niveles de depresión son: mínima, leve, moderada y severa.

De igual forma, se utilizó la lista de chequeo elaborada por Silva (1993), $\alpha = 0.7277$ en el cual se evalúan ocho áreas en las cuales es posible que el adolescente presente problemas, las áreas que evalúa son: 1) Hábitos de estudio, 2) Fobias, 3) Depresión, 4) Información sexual, 5) Adicciones, 6) Conductas Agresivas, 7) Habilidades Sociales, las cuales cuentan 16 y 10 reactivos respectivamente con tres opciones de respuesta, frecuentemente, algunas veces y nunca.

Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron de forma colectiva a los grupos en sus respectivos salones de clases. Dos psicólogos capacitados leyeron en voz alta las instrucciones impresas en los cuestionarios a los estudiantes, revisando con ellos cada uno de los instrumentos, con la finalidad de que los alumnos recibieran completos tanto los cuadernillos como las hojas de respuesta. Los evaluadores instaron a los jóvenes a que les hicieran saber cualquier duda que surgiera respecto a las preguntas de las escalas e inventarios. Asimismo se les explicaba en qué consistía la investigación y la importancia de su participación voluntaria y confidencial. En cuanto el alumno terminaba, el examinador les daba las gracias por colaborar en la investigación, proporcionando la forma de contactarlos en caso de así requerirlo.

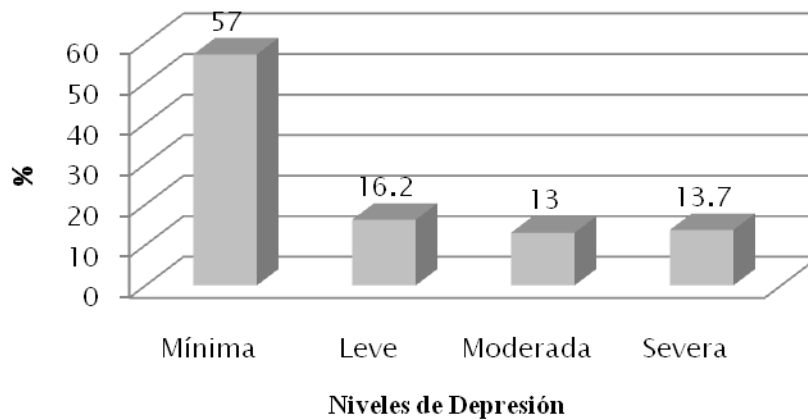
RESULTADOS

Análisis Estadístico

Para el presente análisis se tomaron en cuenta los niveles de depresión que proponen Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, (1998), los cuales son: depresión mínima (0 a 9 puntos); depresión leve (10 a 16 puntos); depresión moderada (17 a 29 puntos) y depresión severa (30 a 63 puntos).

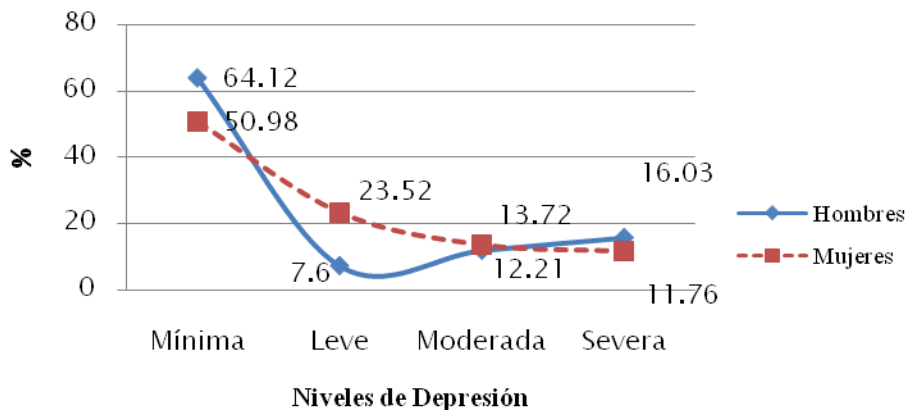
Por lo tanto, como se puede observar en la figura 1, en lo referente a los puntajes obtenidos por los participantes en el BDI encontramos que la mayoría se encuentran en la categoría de depresión mínima (57%), mientras que en el nivel de depresión leve encontramos un menor porcentaje (16.2%); el nivel de depresión moderada se ubica en 13%, y por último el nivel de depresión severa fue de 13.7%.

Figura 1: Distribución de la Población en los Niveles de Depresión



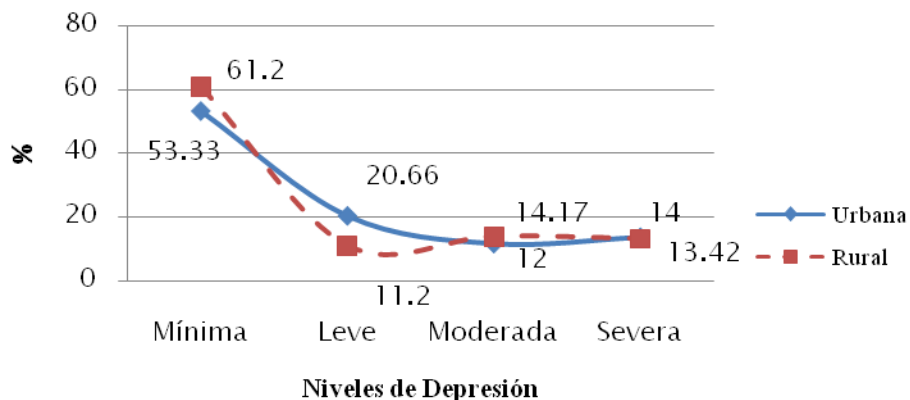
En cuanto a la distribución de la depresión por género, en el rubro de depresión mínima encontramos un mayor porcentaje de hombres (64.12%) que de mujeres (50.98%); en depresión leve tenemos 7.6% de hombres y 23.52% de mujeres; del total de los participantes que se ubican en depresión moderada el 12.21% son hombres y 13.72% mujeres, y por último, en depresión severa, encontramos una mayor proporción de hombres (16.03%) que de mujeres (11.76%).

