



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN  
HACIA EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES DE  
LA CIUDAD DE MÉXICO

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALMA ROSA GARCÍA BLANCAS

DIRECTOR DE TESIS:  
LIC. JORGE AMETH VILLATORO VELÁZQUEZ

MÉXICO, D.F.

2002

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer el apoyo por parte del CONACYT para la realización del presente trabajo, a través del Proyecto Número 30820.

Así también, agradezco al Instituto Nacional de Psiquiatría, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, a través del Proyecto Número 4320, por haberme permitido participar en la "Encuesta sobre el uso de drogas, alcohol y tabaco en la comunidad escolar del D.F. (medición 2000)".

A mi director de tesis, Lic. Jorge A. Villatoro Velázquez, por su colaboración, por todo el apoyo, la confianza, la paciencia y el tiempo dedicado a este trabajo.

Agradezco la participación de mis sinodales, Lic. Patricia De Buen Rodríguez, Dra. Zuraya Monroy Nasr, Lic. Leticia Echeverría San Vicente y Mtra. Francisca Cruz Serrano, por su tiempo, su paciencia y sus valiosos comentarios.

Gracias Mamá, por ser pieza fundamental en mi vida, por el amor, la confianza, la comprensión y la fe incondicional que me has brindado...por ser siempre un ejemplo a seguir.

A Marco Antonio y a Papá, porque aunque pase el tiempo el anhelo de su presencia sigue conmigo...

A mis hermanos Víctor Hugo, José Luis, Eloisa, Verónica, Laura y Juan, por su apoyo y su cariño, por ser parte de mi existir.

A mis sobrinos, por la transparencia de su cariño, por ser fuente inagotable de vida.

A Oscar, por ser parte de este esfuerzo, por ser quien eres y más.

A Gabriel, por la fortuna de contar contigo.

Para Mariela y Alejandra, por el esfuerzo, los sueños y momentos compartidos.

Al tiempo, al imperdonable, al que se fue...

Índice	Pág.
Resumen	1
Introducción	3
1. Adolescencia	6
1.1. Definición	6
1.2. Desarrollo psicológico	9
1.3. El papel de la familia durante la adolescencia	15
2. Depresión	21
2.1. Definición	21
2.2. Depresión en la adolescencia	24
2.3. Depresión y familia	28
3. Consumo de Drogas en México	31
3.1. Índice de consumo en México	31
3.2. Factores de riesgo y de protección	35
3.3. Entorno familiar y consumo de drogas	39
4. Metodología	45
4.1. Hipótesis	45
4.2. Variables.	46
4.2.1. Definición Conceptual	46
4.2.2. Definición Operacional	47
4.3. Población y Muestra	48
4.4. Instrumento	49
4.5. Procedimiento	52
4.6. Análisis de datos	53
5. Resultados	54
6. Discusión y Conclusiones	62
Bibliografía	71
Anexo	



## RESUMEN

**Antecedentes.** Durante la adolescencia se presentan diversos cambios tanto a nivel fisiológico, como a nivel psicológico, tales acontecimientos llevan al adolescente a establecer otro tipo de relaciones en el medio en que se desenvuelve. Las relaciones con el grupo de pares se hacen más estrechas y además, se produce el desprendimiento real de la familia. No obstante, el papel de la familia es primordial en esta etapa, ya que las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, que engloban la totalidad del comportamiento: cómo pensar y enjuiciar, cómo actuar y experimentar y, cómo sentir y gozar. Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos. Uno de los riesgos más importantes al presentarse una sintomatología depresiva, es que muchos adolescentes pueden buscar refugio en las drogas, como una medida para evadir su realidad, negarla o enfrentarla. Es por esto que el objetivo del presente trabajo es conocer si la sintomatología depresiva y el entorno familiar se relaciona con el consumo de drogas.

**Método.** El diseño de la muestra es estratificado, bietápico y por conglomerados, en el que la variable de estratificación es el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa la constituyó las escuelas y en la segunda, el grupo escolar. El marco muestral fue elaborado con los registros oficiales de la SEP (escuelas de enseñanza media y media superior), que se encuentran en una base de datos computarizada. Se seleccionaron de forma aleatoria las escuelas al interior de las 16 delegaciones políticas en el Distrito Federal. Se planeó por conglomerados (grupos) para facilitar el trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

**Resultados.** Con la finalidad de conocer la presencia de sintomatología depresiva y la percepción del ambiente familiar de los individuos, tanto en hombres como en mujeres, se utilizó la prueba T de Student, con el programa SPSS versión 10.0. Posteriormente, para conocer la relación entre la sintomatología depresiva y el ambiente familiar con el consumo de drogas, se aplicó la prueba de regresión logística, con el programa SPSS versión 10. Los resultados en general indican que las variables que se asocian significativamente con el consumo de sustancias en los sujetos son: el sexo (el consumo regular es más alto en los hombres que en las mujeres), su edad (a mayor edad, mayor riesgo de consumo), el haber estudiado o no (menor riesgo de consumo para aquellos que fueron estudiantes), haber trabajado o no (mayor riesgo de consumo para aquellos que trabajaron), su nivel de depresión (a mayor depresión mayor riesgo de consumo), además, se presentó una presencia mayor de sintomatología depresiva en las mujeres. En cuanto a la hostilidad y el rechazo en el ambiente familiar, se observa que a mayor hostilidad y rechazo es mayor el riesgo de

consumo. De esta manera, de acuerdo con estos resultados, el ambiente familiar y la escuela son factores que ayudan a prevenir el riesgo de consumo de drogas, no así la presencia de sintomatología depresiva, que se presenta como riesgo hacia el uso de sustancias.

Conclusiones. De acuerdo con los resultados, se destaca la necesidad de prestar una mayor atención al sentir de los jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, ya que tienden a manifestar de diferente manera su malestar emocional. Con esto, se puede lograr detectar y prevenir a tiempo un malestar de mayor seriedad como la depresión. Si bien se destaca el papel protector que desempeñan la escuela y el ambiente familiar, el trabajo conjunto de padres, maestros y del profesional de la salud, va a permitir fortalecer su función como factores de protección hacia el riesgo de consumo de drogas y el malestar emocional en los adolescentes. Asimismo, va a ayudar a que haya una mejor comprensión, comunicación, orientación y apoyo hacia los adolescentes. Al final del trabajo se presenta una propuesta de prevención del consumo de drogas.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años el incremento en el consumo de drogas legales, ilegales y médicas en nuestro país ha presentado un crecimiento importante. El uso y abuso de drogas, conducen a la dependencia, ya sea psicológica o fisiológica. La dependencia de las drogas es un complejo fenómeno biopsicosocial. Conforme la adicción se arraiga, la experiencia de la persona se empobrece y el hábito dominante se convierte en el centro de su vida, afectando nocivamente la salud y conducta del individuo, incluyendo a la familia y muchas veces también a la sociedad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

La disponibilidad de las drogas, aunado a la problemática social como la pobreza, la desintegración familiar y las características propias de la adolescencia, entre otros, hacen que se haya producido un aumento en el uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población joven del país (Mariño, Romero y Medina-Mora, 2000).

Los adolescentes representan la población más susceptible de ser influenciada hacia el consumo de drogas de cualquier tipo, ya que durante la adolescencia se presentan diversos cambios en la fisiología, en las relaciones familiares, en la relación con los pares del propio sexo y del sexo opuesto, en el crecimiento cognitivo, en la propia identidad, así como también, el tratar de cumplir con los estándares esperados por una sociedad y su propia familia. Tales acontecimientos promueven una crisis en el adolescente, quien busca superar las diversas situaciones a las que se enfrenta. En el intento por superar esta crisis, muchos adolescentes realizan actos de alto riesgo en los que las consecuencias son irreversibles, como pueden ser el de un embarazo no deseado, la dependencia a las drogas o realizar conductas delictivas (Andrade, 1998).

De esta manera, durante la adolescencia se pueden observar altibajos en el estado de ánimo, como parte de estos, se pueden reconocer síntomas depresivos. La sintomatología depresiva que muchos adolescentes pueden presentar se caracteriza por estados de ánimo fluctuantes –en ocasiones, de tristeza o infelicidad, afecto deprimido, desesperanza, culpa, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos en el sueño. Estos síntomas, ocasionan un bajo rendimiento en las actividades del individuo, tanto en las escolares, como en las de diversión, en las de casa y en el trabajo; afectando directamente sus relaciones interpersonales y su perspectiva de vida.

Ante estos acontecimientos, es importante señalar que a nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad (Bowlby, 1980, citado por Lara, 1998), es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos en la población. En el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, después de los problemas cardíacos. En México, la

Fundación Mexicana para la Salud, indica que sobre la discapacidad y muerte prematura (AVIS) por trastornos depresivos mayores se presenta un índice de 74.6 para los varones y de 148.6 para las mujeres por cada 100 000 habitantes. Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar una prevalencia de la depresión de 2:1 entre hombres y mujeres. En México la Encuesta Nacional de Salud Mental reporta una prevalencia de los trastornos depresivos más severos en 3.9% de las mujeres y 2.2% de los varones (Caraveo-Anduaga, Medina-Mora, Rascón, Villatoro, Martínez-Vélez y Gómez, 1996).

En la ciudad de México, es de 4.1.% en las mujeres en comparación con 1.6 en los varones. Por otro lado, los síntomas depresivos severos se reportan en 17% de las mujeres, en comparación con 8.5% de los varones (Lara, 1999).

Se puede reconocer que la sintomatología depresiva manifiesta en los adolescentes, es la mayoría de las veces resultado del propio proceso de la adolescencia, el riesgo aquí es que se presente el uso de drogas como una manera de enfrentar y manejar estos síntomas, Lerner y Vicary Jr. (1984) y Pedersen y Lavik (1991) destacan que "los efectos de las drogas pueden ser en principio muy reforzantes para el joven que padece problemas emocionales. Estos problemas a la vez pueden también ser el resultado de uso de drogas" (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995).

Por otra parte, cabe señalar que los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta el adolescente se ven influenciados, directa o indirectamente por su entorno familiar y sociocultural. Más, es la familia la que desempeña un rol muy importante para el adolescente, ya que ella "asegura la sobrevivencia física y constituye lo humano en el individuo. La satisfacción de las necesidades biológicas, indispensables y esenciales para la sobrevivencia no garantizan el desenvolvimiento de lo humano, es la experiencia de la vida familiar lo que constituye y da las condiciones para el desarrollo de lo humano" (Andrade, 1998).

Conocer el ambiente familiar de los adolescentes, permite saber como está influyendo en las actividades y problemáticas a las que continuamente se enfrentan, permite además, reconocer, si la estructura familiar realmente puede ser un factor protector presente en la ayuda durante la etapa de la adolescencia. Andrade (1998), indica que los conflictos en la familia, el hecho de permanecer más tiempo con los amigos que con la familia, el vivir con un solo padre o en hogares reconstituidos son indicadores significativos de uso de drogas, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.

Es importante señalar que también la familia, sobre todo los padres, llegan a sentirse confusos e indecisos sobre cómo comportarse con sus hijos adolescentes, esto porque tienen que

superar la separación de los hijos, aceptarlos como personas independientes, capaces de elegir, de tomar decisiones y de ser responsables de sus propios actos. Esto no se da de manera tajante, sino de manera gradual como parte del proceso de esta etapa, algunos adquieren las habilidades necesarias para la vida más pronto que otros y el papel de la familia es esencial.

El ambiente familiar y el malestar emocional se presentan entonces como factores que pueden influir hacia el consumo de drogas en los adolescentes. Otros factores propiamente de riesgo que enfrentan son el nivel socioeconómico, el lugar donde habita, los lugares que frecuenta, contar con amigos usuarios de drogas, la presión por parte de sus compañeros, el fracaso escolar; además de querer experimentar cosas nuevas, buscar la igualdad o superioridad en su núcleo de amistades, satisfacer su curiosidad y olvidar los sentimientos contradictorios que experimenta hacia sí mismo, hacia los demás y hacia su entorno. Todos estos factores influyen directamente en el adolescente, quien busca seguridad en sí mismo y su propia identidad.

De manera que el hecho de encontrarse inmersos en el uso, consumo o abuso de drogas, puede ser imperceptible, de empezar por probar, por curiosidad, como una manera de escapar, de liberarse de las situaciones o problemáticas que se les presentan, se produce el hecho de hacerlo sin motivo aparente y sin darse cuenta llegan hasta la dependencia, ya sea física o psicológica.

Con base en lo anterior, en este trabajo se considera de importante relevancia el papel de la familia y la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes como factores influyentes hacia el consumo de drogas.

De esta manera los objetivos del presente trabajo son:

1. Comparar el nivel de depresión de los adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.
2. Comparar el entorno familiar de los adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.
3. Conocer la influencia del nivel de depresión sobre el consumo de drogas en los adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.

## CAPÍTULO UNO

### ADOLESCENCIA

#### 1.1. Definición

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”. Fuentes (1989), indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional, etc., del individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para el individuo.

Para Fierro (1995), la adolescencia constituye un período y un proceso: a) de activa desconstrucción de un pasado personal; b) de proyecto y de construcción del futuro a partir de un enorme potencial y acervo de posibilidades activas que el adolescente posee y tiene conciencia de poseer. De esta manera, afirma que la adolescencia es una etapa psicosocial y, no sólo fisiológica o psicológica. El logro evolutivo individual depende de circunstancias sociales e históricas, que pueden facilitar o dificultar adherirse a un determinado estilo de vida e identidad personal.

Por otra parte, Delval (1994), considera que es durante la adolescencia cuando se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción, aunado a esto, se inicia la inserción en el grupo de los adultos y en su mundo. El sujeto tiene que realizar una serie de ajustes según las características de la sociedad y las facilidades o dificultades que proporciona para esa integración. De ello dependerá que atravesar por esta etapa de la vida sea más o menos difícil y se realice de una forma traumática o sin muchas dificultades.

