



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*RELACION ENTRE PARENTALIDAD, SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA
Y CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO
SUPERIOR.*

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

PATRICIA GARCIA GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. JORGE AMETH VILLATORO VELAZQUEZ

REVISORA:

DRA. MA EMILY ITO SUGIYAMA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por permitirme ser parte de ella y darme la formación necesaria para cumplir con mis proyectos y sobre todo mis sueños.

En segundo lugar, a la **Facultad de Psicología** recibirme con los brazos abiertos y así formar parte de mí, como mi segundo hogar.

A todos mis maestros de la Facultad de Psicología que me enseñaron a amar esta profesión y por brindar su conocimiento sin condiciones, especialmente a los que marcaron mi formación e inclinación académica: Blanca Elena Mancilla, Pablo Valderrama, Irasema Rea, Sotero Moreno y Juan Manuel Morales.

A mi director de tesis el Lic. Jorge Ameth Villatoro Velázquez, en primer lugar por la oportunidad de aprender, por su apoyo y sobre todo su paciencia.

A mi revisora la Dra. Emily Ito Sugiyama, gracias por su tiempo, paciencia, sugerencias y apoyo.

A los sinodales que dedicaron su tiempo y me brindaron sus valiosas sugerencias acerca de este trabajo: a la Dra. Lidia A. Ferreira Nuño, Maestra Blanca R. Girón Hidalgo y Maestra Miriam Camacho Valladares.

A la Lic. Concepción Conde Álvarez, por su gran apoyo y consejos. Por el acompañamiento durante este trayecto.

A la Lic. Midiam Moreno por su tiempo y sugerencias.

Un agradecimiento especial a la Secretaría de Desarrollo Institucional, al Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas, a través del **Macroproyecto: “Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de Conductas Adictivas”**.

Especialmente al proyecto MP6-7 “El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la UNAM” y al Instituto Nacional de Psiquiatría, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

DEDICATORIAS

A Dios, quien me regalo lo más hermoso del mundo: la vida y la oportunidad de vivirla.

A mi madre, por darme la vida y su amor incondicional; por sus enseñanzas de vida que es lo más valioso que pudo heredarme. Te amo...

A mi padre, quién nunca dudó de mí y siempre estuvo a mi lado. Te amo...

A mis hermanos Teresa, Martha y Abel, por su apoyo, por compartir el camino juntos, por enseñarme el amor incondicional.

A mi esposo José, por estar a mi lado apoyándome todo el tiempo en este proceso y por los años que faltan por caminar juntos. Te amo...

A ese pedacito de luz que llegó a iluminar y dibujar una sonrisa en nuestras vidas: Ángel Gabriel...te amamos.

A mis amigas, hermanas del alma, por su amistad incondicional y los momentos de alegría y tristeza compartidos: Daniela Paola †, Viridiana Selene y Laura Angélica.

A José Alberto Ruiz, por ser mi guía, por tus palabras, tus enseñanzas, por la realidad....

Al universo que me ha dado la oportunidad de conocer personas significativas y de gran enseñanza. Por todas las experiencias vividas y las que llegarán.

INDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
1. Parentalidad y Familia	
1.1 Definición de familia.....	7
1.2 Funciones de la familia.....	8
1.3 Tipos de parentalidad.....	10
2. Adolescencia	
2.1 Definición y características de la adolescencia.....	15
2.2 Adolescencia y familia.....	17
2.3 Problemas internalizados y externalizados en la adolescencia.....	22
3. La depresión y el consumo de drogas en la adolescencia	
3.1 La depresión en la adolescencia.....	24
3.2 Etiología de la depresión.....	26
3.3 Epidemiología de la depresión.....	27
3.4 Factores asociados al consumo de drogas.....	29
3.5 Epidemiología del consumo de drogas en México.....	30
4. Método	
4.1 Planteamiento del problema.....	34
4.2 Justificación.....	34
4.3 Objetivo general.....	34
4.4 Objetivos específicos.....	34
4.5 Definición de variables.....	34
4.6 Hipótesis.....	36
4.7 Población y muestra.....	36
4.8 Instrumento.....	37
4.9 Procedimiento.....	38
4.10 Análisis estadístico de datos.....	39
5. Resultados	
5.1 Descripción de las características de los sujetos.....	40
5.2 Descripción de los síntomas depresivos y su relación con el consumo de drogas.....	41
5.3 Comparación de los estilos de parentalidad y el consumo de drogas.....	42
5.4 Evaluación de los estilos de parentalidad y los síntomas depresivos como predictores del consumo de drogas.....	44
6. Discusión y Conclusiones	46
REFERENCIAS	50
Apéndice. (Instrumento)	

RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio es conocer si los estilos parentales y los síntomas depresivos son factores de riesgo para el consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. La muestra utilizada fue de 19600 estudiantes de ambos sexos, de una institución pública de la Ciudad de México a quienes se les aplicó un cuestionario previamente estandarizado y validado. La muestra se dividió en tres grupos: Usuario Regular, Usuario Experimental y No Usuario. Los resultados arrojaron que tanto en el grupo de usuarios regulares como experimentales, los hombres consumen más que las mujeres. Quienes presentan mayores síntomas depresivos por sexo son las mujeres y por grupo, los usuarios regulares. Respecto a la parentalidad; el involucramiento positivo y aliento/apoyo que se consideran “positivos” se encontraron con mayor incidencia en los No Usuarios; mientras que el monitoreo negativo, educación evasiva y disciplina inconsistente que se pueden considerar “negativos”, se encontraron más en los Usuarios Regulares. El alcance de la presente investigación arrojó como factores de riesgo de consumo experimental, presentar monitoreo negativo, falta de involucramiento parental, síntomas depresivos y falta de aliento/apoyo. Mientras que para el consumo regular de drogas los factores son: presentar monitoreo negativo, síntomas depresivos y falta de involucramiento parental.

Palabras clave: **Drogas, Parentalidad, Depresión, Adolescentes, Familia**

INTRODUCCION

Los seres humanos al nacer, son indefensos y necesitan de la protección y cuidados adecuados para sobrevivir tanto a nivel individual como de especie; en nuestra sociedad, los padres son los encargados de esta responsabilidad creando con ello a la familia, la cual tiene la tarea de protección además de servir como puente entre el menor y la sociedad a la cual se integrará posteriormente.

Para que la integración a la sociedad sea lo mejor posible, es necesario que dentro de la familia se promueva el desarrollo idóneo de las capacidades y potencialidades humanas (Mancilla, 2007). Así pues, la familia es una entidad importante en la vida de los hijos ya que puede ser facilitador de un desarrollo sano, o por el contrario incidir negativamente en el mismo (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador, 2006).

Debido a la importancia que tiene la familia, en particular el papel de los padres en el desarrollo del individuo, se ha tratado de investigar cómo influyen los diferentes estilos parentales en la etapa de la adolescencia ya que es un periodo de la vida en el cual se viven diferentes cambios tanto a nivel físico como psicológico.

En las investigaciones que tratan de explicar la parentalidad, se destacan dos factores importantes que influyen en los estilos parentales los cuales son el control o monitoreo y por otro lado, el afecto; al mezclarlos, obtenemos cuatro diferentes tipos de estilos parentales, el sobreprotector (que incluye alto grado de calidez afectiva y bajo control), el democrático (el cual se caracteriza por alto afecto y control adecuado), el autoritario (que combina frialdad afectiva y alto control) y el negligente (que incluye bajo afecto y control).

En las investigaciones sobre el afecto en la familia, se describe que los jóvenes que perciben tener una relación cálida y afectuosa con sus padres muestran un mejor ajuste psicosocial (Steinberg y Silverberg, 1986, en Nicolson, 2002) o presentan mejor autoestima y bienestar psicológico (Soller y Callan, 1991, en Nicolson, 2002). En contraparte, los adolescentes con falta de cohesión familiar y con conflictos entre los dos padres, y entre los adolescentes y sus padres suelen presentar problemas internos como los son la depresión y tentativas de suicidio (Barber, Olsen y Shagle, 1994 en Nicolson, 2002).

Con respecto al control o monitoreo, se ha encontrado que la falta de éste se relaciona más con problemas comportamentales o de exteriorización; en cambio, los problemas emocionales o de interiorización dependerían más del afecto y comunicación familiar (Linver y Silverberg, 1995 en Nicolson, 2002). Respecto a lo anterior, se ha considerado al consumo de drogas como problema de exteriorización y la depresión como problema de interiorización. El consumo de drogas y la depresión son dos problemas de salud pública, según el Informe Mundial sobre salud del 2001, la prevalencia de la depresión en el mundo en hombres es de 1.9% y de 3.2% en mujeres. Se ha llegado a estimar que la depresión será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial para el año 2020 (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005).

Con respecto a nuestro país, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se reporta que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida; y los tipos de trastornos que se presentaron con más frecuencia fueron los trastornos de ansiedad (14.3%), seguido por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003). También en este estudio se menciona que para la población mexicana, los trastornos afectivos y de ansiedad (de interiorización) son más frecuentes para las mujeres; en cambio, los trastornos por uso de sustancias (o de exteriorización) son más frecuentes para el sexo masculino (Medina-Mora et al., 2003).

Respecto a lo mencionado y ante la preocupación por estos dos problemas que han afectado de manera importante a nuestra población adolescente, se desprende la inquietud de realizar esta investigación, cuyo objetivo es conocer la relación que existe entre los estilos parentales, la depresión y el consumo de sustancias en la población mencionada.

1. PARENTALIDAD Y FAMILIA

“Las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica de grupo de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad de los estados de enfermedad y salud mental.” (Bernstein, 1974).

1.1 Definición de familia

La familia es una institución base de las civilizaciones, pues a través de ella se logra la transmisión de costumbres y tradiciones, base cultural de cada pueblo (Quiroz, 2006); se considera tan antigua como la especie humana (Bernstein, 1974); y revela una variedad de formas estructurales como la familia nuclear (formada por el padre, madre y su descendencia, considerada básica); la extensa (formada por parientes consanguíneos por ejemplo: tíos, primos y abuelos); la monoparental (que está formada por uno de los padres y los hijos). La familia es la primera matriz social y uno de los pilares fundamentales donde se arraiga y se cultiva la personalidad (Quiroz, 2006).

La familia es una unidad flexible que se adapta tanto a las influencias externas como a su organización interna (Bernstein, 1974); entre las externas se encuentran las normas morales y costumbres prevalecientes, además de las fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas; entre las internas se incluye los vínculos construidos en la familia, los cuales se hacen a través de una combinación de factores biológicos, psicológicos y económicos (Quiroz, 2006). También se le considera un sistema social que incluye influencias bidireccionales en las conductas de cada miembro de la familia (Doménech, Villatoro y Gutiérrez, 2004) en el sistema familiar las respuestas de todos los miembros están interrelacionadas.

Escalante y López (2002 en Quiroz, 2006) mencionan que los vínculos familiares se forman a través de una combinación de factores:

- a) Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie; es la unidad básica de la sociedad y se encarga del establecimiento de la relación entre un hombre y una mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación.
- b) Psicológicamente, pues los miembros están ligados mutuamente para satisfacción de necesidades afectivas.
- c) Socialmente, ya que proporciona identidad y estatus.
- d) Económicamente, pues la familia satisface las necesidades materiales mediante la provisión de recursos.

El desarrollo normal de los individuos incluye a la familia, ya que es el primer contexto de desarrollo del ser humano al ser intermediaria entre el individuo y la sociedad. De acuerdo con Villatoro y cols. (2006), la familia incide en el desarrollo sano y maduro del mismo o bien desviando su crecimiento, por lo cual los padres son considerados universalmente importantes en la vida de los hijos.

Es por eso que las familias contribuyen al mantenimiento de la sociedad sirviendo como contexto en el que los niños son protegidos y estimulados para desarrollarse en adultos competentes. Así pues, la familia puede satisfacer las necesidades biológicas básicas y esenciales para sobrevivir; sin embargo, satisfacer éstas no garantiza de ninguna manera el despliegue de las cualidades humanas, las cuales se pueden desarrollar a través de la experiencia familiar (Bernstein, 1974).

1.2 Funciones de la familia

Dentro de la literatura, se encuentran distintas opiniones acerca de las funciones básicas que debe cubrir la familia, las cuales mencionaremos a continuación:

De acuerdo con Ackerman (en García, 2002), las finalidades humanas y sociales para las que se estableció la familia son:

- Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y protección ante los peligros externos
- Provisión de unión social que es la matriz de los afectos de las relaciones sociales familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar.
- Moldeamiento de los papeles sexuales, lo cual prepara el camino para la maduración y relación sexual.
- La ejercitación para integrarse a papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- El apoyo al aprendizaje, a la creatividad y a la iniciativa individual.

Para Mancilla (2007), las dos funciones básicas de la familia son:

1. Asegurar la supervivencia humana tanto a nivel individual como de la especie.
2. Generar un clima propicio que promueva el desarrollo de las capacidades y potencialidades inherentes al hombre.

Sin embargo, para que se pueda dar en un individuo el último punto expuesto, es necesario que la familia cumpla con determinados objetivos tanto psicológicos como sociales, los cuales de acuerdo con Macías (1988 en Mancilla, 2007), son:

- ❖ Asegurar la subsistencia de los menores cubriendo sus necesidades básicas de abrigo, alimento y protección.
- ❖ Promover lazos afectivos y la unión social para que los hijos puedan convivir y desarrollarse en armonía.
- ❖ Impulsar el desarrollo de la identidad personal, del grupo social al que pertenece lo que le permitirá adquirir integridad y fortaleza para enfrentarse a nuevas experiencias.
- ❖ Satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias y permitir la individualización mediante el respeto y reconocimiento de cada uno de sus integrantes.
- ❖ Promover la libertad y autonomía mediante los valores establecidos y que transmite.

Para que las potencialidades del individuo puedan sobresalir, se tomarán en cuenta tres factores que serán determinantes para el desarrollo de su personalidad:

1. Autoestima. La cual se aprende dentro de la familia, se da a partir de las interacciones y los mensajes que le comunican respecto a su valor como personas. Cuando el menor se aleja del núcleo familiar, se reforzarán los sentimientos de valor aprendidos dentro de la familia.
2. Comunicación. Este factor es esencial ya que de éste se determinara si el menor tiene un autoconcepto y seguridad adecuada o todo lo contrario. Se toma en cuenta la comunicación verbal, actitudinal, lenguaje corporal, tono emocional, contenido, y expresión facial entre otros.
3. Normas. Son los parámetros que guían la conducta; en toda familia, no importa de qué tipo sea, deben existir normas las cuales van a promover un desarrollo o un estancamiento, las normas les van a permitir la convivencia entre ellos.