Figura 2. Distribución por Género en los Niveles de Depresión



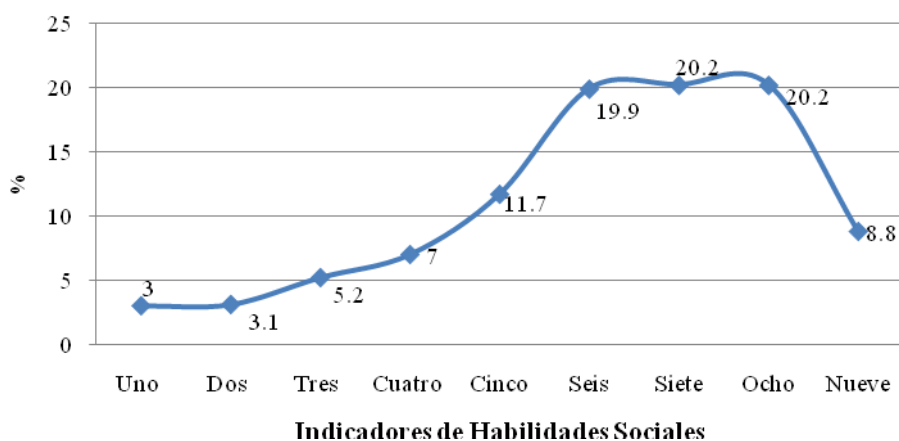
Respecto a la distribución en los niveles de depresión de acuerdo a las zonas en que habitan los adolescentes (urbanas o rurales), encontramos que en el nivel de depresión mínima hay un mayor porcentaje de participantes de zona rural (61.3%) que de urbana (53.33%); en cuanto a depresión leve tenemos 11.2% de adolescentes que viven en región rural y 20.06% de región urbana; con respecto a la depresión moderada se observan puntajes similares, 12% de los participantes de zona urbana y 14.17% de adolescentes de regiones rurales; por último, en depresión severa, encontramos al 14 % de los adolescentes urbanos y un porcentaje menor de los de zona rural (13.42%).

Figura 3. Distribución por Región en los Niveles de Depresión



Por otro lado, en cuanto a habilidades sociales (HS), se utilizó la lista de chequeo elaborada por Silva (1993), la cual cuenta con diez reactivos o indicadores, para conocer si los adolescentes presentan HS. Como se puede observar en la figura 4, la mayoría de los participantes presentan más de 5 indicadores, por lo que se puede decir que en general poseen un buen repertorio de HS.

Figura 4: Distribución de la Población en los Indicadores de Habilidades Sociales



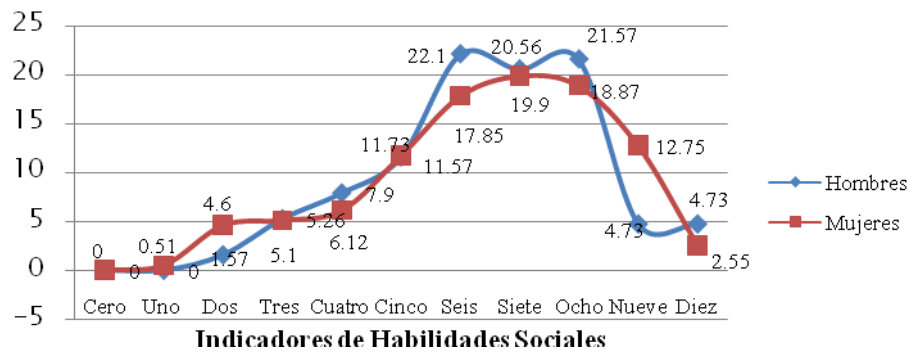
En la tabla 3, se presentan los diferentes indicadores de habilidades sociales, en donde podemos observar con qué frecuencia reportan los diferentes indicadores, encontrando que la mayoría de los adolescentes lo reportan sólo “algunas veces”. Cabe destacar que en el reactivo de *puedes hacer nuevos amigos* el rubro de “frecuentemente” es el que presenta un mayor porcentaje (55.5); en cuanto al indicador que presenta mayor porcentaje en “nunca” es el de *vuelve a hacer una petición*.

En los Indicadores de HS por género (véase figura 5), encontramos el mismo patrón de resultados, la mayoría está en más de cinco indicadores, siendo los hombres quienes representan los mayores porcentajes en los indicadores más altos (diez indicadores, 4.73%), siendo en ocho indicadores donde encontramos el mayor número de hombres (21.57%), en cuanto a las mujeres la mayor parte presenta siete indicadores (19,9%).

Tabla 3. Indicadores de Habilidades Sociales

Reactivos o indicadores	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
<i>Sientes que estás equivocado</i>	5.2	69.9	24.9
<i>Expresas siempre tu opinión</i>	30.2	59.1	10.8
<i>Temor a presentarse en Público</i>	26.2	57.3	16.4
<i>Propone que hacer con sus amigos</i>	32.8	5.6	61.1
<i>Agradece los cumplidos</i>	29.7	54.7	15.5
<i>Problemas para hacer nuevos amigos</i>	6.0	43	51
<i>Vuelve a hacer una petición</i>	6.3	52.8	40.9
<i>Puede hacer amigos en lugares nuevos</i>	55.5	34.1	10.4
<i>Negar una petición</i>	27.8	43	29.1
<i>Manifestar que se le está ofendiendo</i>	43.4	14.4	17.4

Figura 5. Indicadores de Habilidades Sociales por Género



En la tabla 4 se puede observar que en el rubro de “puede hacer amigos en lugares nuevos”, es la habilidad que con mayor frecuencia reportan tanto hombres (48.4%), como mujeres (62.25%), seguida de la habilidad de “manifestar que se le está ofendiendo” con un 45.41% de las mujeres y 41.3% de los hombres.