#### Adolescencia: Perspectivas Teóricas

Aguirre (1998), refiere que en 1909 se da el encuentro de dos hombres que marcan los inicios de la psicología de la adolescencia: Stanley Hall y Sigmund Freud. Ambos formados en el marco del evolucionismo, coinciden en algunos planteamientos, más por la interpretación biológica de las etapas evolutivas del hombre, que por sus enfoques concretos sobre la adolescencia, de manera que destacan la sexualidad como motor biológico de la evolución humana.

Para Aguirre(1998), Hall (1844-1924), toma el concepto darwiniano de evolución biológica y lo elabora como una teoría psicológica, de manera que de la misma forma en que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la adultez: infancia, niñez, juventud y adolescencia. La infancia y la niñez corresponden al estadio primitivo humano; la juventud representa la transición de la humanidad, mientras que la adolescencia supone la fase avanzada del desarrollo, previa a la madurez.

Hall define la juventud (8-12 años), como etapa preadolescente de latencia, en la que se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su analogía con el salvajismo. A la adolescencia (12/24-25 años), la define como etapa tormentosa, llena de turbulencias y contradicciones en donde la sexualidad será el gran motor adolescente que permitirá pasar del amor a sí al amor a la humanidad y hasta al amor a Dios.

Enfoque Psicoanalítico.

Para Aguirre (1998), Freud (1856-1939), parte también del mito de la recapitulación: niñez y adolescencia son periodos filogenéticos, por eso, al igual que Hall, defiende la "necesidad" y "universalidad" biológica de las etapas. Aguirre señala algunas conclusiones respecto al tratamiento que Freud y sus más inmediatos seguidores hacen de la adolescencia:

- Mantenimiento del mito que pone en paralelo el desarrollo biológico y el de la personalidad. Así, si el desarrollo biológico es universalmente homogéneo, las fases de la niñez, el complejo de Edipo y la pubertad adolescente serán también universales e independientes del medio ambiental o cultural. Para Freud, los cinco primeros años de la vida son los más importantes en el desarrollo de la personalidad, constituyéndose el complejo de Edipo, hacia los cinco años, en la piedra angular del comportamiento humano.
- La adolescencia supone para Freud el logro de la primacía genital y la culminación del proceso de búsqueda no incestuosa del objeto. El pensamiento freudiano otorga preponderancia a la sexualidad como organizadora de la personalidad, tanto en la infancia como en la adolescencia. La sexualidad infantil será autoerótica y no genital, mientras que la adolescente será genital y objetal.
- Para Freud, los factores importantes del desarrollo serán los biológico-pulsionales y no los socio-cultural-ambientales.
- Por otra parte, la parte clínica de los psicoanalistas ortodoxos se conduce de manera que todo adulto vuelva, a través de la transferencia con el analista (que reaviva la figura paterna) a reanudar los caminos de la infancia y rara vez se plantean, reconstruir la adolescencia del paciente e incluso, algunos psicoanalistas, afirman que, aunque en la

adolescencia se produce un acontecimiento de gran intensidad, en realidad no sucede nada nuevo.

Los psicoanalistas han minimizado e, incluso, negado la existencia de la adolescencia. En general, mantienen que la adolescencia es, en parte, un invento de la envidia de los adultos, un "adultocentrismo", ya que la adolescencia es un valor en alza en la sociedad actual. Afirman que los acontecimientos estudiados en la adolescencia están profundamente ligados a la vida infantil y que la adolescencia es más un estado de la personalidad que un estadio del desarrollo del individuo (Aguirre, 1998).

Enfoque psicosocial.

Los psicólogos que trabajan sobre la adolescencia afirman que el origen de los cambios adolescentes, es fundamentalmente, imputable a determinaciones externas, es decir, a interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles. En este sentido, se pone de manifiesto que el propio adolescente tiene que desempeñar roles contradictorios (rebelde para con sus compañeros y de hijo sumiso para con su padre), lo que repercute notablemente en la vivencia de su identidad (Aguirre, 1998).

La socialización adolescente (relaciones interindividuales, normas, valores, actividades sociales) se realiza en determinados "espacios" (familia, escuela, grupo de pares, etc.) y a través de unos "medios" (comunicación, relaciones, etc.) por los cuales se realizan tales procesos.

Por su parte, Delval (1994), indica que desde el enfoque psicosocial, la adolescencia se atribuye primordialmente a causas sociales exteriores. De manera que las diversas problemáticas que se viven durante la adolescencia son el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad. El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que adoptar determinados papeles sociales; esos papeles le son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección, por el medio en que se desarrollan –escuela, hogar, amigos. Al mismo tiempo los adultos tienen mayores exigencias y expectativas respecto a los adolescentes, y esas exigencias pueden hacerse insostenibles.

El enfoque cognitivo.

Desde esta perspectiva, Aguirre (1998) señala que el enfoque de las transformaciones y estadios en la adolescencia no es totalmente interno (biológico o psíquico), ni totalmente externo, como suponen ciertos estudios de psicología social, sino debido al desarrollo de las competencias

operatorias, es así que los estudios de psicología cognitiva sobre la adolescencia, se han desarrollado siguiendo a Piaget en dos direcciones principales: el desarrollo cognitivo y el de la conducta moral.

Para Piaget, hacia los 11 años, el pensamiento se hace formal, de manera que va de la sujeción a lo real y directamente percibido a lo abstracto y lo posible: el mundo real no es más que una porción de lo posible. Así, su razonamiento se hace hipotético-deductivo, lo que dota al adolescente de nuevas posibilidades mentales. Añade además que, lo que caracteriza al desarrollo cognitivo son las sucesivas y más complejas formas de organización y adaptación que hacen que cada período de edad tenga una forma cualitativa diferencial de cognición (Aguirre, 1998).

Asimismo, desde el enfoque cognitivo, Delval (1994), señala a partir de Piaget, que durante la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ello las características de la adolescencia están muy en relación con la sociedad en la que se produce. El individuo se inserta en la sociedad, pero tiende a modificarla. Para ello elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. De manera que la adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales.

De esta forma se puede decir que la adolescencia es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella, los diversos cambios que se presentan para el adolescente influyen directamente sobre él, son estos quienes van a dificultar o a facilitar la integración completa del adolescente. Adaptarse a estos cambios no sólo físicos sino también sociales lo llevan a la búsqueda de su propia identidad.

## 1.2. Desarrollo psicológico

El inicio de la adolescencia se caracteriza por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se denomina como pubertad, se observan cambios como el tamaño y la forma del cuerpo, el desarrollo de los órganos reproductivos, entre otros. Independientemente a que edad den comienzo los cambios o se terminen, el proceso de crecimiento físico que se da en esta etapa, presenta el mismo perfil en los distintos individuos. El desarrollo entre hombres y mujeres, hasta entonces parecido, se puede diferenciar con claridad.

De lo anterior se precisa hacer una distinción entre dos términos que tienen un significado y un alcance distinto: pubertad y adolescencia. Palacios (1995), indica que la pubertad abarca al

conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Mientras que la adolescencia, es un período psicosociológico que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

La pubertad por tanto, es un fenómeno universal para todo ser humano, como hecho biológico que es y como momento de mayor importancia en nuestro desarrollo común. Por otra parte, la adolescencia, es un hecho psicosociológico no necesariamente universal y que no necesariamente adopta en todas las culturas el patrón de características que adopta en la nuestra.

De manera que la descripción de los cambios físicos son insuficientes para comprender esta etapa, ya que la integración psíquica, social y sexual sobrepasa el mero recuento de estos cambios. Sin embargo, son importantes porque aportan capacidades y potencialidades nuevas, además porque mediante estos cambios el adolescente se aproxima al conocimiento de la personalidad exterior que va adquiriendo (Fuentes, 1985). Este autor destaca las diferencias entre los caracteres anatómicos del hombre y de la mujer de la siguiente manera:

Caracteres Anatómicos		
	Mujer	Hombre
Primarios (genitales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ovarios</li> <li>b) Trompas, útero, vagina. Vulva (labios, clítoris)</li> <li>c) Mamas desarrolladas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Testículos</li> <li>b) Epidídimo, conducto deferente, vesículas, próstata, pene, escroto</li> <li>c) Mamas rudimentarias</li> </ul>
Secundarios (sexuales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Predominio del desarrollo pelviano sobre el escapular</li> <li>b) Menor desarrollo del sistema locomotor</li> <li>c) Menor desarrollo y distribución típica de la grasa subcutánea</li> <li>d) Sistema piloso de alcance limitado</li> <li>e) Laringe de menor desarrollo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Predominio del desarrollo escapular sobre el pelviano</li> <li>b) Desarrollo enérgico del sistema locomotor</li> <li>c) Tejido adiposo subcutáneo distribuido típicamente</li> <li>d) Sistema piloso desarrollado y abundante vello distribuido por todo el cuerpo</li> <li>e) Laringe de mayor desarrollo</li> </ul>

Caracteres Funcionales		
	Mujer	Hombre
Primarios (genitales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Libido hacia el hombre</li> <li>b) Orgasmo sexual lento y no preciso para la fecundación</li> <li>c) Aptitud concepcional, menstruación, embarazo, parto, lactancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Libido hacia la mujer</li> <li>b) Orgasmo sexual rápido e imprescindible para la fecundación</li> <li>c) Aptitud fecundante</li> </ul>
Secundarios (sexuales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menor aptitud para la impulsión motora activa y para la resistencia pasiva</li> <li>b) Sensibilidad culturalmente concentrada en los estímulos sensitivos y emocionales; poca valoración social de la labor mental abstracta y creadora*</li> <li>c) Instinto de la maternidad</li> <li>d) Voz de timbre agudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mayor aptitud para el impulso motor y la resistencia activa</li> <li>b) Sensibilidad culturalmente menor ante los estímulos afectivos. Alta valoración social de la función mental, abstracta y creadora*</li> <li>c) Instinto de la actuación social, defensa y auge del hogar</li> <li>d) Voz de timbre grave</li> </ul>

\* Nota del autor: Estas características están asociadas culturalmente –en nuestra sociedad- a los papeles masculino y femenino. El señalarlas no indica que se esté de acuerdo con tal valoración.

La adolescencia es una de las etapas de la vida en que más atención se da al propio cuerpo, a sus características y a su desarrollo, a sus semejanzas y diferencias respecto al propio cuerpo de los demás. Es diferente el impacto que provoca una maduración física precoz o tardía sobre hombres y mujeres, lo importante no es el momento en que se produce tal maduración sino la relación de las variables en las que se produce este fenómeno en los individuos.

Dentro de los cambios que se presentan en los adolescentes, Aberastury (1977), considera que la adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Caracteriza el síndrome normal de la adolescencia por los siguientes aspectos:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad. Los cambios constantes en este período conducen a reestructuraciones permanentes externas e internas del individuo: De este modo, se adquiere el conocimiento de la individualidad biológica y social, el conocimiento de sí mismo, y de la propia personalidad.

2. Tendencia grupal. La relación con el grupo de pares se intensifica, de tal forma que se distingue como un proceso de sobreidentificación masiva. Se transfiere al grupo la dependencia que anteriormente se tenía con la familia y en especial con los padres. A su paso por el grupo el individuo comienza a asumir su identidad adulta.
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. El individuo se manifiesta 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, de tal forma que la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar una salida mágica.
5. Desubicación temporal. Es característico que convierta el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Suelen presentarse sentimientos de soledad. 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 con tendencias anti o asociales de diversa intensidad. La familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes. El medio en que se vive determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas, entonces la aceptación de la identidad está determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. 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. Una separación progresiva de los padres. Los padres no son ajenos a las ansiedades que despiertan la genitalidad, a el desprendimiento real, a los celos que esto implica en los hijos y en ellos mismos. 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. Si la figura de los padres está bien definida se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará.
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. El individuo se refugia en sí mismo, en su mundo; la intensidad y frecuencia de estos internamientos pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo, ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas.

Debido a todos estos cambios por los que atraviesa el adolescente, es que se presentan fluctuaciones en el estado de ánimo, estos cambios, suelen generar angustia e impotencia por no poder controlarlos, en ocasiones el individuo puede adoptar ideologías y conductas ajenas, estas mismas van a ayudar a identificar una ideología y una personalidad propia. La búsqueda de autonomía se realiza no sólo en sí mismo, sino también en la familia y en el exterior, esto requiere necesariamente una ruptura con los progenitores a quienes se les ve como iguales y conlleva la inserción del adolescente al mundo de los adultos.

Rappoport (1986), menciona cinco áreas de la conducta adolescente, e indica que para comprender el significado psicológico de estas áreas es necesario analizar el impacto que provocan en el sí mismo del adolescente. Estas áreas son:

- a) Los cambios fisiológicos. Los cambios durante la pubertad provocan cambios en la imagen corporal que ocasionan modificaciones en el concepto de sí mismo. Los adolescentes que pasan rápidamente por los cambios de la pubertad suelen conservar una imagen corporal positiva, lo que favorece una mayor confianza en sí mismos. Este proceso se refleja en el campo de las emociones a través de sentimientos de inadecuación.
- b) Las relaciones familiares. Es inevitable el surgimiento de conflictos en mayor o menor grado, entre los adolescentes y sus padres, más los resultados de estos son variados, de tal manera que, cuando no encuentran una vía satisfactoria hacia la autonomía, es probable que su impulso hacia esta encuentre una salida explosiva o se deteriore progresivamente, lo que origina posponer o impedir por completo el establecimiento de un concepto de sí mismo que sea suficientemente fuerte como para permitir la plena realización de sus potencialidades. Se producen efectos positivos cuando el adolescente alcanza un grado suficiente de éxito en las luchas que debe sostener con sus padres y logra así separarse de ellos.
- c) Las relaciones con los pares del mismo sexo y del sexo opuesto. La divide en tres tópicos: i) la popularidad o aceptación en los grupos de pares del propio sexo, permite aumentar la autoestima; ii) las relaciones personales con amigos individuales del mismo sexo, ayudan a explorar nuevas áreas de sí mismo; y iii) las relaciones personales en proceso de desarrollo con los pares del sexo opuesto, van a servir como puente para las actividades con el sexo opuesto, estas actividades proporcionan un medio de aprender nuevos roles sociales y el progreso hacia relaciones heterosexuales más serias.
- d) El crecimiento cognitivo o intelectual. La mayoría de las diferencias en cuanto a habilidad y aptitud entre los sexos se manifiestan durante la adolescencia. Estas diferencias se originan en las presiones culturales que influyen directamente en la adopción de roles sexuales estereotipados; se advierte con esto, que el rol sexual y el desarrollo intelectual puede estar en íntima relación mutua, en la que el primer factor ejerce una importante influencia sobre el segundo.
- e) La identidad personal. A la identidad puede comprendérsela, por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del sí mismo, y por la otra, como a una fuerza integradora que unifica esas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria. En cualquier caso, hacia el fin de la adolescencia comienza, aparentemente, a desarrollarse un sentido continuo de la identidad, que sirve de allí en adelante como núcleo esencial y directivo de la personalidad. Este acontecer le permite

comenzar a resolver los conflictos y las confusiones que son característicos del desarrollo de la personalidad durante este período.