Escalante y López (2002 en Quiroz, 2006) consideran que son siete las funciones que debe cumplir la familia para el despliegue de su potencial:

1. Brindar identidad al menor. El individuo incorpora no sólo las características biológicas de sus padres, sino también sus características psicosociales.
2. Proporcionar protección. Los niños dependen absolutamente para su supervivencia de las personas que los cuidan; y sólo a través del tiempo y en forma paulatina, va adquiriendo autonomía e independencia.
3. Desarrollar y establecer la seguridad básica. A través de la adecuada satisfacción de sus necesidades primarias y de una relación afectiva, en especial del contacto físico, la calidez y la atención, el niño logra desarrollar y establecer la seguridad básica.
4. Brindar las primeras y más importantes experiencias sociales. La familia es la célula social por excelencia; en ella el individuo aprende a compartir su espacio con los demás, desarrollando esquemas de interrelación que son transmitidos en el trato cotidiano que recibe de las personas que conviven con él, particularmente de sus padres.
5. Dictar y determinar la introyección de normas sociales de convivencia. Esto se debe a que el individuo incorpora modelos de conducta en relación con los demás y establece controles personales acerca de lo que debe ser su actuación social al saber diferenciar lo que está permitido de lo que no lo está.

6. El aprendizaje de la expresión amorosa. A medida que crece, el niño aprende a expresar sus emociones y sentimientos, los cuales le permitirán construir el futuro y mantener sus relaciones afectivas significativas.

7. Constituir un filtro con el resto de la sociedad. La familia le permitirá al niño experimentar con su propio comportamiento en la relación con los demás, definiendo la permisividad y/o restricción que tendrán en el futuro estos comportamientos.

Aunque todos los autores mencionados difieren en la cantidad de funciones de la familia, es cierto que todos concuerdan en que existen funciones básicas de sobrevivencia que deben cubrirse; además que éstas no potencian las cualidades humanas, ya que deben cumplirse otras tantas que son primordiales para el ajuste socio emocional de un individuo, como el afecto, control, comunicación y valores.

Así pues, el desarrollo psicológico en la infancia cimentará las bases para la adolescencia. Cuando se le proporciona un ambiente familiar óptimo desde la infancia, el adolescente convierte a los padres en guías y orientadores, además cuando existe en la familia una disciplina razonable y no arbitraria, ésta le permite desarrollar una conducta que lo dirija hacia el autocontrol y la auto dirección; sin embargo, cuando ocurre lo contrario y las conductas entre padres e hijos son desfavorables, la conducta del adolescente se deteriorará y presentará más dificultades de adaptación.

A través de la familia se transmiten valores, se brinda sostén emocional y afectivo promoviendo de esta manera, el desarrollo adecuado de cada miembro. Idealmente los entrena para la convivencia enseñando la tolerancia a la frustración procurando el reconocimiento y disfrute de procesos en general (Guelar y Crispo, 2002 en Castillo, 2005). También se entiende que la familia contribuye al desarrollo social, pues ejerce una función educativa y socializadora para poder formar personas cooperativas, responsables, con cohesión social y capaces de afrontar grandes retos sociales dada su función imprescindible e insustituible para fomentar valores personales y sociales (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003).

Es por lo anterior que a través de la historia ha crecido el interés por el estudio de las formas de crianza que adoptan los padres con sus hijos, a lo que se le ha llamado estilos parentales y por supuesto el efecto de los mismos en la presencia de diversos trastornos en sus hijos. A continuación se abordará más sobre el tema.

1.3 Tipos de parentalidad

Para Arranz (2004), la crianza es *“el espectro de actitudes y comportamientos que los padres practican con sus hijos, con la intención educativa de lograr un desarrollo psicológico sano”*. Es importante la investigación de los métodos de crianza pues estos influirán durante toda la vida de una persona, ya que si el estilo de crianza fue adecuado, va a promover ajuste; si no lo fué, provocará lo contrario (Mancilla, 2003).

Con la llegada de la escuela conductista de Watson en 1928, también se inician algunas investigaciones relativas a la crianza de los niños, las cuales hacen una contribución para que surjan términos y concepciones acerca de la función parental y la crianza adecuada (Arranz, 2004). El enfoque dimensional para el estudio de las influencias entre padres e hijos deja ver la importancia del afecto, el cual es de suma importancia para el desarrollo de cualquier individuo; además del control o monitoreo; estas dos dimensiones son fundamentales a la hora del estudio del estilo parental.

A continuación, se expondrá sobre dichas dimensiones:

El afecto. Según investigaciones, los hijos que dicen tener una relación más cálida y afectuosa con sus padres suelen mostrar un mejor ajuste o desarrollo psicosocial (Steinberg y Silverberg, 1986; en Nicolson, 2002); autoestima y bienestar psicológico (Soller y Callan, 1991; en Nicolson, 2002) y menos síntomas depresivos (Allen, Hauser, Erickholt, Bell y O'Connor, 1994, en Nicolson, 2002). En cambio, la falta de cohesión y la existencia de conflictos entre los mismos padres y entre ellos y sus hijos se suele relacionar fuertemente con problemas de ajuste interno como depresión o tentativas de suicidio (Barber, Olsen y Shagle, 1994 en Nicolson, 2002).

El control o monitoreo. Al hablar de control, se puede hacer referencia al establecimiento de límites, la exigencia de responsabilidades y la aplicación de sanciones por su incumplimiento. Otro aspecto sería la vigilancia o supervisión directa; sin embargo, debido a que los adolescentes pasan mucho tiempo fuera de su casa y en ocasiones, reclusos en su cuarto, este aspecto sería improbable a partir de la pubertad. Por lo tanto, al hablar de monitoreo se puede referir al conocimiento que los padres tiene de las actividades que realizan los chicos, los lugares a los que asisten y las relaciones o amistades que sostienen.

Respecto de estas dos dimensiones, se ha encontrado que la falta de control o monitoreo parental está más relacionada con los problemas comportamentales o de exteriorización, y los problemas emocionales o de interiorización dependerían más del afecto y comunicación familiar (Linver y Silverberg, 1995 en Nicolson, 2002). También se encontró que existe relación entre el control y el ajuste interno o emocional del adolescente; de igual manera el control se asoció con un mejor ajuste escolar y con menos actividades antisociales y delictivas (Barber, Olsen y Shagle, 1994; en Nicolson, 2002).

Una de las primeras investigaciones en torno al tema, fue la llevada a cabo por Baldwin, Kalhorn y Breteese (1984 en Arranz, 2004) en la cual identificaron tres diferentes patrones de comportamiento de la conducta parental denominados como: democrático, indulgente y de aceptación.

Sin embargo, alrededor de los años cincuenta, surge una línea de investigación que generó muchas aportaciones conocida como estilos educativos, en el cual se cruzan los dos continuos que se mencionaron anteriormente: el control disciplinario y la calidez afectiva (Arranz, 2004).

La combinación de los anteriores crea cuatro tipos distintos de ambientes familiares:

- Sobreprotector: combina alta calidez afectiva y bajo control.
- Democrático: combina adecuada calidez y control
- Autoritario: combina la frialdad afectiva con el alto control y,
- Negligente: que combina la frialdad afectiva con el control bajo.

Sin embargo, Baumbrind se dio a la tarea de describir más a fondo lo que se conoce ahora como estilos de crianza o parentales (Jeffrey, 2008):

- Estilo democrático: Son padres con autoridad competente que muestran tanto exigencia (control) como sensibilidad (afecto). Una característica distintiva de este estilo, es que los padres explican a sus hijos las razones de sus reglas y están dispuestos a discutir con ellos los temas de la disciplina lo que da lugar a negociación y compromiso; son cálidos y se muestran cariñosos. Los estudios han demostrado que este estilo se asocia con adolescentes independientes, creativos, seguros de sí mismos y hábiles socialmente.
- Estilo autoritario. Son muy exigentes (alto control) y poco sensibles o afectivos. Exigen obediencia y la castigan sin excepción; no permiten el diálogo, esperan que sus órdenes sean cumplidas sin discutir; muestran poca calidez. Este estilo da por resultado chicos dependientes, pasivos y conformistas.
- Estilo sobreprotector. Son poco exigentes o con poco control y muy afectuosos, creen que sus hijos necesitan amor incondicional para desarrollarse. Brindan calidez, pero les dan mucha libertad para hacer lo que quieran. Adolescentes irresponsables, conformistas e inmaduros son el resultado de este tipo de estilo.
- Estilo negligente. Son padres no comprometidos y poco exigentes. Al exigir poco de sus hijos, rara vez se molestan en corregir su conducta o poner límites claros. Su meta es reducir al mínimo el tiempo y la emoción que dediquen a la crianza. Los adolescentes con este tipo de estilo de crianza resultan ser impulsivos, con mayor tendencia a la delincuencia y al sexo a temprana edad, así como al consumo de drogas.

Actualmente se han realizado investigaciones acerca de los estilos parentales basadas en la teoría del aprendizaje en Interacción social (Doménech y cols., 2004).

El aprendizaje social, establece que nuestras actitudes son adquiridas al interactuar con otras personas o con el solo hecho de observar su comportamiento. Es todo un proceso a través del cual adquirimos nueva información, forma de comportarnos o actitudes. El aprendizaje social se lleva a cabo a través del condicionamiento clásico, instrumental y el aprendizaje observacional (Baron, 2005).

De acuerdo con esta teoría, se establece que las interacciones entre individuos influyen en la vida cotidiana, principalmente mediante el modelado, los castigos y las recompensas. Según Forgatch y Martínez (1999, en Domenech y cols.,

2004), describen la interacción social del aprendizaje como el proceso mediante el cual los padres influyen directamente en el desarrollo de sus hijos por medio de las prácticas que ejercen los primeros; e indirectamente, por los factores contextuales que rodean a la familia.

El segundo componente establece que el comportamiento está regulado por una consecuencia anticipada. Cuando ésta se aplica a la crianza de los hijos, se explica cómo las pautas de acción entre padre-hijo se mantienen dentro y fuera de la familia. Las prácticas de crianza positivas derivan de este marco teórico. De acuerdo con esta teoría, existen cinco estilos de crianza positivos fundamentales: participación positiva, vigilancia o monitoreo, disciplina efectiva, resolución de problemas, habilidades y aliento.

El tercer componente de la teoría del aprendizaje en interacción social destaca la importancia de factores tales como la cultura, la familia, el estatus socioeconómico, el estrés, apoyo social y la influencia del lugar donde vive en el comportamiento de los hijos. Una aportación al conocimiento de la conducta parental derivada de la teoría antes mencionada incluye las siguientes dimensiones para su medición (Villatoro y cols., 2006):

- Involucramiento parental: los padres se interesan por los gustos y actividades de sus hijos/as, los apoyan y ayudan en cualquier cosa que ellos/as requieran.
- Monitoreo parental: es indispensable para verificar que los hijos/as estén fuera de peligro. Es decir, estar pendiente de las actividades y relaciones de nuestro/as hijos/as.
- Educación parental evasiva: los padres se muestran más bien indiferentes, permisivos y pasivos, respecto de la relación con sus hijos/as.
- Aliento parental: los padres mantienen relaciones afectuosas con sus hijos, motivándolos en todas sus actividades y halagándolos cuando hacen las cosas bien.
- Educación parental inconsistente: los padres utilizan la amenaza verbal y las privaciones dirigidas hacia los menores para mantener la disciplina al interior de la familia. Además, no cumplen los castigos o premios que les prometen a sus hijos/as.

La disciplina familiar ha sido una variable estudiada dentro del consumo de drogas, esto para determinar el papel de la familia en el mismo. Kandel y Andrews (1987, en Muñoz-Rivas y Graña, 2001) encontraron que factores como la ausencia de implicación materna o de disciplina parental predecían el inicio en el consumo de drogas de sus hijos.

Para las relaciones afectivas y de comunicación, la mayoría de los estudios revelan que las interacciones padre-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión y de actividades con los hijos, están relacionadas con la iniciación de los jóvenes en el uso de drogas. Por el contrario, las relaciones familiares positivas entre padres e hijos se relacionan con menor probabilidad de presentar problemas de conducta y de iniciar en el consumo de sustancias (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

En otro estudio, llevado a cabo por Martínez, et al. (2003) con adolescentes escolarizados de entre 16 y 19 años, quienes percibieron mayor afecto/apoyo y supervisión/control por parte de sus padres, se encontró que se implicaron en menos conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. Lo anterior confirma que las relaciones entre padres e hijos con proximidad, calidez, apoyo y afecto conllevan a menores riesgos para la salud de los adolescentes.

A lo largo de este capítulo se confirmó la importancia de la familia y el papel que juega dentro de la sociedad, pues sirve como puente entre los hijos y la sociedad dándoles herramientas para su adecuada inserción a la misma; dentro del camino que seguirán los padres para la inserción de los hijos, los estilos parentales juegan un papel primordial, pues se demostró que éstos influyen de manera positiva o negativa en las conductas de los adolescentes. A continuación, se tratará el tema de la adolescencia, ya que esta edad ha sido muy investigada dada su variedad de cambios físicos y psicológicos por los que atraviesan los mismos.

2. ADOLESCENCIA

“En ningún momento de la vida es tan fuerte el gusto por la excitación como durante el periodo de desarrollo acelerado de la adolescencia, la cual ansia fuertes sentimientos y nuevas sensaciones” (G. Stanley Hall, 1904).

2.1 Definición y características de la adolescencia

Adolescencia proviene del latín *Adulescens*, participio presente del verbo *adolescere*, que significa “crecer” (González, 2001 en Mancilla, 2003). Para Braconier (2001, en Mancilla, 2003) la adolescencia es ese paso del mundo de la infancia al de los adultos, que la mayoría de los sujetos es capaz de cruzar sin rupturas y sin desequilibrios importantes.

Para Bloss (1971, en Mancilla, 2003) la adolescencia *“Es la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas- endógenas y exógenas- que confronta el individuo”*.

Existen muchas definiciones, sin embargo, en todas ellas la adolescencia es una etapa que comienza con cambios físicos notorios de la pubertad, estos son el crecimiento del vello púbico, voz más grave en los hombres, crecimiento de los senos y el inicio de la menstruación en la mujeres, este inicio se sitúa entre los 10 a los 13 años de edad (Mancilla, 2001).

Macías (2000) clasifica a la adolescencia como: incipiente, que va desde los 13 a los 14 años; la adolescencia media, de los 15 a los 16 años; y la adolescencia tardía que es de los 17 a los 18 años, cada una con características diferentes.