Tabla 4. Indicadores de habilidades sociales (HS) por Género

	Sexo	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Sientes que estas equivocado	M	5.78	63.68	30.68
	F	4.6	76.02	19.38
Expresas siempre tu opinión	M	28.34	56.68	30.52
	F	31.96	61.34	6.7
Temor a presentarse en Publico	M	23.28	59.25	17.46
	F	29.23	55.38	15.38
Propone que hacer con sus amigos	M	28.26	5.9	66.76
	F	37.11	5.15	57.73
Agradece los cumplidos	M	29.6	56.18	13.9
	F	29.9	56.18	13.9
Problemas para hacer nuevos amigos	M	8.47	41.57	50
	F	3.57	45.79	52.04
Vuelve a hacer una petición	M	3.7	50.8	45.5
	F	8.85	54.68	36.45
Puede hacer amigos en lugares nuevos	M	48.40	36.17	15.42
	F	62.25	32.14	5.61
Negar una petición	M	29.41	42.25	28.34
	F	26.28	43.81	29.9
Manifestar que se le está ofendiendo	M	41.3	40.21	18.47
	F	45.41	43.36	11.22

En la figura 6, podemos observar que el mayor porcentaje de adolescentes de zonas urbanas reportan ocho indicadores de HS, seguido por siete y seis, ambos con un 22%, en cuanto a los de zonas rurales, en siete indicadores se ubica el porcentaje mayor, 21.31%, en segundo lugar seis (19.67%), y en ocho un 13.11%.

Figura 6. Indicadores de Habilidades Sociales por Región



Con respecto a los indicadores por región, el mayor porcentaje de participantes de zonas rurales presenta ocho, siete y seis indicadores de HS (25%, 22% y 22% respectivamente), mientras que los adolescentes de zonas rurales se encuentran en mayor medida en cinco (18.7%), seis (19.67%), y siete (21.31%) indicadores. El indicador que con mayor frecuencia se reporta, es nuevamente el de *poder hacer amigos en lugares nuevos*, (Urbana 53.83%, Rural 57.38%), seguido del indicador de *manifestar que se le está ofendiendo*, el cual reporta 43.13% de los adolescentes de comunidades urbanas y el 43.75% de comunidades rurales (véase Tabla 5).

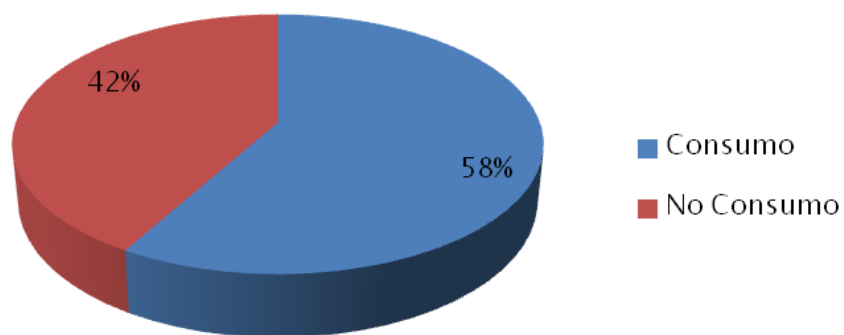
Tabla 5. Indicadores de Habilidades Sociales por Región.

	Tipo de Comunidad	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Sientes que estas equivocado	Urbana	5.74	66.03	28.23
	Rural	4.52	74.57	20.9
Expresas siempre tu opinión	Urbana	28.64	5.8	60
	Rural	32	60	8
Temor a presentarse en Publico	Urbana	32.21	51.9	15.86
	Rural	19.31	66.63	17.04
Propone que hacer con sus amigos	Urbana	31.7	5.26	64.87
	Rural	43.1	8.1	57.8
Agradece los cumplidos	Urbana	31.06	51.45	17.47

	Rural	28.16	58.62	13.22
Problemas para hacer nuevos amigos	Urbana	8.13	44.5	47.36
	Rural	3.39	41.24	51.37
Vuelve a hacer una petición	Urbana	5.88	52.45	41.67
	Rural	6.78	53.12	40.1
Puede hacer amigos en lugares nuevos	Urbana	53.84	33.65	12.05
	Rural	57.38	34.65	7.95
Negar una petición	Urbana	32.68	40.9	26.34
	Rural	22.16	45.45	32.38
Manifestar que se le está ofendiendo	Urbana	43.13	43.15	14.7
	Rural	43.75	41.47	14.77

Por otro lado, en cuanto a si al menos una vez han consumido alguna droga, el 58% reportan que nunca lo han hecho, mientras que el 42% restante han utilizado algún tipo de droga, desde cigarros o alcohol, hasta drogas ilegales (véase Figura 7).

Figura 7. Consumo de Drogas.



En cuanto al tipo de droga que han utilizado los adolescentes, encontramos que la droga que se ha utilizado con mayor frecuencia es el cigarrillo (5%), la combinación de refrescos de cola con pastillas (3.7%) seguido del alcohol (3.1%), en este punto cabe destacar que un porcentaje mayor menciona que

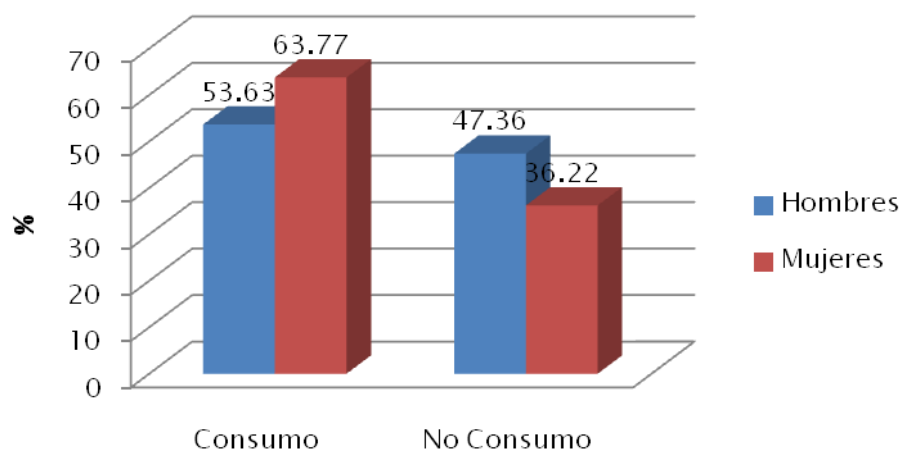
frecuentemente necesita beber alcohol para sentirse bien (7.1%). En cuanto a otro tipo de drogas, el 1.2% menciona que frecuentemente consume marihuana, y un 1.9% lo hace con la cocaína (ver tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de uso de algún tipo de Droga