De esta manera Rappoport identifica que el adolescente enfrenta al inicio de la adolescencia dos aspectos críticos: la pubertad y un status social inferior, esto porque no cuenta con los privilegios de los niños pero tampoco con el de los adultos, por lo que se presentan problemas emocionales y sociales durante la mayor parte de la estadía en esta etapa. Cuando se considera este período desde el punto de vista del individuo, puede definírsele según los cinco problemas genéricos que enfrenta. Y cuando se lo considera como situación general cabe definirlo de acuerdo con los factores status social y crecimiento físico.

Estos aspectos influyen entonces, sobre la reestructuración de la imagen corporal, la reestructuración de las relaciones con los progenitores, la elaboración de relaciones nuevas y más intensas con el grupo de pares, la capacidad intelectual y la adquisición de la propia identidad. Los primeros cuatro problemas se relacionan con el concepto que el adolescente tiene de sí mismo y suelen ser inevitables a las condiciones de la adolescencia, más la identidad para Rappoport, es la resultante de múltiples fuerzas, que va a servir a su vez como una fuerza integradora y orientadora del desarrollo de la personalidad.

Spranger (citado en Carneiro, 1982), indica que el adolescente no vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos, por esto, el adolescente no se comprende a sí mismo por completo, ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones.

Se puede destacar entonces que durante la adolescencia se presentan diversos cambios, no sólo a nivel físico y emocional, sino también en las diferentes capacidades que se van adquiriendo gradualmente. El ambiente, la familia, los adultos y el grupo de pares, son los que van a determinar atravesar esta etapa con o sin muchos conflictos. Así, la adolescencia se caracteriza principalmente por la búsqueda de la propia autonomía, la búsqueda de la propia identidad de sí mismo, que lleva a la adquisición de una identidad propia, así como a la adquisición de una completa identidad sexual. Al mismo tiempo se produce el distanciamiento gradual con los padres.

Es aquí donde se destacan las herramientas que han sido proporcionadas por la familia para enfrentar con éxito estos cambios, y lograr con ello una transición positiva y adecuada de la adolescencia a la edad adulta.

### 1.3. El papel de la familia durante la adolescencia

Para Leñero (2000), la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio, ya que lo familiar tiene una raíz de naturaleza biológica que se transforma por el

impulso de subsistencia y superación humana. En este sentido, la familia representa un espacio vital de intimidad donde las personas pretenden conjugar su identidad personal con su expresión emotiva y afectiva. La familia tiene, al mismo tiempo, una naturaleza de carácter social, público y privado: condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma como una institución clave en la operación social.

Ausubel (1983), señala que la familia revela una variedad de formas estructurales entre ellas la familia extensa, la nuclear, la polígama y la comunal. En todas las sociedades la familia nuclear es la primera matriz social, es dentro de esta donde se arraiga y se cultiva la personalidad. Asimismo, desempeña las funciones básicas de auxiliar física y emocionalmente a los niños, asumiendo la responsabilidad de su socialización y culturación, así como también administra el uso de bienes y servicios en una estructura grupal continua, marcada por la división del trabajo y la diferenciación de roles.

Por otra parte, para Ackerman (citado en Dulanto, 2000), las finalidades humanas y sociales esenciales para las que se ha establecido 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.

Dulanto (2000), señala que toda dinámica familiar será considerada como un proceso de vinculación sano dentro de la extensa pluralidad de conductas puestas en acción para lograr ser familia, siempre que estas acciones y condiciones permitan un desarrollo como grupo y también un desarrollo individual, sean niños, adolescentes o adultos. La función como grupo ocurre en gran medida a partir de los valores y postulados sociales de la comunidad a la que este grupo familiar pertenece, pues son estos los que facilitan el funcionamiento.

Además, indica que la dinámica familiar no es la misma en todas las familias, ya que esta se encuentra diferenciada por el número de componentes, nivel cultural y económico. La enorme gama de comportamientos familiares que se manifiesta en la población de las grandes ciudades, con variantes que le dan a cada una de estas una personalidad particular, resulta de la expresión del

sentir, pensar, interpretar un sinnúmero de tradiciones culturales, necesidades sociales, característica étnicas, capacidad económica, orientación religiosa, nivel de escolaridad, experiencia y esperanza de vida.

Dulanto (2000), 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, más son los externos los que están minando la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno de la familia y especialmente la interacción con los hijos adolescentes

Asimismo señala que, en la vida urbana moderna, abundan los factores que distraen la atención de lo importante, como entender lo esencial del vivir y el sentir, así como el resolver estos problemas en la vida intrafamiliar; cada día hay menos comunicación entre padres e hijos, aun entre hermanos. Todo este no vivirse y sentirse en una relación humana y en la "dimensión" entre unos y otros entorpece y en ocasiones daña hasta aniquilar la función familiar. Plantea para superar estas crisis, responsabilidad, afecto, cautela, honestidad y libertad en la comunicación existencial y si es necesario recurrir a un grupo terapéutico.

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.

A este respecto Conger (1980), señala que es durante esta etapa cuando los padres y los hijos adolescentes deben aprender a establecer nuevas clases de relaciones mutuas. La adaptación a esta nueva clase de relación será más difícil para algunos padres –y adolescentes- que para otros.

Durante los primeros años de la adolescencia los conflictos con los padres resultan naturales y lógicos. A medida que los adolescentes amplían su horizonte mental, empiezan a darse cuenta de que sus valores y formas de vida familiares no son los únicos posibles. Puede tomarle mucho tiempo, pero al final, el adolescente probablemente concluirá que, aunque sus padres no pueden responder a todas sus preguntas, sus opiniones y conocimientos, aun pueden serle útiles y al menos, resultan conocidos (Conger, 1980).

Para Ausubel (1983), los padres, en su carácter de agentes socializantes y representantes de la cultura determinan muchas uniformidades (rasgos psicobiológicos) y diferencias (rasgos psicosociales) interculturales en el desarrollo, además son causa de gran parte de la variación que

muestra la personalidad de sus hijos en una cultura dada (rasgos idiosincráticos). El grado en que los padres tienden a la aceptación, protección, a la dominación, etc., en el trato con sus hijos está determinado en parte por la ideología cultural prevaleciente que define las normas apropiadas de la interacción padre-hijo.

De acuerdo con Conger (1980), el comportamiento de los padres tiene dos dimensiones de particular importancia:

**Amor contra hostilidad.** Sin las fuertes y evidentes manifestaciones de amor por parte de sus padres, el niño o adolescente tiene pocas oportunidades para desarrollar su autoestima, así como para entablar relaciones constructivas y provechosas con los demás y por tanto de sentir confianza en su propia identidad. El adolescente que cuenta con el afecto y cuidado por parte de sus padres es más probable que pueda vencer obstáculos aparentemente insuperables.

**Control contra libertad.** Para hacer frente, de manera efectiva al mundo de hoy y del mañana, los adolescentes necesitan una disciplina, pero también necesitan independencia, confianza en sí mismos, adaptabilidad y un fuerte sentido de sus propios valores. Estas cualidades son fomentadas por los padres que respetan a sus hijos, que los hacen participar de los problemas, en las tomas de decisiones familiares y que estimulan el desarrollo de la independencia apropiada a su edad, pero que, a la vez, conservan confiadamente la responsabilidad final.

De esta manera, el comportamiento de los padres es fundamental para los hijos, de manera que sin importar cuánto protesten, tanto los niños como los adolescentes, en ocasiones no desean que sus padres sean sus iguales. Desean y necesitan que se comporten como padres –que sean amistosos y comprensivos, pero al fin padres (modelos de comportamiento adulto), por lo que los padres en la actualidad tienen el problema de establecer un equilibrio entre el autoritarismo por una parte y la tolerancia excesiva por la otra, si esto lo pueden lograr, los resultados pueden ser muy útiles tanto para los padres como para los hijos (Conger, 1980).

De manera que el papel de la familia para el adolescente es muy importante, ya que recibe la influencia de sus padres y de toda la familia, de tal forma que los va a tomar como modelo de conducta. A través de su aprobación y desaprobación va a aprender a distinguir lo que está bien y lo que está mal; de esta relación con la familia el individuo se sentirá motivado o no para obrar correcta o incorrectamente. Estos modelos de conducta se presentan de distinta manera para hombres y mujeres, porque las expectativas de los padres sobre su hijo o hija son distintas (Aguirre, 1996).

Ausubel (1983), señala que la capacidad de los individuos para entablar relaciones interpersonales edificantes fuera del medio familiar, se ve influida por los siguientes aspectos de las situaciones intrafamiliares:

- 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 insólitas o 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 otros niños, y
- 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 factores limitativos y restrictivos de su ambiente para aprender normas sociales sobre la conducta aceptable, para aprender roles y objetivos realistas, para aprender a plantear exigencias razonables a los demás y para adquirir responsabilidad, autocontrol y capacidad de postergar la satisfacción de sus necesidades (Ausubel, 1983).

Cuando desde la infancia se ha proporcionado un ambiente familiar óptimo, que se logra mantener durante la adolescencia, con relaciones intrafamiliares de afecto, el adolescente convierte a los padres en sus guías y orientadores. El que haya en la familia una disciplina razonable y no arbitraria, va a permitir desarrollar en el adolescente una conducta moral que lo va a conducir a su propio autocontrol y autodirección. Cuando las relaciones entre padres e hijos son desfavorables, la conducta moral del adolescente se deteriora fácilmente y es común que se presenten dificultades para adaptarse, ocasionando conductas aversivas como destructividad o deshonestidad (Aguirre, 1996). Para Ausubel (1983), si las actitudes parentales hacia los hijos son sanas, en lo fundamental, ni una desviación considerable del nivel óptimo teórico, ni ciertas fallas ocasionales impedirán que se logre un desarrollo normal de la personalidad.

El empleo y la enseñanza de habilidades básicas para relacionarse puede mejorar la calidad de vida familiar y proporcionar una buena base para la relación de los hijos con los padres (Schwebel, 1991). 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 a las drogas y a otros asuntos relacionados con la salud a los que se enfrentarán en el futuro.

La adolescencia es entonces, una etapa muy importante en la vida de todo ser humano, donde convergen pasado y futuro, y donde se dan una serie de ajustes y cambios en el individuo así como también 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.

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.

## CAPÍTULO DOS

### DEPRESIÓN

#### 2.1. Definición

La historia de la evolución del concepto “depresión adolescente” se puede resumir en etapas esenciales: a comienzos del siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso de los últimos veinte años del siglo XX . En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos intrapsíquicos que los determinan (enfoque psicoanalítico). A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Casullo, 1998).

Considerada en su dimensión clínica, la depresión, no está todavía bien delimitada a nivel conceptual (Polaino-Lorente, 1988), más se puede entender la depresión como:

1. Un síntoma (humor disfórico), que puede surgir en ocasiones sin causa aparente o bien, aparece como respuesta a un desajuste o a una pérdida importante, o incluso manifestarse sin que forme parte de un síndrome o desorden depresivo.
2. Un síndrome (donde se consideran cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc.), puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones patológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.)
3. Un desorden clínico, en donde se manifiesta un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, además, se manifiestan ciertas características específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, en donde es posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos y familiares.

Lara, Acevedo y López (1998), indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva y como trastorno clínico. Para Lara (1999), la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años. Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha reconocido en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común.

Casullo (1998), indica que la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión, los cuales abarcan cinco núcleos:

- a) Síntomas anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia). En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.
- b) Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).
- c) Síntomas cognitivos: valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.
- d) Síntomas físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.
- e) Síntomas vinculares: se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva que se aislen más.

Los síntomas más frecuentes en pacientes con depresión son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, irritabilidad, problemas de la memoria (Casullo, 1998).

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R), aborda la depresión, distinguiendo diferentes niveles depresivos, estos son:

1. Episodio depresivo mayor. En este tipo, los síntomas aparecen durante la mayor parte del día, casi a diario y por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas incluyen la alteración del apetito (por lo general disminuye), alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), agitación manifiesta mediante la incapacidad de permanecer sentado, deambulación continua, retorcimiento de manos, estiramiento o manoseo del cabello y/o piel, enlentecimiento psicomotor y disminución de energía (sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio). Los síntomas asociados más frecuentes a este episodio son llanto, irritabilidad, ansiedad, rumiación obsesiva o repetitiva, crisis de angustia, excesiva preocupación por la salud física y fobias.