Además de los cambios físicos, ocurren los cambios psíquicos en los cuales los adolescentes le dan mayor importancia a la búsqueda de nuevas fuentes de intereses y placer, lo cual depende en gran medida de su herencia cultural, social y familiar; en la búsqueda de la propia identidad, es necesario que el adolescente se aleje tanto física como simbólicamente de la familia. Muchos autores han llamado a esta etapa como “síndrome normal de la adolescencia”, la cual presenta la siguiente sintomatología (Knobel, 1988 en Mancilla, 2003):

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad. A través de este, se adquiere el conocimiento de sí mismo y de la personalidad.

2. Tendencia grupal. En este período se intensifica la relación con el grupo de pares lo cual le ayuda a transferir al grupo la dependencia que anteriormente se tenía con la familia y con los padres.

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear. Estas tendencias se utilizan como mecanismos de defensa frente a las situaciones de pérdida: del cuerpo, del rol de niño y a los padres de la infancia. La búsqueda de la identidad genera angustia y obliga a un refugio interno, que permite un reajuste emocional, en el que se da un incremento de la intelectualización, surge así la preocupación por

principios éticos, filosóficos, sociales, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. También surge el interés por las actividades literarias, artísticas, etc.

4. Crisis religiosas. Puede presentar crisis religiosas manifestándose como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas. Lo cual refleja el intento de solución a la angustia que vive en la búsqueda de su identidad.

5. Desubicación temporal. Es característico que convierta el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Los duelos experimentados durante esta etapa permiten conceptualizar el tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos.

6. Evolución sexual. Manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta. Se caracteriza por actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital, de tipo exploratorio y preparatorio. Se inicia la búsqueda de la pareja.

7. Actitud social reivindicatoria. El fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de rebelión, la actitud social reivindicatoria se hace prácticamente imprescindible. La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente, quien con su actividad y con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificarla, ante esto, los adultos se sienten amenazados por los jóvenes que van a ocupar un lugar como adultos, por tanto se sienten desplazados, entonces, tratan de dominarlos y controlarlos. El adolescente tiene que adaptarse, sometiéndose a las necesidades que el mundo adulto le impone. Al no encontrar el camino para su expresión vital trata de superarlo mediante crisis violentas.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida, de tal forma que, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta.

9. Separación progresiva de los padres. Si la figura de los padres está bien definida se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de que los padres acepten los conflictos y el desprendimiento de los hijos. En ocasiones los padres niegan el crecimiento de los hijos ocasionando que estos se sientan perseguidos.

10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Los sentimientos de ansiedad y depresión se encuentran comúnmente en la adolescencia. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinan la mayor o menor intensidad de estos sentimientos.

En este periodo ocurren muchos cambios en la vida de las personas, que la mayoría puede manejar y pasar sin sufrir problemas graves o duraderos; sin embargo es precisamente en la adolescencia cuando es más probable que ocurran diversos problemas (Arnett, 1995 en Jeffrey, 2008).

La adolescencia es considerada una etapa importante del desarrollo de un individuo, en ella se pueden dar problemas de salud mental que suelen expresarse con problemas en los adolescentes o bien manifestarse en etapas posteriores, lo cual afectará el desarrollo educativo, laboral y relacional además del establecimiento de conductas de riesgo y hábitos de vida saludables. Respecto a la expresión o manifestación de los problemas que pueden presentarse, éstos no son iguales para hombres y mujeres, ya que viven estas experiencias de forma diferente (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas y Cruz, 2009).

2.2 Adolescencia y familia

La familia, al ser la primera unidad social en la cual se pueden satisfacer necesidades para el adecuado crecimiento y desarrollo de los individuos, marcará el destino de la forma de vida de las personas (Quiroz, 2006).

Como ya se mencionó, la importancia de la familia radica en cubrir las funciones para el desarrollo de un individuo y sigue siendo vital para una persona durante su etapa de adolescencia, pues sigue presente su papel como agente socializador durante ésta. Sin embargo, ya en esta etapa se comparte importancia con amigos, maestros y otros adultos significativos para el adolescente, siendo las dos influencias más importantes para él, la percepción que tenga de su ambiente familiar y el grupo de pares (Quiroz, 2006).

Las relaciones familiares antes de la pubertad influyen sobre el modo en el que el menor experimentará su adolescencia; si la comunicación entre ellos es buena, mejor será la imagen que tengan de sí mismos, la buena comunicación parece reflejar un armonioso funcionamiento del sistema familiar en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos.

La familia es entonces responsable, del desarrollo psicosocial del niño durante su niñez y durante su adolescencia, ya que de acuerdo con Macías (Castillo, 2005) afectará de manera importante y significativa las expectativas constantes, adaptativas o inadaptativas que mantengan con su entorno inmediato. Así mismo, en que tenga durante este período un modo de relacionarse con su familia, además de la percepción que tenga de la opinión y valoración que tengan de él en la familia repercutirá en la imagen que elabora de sí mismo (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

El desarrollo de la identidad de los individuos tiene raíces significativas en la experiencia del desarrollo psicológico, es por ello que la conducta de adolescentes continúa moldeándose con las experiencias familiares. El cómo fué este entrenamiento y socialización de los niños en sus diferentes etapas de desarrollo, influirá en su futuro; especialmente en la adolescencia ya que ésta

es una etapa de grandes cambios (Mancilla, 2001); además de que se pone a prueba la funcionalidad familiar (Ruiz, 2004 en Quiroz, 2006). La manera de enfrentar y superar esta etapa es crucial para la vida del adolescente, ya que sienta las bases para su futuro; es por esto que los padres deben estar conscientes de su papel como tales en la vida de sus hijos, su carácter dependerá del tipo de ambiente que exista en la familia en la que se desenvuelven.

Es importante la familia para el adolescente, pues de ella recibe la influencia de todos sus miembros y de ellos tomará un modelo de conducta; de su aprobación o desaprobación aprenderá a distinguir lo que está bien y lo que está mal, lo que le permitirá conducirse adecuadamente con los demás. Cabe mencionar que los modelos de conducta se presentan de distinta forma para hombres y para mujeres ya que las expectativas de los padres sobre una mujer o un varón son distintas (Aguirre, 1996 en García, 2002).

Las relaciones que el adolescente establezca fuera de la familia, se verán influidas por varios aspectos de las situaciones intrafamiliares (Ausubel, 1983 en García, 2002):

- 1) Que las relaciones afectuosas que mantiene con sus padres lo lleven a esperar por anticipado lo mejor de todas las demás personas, a menos que tenga causas concretas para sentir de otro modo.
- 2) Que sus padres no fomenten en él necesidades y expectativas poco realistas que sólo ellos quieren y pueden satisfacer; ni que fomenten el desarrollo de técnicas adaptativas especiales con exclusión de las aptitudes más usuales necesarias para la mayoría de las situaciones sociales.
- 3) Que cuente (en grado ni insuficiente ni excesivo) con el apoyo, el estímulo y la guía familiares en caso de tener dificultades con otras personas.
- 4) Que no haya establecido alianzas hogareñas cuya intensidad las torne prioritarias.
- 5) Que no adquiera rasgos de la personalidad o hábitos de adaptación, derivados de la relación con sus padres, que puedan resultar ofensivos para otras personas.
- 6) Que no esté predispuesto, por causa del entrenamiento hogareño, a retraerse de la experiencia social extrafamiliar al punto de no poder aprender roles sociales realistas.

El individuo necesita tener experiencia directa con los límites y restricciones de su ambiente lo cual le servirá para aprender normas sociales sobre la conducta aceptable, para aprender roles y saber plantear exigencias razonables a los demás y para adquirir responsabilidad, autocontrol y capacidad de postergar la satisfacción de sus necesidades (Ausubel, 1983 en García, 2002).

Se ha investigado la relación entre problemas de salud mental en la adolescencia centrándose en el análisis del contexto familiar (Esteves, Musitu y Herrero, 2005) pues menciona que un ambiente familiar negativo que se caracterice por problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye un factor familiar de riesgo muy vinculado con el desarrollo de problemas como la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés. En cambio, la comunicación abierta y fluida ejerce un efecto protector ante los problemas de salud mental y además influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescente.

Existen también factores que contribuyen a la capacidad de los padres de ser consistentes y con demandas apropiadas. Cuando los padres no cumplen con esta función o existe una disfunción de la misma, hay diferentes consecuencias para el menor. Entre las investigaciones que han tratado de afirmar la influencia de la familia en la vida de los individuos, particularmente en la del adolescente, concluyen que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida, pues cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas además de fomentarles independencia, el ajuste social y emocional de los adolescentes es mejor. En su contraparte, también encuentran que las familias en las que existe demasiado control y muchos conflictos, estos tienden a desajustarse socialmente. (Noller y Callan, 1991 en Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera, 1997).

Así pues, los padres exigentes, demandantes, punitivos y con lejanía afectiva promueven con ello el desarrollo de sentimientos de inseguridad básicos; no así los padres que proveen de experiencias gratificantes y con ello facilitan sentimientos de seguridad (Montt y Ulloa, 1996).

Sería de gran utilidad que en cada familia se tuviera conciencia plena de la influencia directa hacia los menores en el tema de su desarrollo, pues cada situación dejará huella en ellos; la formación de los hijos es una tarea que implica un alto grado de responsabilidad (Quiroz, 2006), más aun en la adolescencia que se conoce como una etapa de grandes cambios para los jóvenes.

Para la familia y el adolescente, esta fase del ciclo vital es un periodo crítico (Castro, 1998 en Castillo, 2005) pues las interacciones que se den en la familia son parte de la fuerza que facilitará o limitará el proceso. Por ejemplo cuando se da comprensión y afecto durante este periodo, la transición es menos abrupta; sin embargo, cuando se encuentra autoritarismo y violencia, esta crisis puede agravarse (Macías, 1993 en Castillo, 2005). Es por eso que la atmósfera que se encuentre entre los miembros de la familia puede favorecer o entorpecer el desenvolvimiento del adolescente y la conclusión de esta etapa (Castillo, 2005).

Los adolescentes deberán desprenderse poco a poco de sus padres modificando hábitos infantiles y adoptando conductas para autoafirmarse, conocerse y reconocerse ante si mismos y ante el ambiente que los van a introducir al mundo de los adultos. Los padres por su parte, deben aceptar el

crecimiento de un hijo, ya que si sus sentimientos de angustia y temor por el desprendimiento de su hijo son difíciles de superar y aceptar, puede darse lugar a situaciones conflictivas. La flexibilidad o rigidez con que se resuelvan las dificultades entre padres y adolescentes, facilitará o en su caso obstruirá el proceso (Guelar y Crispo, 1995 en Castillo, 2005).

El apoyo que reciba de la familia será fundamental para lograr una expansión y fortalecimiento de la confianza en sí mismo y su núcleo. Es por eso que se menciona la conveniencia que los padres y educadores tomen en cuenta las siguientes conductas y actitudes con los adolescentes (Macías, 2000):

1. Favorecer la autonomía de los hijos al llegar a la juventud, sin menospreciar al estudiante o trabajador, que por razones económicas aún vive en el hogar.
2. Apoyar afectivamente al hijo o hija, pero sin retenerlo, poseerlo o hacerlo sentir que está sometido a la tutela parental (cuando ha llegado a la mayoría de edad).
3. Favorecer la transición de la adolescencia a la juventud, sin solapar actitudes regresivas o de búsqueda de sobreprotección.
4. Para el ejercicio de la sexualidad, es necesario prevenir las consecuencias que esto acarrea.
5. Respetar la actitud del hijo que ha decidido no ejercer su sexualidad y
6. En la medida de lo posible, facilitar el desprendimiento del hijo de la matriz familiar y, aunque el hijo o la hija aún viva en casa, evitar controlar sus actos y emociones como cuando era niño.

La familia que brinde recursos al adolescente, lo verá reflejado en la escuela y en lo social, ya que la familia debe brindarles aprendizaje y experiencias que le permitan adaptarse a su medio adecuadamente (Horrocks, 1997 en Castillo, 2005). De aquí que en la medida en que el joven se adapte a las interacciones que se dan en su núcleo familiar, podrá tener un desenvolvimiento más o menos exitoso en las relaciones sociales, permitiéndole entender el sentido de dichas relaciones y las opciones que tiene para su afrontamiento. De lo contrario, si la familia, la comunidad o el joven tratan o logran posponer, evadir o deformar el compromiso para que se asuma la adolescencia, conseguirán alterar no sólo la secuencia y las finalidades propuestas por la etapa de desarrollo, sino también darán oportunidad de abrir la puerta de la enfermedad psicosocial de la adolescencia (Dulanto, 2000 en García, 2002).

La dinámica familiar es distinta en cada familia, pues se diferencia debido al número de componentes que la integran, además del nivel cultural y económico. Los comportamientos familiares son el resultado del sentir, pensar e interpretar tradiciones culturales, necesidades sociales, características étnicas, capacidad económica, orientación religiosa, nivel de escolaridad, experiencia y esperanza de vida (García, 2002).

Dulanto (2000 en García, 2002) considera que la familia, hoy en día, tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, lo que lleva a que atravesase por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar, pero son los externos los que minan la autoridad paterna y entorpecen la adecuada comunicación en el seno familiar, especialmente la interacción con los hijos adolescentes.

Además, agrega que la primera dificultad que se presenta en las familias con adolescentes es el reajuste emocional en el que obligadamente entran los hijos por el proceso de maduración emocional, que los transforma y les separa gradualmente de la familia, como la única fuente de convivencia e intercambio afectivo.

En la etapa de la adolescencia es cuando de acuerdo con Conger (1980 en García, 2002), los padres y sus hijos deben aprender y adoptar nuevas relaciones; sin embargo, esta adaptación será más difícil para algunas familias que para otras.

Los padres al ser agentes socializadores, representantes de la cultura determinan en sus hijos tanto rasgos psicobiológicos como psicosociales en su desarrollo (Ausubel, 1983 en García, 2002). Así que, si desde la infancia se le proporciona al individuo un ambiente familiar óptimo, será más probable que éste se mantenga en su adolescencia y servirá para que el adolescente convierta a sus padres en guías y orientadores; ya que desarrollar una conducta moral mediante una disciplina razonable repercutirá indiscutiblemente en su autocontrol y auto dirección.

Por el contrario, cuando las relaciones entre estos dos se tornan desfavorables encontraremos que la conducta moral se deteriora fácilmente y se presentarán más dificultades para adaptarse lo que ocasionara conductas aversivas (Aguirre, 1998 en García, 2002). Sin embargo, Ausubel (1983 en García, 2002) afirma que si las actitudes parentales son sanas, no impedirán un desarrollo normal de la personalidad, fallas ocasionales ni desviaciones considerables.