	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Refresco de Cola con Pastillas	3.7	29.8	66.5
Inhalado Alguna Sustancia Tóxica	3.1	16.1	86.7
Inhalado Thiner	1.9	19.3	78.9
Inhalado Cemento	3.1	14.4	82.5
Acostumbras ingerir alcohol	3.1	42.2	54.7
Necesitas beber para sentirte bien	7.5	22	70.4
Fumas Cigarrillos	5.0	38.5	56.5
Has fumado marihuana	1.2	11.2	87.6
Has ingerido excitantes sin prescripción médica	.6	9.3	90.1
Ha Ingerido sedantes sin prescripción médica	0	6.8	93.2
Has tomado usado o probado cocaína	1.9	5.6	92.5
Has usado crack	.0	1.9	98.1
Has consumido tachas	.6	6.3	93.1
Has tomado alucinógenos: hongos peyote, mezcalina, LSD	.6	3.1	96.3
Has tomado ó probado Heroína	.6	1.9	97.5
Has usado sedantes sin prescripción médica	1.2	8.1	90.7

Respecto al consumo por género (véase Figura 8), encontramos un mayor porcentaje de mujeres que han probado algún tipo de droga (63.77%), que de hombres (53.63%).

Figura 8. Consumo de Drogas por Género



En la tabla 7, el *fumar cigarrillos* es la sustancia que con mayor frecuencia han utilizado los hombres, 6.66%, mientras que un mayor porcentaje de mujeres reportan que frecuentemente necesitan beber para sentirse bien (8.45%).

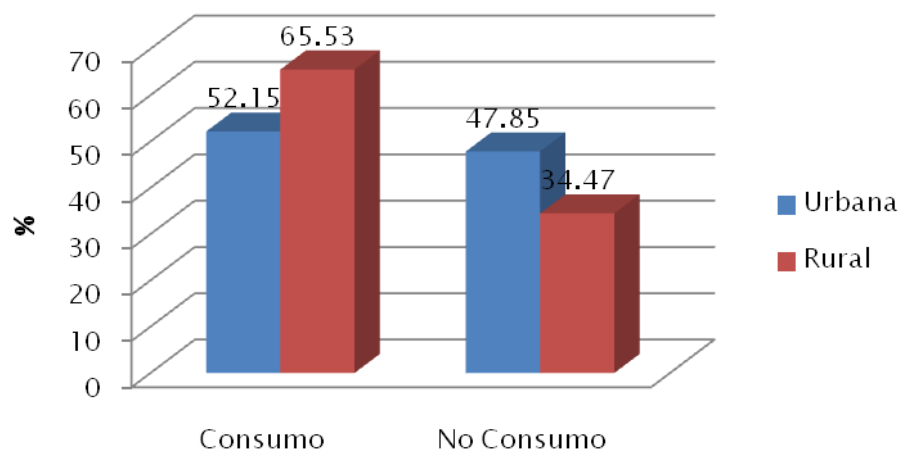
Tabla 7. Frecuencia de uso de drogas por Género.

	Sexo	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Refresco de cola con pastillas	M	4.4	23.33	72.22
	F	2.81	38.03	59.15
Inhalado algunas sustancias tóxicas	M	2.22	20	77.7
	F	4.22	11.26	84.5
Inhalado thinner	M	2.22	18.88	78.88
	F	1.4	19.71	78.87
Inhalado cemento	M	2.22	14.61	83.14
	F	4.22	50.7	47.88
Acostumbra ingerir alcohol	M	4.4	35.6	60
	F	1.4	50.7	47.88
Se ha dado cuenta que necesita beber para sentirse bien	M	6.81	25	68.19
	F	8.45	18.31	56.34

Fuma cigarrillos	M	6.66	36.66	56.66
	F	2.81	40.84	56.33
Ha fumado marihuana	M	1.1	13.33	85.55
	F	1.4	8.45	90.14
Ha ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica	M	0	10	90
	F	1.4	8.45	90.14
Ha ingerido tranquilizantes sin prescripción médica	M	0	4.44	95.56
	F	0	9.56	90.14
Ha tomado, usado o probado cocaína	M	1.1	5.55	93.93
	F	2.81	5.63	91.54
Ha usado alguna vez cocaína "crack"	M	0	2.22	97.78
	F	0	1.4	98.6
Ha consumido tachas	M	0	6.66	93-33
	F	1.42	5.71	92.8
Ha tomado o probado alucinógenos como hongos, peyote, LSD, etc.	M	1.1	1.1	97.77
	F	1.4	5.71	92.87
Ha tomado, probado o usado heroína	M	0	3.33	96.66
	F	1.4	0	98.6
Ha tomado usado o probado sedantes sin que un médico lo recete	M	1.1	6.66	92.22
	F	1.4	9.86	88.73

Por región, encontramos que el mayor porcentaje de adolescentes que ha consumido algún tipo de droga son de comunidad rural (65.53%); mientras que en comunidades urbanas el 52.15% de los adolescentes reportan haber ingerido drogas. Con respecto al no consumo, lo refieren el 47.85% de adolescentes de región urbana, y el 34.47% de zona rural.

Figura 9. Consumo de Drogas por Región



Por otro lado, la droga de mayor preferencia entre la población de estudio, es *cigarrillos* (tabaco), observándose que en zona urbana los cigarrillos se consumen “frecuentemente” en mayor porcentaje (7%), y un 1.64% de adolescentes de zona rural. El 3% de los adolescentes de zona urbana mencionan que frecuentemente consumen cocaína (véase Tabla 8)

Tabla 8. Consumo de drogas por región

	Región	Porcentaje de alumnos		
		Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Refresco de cola con pastillas	Urbana	4	37	59
	Rural	3.27	18.03	78.68
Inhalado algunas sustancias tóxicas	Urbana	2	19	79
	Rural	4.9	11.47	83.6
Inhalado thinner	Urbana	2	17	81
	Rural	1.64	22.9	75.41
Inhalado cemento	Urbana	2	15	82
	Rural	4.91	13.11	81.96
Acostumbra ingerir alcohol	Urbana	3	40	57
	Rural	3.27	45.9	50.82
Se ha dado cuenta que necesita beber para sentirse bien	Urbana	7	23	68
	Rural	8.2	19.67	72.13
Fuma cigarrillos	Urbana	7	38	55