Respecto a la edad media de inicio es posterior a los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia. En la etapa de la adolescencia puede aparecer como una conducta antisocial, así como la ingesta de alcohol o drogas ilegales, provocando

un diagnóstico adicional de trastornos de conducta o de dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Es común el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, malhumor y agresividad; son probables las dificultades escolares y puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de las emociones con especial énfasis en la sensibilidad al rechazo de relaciones amorosas.

Como factores predisponentes al desarrollo de un episodio depresivo mayor se pueden considerar algunos eventos, como son una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas –en particular la del alcohol y la cocaína. En otras ocasiones este episodio depresivo puede aparecer después de la muerte de un ser querido, la separación conyugal o el divorcio e incluso posterior al parto. La duración de un episodio de este tipo es variable, sin tratamiento puede durar hasta seis meses o más. Por lo general, se combinan los síntomas y la actividad global se restablece a un nivel premórbido, pero en un número elevado de casos algunos síntomas del episodio persisten hasta por dos años, dichos episodios se especifican como de tipo crónico. La complicación más grave que se puede tener es el suicidio.

2. Distimia. Es difícil distinguir la diferencia entre depresión mayor y distimia, debido a que comparten la sintomatología característica. Generalmente la primera consiste en uno o más episodios depresivos mayores que pueden diferenciarse de la conducta habitual, en tanto que la distimia se caracteriza por un síndrome depresivo leve o crónico, que se ha mantenido durante muchos años.

Otros niveles depresivos referidos en el DSM-IV-R, son la Melancolía, el Trastorno Bipolar y la Ciclotimia, episodios depresivos que sólo se mencionarán, ya que para los fines del presente trabajo sólo se consideran el nivel depresivo mayor y el episodio depresivo distímico, esto por las edades en que se desarrollan (la infancia y la adolescencia principalmente) y su relación establecida con el consumo de sustancias psicoactivas.

De la Peña (1999), indica que los trastornos depresivos, en particular el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia (TD), pertenecen al grupo de padecimientos psiquiátricos más frecuentemente encontrados entre los adolescentes, tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas. Las poblaciones clínicas de adolescentes manifestaban hace veinte años prevalencias del 28% para el TDM (9.30), debido al incremento de este padecimiento los índices hoy en día de esta enfermedad son del 38% al 40%, sin embargo, existen investigaciones en poblaciones abiertas rusas y japonesas que han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19% y 57%, respectivamente, de sus adolescentes evaluados (22.33). Es probable, que la variabilidad de los resultados en los reportes de prevalencia clínica y epidemiológica tengan relación con las características culturales y sociales específicas de las muestras, el incremento secular de la enfermedad, la fuente de información (padres, madres, maestros, adolescentes), y la

forma de evaluar la sintomatología depresiva (escalas de severidad y entrevistas diagnósticas). La cohesión familiar, más que la estructura de la misma, se ha relacionado con TDM y TD en los adolescentes, una mala relación entre los padres se relaciona significativamente con la depresión en los hijos.

## 2.2. Depresión en la adolescencia

Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

Para Craig (2001), la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia al deprimirse, además de que la depresión se interrelaciona con los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias.

Añade que un funcionamiento social deficiente empeora a veces la relación entre el progenitor e hijo durante la adolescencia y puede también afectar las amistades y las relaciones amorosas. Entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se encuentran:

- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo que causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
- Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de depresión en el adulto.
- Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los hombres pero que no parece afectar a las mujeres.

Muchos autores coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a

desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos (Mariño, Medina-Mora, Chaparro, González-Forteza, 1993).

A este respecto Conger (1980), considera que la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la padecen. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, de manera que la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas: En la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, más no es que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene. Un segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso, este tipo de depresión se acentúa ante la pérdida de una relación querida, como la de los padres o la de algún amigo.

En este mismo sentido, Musacchio (1992), destaca que el adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él tenga control de esta. En ocasiones, la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo, o un novio(a), la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar, etc. En otras ocasiones, la causa de este vacío es más subjetiva o difícil de precisar.

Además señala que, los afectos ligados al proceso mismo de la adolescencia, suelen tomar la forma de tristeza, pena y también preocupación por otros. La vivencia de vacío consiste en cambio en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman "depresión", pero que apenas se investiga con un poco de detenimiento aparece específicamente como sensación de vacío interior. No tristeza, más bien hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la soledad y sobreponerse a ella.

De acuerdo con Musacchio, las vivencias de vacío, son resultado de fenómenos de perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del sí-mismo y la valoración que el individuo hace de sí mismo, su autoestima.

De manera que, un factor estrechamente relacionado con la depresión en adolescentes es la autoestima, Martín (1989), considera que uno de los componentes esenciales de la depresión es el bajo nivel de autoestima de los sujetos depresivos.

Según Martín, la autoestima se desarrolla a partir de un conjunto de experiencias cuyo denominador común es la experiencia de la suficiencia y validez del sujeto para dominar su entorno de manera que se sienta capaz de realizar sus propios proyectos y rechazar los elementos negativos que puedan contrariarle o amenazarle. Es este conjunto de experiencias, las que dan

lugar a la autovaloración positiva del sujeto como principio determinante de su capacidad de acción y de respuesta frente al medio ambiente.

En cambio la depresión, indica Martín, en general aparece en el sujeto a partir de la experiencia reiterada y generalizada de su incapacidad para influir en el medio ambiente de manera conforme con sus deseos. Esta experiencia de incapacidad da lugar a la "expectativa de incontrolabilidad", es decir, a una autovaloración negativa de sí mismo, en virtud de la cual el sujeto tiende a sobrevalorar las dificultades y desistir de sus esfuerzos voluntarios para conseguir sus proyectos o resistir las agresiones y amenazas que le vienen del exterior.

De esta manera, Martín considera que en el origen de la autoestima y de la depresión hay una experiencia contraria, en la primera la experiencia de la capacidad y suficiencia del sujeto; y, en la segunda la experiencia de su incapacidad e impotencia.

Es importante no confundir la tristeza normal con la depresión o viceversa. Arieti (1990), considera que hay una estrecha relación entre la tristeza, una emoción normal, y la depresión, que es un síntoma o estado psiquiátrico. Acerca de la tristeza refiere que:

- La tristeza normal es el efecto emocional que se manifiesta en el ser humano cuando este reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera no es favorable para su bienestar.
- Admite la capacidad de experimentar otras emociones y estados normales, como afecto, afinidad, amor, autorespeto y satisfacción. De hecho, la ausencia o la pérdida de estas emociones positivas nos hace vulnerables a la tristeza.
- Se le podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. La tristeza retarda las acciones y su permanencia impide una respuesta motriz inmediata. Pero, favorece los procesos mentales lentos, que permiten reorganizar las ideas vinculadas con la dirección a seguir en la vida.
- En algunos casos, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión. Este afecto reemplaza con frecuencia a todos los demás, salvo a aquellos que, como la culpa y la autodesvalorización, están vinculados con la pena.
- Todos los pensamientos son negativos y refuerzan la depresión. Las ideas surgen con más lentitud y más espaciadas, quizá para disminuir el sufrimiento que causan.

Se puede observar, que son diversos los factores a considerar para detectar un estado depresivo en los adolescentes; es importante identificar y distinguir la presencia de una tristeza normal a un estado depresivo en el adolescente. Como indica Dallal (2000): es necesario

sistematizar el conocimiento del desarrollo adolescente, considerar la naturaleza del proceso y el ambiente en que se manifiestan sus conductas para después emitir un juicio objetivo.

Si se refiere a la adolescencia, Dallal, señala que la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas:

- Como fenómeno transitorio, es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida.
- Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas.

Asimismo, Arieti (1990), refiere que no todos los adolescentes pasan por los penosos traumas descritos por diversos autores, para algunos la adolescencia es una época no sólo apacible, sino además muy gratificante. Añade que ante este hecho, muchas de las depresiones en esta etapa se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad.

Para Martín (1989), la depresión tiene repercusiones en tres órdenes:

- En el orden cognitivo: la depresión dificulta la posibilidad de percibir o admitir las relaciones posibles entre la acción y la modificación de las circunstancias o acontecimientos exteriores; generaliza sus experiencias de incontrabilidad, magnifica la dificultad de vencer o dominar los acontecimientos, tiende a fijar definitivamente su juicio negativo sobre la posibilidad de influir en su medio ambiente.
- En el orden emotivo: el depresivo se siente incapaz e impotente frente a la magnitud de las dificultades externas. Cualquier esfuerzo le resulta imposible, tiende a infravalorarse considerándose una persona inútil, incapaz, sometida al destino y sin posibilidad de afirmarse a sí misma a favor de lo que desea o en contra de lo que rechaza.
- En el orden comportamental: el depresivo es un ser pasivo, sin estímulo para la acción, sin esperanza para emprender ningún proyecto vital, hasta llegar al extremo de renunciar al esfuerzo fundamental de vivir.

A partir de estos datos, se presenta un problema fundamental: diferenciar entre los adolescentes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales.

Esta medida es importante ya que los jóvenes que deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales. Los índices de ánimo displacenteros se presentan con frecuencia similar entre los experimentadores y entre los usuarios regulares de drogas y entre los monousuarios y poliusuarios. Así, los resultados indican que los jóvenes que experimentan con drogas tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no usan sustancias (Medina-Mora, Villatoro, et al, 1995).

### 2.3. Depresión y familia

Estrada (1990), indica que la familia es en esencia un sistema vivo, que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, señala, que la familia atraviesa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

De tal manera que, agrega el autor, al pasar por este ciclo se pueden presentar problemáticas en la comunicación, desempeño e interacción de los integrantes, como resultado pueden surgir en los miembros, no en todos, ni con la misma intensidad, síntomas depresivos, sobre todo esto, es particularmente característico de familias con adolescentes, pueden presentar estos síntomas el propio adolescente o alguno de los padres.

Por su parte Sentín (1989), dentro de su trabajo psicológico con estudiantes deprimidos, señala que los alumnos deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar y, a veces, aunque no siempre, escolar. De manera general, puntualiza que los conflictos típicos de la estructura familiar en esta población son:

- Infidelidad de uno de los cónyuges que generalmente suele ser el padre.
- Dificultades más o menos graves y/o más o menos manifiestas de relación en la pareja.
- Rigidismo moral, especialmente en el terreno de la sexualidad, a veces acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres.
- La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos. Ser un solo hombre entre mujeres o una sola mujer entre hombres.
- El hecho de que un miembro de la familia (normalmente el padre) sea un triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado con una fuerte carga de autoritarismo paternalista que hace que los hijos tengan una imagen de padre perfecto.

Sentín (1989) considera entonces que, las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, aspectos que engloban la totalidad del comportamiento: i) cómo pensar y enjuiciar, ii) cómo actuar y experimentar y iii) cómo sentir y gozar (

Considerando estos aspectos, se destaca la importancia del adecuado funcionamiento de la familia como factor preventivo ante las diversas problemáticas que los adolescentes enfrentan en el transcurso de esta etapa; es decir, si la familia ha dotado con los recursos necesarios al adolescente, le será más fácil tomar decisiones acertadas y favorables para él, así como, elaborar un proyecto de vida sano.

De esta manera, para Dembo (1994), la familia constituye uno de los factores más importantes para explicar que los adolescentes se involucren en el uso de sustancias y la conducta delictiva. Por lo que existe:

1. Una seria necesidad de identificar las dinámicas y los mecanismos por los cuales estos factores ejercen su influencia con el tiempo, y
2. La necesidad de considerar estos factores dentro de una perspectiva de desarrollo.

Por otra parte, Andrade y Díaz (1997), refieren que existen suficientes evidencias empíricas que permiten afirmar que las relaciones familiares influyen de manera diversa en los adolescentes, citan a Brage y Meredith (1994), quienes encontraron que las relaciones familiares influyen en la autoestima e indirectamente afectan la depresión en los adolescentes; por otra parte, citan también a Raphael, Cubis, Dunne y Lewin (1990), quienes encontraron que los adolescentes de familias desintegradas tienen más problemas emocionales, más baja autoestima y menor desempeño académico que aquellos de familias intactas.

De lo anterior se puede reconocer la importancia que desempeña el papel de la familia en el desarrollo de los individuos. Su papel se destaca sobre todo en la adolescencia, que es la etapa de la vida en que se transforma la visión del mundo, se adquieren valores, metas e ideales, de manera favorable para los individuos. Esto se logra si se ha contado con el apoyo, la comprensión, el cariño incondicional manifiesto y la guía adecuada por parte de la familia, pero en particular por parte de los padres. De acuerdo a su desempeño, la familia, puede ser mediadora o salvadora hacia los diversos factores externos que influyen en los adolescentes

Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente encontrar manifestaciones depresivas, que suelen desaparecer con la conclusión de esta etapa. Los síntomas depresivos como son los sentimientos de vacío o de tristeza, suelen ser comunes en los

adolescentes, a la vez de que suelen ser pasajeros; por lo que es necesario distinguir que tan severos pueden ser estos síntomas, ya que pueden llevar a desarrollar una depresión más seria y no sólo parcial.

Esto porque como hemos visto, la depresión, además del inmenso sufrimiento que representa para quien la padece, tiene consecuencias importantes sobre la salud física (síntomas somáticos, depresión del sistema inmunológico, enfermedades crónicas diversas), produce desarmonía familiar, es responsable sobre todo, de conductas destructivas autoinfligidas, entre las que se encuentran los intentos de suicidio, así como accidentes en el hogar. Además, al presentarse una sintomatología depresiva, muchos adolescentes pueden buscar refugio en las drogas, como una medida para evadir su realidad, negarla o enfrentarla.

## CAPÍTULO TRES

### CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

#### 3.1. Índice de consumo de drogas en México

En los últimos años el incremento en el consumo de drogas legales, ilegales y médicas en nuestro país ha presentado un crecimiento importante. La disponibilidad de las drogas, aunado a la problemática social como la pobreza, la desintegración familiar y las características propias de la adolescencia, entre otros, hacen que se haya producido un incremento en el uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población joven del país (Mariño, Romero, y Medina-Mora, 2000).