El empleo y la enseñanza de habilidades básicas para relacionarse pueden mejorar la calidad de vida familiar y proporcionar una buena base para la relación de los hijos con los padres. Así, señala que los niños que crecen en un entorno que les fortalece y en el que se lleva a cabo un estilo de vida sano, estarán en la adolescencia con actitudes positivas y habilidades básicas. Estarán bien provistos para tomar importantes decisiones con relación al consumo de drogas y a otros asuntos relacionados con la salud a los que se enfrentarán en el futuro (García, 2002).

La adolescencia es entonces, una etapa muy importante en la vida de todo ser humano, donde se dan una serie de ajustes y cambios en el individuo y en su entorno. En este marco, la familia desempeña un papel primordial, ya que es la que ha proporcionado los elementos necesarios para afrontar esta etapa, interviniendo posteriormente la sociedad, el ambiente y el grupo de pares (García, 2002).

Se puede reconocer como característico de esta etapa el desprendimiento real de la familia, los cambios corporales que se encuentran fuera del alcance del individuo, fluctuaciones en el estado de ánimo, ensimismamiento, apego al grupo de pares, etc., por otro lado se presenta la identificación sexual y la búsqueda de la propia identidad, hecho que marca de manera trascendental a todos los individuos, de ahí la relevancia en esta etapa de la vida (García, 2002).

2.3 Problemas internalizados y externalizados en la adolescencia

Como ya mencionamos, la adolescencia es una etapa de grandes cambios que van desde lo físico, psicológico y cognoscitivo hasta lo social. Sin embargo y debido a lo anterior, también es una etapa en la que pueden ocurrir diversos problemas relacionados con el desarrollo y conclusión normal de este periodo.

Existen dos tipos de problemas que clasifican los expertos como externalizados e internalizados, los primeros crean dificultades en el mundo externo de la persona y ejemplo de ellos son la delincuencia, peleas, conducción arriesgada y sexo sin protección (Jeffrey, 2008), uso de sustancias legales e ilegales (Vallejo, Mazadiego, Betancourt, Vázquez, Sahagón, Méndez y Reyes, 2008), además de robo, hiperactividad, destructividad y mentiras que funcionan desadaptativamente dentro de la sociedad (Reynolds, 1992 en Méndez, 2008). Los problemas externalizados son más frecuentes en varones que en mujeres (Valencia y Andrade, 2005).

El segundo tipo de problemas, los internalizados, afectan al mundo interno, es decir las reacciones emocionales y cognitivas se manifiestan hacia sí mismo. Se incluyen en esta categoría, las fobias (Vallejo y cols., 2008), la depresión, ansiedad y trastornos alimentarios; este tipo de problemas suele aparecer en sujetos cuyos padres ejercen un estricto control psicológico (Barber, 2002 en Jeffrey, 2008); también se incluyen la timidez y retraimiento funcionando como una desadaptación (Reynolds 1992, en Méndez, 2008). Como resultado, la personalidad de estos individuos es controlada y autopunitiva. Este tipo de problemas es más frecuente en mujeres que en hombres (Jeffrey, 2008; Valencia y Andrade, 2005).

Una de las razones por las que se ha dirigido la atención hacia los problemas externalizados es que se relacionan más con conductas socialmente no aceptadas; y por otro lado, los problemas internalizados no son vistos como tales ya que no causan daño a los demás, sino a la propia persona (Valencia y Andrade 2005).

La clasificación de los problemas internalizados y externalizados se han utilizado con mayor frecuencia en investigaciones con niños, sin embargo al comenzar a utilizarlo en población adolescente nos permitiría la comparación entre estas dos poblaciones y utilizarla para evitar trastornos o problemas en etapas posteriores (Valencia y Andrade, 2005).

Como algunos autores mencionan, los problemas internalizados difieren entre niños y adolescentes, ya que mientras en los pequeños se encuentran manifestaciones de conducta internalizada mediante la timidez, introversión, ansiedad, tristeza, soledad o pobre autoestima; para los adolescentes se

manifiesta mediante la depresión y alteraciones psicológicas o somáticas (Hart, Olsen, Robinsón y Mandleco, 1997 en Valencia y Andrade, 2005).

Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003 (en Vallejo y cols., 2008) señalan que entre el 11 y 33% de los adolescentes de Latinoamérica y el Caribe reportan tener algún problema de salud mental, entre ellos la depresión y el suicidio. En un estudio llevado a cabo por Vallejo y cols. (2008) en el que participaron 220 estudiantes entre 15 y 20 años, reportó que los y las estudiantes presentan conducta desafiante, seguido de la depresión en mujeres y problemas externalizados en varones.

A lo largo de este capítulo, pudimos darnos cuenta de que la adolescencia es una etapa de grandes cambios, que el adolescente vivirá de acuerdo con los valores y las conductas que los padres han promovido en él desde pequeño; así es que si se dieron estas conductas de manera no adecuada será esta etapa un tanto difícil de sobrellevar, haciendo que los adolescentes lleven a internalizar o externalizar el tipo de problemas que presentan, ya sea como consumo de drogas o síntomas depresivos.

3. LA DEPRESION Y EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

En la vida existen las nubes y existe el cielo.
Muchos maestros orientales dirán que antes
de este estado que ellos llaman "Iluminación"
- se identificaban con las nubes y estaban presos de
este sentimiento. Después de la iluminación ellos se
identifican con el cielo... (Anthony de Mello)

3.1 La depresión en la adolescencia

Tomaremos en cuenta la definición propuesta de la depresión como problema internalizado. De acuerdo con ella, afecta el mundo interno del individuo con reacciones emocionales manifestadas hacia él mismo. Muchos autores clasifican en esta categoría además de la depresión, a la ansiedad, los trastornos alimentarios así como a las fobias.

Para comenzar a hablar de la depresión, resulta necesario dar algunos antecedentes acerca de la misma y de cómo era considerada. Así pues, tenemos que la descripción de la depresión se encontraba ya en algunos textos de muchas civilizaciones antiguas, una de ellas es el antiguo Testamento, en el cual era representada por "espíritus malignos", o como en el caso de los textos ingleses antiguos que se refieren a ella como "melancolía", palabra que se utilizó por mucho tiempo para describir los trastornos del estado de ánimo (Keith, 2002).

Las primeras descripciones médicas acerca de la depresión fueron las hechas por Hipócrates, quien vivió en el siglo IV A.C., él creía que la depresión era resultado de causas más naturales que de fuerzas sobrenaturales; sugirió una teoría de la melancolía la cual era producto de un exceso de bilis negra por lo cual para superarla había que reequilibrar los sistemas corporales (Keith, 2002).

Sorano de Éfeso, quien fue un médico y al cual se le conoce por su trabajo y tratados sobre las enfermedades de la mujer; señaló como síntomas principales de la melancolía a la tristeza, deseos de morir y tendencia al llanto e irritabilidad. Para 1630, Robert Burton publicó un tratado llamado "Anatomía de la melancolía", la cual fue un gran paso para la identificación de los estados depresivos. A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivo) y que la memoria o asociación de ideas estaba perturbada. Señaló además como posibles causas de la melancolía en primer lugar las psicológicas (miedo, problemas familiares) y en segundo lugar las físicas (amenorrea, puerperio) (Calderón, 1990).

Hubo de transcurrir mucho tiempo antes de que se reconociera la enfermedad. De la misma manera la depresión en niños y adolescentes no era tomada en cuenta ya que, como varios trastornos psiquiátricos, el progreso en su investigación requirió de la definición de criterios más específicos, además de que existía la incredulidad de que los trastornos del estado de ánimo aparecieran antes de la adolescencia tardía. Durante años, se creyó que los niños y adolescentes no podían sufrir trastornos del estado de ánimo y que la depresión

clínica constituía un síndrome para el que se requería un nivel mínimo de desarrollo (Shaffer y Waslick, 2003).

Sin embargo, poco a poco se fue reconociendo a la depresión como trastorno, además de identificar varios niveles, los cuales se mencionan a continuación:

- Estado de ánimo depresivo: es un término para un período duradero de tristeza, sin síntomas relacionados.
- El síndrome depresivo: se refiere a un periodo duradero de tristeza junto con otros síntomas como llanto frecuente, sentimiento de falta de valor, culpa, soledad y preocupación.
- El trastorno depresivo mayor en la forma más grave de la depresión, el cual se caracteriza por síntomas específicos.

Este último nivel de depresión es el considerado grave y disfuncional, y puede ser diagnosticado al cumplir con al menos cinco síntomas, que de acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)* incluyen:

- 1) Estado de ánimo depresivo o irritable durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- 2) Disminución del interés o placer de todas o casi todas las actividades, casi todos los días.
- 3) Pérdida o aumento de peso significativo o disminución del apetito.
- 4) Insomnio o exceso de sueño.
- 5) Agitación o retardo psicomotriz que pueden ser observados por otros.
- 6) Falta de energía o fatiga.
- 7) Sentimientos inapropiados de minusvalía, inutilidad o culpa.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones.
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte.

Además los síntomas anteriores pueden agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos.

- Los síntomas afectivos incluyen el humor bajo, tristeza y desánimo;
- Los síntomas cognitivos son pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza y remordimiento.
- En los síntomas conductuales encontramos la retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al hablar o andar, agitación motora, actitud desganada; y por último
- Los síntomas físicos son los relativos al apetito, al sueño y en general, a la falta de energía.

En consecuencia la depresión, vendrá dada por diferentes síntomas, es por esto que una persona puede estar deprimida de diferente forma que otra según la preponderancia de uno u otro patrón (Pérez y García, 2001).

En la adolescencia, la depresión puede manifestarse de diferentes formas; puede ser a través de la tendencia a vestir de negro, escribir poesías melancólicas o aficionarse a la música de contenido depresivo; (Santrock, 2004), bajo rendimiento escolar, mal carácter, comportamiento antisocial que puede llegar a la delincuencia y al consumo de alcohol y drogas (Olazo, 2009).

Los cambios físicos de la niñez a adolescencia son muy rápidos e importantes por el crecimiento y los atributos inherentes al sexo, los cambios psicoemocionales también son de gran importancia pues al dejar la niñez no solo se olvidan los juguetes, y cambian las creencias respecto a los adultos, en especial los padres, que pasan de “protectores, sabios y todopoderosos” a ser “gente común”, con pocos o muchos defectos, que además les imponen pautas, y les “impiden ser libres” (Olazo, 2009).

Es importante tomar en cuenta que la depresión afecta a 1 de cada 33 niños y a 1 de cada 8 adolescentes, con una prevalencia del sexo femenino, que puede ser 2 / 1. Igualmente, que el suicidio es la sexta causa de muerte en la población de 5 a 14 años (Olazo, 2009).

Las creencias de la familia o grupo dan la pauta en la forma de tratar al niño y deben ser tomadas en cuenta no solo como antecedente, sino también para encauzar la prevención y tratamiento con psicoterapias que modifiquen el comportamiento, tal como se considera actualmente en las terapias cognitivas (Olazo, 2009).

3.2 Etiología de la depresión

Las causas de las formas más graves de la depresión son más complicadas y menos comunes. En algunos estudios se ha encontrado que hay factores genéticos y ambientales (Glowinski, 2003 en Jeffrey, 2008), los cuales tienen que ver con casi todos los aspectos del desarrollo, pero especialmente en la depresión ha sido bien establecida esta relación.

Un modelo que se ha seguido para explicar esta interacción, es el modelo de diátesis-estrés; la cual se basa en que los trastornos mentales empiezan con una diátesis lo cual es una vulnerabilidad preexistente. El término diátesis se emplea para referirse a una predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. Para que esa vulnerabilidad se manifieste o exprese es necesario que se reúnan las condiciones ambientales (estrés) para producirlo (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

También existen evidencias de que la diátesis para la depresión puede ser más fuerte cuando el inicio del trastorno depresivo ocurre en la niñez o en la adolescencia más que en la adultez (Puig-Antich, 1987 en Jeffrey, 2008). Como ocurre con los trastornos depresivos en adultos, no hay una causa única, clara y definida para muchos o incluso la mayoría de los casos de depresión infantil. Los síndromes depresivos en jóvenes pueden ser de hecho, expresiones fenotípicas del final de un común de muchos procesos etiológicos y por consiguiente los actuales intentos de establecer una causa etiológica específica para la mayoría de estos casos no ha tenido éxito (Shaffer y Waslick, 2003).

Para muchos adolescentes, los síntomas de depresión que empiezan en la adolescencia persisten hasta la adultez emergente (Gjerde y Westenberg, 1998 en Jeffrey, 2008) por lo cual estos síntomas deben tomarse muy en serio en la adolescencia, ya que éste es un factor de riesgo para los intentos de suicidio, los cuales suelen ser precedidos por síntomas de depresión (Pfeffer en Jeffrey,

2008); ya que se ha encontrado que más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos (Gutiérrez-García, y cols., 2006). Sin embargo, es común que los intentos suicidas ocurran cuando los síntomas depresivos parecen ceder. La explicación a esto es que durante la depresión, no tienen la suficiente energía para planear y mucho menos, para cometer el intento.

Los factores familiares se encuentran implicados en la depresión adolescente, ya que los padres que son inaccesibles emocionalmente, que están inmersos en sus conflictos y además, tienen problemas económicos, crean una situación favorable para la aparición de la depresión (Marmorstein y Shiner, 1996 en Santrock, 2004). Se ha encontrado que los antecedentes de depresión en la familia se relacionan con una mayor ocurrencia de depresión. También se ha comprobado que la buena funcionalidad del sistema familiar parece tener un efecto protector contra la aparición de la depresión.

3.3 Epidemiología de la depresión

La depresión mayor y la distimia no solo son un problema común, las cifras de prevalencia vital en el mundo están en un 16% y 3.6% respectivamente (Wittchen, 2000 en Vázquez y Hernangómez, 2009). En este punto cabe mencionar que la distimia es una forma de la depresión, la cual se caracteriza por ser leve y prolongada. Su duración es de por lo menos dos años y hasta más de cinco años y puede alternarse con intervalos breves normales. Los signos y síntomas de la distimia son iguales a los de la depresión mayor, pero no son tan intensos. La distimia no es incapacitante, se podría decir que no es disfuncional, pero interviene en muchas áreas de la vida de la persona, interfiriendo con su trabajo y vida social, aislándose y siendo menos productivas, además de que se tiene un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor si se tiene distimia (Keith, 2002).