	Rural	1.64	13.11	85.24
Ha fumado marihuana	Urbana	1	10	89
	Rural	1.64	13.11	85.24
Ha ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica	Urbana	1	9	90
	Rural	0	9.86	90.14
Ha ingerido tranquilizantes sin prescripción médica	Urbana	0	7	93
	Rural	0	6.55	93.45
Ha tomado, usado o probado cocaína	Urbana	3	4	93
	Rural	0	8.2	91.8
Ha usado alguna vez cocaína "crack"	Urbana	0	1	99
	Rural	0	3.27	96.73
Ha consumido tachas	Urbana	1	5	94
	Rural	0	8.33	91.64
Ha tomado o probado alucinógenos como hongos, peyote, LSD, etc.	Urbana	1	2	97
	Rural	0	4.9	95.1
Ha tomado, probado o usado heroína	Urbana	1	2	97
	Rural	0	1.64	98.36
Ha tomado usado o probado sedantes sin que un médico lo recete	Urbana	2	7	91
	Rural	0	9.83	90.14

Análisis Inferencial

Para determinar la relación entre las diferentes variables, se empleó la prueba rho de Spearman, la cual mostró que entre las variables Depresión y Adicciones existe una relación positiva de fuerza leve ($r_s = .171$; $p < 0.01$), ya que a mayores los índices de depresión mayores los indicadores en la subescala de adicción. De igual forma, entre HS y Depresión, existe una relación negativa de fuerza leve ($r_s = .127$, $p < .05$), esto al nivel de significancia de .05, esto es que a mayores índices de depresión, disminuyen los indicadores en la subescala de HS. Por último, En cuanto a las variables HS y Adicciones, no se encontró relación entre estas variables ($r_s = -.041$, $p > .05$).

Respecto a las diferencias en los puntajes de depresión e indicadores en adicciones y habilidades sociales por género y zona en que habitan los adolescentes, se aplicó la prueba *t de Student* para depresión, la cual no mostró

diferencias entre hombres y mujeres, ($t_{282} = -.672$, $p > .05$), ni por región en que habitan los adolescentes ($t_{282} = .669$, $p > .05$).

En cuanto a la diferencia por género y tipo de comunidad en adicciones, al aplicar la prueba U de Mann-Whitney se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a los puntajes de la subescala de adicción ($U = 4504.50$; $p < 0.05$), las adolescentes obtuvieron puntuaciones más altas que los varones. También en el factor región se hallaron diferencias significativas ($U = 15652.50$; $p < 0.05$), los adolescentes de comunidades rurales presentaron mayores puntajes que aquellos que habitan en regiones urbanas.

Por último, en la subescala de Habilidades Sociales también se aplicó la prueba U de Mann-Whitney en donde no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($U = 17919$; $p > 0.05$), ni en región rural/urbana ($U = 18224.5$; $p > 0.05$).

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito evaluar la relación entre depresión, habilidades sociales y las adicciones en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas. Un segundo objetivo fue identificar diferencias en estas variables por género y por tipo de comunidad en que habitan los adolescentes.

Los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes evaluados (57%) se ubican en el nivel de depresión mínima, mientras que en depresión leve se encuentran el 16.2%, en moderada el 13% y en severa el 13.7% de la muestra. Es importante prestar importancia a todos estos casos, ya que, tal como lo reporta Bogard (2005), los adolescentes que presentan síntomas depresivos se encuentran en mayor riesgo de presentar conductas suicidas y de consumo de drogas.

En la misma línea, los resultados de esta investigación muestran que no existen diferencias significativas entre los niveles de depresión que obtuvieron las mujeres y los varones evaluados, esto en contraste con los hallazgos reportados por Cantoral, Méndez y Nazar (2005) y Coffin (2006), quienes refieren que la sintomatología depresiva se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones.

Tampoco se hallaron diferencias en los puntajes de depresión entre los adolescentes de zonas rurales y urbanas. No obstante que en el inventario de depresión, tanto hombres como mujeres de zonas rurales presentaron puntajes más altos que los de zonas urbanas, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Esto resulta contrario a los hallazgos de Cantoral, Méndez y Nazar (2005), así como a lo reportado por Herman, Ostrander y Tucker (2007); quienes encontraron que los adolescentes de comunidades urbanas presentan índices más altos de depresión que aquellos que habitan en regiones rurales.

Por otra parte, con respecto a la variable Habilidades Sociales (HS), se observó que los adolescentes evaluados poseen un buen repertorio en cuanto a éstas, pues la mayoría reportó más de 5 indicadores. Esto es de gran relevancia,

en tanto que las HS pueden ser un factor de protección para los adolescentes respecto a conductas consideradas de riesgo (consumo de drogas, sintomatología depresiva, etc.).

En cuanto a diferencias por género, no se encontraron diferencias significativas, lo cual contrasta con lo reportado por Ríos, Frías y Rodríguez (1998), quienes de acuerdo a los resultados de su investigación argumentan que los hombres presentan puntajes más altos, es decir mayores HS, en la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA).

Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los indicadores de HS mostrados por los adolescentes según el tipo de comunidad en la que habitan.

En cuanto al consumo de drogas, más de la mitad de los adolescentes de la muestra (58%) reportaron que al menos una vez han consumido alguna sustancia, siendo el alcohol y los cigarrillos las sustancias que se utilizan con mayor frecuencia; lo cual concuerda con lo referido en la literatura, respecto a que son éstas las drogas que los adolescentes, con fines de experimentación, prueban de inicio (Castro, Rojas y de la Serna, 1988; Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas, 1996).

Respecto al consumo de drogas en hombres y mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo las mujeres quienes reportan mayor consumo, esto coincide con los resultados reportados por Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Bautista, Amador y Bermúdez (2005), quienes refieren que las mujeres han aumentado su nivel de consumo de drogas, mientras que en los hombres se ha mantenido o ha disminuido ligeramente.

Referente al tipo de comunidad, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los adolescentes de zonas rurales quienes reportan mayores indicadores de consumo.