Cabe señalar que en la última década, México se ha convertido en la principal vía de introducción de drogas a Estados Unidos, lo que ha facilitado el acceso de diferentes drogas al interior del país, es decir no sólo pasa sino que se queda, de ahí el incremento y el fácil acceso a las diferentes drogas por parte de la población en general. Esta situación se ha acentuado a raíz de los últimos acontecimientos en Estados Unidos, lo que se ve reflejado en la vigilancia extrema en la frontera México-Estados Unidos.

Respecto a la pregunta de por qué ingieren drogas los adolescentes (Conger, 1980), considera que "los adolescentes son característicamente curiosos respecto de su mundo en expansión y se muestran mucho más inclinados, que la mayoría de los adultos, a tomar riesgos", esto puede ser porque en parte desean demostrar que no son cobardes, así como a su sentido de la aventura, por otra parte porque no creen que les pueda suceder algo grave. De manera que para muchos adolescentes, la experimentación con drogas puede ocurrir sencillamente por curiosidad, por un sentido de audacia o por la oportunidad de hacerlo.

Aunque haya diversidad en cuanto a la situación socio-económica de los adolescentes, el uso de drogas está presente en los diversos estratos sociales del país. Mariño y cols. (2000), afirman que los adolescentes responden a los impactos familiares, culturales, políticos y sociales de su tiempo y entorno, enfrentando estas situaciones de diversas formas: una de ellas es el consumo de sustancias.

El uso y abuso de drogas, conducen a la dependencia, ya sea psicológica o fisiológica. La dependencia de las drogas es un complejo fenómeno biopsicosocial. Conforme la adicción se arraiga, la experiencia de la persona se empobrece y el hábito dominante se convierte en el centro

de su vida, afectando nocivamente la salud y conducta del individuo, incluyendo a la familia y muchas veces también a la sociedad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

México es un país de niños y de jóvenes, el 38.6% de la población son niños y niñas con edades entre los 0 y los 14 años y el 29.6% son jóvenes de 15 a 29 años. Entre estos dos grupos se concentran en el 68.2% del total de residentes del país (Eternod, 1996).

A partir del interés por estudiar la prevalencia y las consecuencias del uso de sustancias en México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) – ahora Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), realizan desde 1976, mediciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas de la población estudiantil en los niveles de enseñanza media y media superior, realizando mediciones casi cada dos años en este tipo de población. (Castro, Valencia, 1978). La mayor parte de estas mediciones se han realizado en el Distrito Federal y en la zona metropolitana.

En el Cuadro 3.1, (modificado de Mariño, et al, 2000), se presenta una relación acerca de las encuestas realizadas en México entre población estudiantil de enseñanza media y media superior.

El reporte general de las diferentes mediciones, indican que las drogas con mayor índice de consumo entre los adolescentes estudiantes son la marihuana, los inhalables y las anfetaminas.

En los años de 1976, 1986 y 1991, se realizaron estudios a nivel nacional; los realizados en 1976 y 1986, fueron estudios regionalizados y sólo en población urbana, mientras que el de 1991, incluyó tanto a muestras representativas estatales como también a poblaciones rurales (Castro, Rojas, García y De la Serna, 1986. Rojas, Medina-Mora, Villatoro, et al, 1998).

Cuadro 3.1

Institución	Período analizado/año de publicación	Temática	Autor
IMP/ SEP	1975-1986/ 1987	Nivel de consumo de drogas en la población estudiantil: inhalador crónico/experimental; conductas antisociales; prevalencia de inhalables; patrón de consumo usuario/no usuario.	Castro Sariñana, Ma. Elena.
IMP/ SEP	1976-1986	Análisis regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México. Relación entre disponibilidad y consumo de drogas, grupos de riesgo y problemas asociados: distinción territorial del consumo, elementos de programación del consumo, factores explicativos de las variaciones regionales, patrones y tendencias de consumo.	Rojas, E.; Castro, M.; De la Serna, J. y García, G.
IMP/ SEP	1976-1986/ 1988	Panorama epidemiológico de los usuarios de drogas y de las actitudes de los maestros y padres de familia respecto al uso y abuso de las drogas, en estudiantes de los Colegios de Bachilleres.	Castro, Ma. Elena; Rojas, Estela y de la Serna, Janet.
IMP/ UNAM	1987/ 1987	Nivel de consumo de drogas en una muestra de Colegios de Ciencias y Humanidades en el D. F.: patrones de consumo y uso alguna vez en la vida; uso el último mes y disponibilidad; subgrupos de riesgo y prevalencia; características demográficas y psicosociales/usuarios; problemas asociados/actos delictivos.	Castro, Ma. Elena; Pérez, Ma.; Rojas, Estela et al.
IMP/ SEP	1986-1989/ 1991	Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de nivel medio y medio superior del D.F., Naucalpan y Nezahualcóyotl: consumo de drogas, actitudes, conciencia/percepción del riesgo, prevalencias y tendencias.	De la Serna, Janet; Rojas, Estela et al.
IMP/ SEP/ CONACYT	1991-1992/ 1993	Encuesta Nacional. Nivel de consumo de alcohol y otras drogas en la población escolar media y media superior: edad de inicio y distinción por sexo; patrón de consumo; correlación consumo, tabaco y alcohol y escolaridad padres; percepción del riesgo y tolerancia.	Medina-Mora, Ma. Elena; Rojas, Estela; Carreño, Jorge et al.
IMP/ SEP/ CONACYT	1993/ 1994	Encuesta Nacional de drogas en la comunidad escolar. Datos para el D.F. por cada delegación: prevalencia del consumo de drogas, tabaco y alcohol; subgrupos afectados; factores de riesgo.	Medina-Mora, Ma. Elena et al.
IMP/ SEP	1997/ 1999	Medición en población de enseñanza media y media superior del D. F., para evaluar las tendencias de consumo de sustancias por subgrupos de población.	Villatoro, J.; Medina-Mora, Ma.; Cardiel, H.; Fleiz, C.; Alcántar, E. et. Al

Los resultados de estos estudios indican que entre 1975 y 1978, las drogas de más consumo entre los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. Señalan que a partir de 1978, los inhalables fueron la droga de mayor consumo. Además, revelan el consumo de nuevas drogas como son el éxtasis y el crack.

En 1976 no se encontraron variaciones por región, no así en 1986, en donde presentaron variaciones importantes: la zona mas afectada fue la del norte con un consumo de marihuana de 3.7% y de cocaína de 1.3%, para la zona sur, el consumo fue menor en ambos casos, 1.6% y 0.6%, respectivamente. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, fueron de 56.7% y 40.2%, respectivamente (Castro, et al, 1986).

En el estudio nacional de 1991 (IMP, SEP, 1992, Medina-Mora, Rojas, Juárez, et al, 1993), se reporta que los inhalables siguen siendo la droga de mayor consumo; los estados mas afectados por el consumo principalmente fueron Querétaro (5.82%), Hidalgo (5.73%), Baja California (5.06%) y el Distrito Federal (5%). En cuanto al consumo de marihuana, se presentó principalmente en Baja California (2.99%), Jalisco (2.87%), Distrito federal (2.8%) y en Campeche (2.74%). Con relación al consumo de cocaína, fue mayor en Baja California (1.91%), Sonora (1.57%), Sinaloa (1.41%), Jalisco (1.36%). Para el Distrito Federal, el consumo de esta droga fue de 1.03%, en cuanto al consumo de alcohol y tabaco, las prevalencias fueron de 49.69% y de 29.45%, respectivamente.

En los estudios hechos en el D. F, en los años de 1989, 1991, 1993 y 1997 (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, et al, 1999), se observa un incremento en el consumo de tabaco de un 10%, de manera que el consumo ha pasado de 44.8% a 55.4%. En tanto, el consumo de alcohol en el último mes, ha sufrido un aumento de casi 15% de 1991 a 1997. Por lo que respecta al consumo de marihuana se incrementó de 1991 a 1997 en 1.6%, pasando a ser la droga de mayor consumo. La cocaína también muestra un incremento sustancial, pasando de 1.3% al 4.1%, lo que la ubica como la segunda droga de mayor preferencia. En tanto los inhalables presentan una ligera disminución de un 1%, con una prevalencia de 3.9% en 1997. El consumo de tranquilizantes se mantiene cerca del 3.5%, en los distintos estudios.

Con base a los resultados de estos estudios, se observa un incremento considerable en cuanto a la magnitud y la extensión del consumo de drogas entre la población adolescente, además de variaciones regionales.

Macia (2000), indica que de acuerdo con el estudio "Informe de un grupo de estudios de la OMS" (1973), para que se inicie y se mantenga el consumo de drogas, con frecuencia aparecen

uno o varios de los siguientes motivos: satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas; adquirir la sensación de pertenecer a un grupo, de ser aceptado por otros; expresar independencia, hostilidad o rebeldía; tener experiencias placenteras, nuevas, emocionantes o peligrosas; adquirir un estado superior de conocimiento o de capacidad creadora; provocar una sensación de bienestar y tranquilidad; escapar de algo, necesidad de evasión.

Señala también, que el consumo de drogas responde a dos necesidades básicas: a la búsqueda de placer y al rechazo del malestar. Con relación a los adolescentes, cuando la realidad resulta difícil, suelen pensar que en la droga encontrarán la satisfacción a los problemas, además muestran una importante ausencia de preocupación por las consecuencias negativas del abuso de sustancias psicoactivas. Así, consumir alguna droga durante la adolescencia puede considerarse como un intento más de solución en su lucha por conseguir otras alternativas diferentes a las ofrecidas por los adultos.

Los factores que inciden sobre el consumo de drogas suelen ser diversos y a la vez particulares. En el siguiente apartado se mencionarán los factores de protección y de riesgo hacia las drogas en los adolescentes.

### 3.2. Factores de riesgo y de protección

En este contexto, la investigación en consumo de sustancias no solo se ha dirigido a conocer la prevalencia del fenómeno, sino también a conocer sus diversas consecuencias y los factores asociados. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (1998), un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

Define a un factor protector como las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. A su vez, divide los factores de riesgo en externos e internos; los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Hawkins, Catalano y Miller (1992), reconocen que el conocimiento actual sobre los factores de riesgo del abuso de drogas no ofrece una fórmula de intervención, pero si indican los objetivos de intervención preventiva. De esta manera señalan como factores de riesgo en el abuso de drogas por parte del adolescente, los siguientes:

## Factores de la comunidad.

- Leyes y normas de uso favorable. Indican que la evidencia de las restricciones legales en la compra del alcohol están asociados con baja frecuencia del abuso de alcohol, debido quizás, a que ello se refleja en las normas sociales o quizás debido a la disminución del abastecimiento. Refieren que en un estudio reciente, se ha examinado la forma de cómo aplicar los impuestos y las restricciones, de cómo y a quién se debe vender alcohol. El subir la edad permitida para ingerir bebidas alcohólicas, generalmente ha demostrado una baja en el porcentaje de muerte sorpresivas. El aumento de impuestos en las bebidas alcohólicas ha llevado al bajo consumo de licor y a la disminución de mortalidad por cirrosis.
- Disponibilidad. Cuando la disponibilidad del alcohol es mayor, aumenta la frecuencia en el abuso y consumo de alcohol. La disponibilidad tiene relación tanto al uso de cigarrillos, alcohol, marihuana y drogas ilegales que consumen los adolescentes. Asimismo, la disponibilidad de dinero que posean los adolescentes debe ser controlado, ya que esto influye directamente al uso de drogas, por el alcance de su propia economía.
- Extrema depravación económica. La condición de pobreza extrema que se desarrolla junto con los problemas de comportamiento del niño, ha demostrado que aumenta las posibilidades de riesgo para un futuro problema de alcoholismo y drogadicción. La extrema pobreza es uno de los factores que en el futuro aumenta el riesgo de problemas de comportamiento antisocial en la vida del adulto, incluyendo el alcoholismo y el uso ilegal de drogas.
- Desorganización del vecindario. A pesar de que los vecindarios con altos porcentajes de una sobre población, poca vigilancia de lugares públicos, constantes desocupaciones de vivienda, viviendas deterioradas, poco compromiso hacia el vecindario, porcentajes altos en crímenes de adultos, etc., presentan porcentajes altos en crímenes juveniles, así como en el tráfico de drogas, son pocos los estudios sobre desorganización del vecindario que han examinado de manera particular la relación con el abuso de drogas.

## Factores familiares

- Actitudes y comportamientos de la familia que consume alcohol y drogas. El consumo de alcohol y el uso ilegal de drogas por parte de los padres y hermanos aumenta el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y drogas en niños y adolescentes.
- Pocas e inconsistentes prácticas administrativas familiares. Se caracterizan por expectativas de comportamientos poco claros, por el poco control en el manejo del comportamiento, pocos e inconsistentes premios por buenos comportamientos y castigos excesivos, severos e inconsistentes, debido a malos comportamientos.

- Conflicto familiar. Los conflictos entre los miembros de la familia son factores más predominantes para el pronóstico de la delincuencia, así como los niños y adolescentes que son criados en hogares que tienen porcentajes altos de conflictos familiares corren más riesgo de incurrir tanto en la delincuencia como en el uso ilegal de drogas.
- Poca unión familiar. Las relaciones positivas dentro de la familia que se caracteriza por participación y acercamiento entre los miembros de la familia, desanima a que los jóvenes se inicien en el uso de drogas. La confianza y el afecto y los valores tradicionales desarrollan un fuerte lazo familiar entre padres e hijos, logrando que los jóvenes adopten comportamientos y normas que tengan asociación con compañeros que no usan drogas, y por lo tanto esto logra que no incurran en su consumo.