Se estima que la depresión unipolar para el año 2020, ocupará el segundo lugar en la carga de la enfermedad y el primero en países de desarrollo (Benjet, et al., 2004). De acuerdo con el Informe Mundial sobre Salud del 2001, la prevalencia de la depresión en el mundo en hombres es de 1.9% y de 3.2% en mujeres. Se ha llegado a estimar que la depresión será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial para el año 2020 (Belló y cols., 2005). Otro dato de gran importancia se refiere a que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más, por lo cual la depresión ha destacado de tal forma que, se le considera como el problema más frecuente dentro del campo de la salud mental y como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad (Calderón, 1990).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en nuestro país se reporta que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida; y los tipos de trastornos que se presentaron con más frecuencia (alguna vez en la vida) fueron los trastornos de ansiedad (14.3%), seguido por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (Medina-Mora y cols., 2003). En este mismo estudio se menciona que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres; en cambio, los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes

para el sexo masculino (Medina-Mora y cols., 2003). En un estudio llevado a cabo por Hankin en el año 2000 (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas y Cruz, 2009) se describe una mayor reacción de síntomas depresivos en mujeres que en hombres, al ser expuestos a los mismos estresores.

Siguiendo con la ENEP la cual nos aporta datos de gran valor epidemiológico, cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo. Desgraciadamente, se espera que incrementemente el número de enfermos por estas causas debido a la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas entre otros (Medina-Mora y cols., 2003).

Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo. Anteriormente, no se consideraba a la depresión como una enfermedad que existiera en niños y adolescentes; sin embargo, en los últimos 30 años se le comenzó a reconocer como tal, pues el que su aparición sea tempranamente puede causar una forma más severa del trastorno (Benjet y cols., 2004).

Al tener México una mediana de edad de 22 años, es un país joven; por lo tanto el estudio de la depresión se vuelve crucial para nuestro país; la adolescencia es una etapa en la que es importante definir la formación académica, inicio de la vida profesional u ocupacional, comienzo de la vida sexual y la elección de pareja; así que por lo anterior merece la atención, pues padecer depresión puede traer consecuencias que marcan e influirán en las decisiones anteriormente expuestas. Kandel y Davies, 1986 (en Benjet y cols., 2004) sugieren que las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia, quedan con vulnerabilidad lo cual se manifestará con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. De acuerdo con estudios longitudinales se afirma que los síntomas depresivos que se experimentan en la adolescencia, predicen problemas del mismo tipo para la etapa adulta (Garber, 1988 en Santrock, 2004).

El estado de ánimo depresivo es el tipo más común durante la adolescencia, se ha visto que los adolescentes tienen tasas más altas de esta manifestación de la depresión, que los adultos o los niños (Compas, 1998 en Jeffrey, 2008). Se ha comprobado que este tipo alcanza su punto más alto en la adolescencia media, entre los 15 o 17 años aproximadamente (Jeffrey, 2008).

Como se ha observado en distintos estudios relacionados con el sexo, la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres y no es diferente para lo que ocurre con los adolescentes. Se ha identificado de manera coincidente, un mayor riesgo de depresión en las mujeres después del inicio de la pubertad; existiendo un doble riesgo para mujeres que para los hombres en la adolescencia tardía (Shaffer y Waslick, 2003). Así también, se afirma que los trastornos de conducta ocurren con mayor frecuencia en los hombres; mientras que los trastornos emocionales tienden a predominar en mujeres, especialmente durante la adolescencia (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

3.4 Factores asociados al consumo de drogas

Los adolescentes que presentan consumo de drogas, son los que están sometidos a diferentes factores de riesgo los cuales determinan o aumentan la probabilidad del consumo de drogas; sin embargo, los que se conocen como factores protectores reducen la posibilidad de consumo. La manera en que operan tanto los factores de riesgo y de protección no es constante ni estable, es más bien dinámica y se modifica de manera interactiva durante el curso de la vida (Fraile, Riquelme y Pimenta, 2004). Se dice entonces que estos dos tipos de factores establecen entre si una dinámica en la cuál los factores de riesgo son modulados por los factores protectores; es decir dos personas presentan la misma exposición a algún factor, pero una si desarrollará el consumo y otra no debido a que cuenta con una factor protector que neutraliza esa exposición (Navarro, 2002)

Dentro del espectro de consumo en la adolescencia, se han tratado de investigar los factores que intervienen para que se inicie y experimente en el consumo de drogas; algunas investigaciones definen a estos factores desde un modelo de Botvin y Botvin (González, García-Señorán, González, 1996) que explica el fenómeno desde la función de dos criterios: los factores individuales y los factores sociales; los primeros se refieren a características del sujeto y procesos internos. Los últimos interactúan y se distinguen dos niveles: el microsocioal y macrosocioal.

El nivel microsocioal son contextos más inmediatos para el individuo como son la familia, el grupo de iguales y la escuela; el nivel macrosocioal incluye aspectos de carácter socioeconómico y sociocultural que operan a un nivel más amplio (González y cols., 1996).

Ante la preocupación acerca de los diversos problemas que trae como consecuencia el consumo de drogas, se han tratado de investigar los factores que intervienen para la aparición del consumo. En la actualidad, se han considerado factores individuales, sociales y familiares; los cuales pueden ser tanto de riesgo como protectores (Cava y cols., 2008). Los primeros aumentan la probabilidad de consumo, mientras que los últimos, la disminuyen. La manera en que estos factores operan es dinámica y cambia con el paso del tiempo.

Entre los factores individuales asociados al consumo se encuentran: baja autoestima, depresión, ideación suicida, violencia y desocupación; entre los factores sociales está la disponibilidad de la droga, la situación económica y la asociación con compañeros usuarios (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez y Berenzon, 1994).

Con respecto a los factores familiares, en 1994, Denton y Kampfe (González y cols., 1996) encontraron que la familia ejerce gran influencia para el consumo de sustancias de sus miembros, ya que puede tomar un papel incitador, neutralizador o inhibidor de esta conducta.

Las relaciones con los padres se han señalado como significativas con el consumo de sustancias ya que numerosos estudios han constatado la influencia de la familia en los adolescentes ya sea promoviendo un adecuado ajuste

psicosocial o en conductas problemáticas como lo es el consumo (Cava y cols., 2008). Así, tenemos que la comunicación negativa con los padres, además de la falta de apoyo parental, inciden para que se desarrollen problemas de tipo conductual y psicológicos en los adolescentes. Por el contrario, las relaciones cálidas y con comunicación positiva tienen una función protectora (Cava y cols., 2008).

La supervisión adulta también ha tenido un papel importante en el consumo de sustancias, ya que un mayor tiempo sin supervisión adulta se asocia con mayor consumo (Carballo, 2004 en Cava y cols., 2008).

Según Hualde (1990 en González y cols., 1996), el modelo directo de los padres, sus relaciones familiares así como si muestran actitudes de sobreprotección, prácticas educativas inadecuadas, como las de excesiva permisividad o dureza, mala o deficiente comunicación, son conductas que se encuentran ligadas a un mayor consumo de drogas.

Otros factores que se encuentran asociados con el consumo de drogas reportados por Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo y Tapia-Conyer (2003) son: uno de cada cinco adolescentes informaron de síntomas de depresión en el estudio, es decir la presencia de sintomatología depresiva se asoció con la experimentación de drogas. Así, quienes presentaron síntomas de carácter depresivo, continuaron con el uso de sustancias una vez que ya habían iniciado con el consumo.

En el mismo estudio, se encontró que al comparar a usuarios experimentales contra los no usuarios, un factor importante que incrementó la presencia de experimentación en el consumo de drogas en 3.22 veces, fue que el joven hubiera experimentado problemas emocionales que denotaran depresión.

En una encuesta a estudiantes, se relacionó claramente al consumo de drogas con problemáticas en salud mental de los adolescentes. Así pues, tenemos que las conductas antisociales, el intento suicida, los problemas de conducta alimentaria y el abuso sexual se vinculan con el consumo de sustancias. (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, Amador y Medina Mora, 2007).

Por otra parte, se ha encontrado que estudiar es un factor protector importante ante el consumo de drogas y en contraparte, trabajar incrementa la probabilidad de consumo (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, amador y Medina-Mora, 2009).

3.5 Epidemiología del consumo de drogas en México

Como ya se había mencionado, los problemas externalizados crean dificultades en el mundo externo de los individuos y algunos autores incluyen dentro de este rubro al consumo de drogas (Vallejo, 2008) además de la delincuencia, peleas y sexo sin protección (Jeffrey, 2008). Se menciona también que este tipo de problemas afecta más a los varones que a las mujeres (Valencia y Andrade, 2005). El tipo de problema externalizado más importante para el objetivo de este

estudio es el consumo de drogas ya que debido a su prevalencia, se ha convertido en un problema de salud pública.

En la actualidad, el consumo ya sea de tabaco, alcohol y otras drogas, está ligado a una cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en el continente americano. Para el caso de las drogas ilegales, el problema es aún más grave llegando a convertirse en un problema de salud pública, pues la producción, tráfico y consumo de las mismas genera violencia, enfermedad y muerte (Peruga, Rincón y Selin, 2002).

En los últimos tiempos, el problema del tráfico de drogas ha aumentado debido a la vigilancia en la frontera de los Estados Unidos, lo cual se ve reflejado en el incremento y fácil acceso a las diferentes drogas en la población general de nuestro país (García, 2002). Debido a lo anterior el tema del consumo de drogas ha despertado aún más el interés de la comunidad científica.

Así pues, tenemos que el término droga se utiliza actualmente como sinónimo de sustancia psicoactiva y que tiene como consecuencia un efecto dañino para quien la consume; por otro lado, la dependencia a las drogas es caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo no tiene control sobre el uso de las mismas (Fraile y cols., 2004).

La preocupación por la población adolescente se debe a que ésta es una etapa especialmente favorable para el consumo de drogas pues existe curiosidad y se realiza la búsqueda de sensaciones nuevas para enfrentar problemas emocionales en el proceso de la búsqueda de identidad (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Kuri, Ruiz, Castrejón, Velez y García, 2002).

Visto desde el contexto internacional, nuestro país se encuentra entre los países con bajas tasas de consumo; sin embargo, se ha reportado un incremento de este problema, ya que el inicio de consumo es cada vez a edades más tempranas (Medina-Mora, Cravioto, et al, 2003).

El consumo de drogas en México va en aumento, pues con el paso del tiempo, la prevalencia de por vida ha ido creciendo. Un estudio realizado por Fleiz, Borges, Rojas, Benjet, y Medina-Mora (2007) nos indica un aumento en el riesgo de problemas por abuso de sustancias en las generaciones jóvenes.

Por otra parte, también son de gran aporte los datos que provienen de diferentes encuestas, como las estatales. Sin embargo, la más representativa en nuestro país sobre el tema es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"; la cual es de gran valor en cuestión del panorama del consumo de drogas en México; y con el objetivo de ayudar a desarrollar políticas de salud pública para la prevención y tratamiento del consumo de drogas en nuestro país.

Los resultados de la ENA, 1988 (Medina-Mora, Tapia, Otero, Rascón, Mariño, Villatoro, Solache y Lazcano, 1990) muestran un 4.3% de consumo en la población urbana del país, respecto al sexo los varones son los que presentan mayor porcentaje de consumo (7.20%) y por grupo de edad, los que pertenecen al grupo de 12-34 años presentan un 7.94% de consumo.

De acuerdo con los datos reportados por la ENA 2002 (Villatoro y cols., 2002) el grupo de edad que presenta mayor consumo es el de 12 a 34 años en comparación con el grupo de 35 a 65 años, por lo tanto el consumo de drogas afecta más a la población joven.

Con respecto a la ENEP en el periodo de los últimos 12 meses y los últimos 30 días destaca que el trastorno por uso de sustancias se presenta con más concentración en la edad de 15 a 30 años (Medina-Mora, Borges y cols., 2003). En otro estudio se encontró que los grupos de edad de entre 15 y 19 años o de 30 años o más, tienen mayor proporción de consumo (Ortiz, Martínez, Meza, Soriano, Galván y Rodríguez, 2007).

En un estudio llevado a cabo por Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez (2002), con estudiantes del Distrito Federal, encontraron que los hombres (6.2%) presentan mayor consumo que las mujeres (4.4%); además, como dato importante, se halló un incremento en el consumo de drogas.

En la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México del 2003, se reportan varios puntos acerca de la situación ante las drogas de nuestros estudiantes. En primer lugar reportan un incremento del consumo de drogas, un consumo mayor en las urbes además de la región norte y centro del país (Villatoro y cols., 2009).

En otro estudio realizado por Villatoro, Medina-Mora, Hernandez, Fleiz, Amador y Bermudez (2005) llevado a cabo con estudiantes de la Ciudad de México, se reporta que por sexo, los hombres siguen ocupando el primer lugar en consumo, por nivel educativo, la situación se duplica para los estudiantes de bachillerato en comparación con los estudiantes de secundaria. La sustancia de preferencia en consumo es la marihuana, seguida de los inhalables, tranquilizantes y la cocaína.

De acuerdo con los datos reportados por la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México realizada en el 2006 (Villatoro y cols., 2007), las mujeres siguen incrementando su consumo de drogas, mostrando que cada vez una menor distancia entre hombres y mujeres.

El problema del consumo de sustancias es diferente en las distintas regiones de nuestro país, pues mientras que la frontera norte destaca por un elevado índice de consumo, teniendo un comportamiento diferencial dentro de ella. Las ciudades de mayor consumo en nuestro país son Ciudad Juárez y Tijuana. Por otro lado, el centro del país se encuentra en un nivel medio de consumo; mientras que en el sur del país, específicamente en Yucatán, se encuentra el problema de consumo como el más bajo de todo nuestro país (Villatoro y cols., 2009).

Los resultados de una Encuesta Nacional en población mexicana urbana en edad de 12 a 65 años sobre factores de inicio en el consumo de drogas se reportó que por sexo los hombres son los que más consumen; los hombres jóvenes presentan los índices más altos de uso de drogas (edad de 12 a 34 años) y la edad de inicio ocurrió antes de los 26 años de edad (Medina-Mora y cols., 1990).

A pesar del énfasis en el control de la oferta de drogas ilegales, es necesario el enfoque hacia la demanda mediante intervenciones de prevención, desintoxicación, tratamiento y rehabilitación (Peruga y cols., 2002).

CAPITULO 4. MÉTODO

Los datos obtenidos y analizados para este estudio, provienen de la base de datos de la encuesta “El Consumo de alcohol, Tabaco y otras drogas en población de enseñanza media superior y superior” (Villatoro y cols., 2007).

Hemos visto a través de los capítulos anteriores las implicaciones que tiene el consumo de drogas que es el tema principal que nos ocupa, pues es un problema que ha venido en aumento llegando a ser un problema de salud pública, de acuerdo con lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación.

4.1 Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan los estilos parentales con los síntomas depresivos y el consumo de drogas en los estudiantes?

4.2 Justificación

El problema del consumo de drogas sigue siendo un tema muy investigado y estudiado por profesionales de la salud ya que como se ha venido comentando resulta ser uno de los principales trastornos presentados en la población según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, así como los trastornos afectivos por lo cual se desprende la inquietud de conocer algunos factores asociados para que se presente el consumo.