En cuanto a cómo se relacionan las diferentes variables estudiadas, se encontró que existe una correlación de fuerza leve positiva entre depresión y adicciones, y habilidades sociales y depresión, por lo tanto a mayores índices de depresión mostrados por los adolescentes, mayores los indicadores de adicción y

menores de habilidades sociales ($r = .135, p < 0.05, r = .138, p < 0.05$). Lo anterior coincide con investigaciones tales como las reportadas por Field, Diego y Sanders (2001), en donde los adolescentes que presentan sintomatología depresiva también consumen drogas y tiene pensamientos suicidas y relaciones poco funcionales con su familia y con otros adolescentes. En la población adolescente es posible que esta relación tenga que ver como forma de que los jóvenes enfrenten los problemas emocionales, existe evidencia que un motivo del consumo de drogas en jóvenes en general es para olvidarse de los problemas (Guzmán, Alonso y Gómez, 2008; Guzmán y Pedrao, 2008).

Para concluir, más allá de intentar abrir nuevas líneas de estudio, el reconocimiento de las implicaciones que tienen las habilidades sociales en el desarrollo psicosocial de los adolescentes, y el impacto de ello en su estado emocional, es de gran relevancia y no sólo debe quedarse a nivel de investigación, ya que ésta es sólo el primer paso para el reconocimiento de las problemáticas sociales.

Es así como nuestros resultados demuestran que la carencia de redes de apoyo de los adolescentes afecta en su proceso psicosocial, siendo ello un factor potencial de riesgo para la depresión y algún otro tipo de conductas autodestructivas, tales como la ideación suicida, las adicciones y embarazos precoces, entre otros.

Es a través de la investigación que es posible rastrear las problemáticas que actualmente presentan los adolescentes, así como identificar cuáles son sus principales causas, con lo cual se pueden sustentar las bases para planear, diseñar e implementar programas preventivos encaminados a fortalecer la autoestima, las habilidades sociales y la forma en cómo se relacionan los adolescentes no sólo en el ambiente familiar, sino en todos los espacios en que se desenvuelven, tales como la escuela y su comunidad. Por otro lado, no se deben olvidar los programas de intervención que permitan mejorar las condiciones de vida de quienes están en riesgo de presentar la sintomatología depresiva o de quienes ya la experimentan, pues se encuentran en riesgo de presentar conductas como la ideación suicida y el abuso de drogas.

REFERENCIAS

- Alegría, (2003) *Evaluación de las Habilidades Sociales: Revisión Teórica*. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES IZTACALA
- Arieti, S. y Bempodad. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Aydin, B. y Öztücüncü, F. (2001). Examination of adolescents negative thoughts, depressive mood, and family environment. *Adolescence*. 36 141, pp. 77-83.
- Bandura, A., (1969) *Principios de Modificación de Conducta*. Nueva York
- Beck, A. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, A., Brian, F., y Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. España. Desclee de Brouwer. Cáp. 1.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología México*. McGraw-Hill.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J., Rojas, E. (1996). *Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal, 1993*. Salud Mental. México, 19 (1), 1-5
- Bogard, K. (2005). *Affluent adolescents, depression, and drug use: The role of adults in their lives*. *Adolescence*, 40 158, pp. 281-306.
- Bucio (2003) *Estudio Teórico Social sobre la importancia de la impartición de la educación sexual en los adolescentes*. Tesina. UNAM: FES Iztacala.
- Buceta., (1986) *La Evaluación del Progreso Terapéutico en la Depresión: Necesidad de los Registros Multidimensionales*. Revista de Psicología General y Aplicada.42 (2)
- Caballo, V., (1986) *Teoría, Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España. Promolibro
- Caballo, V., (1993) *Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*. España, Editorial Siglo XXI

- Cantoral, G., Méndez, M. y Nazar, A. (2005). *Depresión en adolescentes. Un Análisis desde la perspectiva de género*. En red: www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf, recuperado el 27 de febrero de 2009.
- Campa, N., Ramos, M., (2000) *Evaluación de Habilidades Sociales y Problemas de Conducta en Adolescentes de Nivel Medio Superior*. Reporte de investigación. UNAM. FES IZTACALA.
- Castro, M. E., Rojas, E., de la Serna, J. (1988) *Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres*. Salud Mental, México, 11 (1), pp. 35-47
- Casco, M., Natera, G., Ortiz, A.; Mora. J. (1991). *Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México*. Salud Mental, México, 14 (4), pp. 33-43
- Chávez, (2006) *Investigación especializada en sexualidad humana: aportaciones del Instituto Mexicano de Sexología. Informe de Servicio Social, Licenciatura de Psicología*. UNAM: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- Clark A., Clemens, H., y Bean, R., (1999) *La Autoestima en los Adolescentes*. México. Editorial Siglo XXI
- Coffin, N., (2006) *Tendencia generacional de diferentes procesos psicológicos en los adolescentes*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.
- Conger, (1980) J. (1980) *Adolescencia. Generación presionada*. México: DIMSA.
- Craig, J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Dio Bleichmar, E. (1992). *La depresión en la mujer*. España: Temas de hoy.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer
- Field, T., Diego, M. y Sanders. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*. 36 143, pp. 491-498.
- Fernández M. O. (1989) *Abordaje Teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Flores, Guarneros (1994) *Problemas de Drogadicción en Adolescentes y su Relación con las Habilidades Sociales*. Reporte de Investigación. UNAM FES IZTACALA

- García, N., Martínez, N. y Yáñez, N. (2006) *Influencia del Apoyo Social en la Depresión de Adolescentes de Enseñanza Media*. Tesis de Licenciatura. UNAM. FES IZTACALA.
- Garza, F., de la Vega, B. Zúñiga, V. (1987). *La cultura del menor infractor*. Ed. Trillas. México.
- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). *La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos*. *Salud Mental* 4 18, pp.41-48.
- González, Núñez, J. (2001). *Psicopatología de la Adolescencia*. Ed. El Manual Moderno. México.
- Guzmán, R., García, R., (2006) *Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes con Problemas de Conducta*. *Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH*, No.3, 14
- Guzmán, F., López, K., Alonso, M., Arévalo, A. y Corral, O. (2008). *Depresión y consumo de drogas ilegales en población juvenil marginal; comparación entre consumidores y no consumidores*. *Revista científica electrónica de psicología*, 7, 97-111.
- Guzmán, F. y Pedrao, J. (2008). *Personal and interpersonal risk factors in the consumption of illicit drugs by marginal adolescents and young people from Juvenile Gangs*. *Latín América Journal of Nursing*, 16(3), 368-374.
- Hurlock, B (1994) *Psicología en la Adolescencia*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela R. (1998). *La estandarización del inventario de Depresión de Beck Para los residentes de la ciudad de México*. *Salud mental* 21 3, pp.26-31.
- Kelly, J. (1996), *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Editorial Desclée de Brouwer
- Llberia, D. y Lorente, P. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. España: Espaxis.
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión*. Barcelona: Masson.