#### Factores en la escuela.

- Fracaso escolar. El fracaso en la escuela ha sido la mejor forma de pronosticar el abuso de drogas por parte del adolescente, el pobre desarrollo escolar pronostica la frecuencia y el nivel de involucración en drogas. El fracaso académico en los últimos años de la educación elemental agudiza más los efectos para un temprano comportamiento antisocial y/o contribuye a la involucración del joven para el uso de drogas.
- Poco compromiso con la escuela. Se ha detectado que el consumo de alucinógenos, heroína, estimulantes, sedantes o tranquilizantes sin receta médica es significativamente más bajo entre aquellos estudiantes que tienen planes de continuar estudios en la universidad que aquellos que no piensan asistir más a la escuela.

#### Factores individuales.

- Problemas de comportamiento tempranos y/o persistentes. Cuando más es la variedad, frecuencia y seriedad de comportamientos antisociales en la niñez, las posibilidades de que continúe este comportamiento en su vida adulta, serán mayores. Se ha encontrado que la agresividad en los niños en edades tempranas como de 5 a 7 años, fue básico para el pronóstico futuro de comportamientos antisociales, inclusive en el uso frecuente de drogas en la adolescencia y en la vida adulta, así como la delincuencia durante la adolescencia.
- Asociación con personas que consumen drogas. El uso de drogas por los compañeros es una razón fuerte para pronosticar el uso de sustancias por los jóvenes.
- Indisposición y rebeldía. La indisposición a los valores dominantes de la sociedad, poca creencia en la religión y rebeldía, han demostrado influenciar bastante al uso de drogas y a la participación en la delincuencia.

- Actitudes que favorecen el uso de drogas. La iniciación al uso de cualquier sustancia alucinógena está precedida por valores y/o actitudes que favorecen su uso, sobre todo cuando son positivas para el usuario.
- Temprana iniciación al uso de drogas. Este hecho predice el consiguiente uso de drogas. Cuanto más temprano el joven se inicia al uso de drogas, mayor será la frecuencia al consumo del mismo.

En cuanto a los factores de protección, Hawkins y colaboradores (1992), señalan que se deben fortalecer los medios protectores para con ello inhibir el abuso de drogas a pesar de su exposición al riesgo. Destacan como factores de protección a:

- Leyes, normas e influencia social. Dos factores de riesgo en el abuso de drogas que señalan el punto de iniciación al uso de drogas, son las leyes y normas favorables al consumo, así como también, la influencia social al uso de drogas.
- Cambios de normas sociales. Este esfuerzo incluye a los movimientos de la comunidad antidrogas, campañas informativas y cambios en las políticas. Especialmente la influencia publicitaria contra el uso de drogas, los medios de comunicación y la industria publicitaria han cooperado con un proyecto de publicidad antidroga a nivel nacional para reforzar las actitudes en contra del uso ilegal de drogas.
- Estrategias de resistencia a la influencia social. La asociación con personas que consumen drogas es la razón más importante a la adicción de drogas en los jóvenes. Para combatir la influencia social a los estudiantes hay que enseñarles a través de instrucción cómo identificar y resistir las influencias para el uso de drogas; en ocasiones hay que prepararlos para combatir las dificultades asociadas y las presiones anticipadas en el proceso para resistir dichas influencias. Muchos de estos programas también buscan promover las normas y actitudes antidrogas. También se puede incluir el entrenamiento en la solución de problemas y de cómo tomar decisiones para aumentar el control propio, la eficacia propia, las estrategias de adaptación para aliviar la tensión, ansiedad, habilidades interpersonales y habilidades asertivas en general.

Como modelo de prevención y para obtener resultados positivos, se deben mejorar los factores de protección tales como el aumento de los lazos familiares y las normas en contra del consumo de drogas, aunado a programas que promuevan tales factores, como son una educación a tiempo de los adolescentes, un buen soporte familiar, entrenamiento a los padres, promoción de habilidades sociales en la escuela, promoción de habilidades académicas y cambios de estrategias organizacionales en la escuela.

### 3.3. Entorno familiar y consumo de drogas

El mejor lugar para que los adolescentes aprendan valores positivos acerca de las relaciones y adquieran habilidades para vincularse es el hogar, junto a la familia. La mayoría de estos valores y de estos conocimientos se adquieren en la vida cotidiana, cuando se brinda a los hijos atención, amor incondicional, aliento, apoyo y afecto. Es inevitable que surjan conflictos en todas las familias, aun cuando las relaciones sean óptimas; el conflicto es normal. Sin embargo, se puede resolver cuando se presenta (Schwebel, 1991).

Las conversaciones que fomentan la reflexión permiten la formación y clarificación de valores. Abordar temas cargados de valor como religión, sexo, calificaciones, comportamiento adecuado y, por supuesto, las drogas, ayuda a los adolescentes a reflexionar sobre sus valores.

El diálogo en familia es también un medio importante para alentar a los hijos a pensar en el futuro, ya que ayuda a los adolescentes a tomar decisiones sensatas y especialmente importantes para el futuro, cuando surja el tema de las drogas. Las drogas resultan atractivas, pero los adolescentes deben ser capaces de proyectarse en el futuro y ver los efectos nocivos de su uso. La familia fortalece, si la atmósfera del hogar es propicia para las conversaciones que favorecen la reflexión.

El papel que desempeña la familia con relación al consumo de drogas en los adolescentes, en gran medida es preventivo. La prevención desde la familia requiere de información y educación por parte de los padres. Así, Macia (2000), indica que la información que los padres deben tener acerca de las drogas abarca: las principales drogas existentes y su acción; las razones para su uso; los factores que facilitan o inhiben su uso; y, la importancia de mantener abierta la comunicación y una buena relación con los hijos, para que puedan discutir, ambas partes, abiertamente sus posiciones ante el uso de las drogas. También considera que los padres han de:

- Darse cuenta que el problema del consumo de drogas es mundial.
- Darse cuenta de que existe un problema local de las drogas.
- Ser conscientes de que ninguna familia está a salvo del consumo de drogas en la propia casa.
- Saber que la gente joven suele estar mejor informada que sus propios padres.
- Aprender todo lo posible sobre las drogas a través de fuentes exactas.
- Hablar con los hijos sobre este problema.
- Darse cuenta de que todas las drogas son diferentes en su efecto y en el grado de peligro.

- Tomar una postura realista basada en los hechos y no transmitir una información de la que no se está seguro.
- Aceptar la posibilidad de que el abuso de una droga no significa que su hijo sea un enfermo mental, sino que él es una parte del problema social más amplio.

De esta manera, la prevención desde la familia pasa por la información-educación de los padres y no debe quedar de ninguna manera reducida al tema del consumo de drogas.

Las drogas afectan el estado de ánimo la concentración, el funcionamiento cognitivo en general y la memoria en especial. Pueden interferir en el aprendizaje y en el rendimiento escolar, además de interrumpir un crecimiento sano. Aunado a esto, se presenta la dificultad que tienen los adolescentes para imponerse límites, por lo que una vez que experimentan con las drogas es probable que les resulte difícil detenerse, además de que se perciben inmunes a la adicción, del mismo modo que se consideran inmunes al embarazo y a las enfermedades serias.

Para Schwebel (1991), son tres las razones principales por las que los adolescentes usan drogas:

- a) Para lograr experiencias placenteras: los adolescentes desean sentirse bien y divertirse. Tienen curiosidad; buscan nuevas sensaciones, desean alterar su estado de conciencia, tener energía e incluso experimentar alucinaciones, desean vivir algo nuevo, excitante y con riesgos.
- b) Para aliviar el estrés: Las drogas proporcionan un escape de la realidad, una experiencia de alteración del estado de ánimo. Las utilizan para enfrentar situaciones de tensión; para animarse o para evitar sentirse mal.
- c) Para lograr aceptación: Muchos adolescentes las utilizan porque lo consideran audaz. Desean pertenecer al grupo de compañeros y ser aceptados por ellos. Otra influencia social, la representan los adultos, ya que los adolescentes observan que los adultos usan droga y los imitan con el objeto de parecerse más a ellos.

Asimismo, este autor considera cuatro etapas en el consumo de drogas, estas son:

1. Uso experimental: los adolescentes prueban las drogas por curiosidad. Pueden responder a la presión de los compañeros, intentar obtener una droga o usarla cuando se les brinda. Una vez satisfecha esta curiosidad, puede interrumpir su uso, volver a usarla cuando se les ofrece o bien, pasar a la segunda etapa.
2. Búsqueda de cambios en el estado de ánimo: conociendo los efectos de las drogas sobre el estado de ánimo, los adolescentes integran la droga a sus vidas. Invirtiendo más

tiempo y más dinero en el uso de la droga. Pero el uso sigue siendo ocasional, se limita a reuniones sociales y no interfiere con el funcionamiento normal del individuo. En esta etapa, experimentan la droga como algo positivo y se siente a gusto bajo su influencia.

3. **Uso nocivo:** Se distingue porque el uso comienza a ser preocupante. Se utilizan las drogas para enfrentarse a los problemas cotidianos, por lo que el funcionamiento cotidiano se ve afectado. Se vuelven irresponsables, baja su rendimiento académico. Se presentan cambios de actitud, conflictos con la autoridad y comienzan a experimentar efectos físicos negativos. Tienden a invertir tiempo con amigos involucrados en las drogas y a creer que pueden abandonar el uso en cualquier momento. La culpa que se asocia a la mala conducta llega a dañar la autoestima y contribuye a un estrés mayor y, con ello un probable aumento en el consumo de la droga.
4. **Dependencia:** en esta etapa, las drogas dominan la vida de los adolescentes, pues se ven impulsadas a usarlas. La persona dependiente se aísla y se aliena, se siente mal consigo misma y usa la droga para "medicarse" contra esos sentimientos. El funcionamiento físico, psicológico y social se ve severamente dañado. En esta etapa es probable que el uso de la droga provoque poco o ningún placer, pues la sustancia se ingiere como un escape de la realidad o del sufrimiento de la abstinencia. Se presenta una actitud apática, reservada y descuidada.

Para reconocer si un adolescente usa drogas, es necesario tener un marco de referencia, o sea conocer el comportamiento normal del sujeto, para así poder observar cambios sustanciales. Estos cambios pueden ser normales y saludables y en otros casos pueden ser problemáticos, en ocasiones algunos estarán relacionados con las drogas, en otros se deberá al proceso mismo de la adolescencia.

Si la familia como factor preventivo no cumple su función, es común que cuando se alcanza la etapa adolescente se presente una problemática mayor en los individuos, aunada probablemente a un mayor riesgo hacia el consumo de drogas. Musacchio (1992), señala las características de las familias de adictos, se distinguen por los siguientes aspectos:

- Es común encontrar otras personas con el mismo problema, aunque no sea evidente. Suelen tener múltiples adicciones: a psicofármacos (sedantes, estimulantes, hipnóticos, etc.), a medicamentos (digestivos, purgantes, gotas oculares, analgésicos, etc.), a la comida y a drogas socialmente aceptadas, como tabaco y alcohol. A veces la adicción se refiere a una conducta, como los juegos de azar, el cine, la T.V., o el consumismo.

- Son familias, en general, con malas relaciones maritales, donde muchas veces el único vínculo es un hijo dependiente e inmaduro que ante tal situación se refugia en las drogas
- Son familias con un pasado difícil, con situaciones ocultas. Los padres no tienen autoridad sobre los hijos y es evidente la falta de límites. Con un régimen arbitrario que oscila entre la rigidez, el autoritarismo y la permisividad total.

A pesar de que los papeles de la estructura y proceso familiar están disponibles en la literatura del abuso de sustancias hay escasos trabajos empíricos sobre el proceso familiar y el uso no clínico de sustancias (Turner, Irwin y Millstein, 1991).

Turner, Irwin, et al (1991), realizaron un estudio en el que diversos investigadores indican que los adolescentes que están en hogares con un solo padre pueden tener más riesgo por engancharse en problemas de salud, ya que son menos los límites establecidos sobre ellos y es mayor su independencia emocional; estos autores encontraron que los adolescentes de familias de un solo padre estuvieron más propensos a experimentar con sustancias que aquellos de familia intacta, además encontraron que los varones mayores de 16 ó 17 años de padres solos estuvieron más propensos a usar diferentes sustancias. Estos datos, sugieren que los adolescentes de familias de un solo padre están más en riesgo ya que son más deseosos de experimentar y/o porque tienen más oportunidades de sobre pasar los límites parentales.

Kandel (citado en Schwebel, 1991) indica que las estadísticas muestran que cuanto más temprano se comienza a consumir drogas, mayores son los riesgos de eventuales problemas. Esto tiene una razón, y es que cuanto más joven se es, menor es la madurez y menor la posibilidad de autocontrol.

Castro y Maya (1982), describen a los adolescentes que usan drogas como adolescentes con dificultades en el manejo de la frustración, pertenecientes a familias con convicciones menos "rígidas" y donde se ha visto que a mayor número de apoyo y controles de los padres hacia los hijos, menor uso de drogas por parte del adolescente, y confirman la necesidad de la existencia de servicios de asistencia y orientación al adolescente, que incluya a la familia, en sus programas, rescatando su función preventiva con los hijos adolescentes.

Es importante destacar aquí, el papel socializador de los amigos, el cual es más influyente al principio de la adolescencia, ya que se ayudan mutuamente a superar las tareas y las pruebas de la adolescencia de múltiples maneras (Brown, citado en Stassen y Thompson, 1997), para este autor son cuatro, principalmente, los papeles que desempeñan las relaciones con los compañeros y los amigos más cercanos:

1. Cuando se presentan los cambios físicos típicos de la adolescencia, el grupo de compañeros funciona como fuente de información y como grupo de autoayuda, ya que son ellos quienes atraviesan por los mismos cambios.
2. El grupo de compañeros proporciona apoyo para ajustarse a los cambios del entorno social de la adolescencia, sobre todo al pasar a la escuela de enseñanza media y superior, en donde la población de los alumnos es más heterogénea y en donde se presenta una supervisión menos atenta a cada individuo por parte de los adultos.
3. "El grupo de compañeros mientras busca la autocomprensión y un sentido estable de la identidad, funciona como una especie de espejo en el que los adolescentes comprueban su imagen, uniéndose a los amigos que comparten muchas de sus propias disposiciones, de sus intereses y de sus capacidades", así, los compañeros ayudan a los adolescentes a definirse para saber quiénes son y quiénes no son.
4. A través del grupo, los adolescentes exploran y definen los propios valores y aspiraciones, experimentando con diferentes puntos de vista, filosofías y actitudes hacia ellos mismos y hacia el resto del mundo.