4.3 Objetivo general:

Determinar si los estilos parentales y los síntomas depresivos son factores asociados al consumo de drogas.

4.4 Objetivos específicos:

1. Determinar si son los hombres o las mujeres quienes presentan mayor consumo de drogas.
2. Determinar quiénes presentan mayores síntomas de depresión, los hombres o las mujeres.
3. Analizar si se encuentran relacionados los síntomas depresivos y el consumo de drogas en los estudiantes.
4. Encontrar de qué forma y qué estilos de parentalidad se encuentran relacionados con el consumo de drogas.

4.5 Definición de variables

Definición conceptual

- Parentalidad

Involucramiento parental: Los padres se interesan por los gustos y actividades de sus hijos/as, los apoyan y ayudan en cualquier cosa que ellos/as requieran (Shelton, Frick y Wooton, en Villatoro y cols., 2006).

Monitoreo parental: Es indispensable para verificar que los hijos están fuera de peligro; es decir estar pendiente de las actividades y relaciones de nuestros hijos (Shelton, Frick y Wooton en Villatoro y cols., 2006).

Educación parental evasiva: Los padres se muestran mas bien indiferentes, permisivos y pasivos, respecto de la relación con sus hijos/as (Shelton, Frick y Wooton en Villatoro, 2006).

Aliento parental: Los padres mantienen relaciones afectuosas con sus hijos, motivándolos en todas sus actividades y halagan cuando hacen bien las cosas. (Shelton, Frick y Wooton, en Villatoro, 2006).

Educación parental inconsistente: Los padres utilizan la amenaza verbal y las privaciones dirigidas hacia los menores para mantener la disciplina al interior de la familia. Además, no cumplen con los castigos o premios que les prometen a sus hijos/as (Shelton, Frick y Wooton en Villatoro, 2006).

- Síntomas de depresión.

Se refiere a la presencia de síntomas durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario. Cubre las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993).

Variables Criterio:

- Consumo de drogas: Es el uso de una sustancia química o natural, la cual es introducida voluntariamente al organismo y que produce cambios fisiológicos, emocionales o del comportamiento (Medina-Mora y cols., 1995 en García, 2006).

Definición operacional

- Parentalidad: esta escala está compuesta por 5 subescalas que conforman el cuestionario de Alabama de estilos de parentalidad (Villatoro y cols., 2006):
 - ☞ Involucramiento parental. Se analiza el nivel de presencia de dicha conducta en donde a mayor puntuación mejor es el involucramiento de los padres, por lo tanto si responde que se presentan estas actitudes con mucha frecuencia se considera como involucramiento parental positivo. La puntuación se obtiene de sumar los reactivos y dividir entre el total de reactivos.
 - ☞ Monitoreo parental. Las preguntas están redactadas de forma tal que mientras menor puntuación tenga mejor es la supervisión, por lo que si responde que nunca, es considerado como monitoreo parental positivo. La puntuación se obtiene a partir de sumar los reactivos y dividir entre el total.
 - ☞ Educación parental evasiva. La subescala esta compuesta de tal forma que a menor puntuación se presenta menor educación parental evasiva, por lo que si responde a la opción 1 se considera que no utilizan la

educación parental evasiva. La puntuación se obtiene a partir de sumar los reactivos mencionados y dividir entre el total de reactivos.

- ☞ Aliento parental. La escala está en el sentido de que una mayor calificación indica, mayor aliento parental. La puntuación se obtiene a partir de sumar los reactivos y dividir entre el total.
- ☞ Educación parental inconsistente. Debido a que esta escala nos habla de estrategias poco positivas para educar a los hijos. La ausencia de la estrategia nos habla de un mejor estilo de parentalidad, de manera que a mayor calificación mayor educación inconsistente.
- Consumo de drogas: Explora el tipo de droga(s), específica(s), consumida(s), la edad de inicio, el número de veces que se ha(n) utilizado y los problemas asociados. Para fines de la presente Investigación, se trabaja solo con drogas médicas (Sedantes, anfetaminas y tranquilizantes) y las drogas ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, estimulantes tipo, heroína y metanfetaminas) en su uso alguna vez en la vida. El sujeto debe indicar que consumió alguna vez en la vida cualquiera de las sustancias mencionadas.
- Síntomas Depresivos: La escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), la cual incluye 19 reactivos cuyo objetivo es conocer la sintomatología depresiva presentada por el sujeto durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario (Mariño y cols., 1993).
- Sexo: Se refiere al sexo biológico considerado como la condición orgánica que distingue a las personas como hombres y mujeres

4.6 Hipótesis

Hipótesis de investigación: Los estilos de parentalidad y los síntomas depresivos influyen para el consumo de drogas en estudiantes.

Por lo tanto habrá mayor consumo entre aquellos estudiantes mujeres y hombres que:

1. Reporten estilos parentales insatisfactorios
2. Presenten mayor número de síntomas depresivos
3. Presenten estilos insatisfactorios y mayores síntomas depresivos

Hipótesis conceptual:

La parentalidad y los síntomas depresivos constituyen factores para que los estudiantes consuman drogas.

4.7 Población y muestra

Se consideraron estudiantes de nivel medio superior inscritos en el ciclo escolar 2008-1 que forman parte del bachillerato de una Universidad de la Ciudad de México y Zona Metropolitana.

El marco muestral se elaboró con base en los registros oficiales de los estudiantes anteriormente mencionados. Fue sometido a validaciones y

depuraciones, para lo cual, se obtuvo una muestra aleatoria en todas las escuelas, en las que se validó la información del marco muestral, con la finalidad de disponer de información lo más confiable posible para evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de la muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes especificando el grado de contribución de cada escuela o facultad a la magnitud del problema.

Para la estimación del tamaño de la muestra se consideró la distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

Se consideró a la variable con el mayor CV (Coeficiente de Variación), de acuerdo con los estudios previos en la Ciudad de México a nivel bachillerato y un efecto de diseño de 2. Con estos parámetros, se consideró una tasa de no-respuesta del 20%. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar fue del 2%. Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada de 1,600 estudiantes con representatividad según sexo, dependiendo de la proporción en cada facultad o escuela.

El diseño de muestra fue estratificado y por conglomerados, la variable de estratificación fue la escuela, con posibilidad de post estratificar por sexo, en las escuelas donde los porcentajes de ambos sexos son similares. La unidad de selección fue el grupo escolar al interior de cada escuela. Se planeó por conglomerados (grupos) con la finalidad de optimizar los tiempos de los/as encuestadores/as y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es ponderada por escuela, con objeto de realizar la estimación y el procesamiento de datos.

Debido a que la selección de la muestra parte de un esquema ponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

Se calculó una fracción de muestreo general para aplicarse en los estratos que conformaron cada escuela.

Se realizó el acumulado de grupos al interior de cada escuela.

Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios al interior de cada escuela para lograr la selección independiente de los grupos escolares.

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

La muestra utilizada para fines de esta investigación fue de 19,600 estudiantes, que corresponden al nivel medio superior y que representan a 104, 385 estudiantes de la población total.

4.8 Instrumento

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado, donde la mayor parte de sus escalas han sido aplicadas en encuestas anteriores y han sido previamente validadas (Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo, 1981; Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González, 1993; López, Medina-Mora,

Villatoro, Juárez, et al. 1998; Juárez, Berenzon, Medina-Mora, Villatoro et al, 2002, 2005).

Debido a la extensión del instrumento, se usaron cuatro formas que incluyen diversas secciones, de esta manera, las páginas 1-14 del cuestionario fueron iguales para todos los estudiantes; en tanto que las páginas 15 y 16 corresponden a cada forma que sólo se aplicó a una cuarta parte de la muestra. Las secciones utilizadas para la presente investigación se encuentran en el apéndice de este documento y son las siguientes:

Estilos de Parentalidad. En la cual se pregunta sobre la composición familiar del sujeto y los estilos de parentalidad presentes en la familia. Se utilizó la escala de Parentalidad de Alabama, la escala original consta de 42 reactivos los cuales miden prácticas de crianza de los padres como involucramiento, aliento, monitoreo y supervisión y practicas inconsistentes y evasivas. Para fines de este estudio se utilizaron 17 reactivos de la versión en español.

Depresión: La cual es medida por la Escala CESD que se refiere a la sintomatología depresiva presentada por el sujeto durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario, y cubre las áreas de: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño (Mariño y cols, 1993).

Consumo de drogas: En la cual se explora el tipo de droga(s), especifica(s), consumida(s), la edad de inicio, el número de veces que se ha(n) utilizado y los problemas asociados. En la presente Investigación se trabaja solo con drogas médicas (sedantes, anfetaminas y tranquilizantes) y drogas ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína) en su uso alguna vez en la vida.

Sexo: Hombre y Mujer

4.9 Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó a una coordinadora, 5 supervisores y 40 encuestadores quienes fueron capacitados. El curso de capacitación tuvo una duración de 12 horas e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

La coordinadora fue responsable del control del trabajo de campo, de la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en las escuelas o facultades, además ayudaron a los/as encuestadores a solucionar problemas como, negativas de aplicación en algunos grupos, reprogramación de aplicaciones, etc. Los/as encuestadores/as realizaron la aplicación de los cuestionarios en los grupos preseleccionados.

Después de la aplicación, para fines de codificación, el grupo de codificación crítica hizo una verificación adicional con el fin de: 1) clasificar las sustancias

reportadas por los estudiantes, 2) verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación y 3) detectar, corregir, o en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

Para la captura y validación de la información, se ajustó el programa de cómputo del INPRFM a las necesidades de este estudio y se verificó la congruencia de las respuestas. Finalmente, se llevó a cabo una nueva depuración a través de programación para la revisión directa de los cuestionarios que presentaran inconsistencias en la captura.

4.10 Análisis estadístico de datos

Para cubrir con los objetivos planteados se llevaron a cabo análisis de datos mediante el programa de SPSS para Windows versión 13.0.

Para comparar los porcentajes entre la presencia de síntomas depresivos y el consumo de drogas en hombres y mujeres se llevó a cabo la prueba estadística de X^2 .

Para analizar la relación entre la parentalidad y el consumo de drogas se utilizó la prueba de ANOVA para la comparación de medias.

Finalmente, para el objetivo general se realizó una regresión logística para conocer si los estilos de parentalidad y los síntomas depresivos son factores asociados al consumo de drogas. Este análisis se hizo con el programa STATA versión 11.0.

CAPITULO 5. RESULTADOS

El presente capítulo muestra en principio la descripción de las características de los sujetos para posteriormente mostrarnos la relación entre los síntomas depresivos y el consumo de drogas; los estilos parentales y el consumo de drogas; y finalmente a las tres variables asociadas como factores.

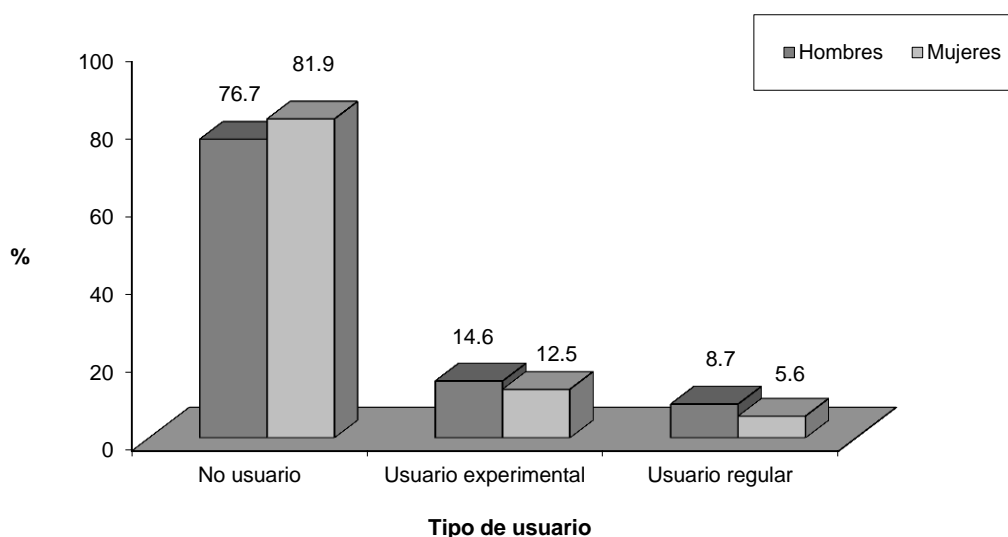
5.1 Descripción de las características de los sujetos.

Respecto a la distribución de usuarios de drogas, según sexo encontramos que los usuarios regulares hombres (8.7%) consumen más que las mujeres (5.6%); mientras que el consumo experimental también es mayor para los hombres (14.6%) que para la mujeres (12.5%) (Gráfico 1).

Tabla 1. Distribución de los tipos de usuarios de drogas por sexo.

	Tipo de usuario de drogas						X ²	p
	Usuario experimental		Usuario regular		No usuario			
	N	%	N	%	N	%		
Hombres	7609	14.6	4511	8.7	39990	76.7	92.140	<.001
Mujeres	6527	12.5	2935	5.6	42813	81.9		

Gráfico 1. Tipo de usuario de drogas por sexo



Respecto a los síntomas depresivos encontramos que las mujeres (22.2%) son quienes presentan más síntomas de depresión en comparación con los hombres (13.8%). Tabla 2

Tabla 2. Distribución de los síntomas de depresión por sexo.

	Síntomas de depresión				X ²	p
	SÍ		NO			
	N	%	N	%		
Hombres	1568	13.8	9781	86.2	48.76	<.001
Mujeres	2484	22.2	8689	77.8		

5.2 Sintomatología depresiva y su relación con el consumo de drogas.

De acuerdo con los datos obtenidos para la relación entre el consumo de drogas y los síntomas depresivos se observa que para las mujeres existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=32.84$, $p<.001$), ya que quienes presentan mayores síntomas depresivos son las usuarias regulares (36.3%) en comparación con las usuarias experimentales (32.1%) y las no usuarias (19.8%).

Mientras que en los hombres, también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=17.87$, $p<.001$) para los usuarios regulares quienes presentan más síntomas depresivos (23.9%) que los usuarios experimentales (15.7%) y que los no usuarios (12.4%). Tabla 3

Tabla 3. Relación entre la sintomatología depresiva y el consumo de drogas según sexo.

Síntomas depresivos	Consumo de drogas						X ²	p
	Usuario experimental		Usuario regular		No usuario			
	N	%	N	%	N	%		
Mujeres	463	32.1	214	36.3	1807	19.8	32.84	<.001
Hombres	251	15.7	221	23.9	1096	12.4	17.87	<.001

5.3 Estilos parentales y el consumo de drogas.

Se llevó a cabo un análisis de varianza para la comparación de los grupos de consumo, en cuanto a las medias de los estilos parentales. Los resultados fueron estadísticamente significativos con una $p < 0.05$.