- Mc Kinney, J.P, Fitzgerald, E., Strammen, A (1990). *Psicología del desarrollo edad adolescente*. México. Editorial el Manual Moderno.
- Milne, L. y Lancaster, S. (2001). *Predictors of depression in female adolescents*. *Adolescence*. 36 142, pp. 207-223.
- Moreno, C., Del Barrio, M. y Mestre, M. (1996). *Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes*. *Iber Psicología* 1 10, pp. 15-28.
- Oblitas, G., (2002) *Adicciones y Salud*. Revista Electrónica Psicología Científica.
- Papalia, D., (1996) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial Mc Graw Hill
- Peña-Corona, Fera, C., Medina, A. (2000). *El consumo moderado de bebidas con alcohol y la salud*. Cuadernos FISAC, Año 1, (008)
- Peña, Ulloa & Páez (1999) *Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial*. Salud Mental, Número Especial.
- Polaino, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Powel, (1995) *La psicología de la Adolescencia*. México. Fondo de Cultura Económica-
- Ramos, L., Saldívar, Medina -Mora, M.E. Rojas; Villatoro, J. (1998). *Prevalencia de abuso sexual entre estudiantes y su relación con el consumo de drogas*. Salud Pública de México, SSA, México, 40 (3).
- Riesco, M., (2005) *Habilidades Sociales en Adolescentes con problemas de Desadaptación Social: Estudio Diagnóstico y propuesta de Intervención*. Revista Educación y Futuro Digital
- Ríos, M., (2002) *Evaluación de las habilidades Sociales*. En: Silva. y Aragón (2002) *Evaluación Psicológica en el área Clínica*. México. Editorial Pax.
- Ríos, Frías y Rodríguez, 1998). *Habilidades Sociales en Adolescentes de Secundaria*. Revista Psicología y Ciencia Social. 2 (2)
- Ritcher, P., Alvarado, L. y Fend, H. (1997). Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 7, en red:
[http:// www. csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/index.html](http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/index.html).
- Rice (2000) *Adolescencia: Desarrollo, Relaciones y Cultura*. España, Editorial Pearson Educación.

- Sanz de Acedo, M.L., Sanz de Acedo, M.T., Iriarte, M.D. (2000). *Revista de Ciencias de la Educación*. No. 182. Abril- Junio. Universidad Pública de Navarra, España.
- Shaffer (2000) *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México, Editorial Internacional Thompson.
- Silva, A., Aragón, L., Ramírez, O., Vega, E., Delgado, R. y Rodríguez, G., (1993) Aguascalientes: *Los problemas Psicológicos de sus jóvenes. Psiquiatría*, 10, pp. 195-213. México.
- Vázquez, P. J., Ordoñez, F., Strausz. S., Arredondo, A., Lara, N., Bemúdez. P., Coronado, C., López, L., Miranda, M. (2004). *Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. Episteme 1*, en red: [http:// www. uvmnet. Edu/investigación/episteme/numero1-04](http://www.uvmnet.edu/investigación/episteme/numero1-04).
- Vidal. M (2006). *Autoestima y Asertividad como parte fundamental en la consolidación del proyecto de vida de los adolescentes*. Tesis de Licenciatura. UNAM. FES Zaragoza
- Villatoro. J.A, Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Rojas, E., Carreño, S., Berenzon, S. (1998) *Drug use patterns among high school students of Mexico. Addiction*, 93 (10), pp.1577-1588.
- Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Hernández, M., Fleiz, C.M., Amador, N.G. y Bermúdez, P. (2005). *La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental*. 28. (5). Febrero. 38-51.
- Vilchis, M., (1999) *Entrenamiento en Habilidades Sociales para Adolescentes de secundaria como una Alternativa para la Reducción de la depresión: Un Estudio Longitudinal*. Tesis de Maestría. UNAM. FES Iztacala.

ANEXOS

ANEXO 1. Lista de Chequeo Elaborada por Silva (1993)

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en diferentes lugares de tu ciudad. Lee con cuidado el cuadernillo y anota tus respuestas en las Hoja de Respuesta. Por favor, no hagas anotaciones en el cuadernillo.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada. Es por esto que no preguntamos tu nombre y te pedimos que no lo anotes en ninguna hoja. Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a ti también te guste.

Con este cuestionario pretendemos saber qué es lo que piensan los jóvenes de tu edad, por lo que te pedimos que lo contestes con la mayor sinceridad posible, pues de lo contrario éste no tendrá validez. Para garantizar el anonimato de tu información, insistimos en que no es necesario que pongas tu nombre.

Asimismo, es totalmente voluntaria tu participación.

INSTRUCCIONES

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para tí sea la mejor. En todas las preguntas deberás elegir sólo una opción. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en las líneas correspondientes.

De las alternativas que se te dan, escoge la que más se acerque a tu manera de pensar, marcando con una X o O el número que corresponda en las Hojas de Respuestas.

EJEMPLO.

a) ¿Acostumbras cocinar tus propios alimentos?

1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) nunca 1 3

2

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

a) DROGAS

1. ¿Has tomado refrescos de cola con pastillas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
2. ¿Has inhalado alguna sustancia tóxica?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
3. ¿Has inhalado thinner?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
4. ¿Has inhalado cemento?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
5. ¿Acostumbras ingerir alcohol?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
6. ¿Te has dado cuenta que necesitas beber para sentirte bien?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
7. ¿Fumas cigarrillos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
8. ¿Has fumado marihuana?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
9. ¿Has ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
10. ¿Has tomado, usado ó probado cocaína?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
11. ¿Has usado alguna vez cocaína "crack"?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
12. ¿Has consumido "tachas"?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

13. ¿Has tomado ó probado alucinógenos, como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc?