Al respecto, Stassen y Thompson (1997), consideran que los padres y los compañeros representan influencias que normalmente son compatibles y complementarias. Los compañeros tienen más probabilidades de complementar la influencia de los padres durante la adolescencia más que de contradecirla; los valores y las creencias que los adolescentes suelen compartir con sus padres también afectan a sus decisiones sobre la elección de amigos y de actividades.

Indican también que los problemas surgen cuando cualquiera de estas dos influencias es dominante o cuando alguno de ellos falta, cuando esto llega a suceder es más factible que se presenten problemas graves, que normalmente son la consecuencia de una serie de factores, entre los que se encuentran los problemas instaurados desde tiempo atrás en el hogar y el temperamento vulnerable, así como las tensiones especiales de la adolescencia, el contexto particular de los compañeros y el lugar donde se habita. Uno de los problemas más comunes es el consumo de drogas.

Con respecto a la influencia del grupo de pares en el consumo de drogas, Conger (1980), indica que los adolescentes pueden probar las drogas por la influencia de su grupo de amigos, sea por la necesidad de ser aceptado o por probar que es tan capaz como ellos, en otros casos, pueden experimentar con las drogas para agradar al novio o a la novia.

Con base en lo anterior se puede observar que la elección de los amigos se ve influida por los padres, en la medida en la que estos puedan propiciar una relación satisfactoria para el

adolescente, van a ayudar a reducir el riesgo de la influencia del grupo de pares hacia el consumo de drogas en los hijos adolescentes.

Para Musacchio (1992), es en el nivel del ser humano individual, de la persona y de su medio inmediato, la familia, donde se encuentra la posibilidad de intentar una prevención activa e intensa, mediante la investigación de las condiciones que protejan a los seres humanos y por consecuencia a la sociedad, del riesgo de enfermar.

Además de que, en la tarea de la prevención se debe incluir la participación ciudadana, los organismos del sector salud en general, las escuelas, los medios de comunicación, los organismos gubernamentales y privados, y sobre todo, la familia.

Se puede reconocer el fenómeno del consumo de drogas como multifactorial, sin embargo, es tarea de padres proporcionar a los hijos desde la infancia lo necesario para que los individuos puedan desarrollarse de la mejor manera en las diferentes etapas de la vida, sobre todo en la adolescencia, que es la etapa en la que se presentan no sólo cambios psicológicos sino también físico-biológicos, situación que conlleva sean los sujetos más vulnerables hacia el consumo de drogas, trastornos emocionales, etc.

## CAPÍTULO CUATRO

### METODOLOGÍA

El presente estudio se basa en la Encuesta sobre el uso de drogas, alcohol y tabaco en la comunidad escolar del Distrito Federal (medición otoño, 2000), realizada por la Secretaría de Educación Pública (SEP), a través de la Dirección de Salud Escolar y por la Secretaría de Salud, a través del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et al, 2002).

#### 4.1. Hipótesis Conceptual

Como hipótesis central del estudio, se espera que la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes, hombres y mujeres, aumente el riesgo hacia el consumo o abuso de drogas.

De tal forma, el uso, abuso o dependencia a drogas es mayor entre aquellos:

- Hombres y mujeres adolescentes con un alto nivel de depresión.
- Hombres y mujeres adolescentes que tienen problemas en el entorno familiar.
- Hombres y mujeres adolescentes que tienen alto nivel de depresión además de tener un ambiente familiar no satisfactorio.

De esta manera, los objetivos específicos del presente trabajo son:

- Comparar el nivel de depresión de los adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.
- Comparar el entorno familiar de los adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.
- Conocer la influencia del nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.

## 4.2. Variables

### 4.2.1. Definición conceptual de las variables

#### - Variables dependientes

- Consumo de drogas. Para fines del presente trabajo, el consumo de drogas (no incluye alcohol o tabaco) se considera con base en los siguientes valores:
  - a) No usuario. Es cuando el adolescente no ha utilizado drogas ilegales (mariguana, cocaína, inhalables, heroína o alucinógenos) ni drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos narcóticos o estimulantes), o si ha usado estas últimas, las ha usado bajo supervisión médica.
  - b) Uso experimental. El uso experimental se refiere al uso de cualquier droga de una a cinco veces, a lo largo de la vida del sujeto
  - c) Uso moderado. Se refiere al uso de cualquier droga por más de cinco veces, a lo largo de la vida del sujeto.

#### - Variables independientes

- Síntomas de depresión. Se refiere a la presencia de síntomas depresivos en el adolescente 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 (Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1997).
- Ambiente familiar. "La familia es considerada la estructura básica de toda sociedad, dentro de la cual se da la socialización inicial del individuo. Entre sus miembros se dan procesos de interacción como la comunicación, el apoyo entre sus miembros y el nivel de integración logrado entre ellos". En este caso, el interés radica en la percepción que de estos tres procesos tiene el adolescente (Villatoro, Andrade-Palos, et al, 1997).
- - a) La comunicación familiar. Se refiere al grado en que el adolescente percibe el intercambio de información entre los miembros de su familia. Dicha información abarca la narración de eventos cotidianos, problemas comunes, situaciones personales o íntimas, etc.

- b) Apoyo familiar. Se refiere a la percepción que tiene el adolescente sobre la ayuda que brinda la familia para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que él proporciona a los miembros que tienen problemas.
- c) Cohesión familiar. Se refiere a la percepción que el adolescente tiene sobre el compartir objetivos, intereses, metas, actividades cotidianas y actividades recreativas entre él y los miembros de su familia.
- d) Hostilidad y rechazo. Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, que se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre todos sus integrantes.

- Variables sociodemográficas:

- Sexo: Se refiere al sexo biológico de los estudiantes considerado como la "condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres" (Censo, 1990).
- Edad: Período entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto (Censo, 1990).

#### 4.2.2. Definición operacional de las variables

- Variables dependientes

- Consumo de drogas:
  - a) No usuario: Sujetos que nunca han consumido drogas ilegales (mariguana, cocaína, inhalables, heroína o alucinógenos), ni drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos narcóticos o estimulantes), o si han usado éstas últimas, lo han hecho bajo supervisión médica.
  - b) Uso experimental: Sujetos que esporádicamente han consumido drogas.
  - c) Uso moderado: Sujetos que en forma regular han consumido drogas. Se mide conforme a los índices proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), (Medina-Mora, Gómez-Font y Campillo, 1981).

- Variables independientes

- Síntomas depresivos: Se obtendrán por medio de la escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), que se incluye dentro del cuestionario. La escala

consta de 20 reactivos que miden sintomatología depresiva. Se incluyó la versión para adolescentes adaptada por Roberts (1980) y validada en México por Mariño (1992).

- Ambiente familiar. Se obtendrá a través de la escala original incluida en el cuestionario. Esta escala evalúa la comunicación, el apoyo, la hostilidad, el rechazo y la cohesión familiar. Consiste en 42 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1996).
- Sexo: hombre – mujer
- Edad: 12– 19 años o más.

#### 4.3. Población y Muestra

El marco muestral está elaborado con los registros oficiales de la SEP de las escuelas de enseñanza media y media superior, que se encuentran en una base de datos computarizada dentro del INP. Se seleccionaron de forma aleatoria las escuelas al interior de las 16 delegaciones políticas en el Distrito Federal.

El diseño de la muestra es estratificado, bietápico y por conglomerados, en el cual, la variable de estratificación es el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa la constituyó las escuelas y en la segunda, el grupo escolar al interior de éstas.

Se planeó por conglomerados (grupos) para optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Se consideró una tasa de no-respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra será del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar será para la cocaína con un 2% para el consumo del último año.

Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 340 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. Sólo dos escuelas secundarias de las seleccionadas se rehusaron a participar.

Para el presente trabajo, en la estimación del tamaño de muestra se consideró:

- a) La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- b) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- c) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de inhalables, anfetaminas, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

El total de sujetos final fue de 3,458 (casi una tercera parte de la muestra), que son a los que se les aplicó la escala de depresión y que se ubicó en la forma A del cuestionario, según se describe en la siguiente sección.

#### 4.4. Instrumento

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado y que ha sido previamente validado (Medina-Mora, Gómez y Campillo, 1981; Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González, 1993; Medina-Mora, Carreño, Juárez, et al, 1996). El cuestionario se aplicó en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron:

- a) Datos sociodemográficos: incluye preguntas sobre sexo, edad, año que cursa, tiempo dedicado al estudio, si ha tenido trabajo remunerado y el nivel de escolaridad del jefe de familia.
- b) Consumo de drogas, alcohol y tabaco: En esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes a estudiar como son marihuana, anfetaminas, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína, otros opiáceos y tabaco. Para cada droga los aspectos principales que se preguntan son el uso alguna vez en la vida, uso en los últimos 12 meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuánto la usó (incidencia); además, se pregunta sobre las circunstancias que rodearon al inicio del consumo, como la edad del sujeto, lugar donde la obtuvo y persona que se la vendió. En el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez.
- c) Problemas relacionados con el consumo de drogas.

- d) **Conducta Antisocial:** Se pregunta sobre la frecuencia con que el estudiante ha realizado ciertos actos delictivos como tomar dinero, golpear a las personas, robo de autos, etc.
- e) **Ámbito social:** Corresponde a preguntas sobre la tolerancia social, la disponibilidad y la percepción del riesgo del consumo de drogas, de alcohol y de tabaco; así como que tanta desorganización social (delincuencia y violencia) percibe el sujeto en la zona donde vive.
- f) **Ámbito interpersonal:** Sobre la familia, se pregunta la composición familiar del sujeto, la relación que guarda con sus padres (apoyo y comunicación, y hostilidad) y las normas familiares prevalecientes sobre el uso de drogas. Además, se pregunta sobre el consumo de drogas y por problemas por el consumo de alcohol en la familia. En cuanto al grupo de pares, se incluyen preguntas sobre el consumo de drogas y alcohol de los amigos del entrevistado, en diferentes contextos.
- g) **Ámbito personal:** en esta sección se pregunta si ha desertado de la escuela, su percepción acerca de su propia autoestima, se valora su nivel de estrés, si ha tenido tendencias de ideación suicida y si ha intentado suicidarse.

Por otra parte, cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar. Cada forma incluye lo siguiente:

- En la forma A, se incluye la evaluación del tiempo libre, los trastornos de la alimentación, el nivel de depresión, la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol y los hábitos de estudio.
- La sección de la forma B, incluye la conducta sexual, la percepción de los maestros hacia la conducta de los adolescentes y las fuentes de apoyo.
- La forma C, abarca los lugares donde los adolescentes acostumbran beber y comprar bebidas alcohólicas, las medidas que consideran útiles para disminuir el consumo de alcohol, las creencias, las razones y los problemas asociados que perciben con relación al consumo de alcohol.

Las secciones específicas del instrumento utilizadas para el presente trabajo fueron (Anexo I):

### 1) Consumo de drogas.

En esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes como son: marihuana, anfetaminas, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína, otros opiáceos y tabaco. Para cada droga los aspectos principales que se preguntan son el uso alguna vez en la vida, uso en los últimos 12 meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuanto la usó (incidencia); además se pregunta sobre las circunstancias que rodearon al inicio del consumo, como la edad del sujeto, lugar donde la obtuvo y persona que se la vendió. En el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez (Medina-Mora, Rojas, et al, 1981, Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, et al, 1999).

### 2) Ambiente familiar.

La escala original consiste de 42 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México. El principal interés de esta sección es preguntar sobre cómo es la comunicación, el apoyo y el rechazo que percibe el adolescente en su relación con sus padres. Los indicadores de confiabilidad reportan un Alfa de Cronbach de 0.70 para cada una de las áreas (2 de apoyo, 2 de comunicación y una de rechazo) y las cargas factoriales son superiores a 0.40 en todos los casos. En análisis posteriores de la escala se obtuvo una versión más sencilla con 18 reactivos que tienen cargas factoriales superiores a 0.50 y que muestran correlaciones superiores a 0.80 con las áreas originales que contienen más reactivos. En diversos estudios preliminares se ha mostrado que en la medida en que el ambiente familiar es adecuado, el adolescente tiene más recursos para rechazar el consumir drogas (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1996).

### 3) Síntomas de depresión.

Para medir la sintomatología depresiva se utiliza la escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), que consta de 20 reactivos que miden sintomatología depresiva. Se incluyó la versión para adolescentes adaptada por Roberts. 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. En la versión original los síntomas se califican de 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia durante la última semana y el rango de calificaciones globales es de 0 a 60. En la versión adaptada para adolescentes se pide al estudiante que mencione el número de días que experimentó cada uno de los síntomas durante la semana pasada (0, 1-2, 3-4, 5-7).

En México, el CES-D se aplicó en una encuesta de hogares en la ciudad de Morelia, Michoacán, los resultados de esta aplicación en población mexicana se compararon con una muestra de americanos y otra de mexicano-americanos para saber cómo se comportaba la escala entre estos grupos. Los niveles de confiabilidad para la escala fueron altos para todas las muestras. Para los México-americanos el Alfa de Cronbach fue de .89 y el coeficiente de Gutman de .89. Para la muestra de americanos los puntajes fueron .88 y .87 respectivamente y en la muestra de mexicanos los puntajes obtenidos estuvieron por arriba del .85.