Así, en cuanto al *involucramiento positivo*, se obtuvo que es mayor en los no usuarios ($\bar{x}=2.7$ hombres y $\bar{x}=2.9$ mujeres) que en los usuarios experimentales ($\bar{x}=2.5$ hombres y $\bar{x}=2.6$ mujeres) y que en los usuarios regulares ($\bar{x}=2.4$ hombres y $\bar{x}=2.4$ mujeres).

En el caso del *monitoreo negativo*, se presenta más en los usuarios regulares ($\bar{x}=2.9$ hombres y $\bar{x}=2.3$ mujeres), que en los usuarios experimentales ($\bar{x}=2.6$ hombres y $\bar{x}=2.1$ mujeres) y en los no usuarios ($\bar{x}=2.2$ hombres y $\bar{x}=1.7$ mujeres).

En el caso de *la educación evasiva*, también es diferente para hombres y mujeres, ya que en los primeros es mayor en los usuarios regulares ($\bar{x}=1.3$); mientras que para los usuarios experimentales ($\bar{x}=1.2$) y los no usuarios es similar ($\bar{x}=1.2$). Para las mujeres, se encontró que se presenta igual tanto para las usuarias regulares ($\bar{x}=1.2$) como para las experimentales ($\bar{x}=1.2$) y es menor en las no usuarias ($\bar{x}=1.1$).

En cuanto al *aliento*, se presenta más en los no usuarios ($\bar{x}=2.5$ hombres y $\bar{x}=2.7$ mujeres) después tenemos a los usuarios experimentales ($\bar{x}=2.4$ hombres y $\bar{x}=2.5$ mujeres) y por último, quienes perciben menor aliento son los usuarios regulares ($\bar{x}=2.3$ hombres y $\bar{x}=2.3$ mujeres).

Por otro lado, la *disciplina inconsistente* en el caso de los hombres se presenta igual para los tres grupos (usuarios regulares, usuarios experimentales y no usuarios ($\bar{x}=2.0$). En el caso de las mujeres, se presenta más en las usuarias regulares ($\bar{x}=2.2$) seguidas de las experimentales ($\bar{x}=2.1$), y por último las no usuarias ($\bar{x}=2.0$) (Gráficos 2 y 3).

A manera de resumen, los estilos parentales para los hombres se presentan de la siguiente manera los no usuarios son quienes presentan mayor involucramiento positivo y aliento/apoyo; y los usuarios regulares reportan mayor monitoreo negativo y educación evasiva mientras que en el estilo de disciplina inconsistente los tres grupos reportaron iguales niveles.

En tanto, en las mujeres encontramos que las no usuarias presentan mayor involucramiento positivo y aliento/apoyo, mientras que las usuarias regulares presentan mayor monitoreo negativo, educación evasiva y disciplina inconsistente.

Tabla 4. Medias de los estilos parentales por tipo de usuario de drogas según sexo.

	Tipo de usuario de drogas						Diferencias específicas
	Usuario experimental (UE)		Usuario regular (UR)		No usuario (NU)		
Hombres	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Involucramiento positivo	2.52	0.77	2.40	0.76	2.74*	0.75	NU>UE>UR
Monitoreo negativo	2.64	0.84	2.86*	0.86	2.23	0.82	UR>UE>NU
Educación Evasiva	1.21	0.51	1.30*	0.61	1.15	0.45	UR>UE,NU
Aliento /apoyo	2.37	0.86	2.28	0.89	2.53*	0.85	NU>UE>UR
Disciplina inconsistente	2.04	0.77	2.01	0.77	1.96	0.73	UR=UE=NU
Mujeres							
Involucramiento positivo	2.60	0.79	2.36	0.86	2.94*	0.78	NU>UE>UR
Monitoreo negativo	2.10	0.82	2.33*	0.89	1.74	0.73	UR>UE>NU
Educación Evasiva	1.19	0.49	1.24*	0.54	1.10	0.37	UR>UE>NU
Aliento /apoyo	2.48	0.94	2.27	0.98	2.68*	0.92	NU>UE>UR
Disciplina inconsistente	2.15*	0.84	2.23*	0.87	1.99	0.77	UR,UE>NU

*p<0.05

Grafico 2. Comparación de medias de los estilos parentales según tipo de usuario de drogas en hombres

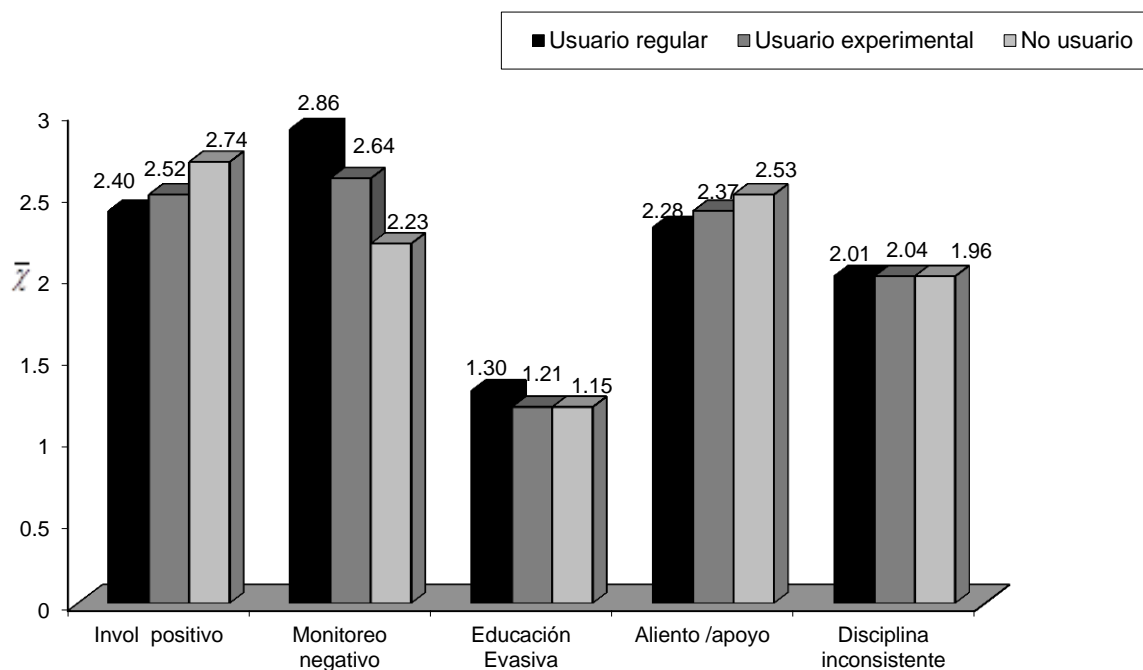
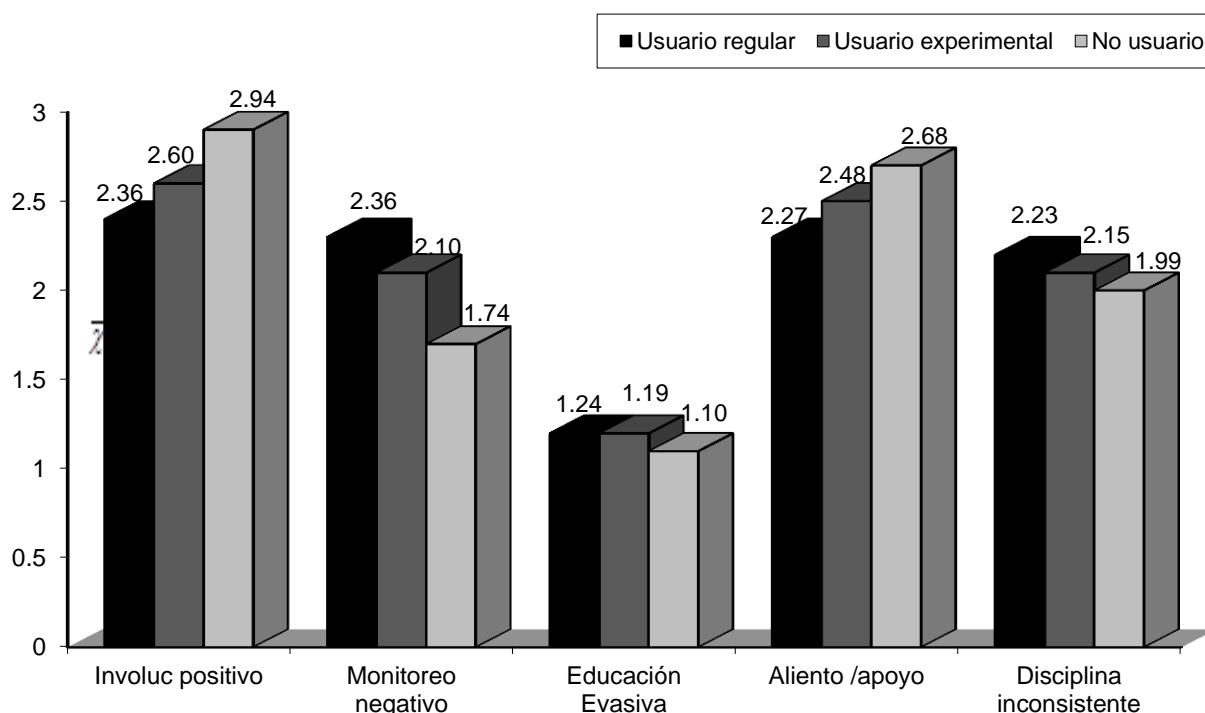


Grafico 3. Comparación de medias de los estilos parentales por tipo de usuario de drogas en mujeres



5.4 Evaluación de los estilos de parentalidad y los síntomas depresivos como factores asociados al consumo de drogas.

Con el objetivo de conocer qué variables del estudio predicen el consumo de drogas, se realizó una regresión logística multinomial empleando a los no usuarios como categoría de referencia. En el análisis, se modeló el diseño de muestra a través del comando svy de Stata.

Los resultados de la regresión logística (Tabla 5), indican que los predictores que incrementan significativamente el uso experimental de drogas son, que los padres ejerzan un monitoreo negativo, en un 96%; el no contar con involucramiento positivo por parte de los padres incrementa un 26%, el presentar síntomas depresivos incrementa un 38% el riesgo de consumir drogas de manera experimental; el percibir menor aliento u apoyo por parte de sus padres incrementa un 15%. Asimismo, los hombres tienen un riesgo 30% mayor que las mujeres de experimentar con drogas.

En cuanto a los predictores del consumo regular de drogas, los factores significativos son; la presencia de monitoreo negativo incrementa 1.3 veces más el riesgo de consumir drogas regularmente, además la presencia de sintomatología depresiva incrementa 67% y por último, la falta de involucramiento incrementa 29% el riesgo de consumir drogas de manera regular.

Variable	No usuario vs U. Experimental			No usuario vs U. Regular		
	Razón de Momios	p	IC 95%	Razón de Momios	p	IC 95%
Síntomas depresivos	1.3892	0.018	1.0586-1.8228	1.6717	0.014	1.1088-2.5204
Falta de involucramiento	1.2643	0.007	1.0674-1.4976	1.2914	0.035	1.0186-1.6372
Monitoreo negativo	1.9681	0.000	1.7279-2.2417	2.3298	0.000	1.9576-2.7729
Educación evasiva	0.9655	0.782	0.7531-1.2378	1.1036	0.511	0.8218-1.4821
Falta de aliento/ apoyo	1.1537	0.050	1.0003-1.3306	1.1157	0.287	0.9119-1.3651
Disciplina inconsistente	1.0185	0.808	0.8782-1.1812	1.1257	0.196	0.9406-1.3472
Sexo: Hombre	1.3092	0.020	1.0432-1.6431	0.9707	0.864	0.6905-1.3645

Tabla 5. Regresión logística de los factores asociados al consumo de drogas.

CAPITULO 6. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El amplio tamaño de la muestra empleada de estudiantes de educación media superior, nos da un panorama global sobre el problema de consumo de drogas y su relación con la parentalidad y los síntomas depresivos, dos aspectos importantes que intervienen en este complejo tema.

Se aborda el tema de la adolescencia puesto que es una etapa de suma importancia para los individuos, debido a las distintas decisiones que se han de tomar en la misma. Sin embargo, es muy probable que ocurran diversos problemas tales como el consumo de drogas y la depresión, dos problemas que se encuentran entre los primeros trastornos que se reportan para la población mexicana (Medina-Mora, Borges y cols., 2003).

Cabe señalar que el problema del consumo de drogas es más prevalente en los hombres, el cual se ha clasificado dentro del grupo de exteriorización, dada su problemática dirigida hacia "afuera"; por lo que es necesario llevar a cabo este tipo de estudio en la población adolescente ya que se registra un aumento entre las generaciones jóvenes (Fleiz y cols., 2007, Villatoro y cols., 2002). En tanto, la depresión ha sido encontrada más en mujeres y se clasifica dentro del grupo de interiorización por su dirección hacia el mundo interno de la persona. Aún con esto, es importante notar el incremento de ambas conductas tanto para hombres como para mujeres.

Los datos de este trabajo coinciden con lo reportado por otros estudios (Medina-Mora y cols., 1990; Villatoro y cols., 2002; Villatoro y cols., 2005). Lo anterior puede ser explicado dado que los hombres tienden más a externalizar sus problemas; es decir, los manifiesta a través de peleas, robos, beber alcohol, participar en actos de vandalismo, sexo sin protección y el consumir drogas.

En contraparte, por cada hombre hay casi dos mujeres con síntomas depresivos lo que concuerda con Olazo (2009), Medina-Mora, borges y cols., (2003) y Shaffer y Waslick (2003), quienes señalan que la depresión se encuentra con mayor frecuencia en las mujeres. Esta situación muestra que las mujeres tienden expresar sus problemas en forma internalizada y muestran conductas que dañan su mundo interno como son la ansiedad, los trastornos alimentarios, el retraimiento, depresión y suicidio.

Asimismo, los datos del estudio nos indican que a mayor consumo, se presentan más los síntomas depresivos, tanto en los hombres como en las mujeres, lo que corrobora la relación existente entre estos dos problemas, (López, et al., 1994); como lo expuesto por Medina-Mora. y cols., (2003), que asocia estos síntomas depresivos con la experimentación de drogas y con el consumo regular de drogas. Además, al comparar los grupos de experimentadores con los no usuarios, un factor importante fueron problemas emocionales que denotaban depresión.