1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

14. ¿Has tomado, usado ó probado heroína?

1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

15. ¿Has ingerido tranquilizantes sin prescripción médica?

1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

16. ¿Has tomado, usado ó probado sedantes, sin que un médico te lo recetara?

1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

b) HABILIDADES SOCIALES

1. ¿Sientes que eres equivocado?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
2. ¿Estás siempre dispuesto(a) a expresar tu opinión?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
3. ¿Te pones nervioso al presentarte en público?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
4. ¿Qué haces cuando estás con tus amigos?
1) Te dedicas a escuchar 2) Dejas que te hagan bromas 3) Te integras
5. ¿Cuando te hacen un cumplido sabes qué decir?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
6. ¿Te cuesta trabajo entablar una conversación con alguien?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
7. ¿Si la petición inicial de algo que tu quieres es rechazada, la pides para una ocasión posterior?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
8. ¿Te gusta hacer amigos cuando vas a lugares nuevos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
9. ¿Si un amigo te hace una petición que consideras no razonable, eres capaz de negarte a hacerla?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
10. ¿Cuándo sientes que un amigo te esta ofendiendo se lo haces saber?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

Anexo 2: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones que miden niveles de depresión, por favor léelas cuidadosamente. Escoge una oración de cada grupo que describa la manera en que te sentiste la semana pasada inclusive el día de hoy. Encierra en un círculo en la hoja de respuestas sólo la oración que más se acerca a la forma en que te sientes o sentiste. Asegúrate de leer todas las oraciones de cada grupo.

- | | |
|--|---------|
| 1.- Me siento triste | 0 1 2 3 |
| 0) Yo no me siento triste | |
| 1) Me siento triste | |
| 2) Me siento triste todo el tiempo | |
| 3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo | |
| .- Me siento descorazonado | 0 1 2 3 |
| 0) En general no me siento descorazonado | |
| 1) Me siento descorazonado por el futuro | |
| 2) Siento que no tengo nada que esperar del futuro | |
| 3) Siento que el futuro no tiene esperanza | |
| 3.- Me siento como un fracasado | 0 1 2 3 |
| 0) Yo no me siento como un fracasado | |
| 1) Siento que he fracasado más que las personas en general | |
| 2) Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos | |
| 3) Siento que soy un completo fracaso. | |
| 4.- Satisfacción de las cosas | 0 1 2 3 |
| 0) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo | |
| 1) Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo | |
| 2) Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada | |
| 3) Estoy insatisfecho o aburrido con todo | |
| 5.- Me siento culpable | 0 1 2 3 |
| 0) En realidad yo no me siento culpable | |
| 1) Me siento culpable una gran parte del tiempo | |
| 2) Me siento culpable la mayor parte del tiempo | |
| 3) Me siento culpable todo el tiempo | |
| 6.- Castigado | 0 1 2 3 |
| 0) Yo no me siento que este siendo castigado | |
| 1) Siento que podría ser castigado | |
| 2) Espero ser castigado | |
| 3) Siento que he sido castigado | |
| 7.- Desilusionado de mi mismo | 0 1 2 3 |
| 0) Yo no me siento desilusionado de mi mismo | |
| 1) Estoy desilusionado de mi mismo | |
| 2) Estoy desilusionado conmigo mismo | |
| 3) Me odio | |

- 8.- Peor que otras personas 0 1 2 3
0) Yo no me siento peor que otras personas
1) Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores
2) Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3) Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9.- Pensamientos suicidas 0 1 2 3
0) Yo no tengo pensamientos suicidas
1) Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2) Me gustaría suicidarme
3) Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10.- Lloro más de lo usual 0 1 2 3
0) Yo no lloro más de lo usual
1) Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2) Actualmente lloro todo el tiempo
3) Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer
- 11.- Más irritable 0 1 2 3
0) Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1) Me enoja o irrito más fácilmente que antes.
2) Me siento irritable todo el tiempo
3) Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12.- Perdido el interés en la gente 0 1 2 3
0) Yo no he perdido el interés en la gente.
1) Estoy menos interesado en la gente de lo que solía hacer.
2) He perdido en gran medida el interés en la gente.
3) He perdido todo el interés en la gente
- 13.- Tomo decisiones 0 1 2 3
0) Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1) Pospongo tomar decisiones más que antes
2) Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3) Ya no puedo tomar decisiones
- 14.- Me veo peor de cómo me veía 0 1 2 3
0) Yo no siento que me vea peor de como me veía
1) Estoy preocupado de verme viejo o poco atractivo
2) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
3) Creo que me veo feo
- 15.- Puedo trabajar tan bien 0 1 2 3
0) Puedo trabajar tan bien como antes
1) Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
2) Tengo que obligarme para hacer algo
3) Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16.- Puedo dormir 0 1 2 3
0) Puedo dormir tan bien como antes
1) Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
2) Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal
3) Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo

- 17.- Me canso más de lo habitual 0 1 2 3
0) Yo no me canso más de lo habitual
1) Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
2) Con cualquier cosa que hago, me canso
3) Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18.- Mi apetito no es peor 0 1 2 3
0) Mi apetito no es peor de lo habitual
1) Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2) Mi apetito está muy mal ahora.
3) No tengo apetito de nada.
- 19.- a) He perdido mucho peso 0 1 2 3
0) Yo no he perdido mucho peso últimamente
1) He perdido más de dos kilogramos.
2) He perdido más de cinco kilogramos
3) He perdido más de ocho kilogramos
- 19.- b) A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos 1 2
1) Si
2) No
- 20.- Estoy más preocupado de mi salud 0 1 2 3
0) Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1) Estoy preocupado acerca de problemas físicos actuales.
2) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar.
3) Estoy tan preocupado por mis problemas que no puedo pensar
- 21.- No he notado ningún cambio 0 1 2 3
0) Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés
1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2) Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3) He perdido completamente el interés en el sexo.