Se observa que en este grupo de adolescentes ya se reporta en gran porcentaje los síntomas depresivos, lo que es consistente con lo encontrado por Benjet (2007), nos dice que no es una problemática exclusiva de los adultos pues cada vez se encuentran más datos que confirman que debe estudiarse en otros

grupos de edad, pues aparece cada vez a más temprana edad. La importancia de tener una visión global de ésta en la población adolescente, estriba en que esta etapa se considera de suma importancia dada los cambios a nivel físico, cognitivo y psicológico además de las decisiones que se toman regularmente en la misma, como pueden ser la elección de carrera lo cual puede influir sobremanera en la vida futura profesional y emocional de una persona.

Respecto a la relación entre los estilos parentales y el consumo de drogas, los estudiantes tanto hombres como mujeres que son usuarios regulares obtuvieron mayores puntajes dentro de los estilos parentales “negativos” como el monitoreo negativo, educación evasiva y la disciplina inconsistente; por el contrario, para los estilos parentales “positivos” como el involucramiento positivo y el aliento-apoyo obtuvieron un menor puntaje los usuarios/as regulares y mayor puntaje los no usuarios/as. Lo anterior resulta consistente con Denton y Kampfe (González, 1996) pues ellos afirmaron que la familia ejerce influencia para que los hijos consuman sustancias tomando un papel que incite, neutralice o inhiba esa conducta.

Lo anterior es consistente con Martínez (2003), pues afirma que los padres de los adolescentes que se involucran en el consumo de drogas, no verifican que sus hijos se encuentren fuera de peligro, desconocen sus actividades y a sus amistades además de las relaciones que establecen en los diferentes escenarios a los que se enfrentan; adicionalmente muestran desinterés en sus gustos o logros.

Por lo tanto, al ser la familia un primer vínculo entre el individuo y la sociedad resulta trascendental que se satisfagan biopsicosocialmente las necesidades básicas y principales encomendadas a ella, no sin olvidar los factores de afecto y control del que se deriva el sustento teórico de parentalidad, para así prevenir futuros trastornos en la adolescencia y lograr un desarrollo psicológico sano; aplicándolo no solamente en la adolescencia, sino desde la niñez e ir modificándolo de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentren los hijos.

Asimismo, este estudio es una encuesta que permite lograr la representatividad de una gran parte de la población adolescente y debido al tamaño de la muestra se puede trabajar con grupos de consumidores de drogas en comparación con los no usuarios y tener una muestra suficiente para describir las variables a estudiar; sin embargo, se tienen como limitaciones el que no se haya obtenido un diagnóstico de depresión como el que se tiene en la práctica clínica y, por otro lado, al ser un estudio transversal no nos permite ver las trayectorias de los probables problemas de salud mental en los adolescentes.

Aun con ello, el panorama que nos ofrece esta investigación es amplio y ofrece una visión completa de lo que pasa en la población de interés, como un punto de arranque para realizar intervenciones específicas.

Por ello, de acuerdo con los resultados de la presente investigación, se presentan las siguientes recomendaciones de prevención de los temas aquí tratados.

Respecto al tema de la depresión, es importante mencionar que es una problemática difícil de diagnosticar, por lo cual, hay que educar a la población mediante pláticas de prevención e información de los síntomas para que se logre identificarlos y poder buscar apoyo y orientación para tratarla de la forma más adecuada, ya que una depresión mayor debe ser tratada de diferente forma que una distimia, por lo tanto, buscar a un profesional de la salud resulta trascendental para atender la enfermedad y por supuesto saber el transcurso que seguirá la misma. Adicionalmente, sabemos que la depresión puede influir para el consumo de drogas así que, al tratar la depresión, estaremos reduciendo la probabilidad de que se experimente o se consuman drogas, por lo tanto, se incluyen los siguientes puntos:

- Enseñarles a los adolescentes a identificar sus emociones y el buen manejo de las mismas mediante la asertividad.
- Motivarlos a ejercer buen uso de su tiempo libre en actividades placenteras sanas y de aprendizaje.
- Inculcarles una buena higiene del sueño y de alimentación.
- Enseñarles a identificar y manejar la ansiedad.

Respecto a la influencia que se encontró de la parentalidad en el consumo de drogas, es importante la educación en la reducción del hedonismo y tratar identificar y aceptar las diferentes emociones, sentimientos que sentimos a lo largo de nuestra vida como seres humanos.

Es igualmente importante que los padres o personas encargadas de la disciplina en el hogar sean conscientes de la influencia que tienen sobre los hijos adolescentes por lo que hay que llevar pláticas preventivas en las escuelas o realizar cursos para padres y llevarles toda esta información para lograr nuestro objetivo.

No debemos dejar de lado la introspección y concientización de parte de los padres o de quienes ejerzan este papel dentro de la familia; de no solo exigir conductas deseables en los hijos, sino de modificar el propio, ya que de acuerdo al aprendizaje observacional de la teoría del aprendizaje social, “enseñamos con nuestro comportamiento”. Lo anterior es un objetivo principal a perseguir en talleres o cursos de parentalidad.

Las estrategias que se sugieren son:

- Mantener siempre una buena comunicación con los hijos, agregando un espacio para el diálogo y convivencia con ellos fuera de las actividades laborales y del hogar.
- Mostrar interés en sus gustos y actividades.
- Saber cuáles son sus actividades a lo largo del día.
- Verificar que se encuentren fuera de peligro.
- Conocer a sus amigos y compañeros con quienes pasan gran parte de su tiempo.
- Motivarlos y felicitarlos ante los logros obtenidos.
- No utilizar amenazas verbales ni físicas.
- No recurrir a los golpes.
- Cumplir con los premios o castigos que se prometan.

- No establecer diferencias entre sexos, es decir, por ser mujer u hombre se otorguen permisos, concesiones o afecto.
- Ser congruentes enseñando con el ejemplo

Por último, es necesario trabajar de manera interdisciplinaria para tratar la depresión y consumo de drogas ya que son dos problemas actuales y que de acuerdo con diversas investigaciones van en aumento por lo que debemos identificarlas y trabajar con los padres, maestros, alumnos y profesionales de la salud para combatirlas y lograr una reducción de las mismas ya que, en casos extremos, se vuelven discapacitantes y dan lugar a otras actividades delictivas y por supuesto, a la reducción de años de vida saludable y de calidad para nuestros adolescentes.

REFERENCIAS

- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Baron, R (2005). *Psicología social. 10° edición*. Madrid: Pearson Educación.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, ME. y Lozano, MC. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* , 47(1), S4-S11.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Bernstein, J. (1974). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos aires: Ediciones Horme S.A.E.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Calderón, G. (1990) *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Castillo, A. (2005) *Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cava, M., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395.
- Doménech M., Villatoro, J. y Gutiérrez, M. (2004) Escala para medir el estilo de solución de problemas en familias mexicanas. *SESAM*: 6-11.
- Esteves, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28 (4), 81-89.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C. y Medina-Mora, ME. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30(5) Septiembre-Octubre, 63-73.

- Fraile, C., Riquelme, N. y Pimenta, A. (2004). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo (número especial). *Rev. Latino-am Enfermagem*, 12, 345-351.
- García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C. y Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
- González, F., García-Señorán, M. y González, S. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.
- Jeffrey, A. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural (3ª ed.)*. México: Pearson Educación de México.
- Keith, M.D. (2002). Guía de la clínica Maya sobre depresión. Clínica Maya, Plaza Danés, Catalogo 1.
- López, E., Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Juárez, F. y Berenzon, S. (1994). Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes. *La psicología social en México*, VI, 561-568.
- Macías-Valadez, T. (2000). *Ser adolescente*. México: Trillas.
- Mancilla, B. (2001) Psicopatología de la época del crecimiento y desarrollo del hombre. UNAM. Facultad de Psicología. Departamento de Publicaciones.
- Mancilla, B. (2003). Desarrollo físico y psicológico del adolescente. UNAM. Facultad de Psicología, Departamento de Publicaciones.
- Mancilla, B. (2007) El psicótico y su Familia. UNAM. Facultad de Psicología, Departamento de Publicaciones.
- Martínez, J., Fuertes, A., Ramos M. y Hernández A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15 (2), 161-166.
- Mariño, M., Medina-Mora, M., Chaparro, J. y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(2), 141-145.
- Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados

de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. y Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45(1), S16-S25.

Medina-Mora, ME., Tapia, R., Otero, B., Rascón, M., Mariño, M., Villatoro, J., Solache, G. y Lazcano, F. (1990). Factores asociados con el inicio en el consumo de drogas. Resultados de una Encuesta Nacional. *La Psicología Social en México*, 3, 214-218.

Méndez, M. (2008). *Control parental psicológico y problemas internalizados y externalizados en niños y niñas*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Montt, M. y Ulloa, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*, 19(3), 30-35.

Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 13(1), 87-94.

Navarro, J. (2002). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionado al consumo de drogas*. España: Ed. Bilbao.

Nicolson, D., (2002). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. Madrid: Ed. Narcea.

Olazo, C. Depresión en la adolescencia. Recuperado. (Fecha de acceso 7 agosto de 2009) en <http://presenzafloral.com/DepresionadolescenciaClelia.pdf>.

Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, A., Galván, J. y Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la Ciudad de México: Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*, 30(4), 41-46.

Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.

Peruga, A., Rincón, A. y Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 14(2), 227-238.

Quiroz, N. (2006). *La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo (9ª ed.)*. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España.

Shaffer, D. y Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

- Valencia, M. y Andrade, P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499-520.
- Vallejo, A., Mazadiego, T., Betancourt, D., Vázquez, A., Sagahòn, M., Méndez, M. y Reyes, C. (2008). Problemas externalizados e internalizados en una muestra de bachilleres veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo* 9, Octubre-Diciembre:15-22.
- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M.E., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20(2), 21-27.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, ME. (2007). Encuesta de consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, DF.
- Villatoro, J.A., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N., y Medina-Mora, ME. (2009) Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución de consumo de drogas. *Salud Mental*, 32(4), 287-297.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván F., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A. y García A. (2002) Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Drogas. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N. 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(1), 38-51.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes. Medición del otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43-54.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.

APÉNDICE

INSTRUMENTO

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.Eres	Hombre.....1 Mujer2
2. ¿Qué edad tienes?	Años....._____

ESCALA DE PARENTALIDAD

53. Por favor marca en cada inciso la opción que más se parezca a tu situación. Tus papás o quien los sustituye...	Nunc a	A vece s	Con frecuenci a	Con mucho frecuenci a
a) Se involucran en las actividades que a ti te interesan (escolares, deportivas)	1	2	3	4
b) Hacen cosas divertidas contigo	1	2	3	4
c) Hablan contigo acerca de tus amigos/as	1	2	3	4
d) Te incluyen cuando planean actividades familiares	1	2	3	4
e) Asisten a reuniones de tu escuela (conferencias, juntas de la asociación de padres, etc.)	1	2	3	4
f) Te levantan los castigos antes de tiempo	1	2	3	4
g) Están tan ocupados que olvidan donde estás	1	2	3	4
h) Te mandan a tu cuarto como castigo	1	2	3	4
i) Cuando haces algo mal, tus papás amenazan con castigarte pero no lo cumplen	1	2	3	4
j) Cuando haces algo malo o incorrecto, tratas de convencer a tus papás para que no te castiguen	1	2	3	4
k) Te felicitan cuando haces bien una tarea o trabajo	1	2	3	4

l) Cuando obedeces o te portas bien, tus papás te premian con cosas extras (hacer cosas juntos, regalos, etc.)	1	2	3	4
m) Te dan besos y abrazos cuando haces las cosas bien	1	2	3	4
n) Sales sin que tus papás te establezcan una hora de llegada	1	2	3	4
o) Sales en las noches sin la compañía de un adulto	1	2	3	4
p) Te permiten salir con amigos/as que ellos no conocen	1	2	3	4
q) Cuando te portas bien, tus papás te felicitan	1	2	3	4

ESCALA DE CONSUMO DE DROGAS

Ahora te haremos unas preguntas sobre el uso de tabaco, medicinas y algunas drogas.
Por favor, contesta todas las preguntas.

15a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado anfetaminas u otros estimulantes, para perder o no subir de peso, o dar energía como la Efedrina o Estimulantes, etc., sin que un médico te lo recetara?	Sí..... 1 No..... 2
15e. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces..... 3 11-49 veces..... 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido anfetaminas 6
16a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado tranquilizantes para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diazepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Sí..... 1 No..... 2
16e. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido tranquilizantes, sin que un médico te lo recete?	1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido tranquilizantes. 6
17a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, consumido o probado marihuana, hashish?	Sí..... 1 No 2

17e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado marihuana?	1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces..... 5 Nunca he usado marihuana 6
18a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado cocaína?	Sí..... 1 No 2
18e. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido cocaína?	1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces 3 11-49 veces..... 4 50 o más veces..... 5 Nunca he consumido cocaína..... 6
19a. ¿Has usado alguna vez en tu vida cocaína "crack"?	Sí..... 1 No 2
20a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc.?	Sí..... 1 No 2
20e. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido alucinógenos?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces..... 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido alucinógenos 6
21a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc., para elevarte?	Sí..... 1 No..... 2
21e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces 3 11-49 veces..... 4 50 o más veces..... 5 Nunca he inhalado sustancias para elevarme... 6
22a. ¿Has usado alguna vez en tu vida metanfetaminas (como las tachas, éxtasis o ice)?	Sí 1 No..... 2
22e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado metanfetaminas?	De 1 a 2 veces..... 1 De 3 a 5 veces..... 2 De 6 a 10 veces..... 3 De 11 a 49 veces..... 4 50 o más veces..... 5 Nunca he usado metanfetaminas..... 6
23a. ¿Has usado alguna vez en tu vida heroína (arpon)?	Sí..... 1 No..... 2
23e. ¿Hace cuánto tiempo usaste heroína por primera vez?	Hace menos de un mes..... 1 De 2 a 6 meses..... 2 De 7 a 12 meses..... 3 Hace más de un año..... 4 Nunca he usado heroína..... 5

ESCALA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

63. Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días que te sentiste así en la última semana. (Marca una respuesta por inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

DURANTE LA SEMANA PASADA:	0	1-2	3-4	5-7
a) Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
b) No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
c) Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as	1	2	3	4
d) Sentía que era tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
e) Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
f) Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
g) Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
h) Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
i) Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
j) Tenía miedo	1	2	3	4
k) Dormí sin descansar	1	2	3	4
l) Estaba feliz	1	2	3	4
m) Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
n) Me sentía solo/a	1	2	3	4
o) Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4
p) Disfruté de la vida	1	2	3	4
q) Lloraba a ratos	1	2	3	4
r) Me sentía triste	1	2	3	4
s) Sentía que no les caía bien a otros/as	1	2	3	4