Medina-Mora, Rascón y cols. (1992), realizaron un estudio de hogares en población urbana mayor de 18 años a nivel nacional sobre trastornos mentales, en este estudio se encontró que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13% de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género -17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres. Las respuestas dadas al CES-D se sometieron a un análisis factorial, se obtuvieron los puntajes alpha de cada reactivo y de la escala global. Se encontró que las respuestas fueron consistentes; el coeficiente alpha global fue de .93, y los coeficientes para cada reactivo oscilaron entre .92 y .93. A través del análisis factorial fue posible conceptualizar tres factores independientes: "tristeza, desánimo", "dificultades en el sueño" y "fracaso e inseguridad".

En la Ciudad de México, se aplicó el CESD-A, versión adaptada por Roberts para adolescentes a una muestra de 873 estudiantes de enseñanza media y media superior (Mariño, y cols., 1992). Los resultados de esta aplicación indican que esta escala presenta un alto nivel de confiabilidad (Alfa de .88) y una estructura factorial bien definida que indica la existencia de 3 subescalas: "Afecto Negativo", "Síntomas Somáticos" y "Afecto Positivo". En este estudio, se establece un punto de corte para la escala basado en la media (17.8) y en la desviación estándar (9.1) obtenidos. Considerando este nuevo punto de corte de 27, el 15.4% de los adolescentes estudiantes de enseñanza media y media superior, fueron clasificados como deprimidos.

#### 4.5. Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, tres Supervisores y 30 encuestadores, seleccionados entre un total de 40 sujetos capacitados. El coordinador fue el responsable del control del trabajo de campo, coordinó la entrega de materiales y el ejercicio financiero.

Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, además ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas.

Los encuestadores tuvieron a su cargo la selección predefinida de grupos en la escuela y de la aplicación de los cuestionarios, la duración promedio de aplicación por grupo fue de 75 minutos. El curso de capacitación tuvo una duración de 18 horas, incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, así como el manejo del cuestionario y las instrucciones para la aplicación-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. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

Posteriormente a la aplicación, los encuestadores tuvieron a su cargo la verificación de las respuestas, esta revisión fue supervisada por el coordinador central y los supervisores, quienes hicieron una verificación adicional con el fin de:

- a) Clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes.
- b) Verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación, y
- c) Detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

#### 4.6. Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de los datos del presente trabajo, se utilizó el programa SPSS versión 10.0.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos primero y segundo, se usó la prueba T de Student, que permitió comparar tanto a hombres como a mujeres en las variables intervalares de depresión (medida por el CESD), y el ambiente familiar (con sus 5 subescalas)

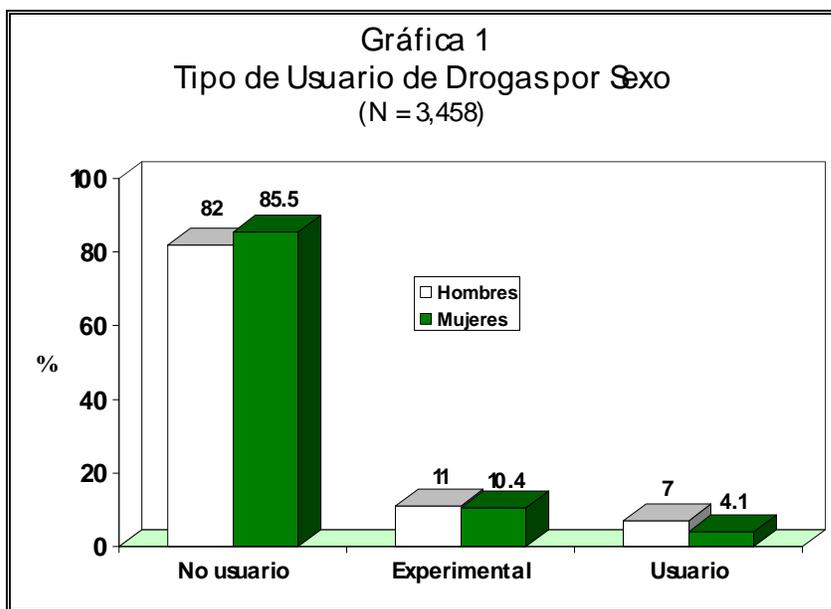
Para el tercer objetivo, se utilizó la prueba de regresión logística, teniendo como variables predictoras a las variables sociodemográficas de sexo, edad, estatus escolar, estatus laboral y la variable de depresión, y como variable dependiente al consumo de drogas.

## CAPÍTULO CINCO

### RESULTADOS

#### 5.1. Descripción de las características sociodemográficas de los sujetos en muestra.

A partir de la muestra evaluada, en la Tabla 1, se presenta la distribución de los usuarios por sexo de acuerdo a la cantidad de consumo (experimentales de 1 a 5 veces y uso regular más de 5 veces). Se puede observar que, el consumo regular en los hombres (7%) es más alto que el de las mujeres (4%); en tanto que la experimentación es muy similar en los hombres (10.7%) y en las mujeres (10%) (Gráfica 1).



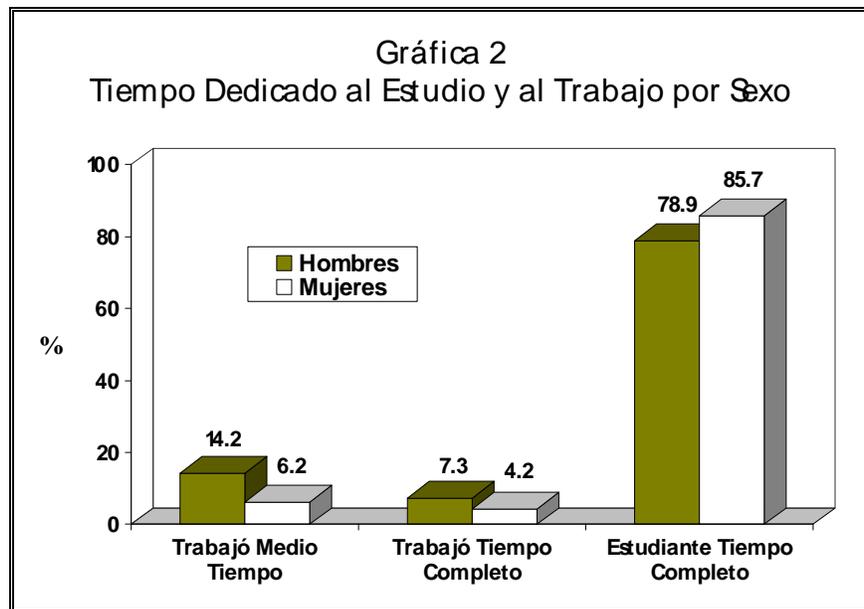
En lo que se refiere al tipo de escuela y sexo, se puede observar que la mayoría se encuentra cursando la secundaria. De tal manera que, la distribución por sexo indica que en secundaria hay 57% de mujeres y un 56% de hombres; en el nivel bachillerato, 35% y 30%, respectivamente. Se observa que la cantidad tanto de hombres como de mujeres tiende a disminuir al pasar del nivel básico al nivel medio básico superior. En el nivel bachillerato técnico, se encuentra un 8% de mujeres y un 14% de hombres; éste último dato, puede indicar que en los hombres la tendencia a estudiar una carrera técnica es mayor que en las mujeres.

Tabla 1  
Características generales de los usuarios en muestra por sexo

VARIABLES	SEXO					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	% col.	N	% col.	N	% col.
Tipo de usuario de drogas						
No usuario	1396	82.3	1506	85.5	2902	83.9
Experimental	182	10.7	183	10.4	365	10.6
Usuario	118	7	73	4.1	191	5.5
Dominio de estudio						
Secundaria	954	56.3	1003	56.9	1957	56.6
Bachillerato	510	30.1	609	34.6	1119	32.4
Bachillerato técnico	232	13.7	150	8.5	382	11
Edad del sujeto						
14 ó menos	857	50.5	917	52	1774	51.3
15	254	15	247	14	501	14.5
16	119	11.7	213	12.1	412	11.9
17	183	10.8	203	11.5	386	11.2
18 ó más	203	12	182	10.3	385	11.1
El año pasado estudió						
No	94	5.6	96	5.5	190	5.5
Medio tiempo	261	15.5	154	8.8	415	12.1
Tiempo completo	1329	78.9	1496	85.7	2825	82.4
El año pasado trabajó						
No	1304	78.5	1550	89.5	2854	84.1
Trabajó medio tiempo	236	14.2	108	6.2	344	10.1
Trabajó tiempo completo	122	7.3	73	4.2	195	5.7
Tiene papá						
Si	1467	88.1	1469	84.9	2936	86.4
Lo sustituye un familiar	122	7.3	145	8.4	267	7.9
Otro	77	4.6	117	6.8	194	5.7
Tiene mamá						
Si	1630	97	1711	97.9	3341	97.4
La sustituye un familiar	33	2	27	1.5	60	1.7
Otro	18	1.1	10	0.6	28	0.8
Escolaridad jefe de familia:						
Sin educación formal	48	2.9	47	2.7	95	2.8
Escuela primaria	333	20	380	22	713	21
Secundaria o equivalente	437	26.3	443	25.6	880	25.9
Preparatoria o equivalente	303	18.2	305	17.6	608	17.9
Escuela vocacional	89	5.3	104	6	193	5.7
Universidad	301	18.1	277	16	578	17
Post-grado	118	7.1	132	7.6	250	7.4
Otro	35	2.1	41	2.4	76	2.2

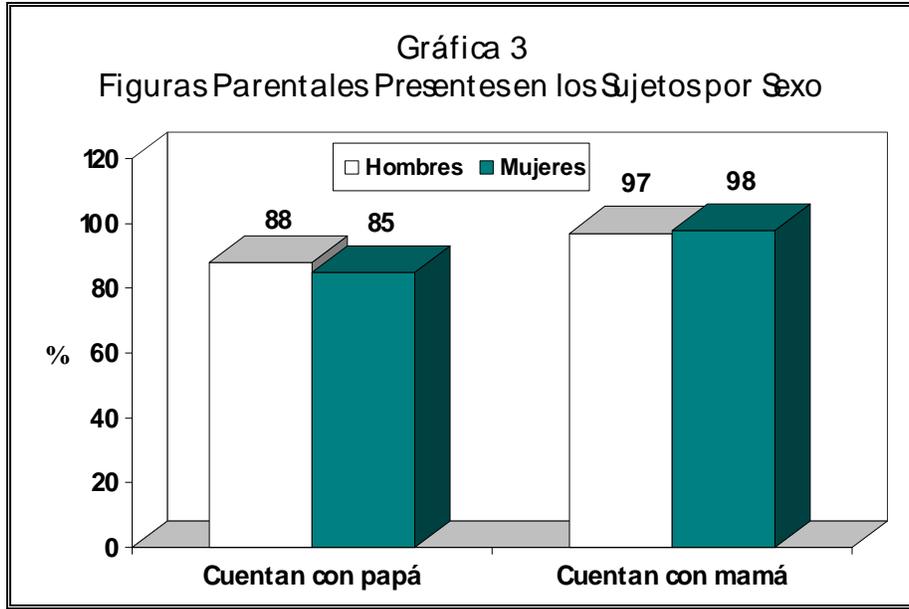
En lo que se refiere a la edad de los sujetos, se observa que la mayoría cuentan con 14 años ó menos, 50% hombres y 52% mujeres; seguidos de los que cuentan con 15 años (15% hombres y 14% mujeres); después se encuentran los de 16 años (12% para ambos sexos); enseguida los de 17 años (11% para ambos sexos), y por último los de 18 años ó más (12% hombres y 10% mujeres).

En cuanto al tiempo dedicado al estudio, el 6% de hombres y un 5% de mujeres interrumpieron sus estudios el año anterior a la encuesta. De los estudiantes de medio tiempo, 15% fueron hombres y un 9% mujeres. Con estos datos, se observa que en los hombres se presenta más la posibilidad de interrumpir sus estudios (Gráfica 2).



Al analizar si trabajaron el año anterior a la encuesta, se observa que un 7% de hombres y un 4% de mujeres, trabajaron tiempo completo. En cuanto a trabajar medio tiempo, 14% fueron hombres y el 6% mujeres (Gráfica 2).

Se observa también que la mayoría de los sujetos cuenta con su papá (89% hombres y 85% mujeres); un 7% de los hombres y un 8% de mujeres, refieren que a la figura paterna la sustituye un familiar (Gráfica 3).



En comparación con el dato anterior, es mayor el porcentaje de los sujetos que indican que tienen mamá (97% hombres y 98% mujeres), lo que resulta en un muy bajo porcentaje de estudiantes que su mamá está ausente. Estos dos últimos datos nos hablan de que las figuras paternas han estado presentes durante el desarrollo de los sujetos.

Por último, se observa que el más alto porcentaje de escolaridad para el jefe de familia es para secundaria o equivalente (26%), posteriormente, se observa un 18% que cuentan con preparatoria o equivalente, así como los que cuentan con estudios universitarios (17%). De tal manera que los papás de la mayoría de los estudiantes cuentan por lo menos con un mínimo del nivel educativo.

## 5.2. Comparación de problemas familiares y nivel depresivo entre los tres grupos de usuarios hombres y mujeres.

Para el presente estudio, se aplicó el análisis de varianza con la finalidad de comparar las diferencias en las variables de familia y depresión entre los grupos de usuarios, tanto de hombres como de mujeres. En la Tabla 2, se observan los resultados del análisis de varianza.

Los resultados indican que la hostilidad y el rechazo es menor en los no usuarios ( $\bar{x} = 1.8$  para hombres y  $\bar{x} = 1.7$  para mujeres) que en los usuarios experimentales ( $\bar{x} = 2$  para hombres y  $\bar{x} = 1.8$  para mujeres) y los usuarios ( $\bar{x} = 2.2$  para hombres y  $\bar{x} = 1.9$  para mujeres) (Gráfica 4).

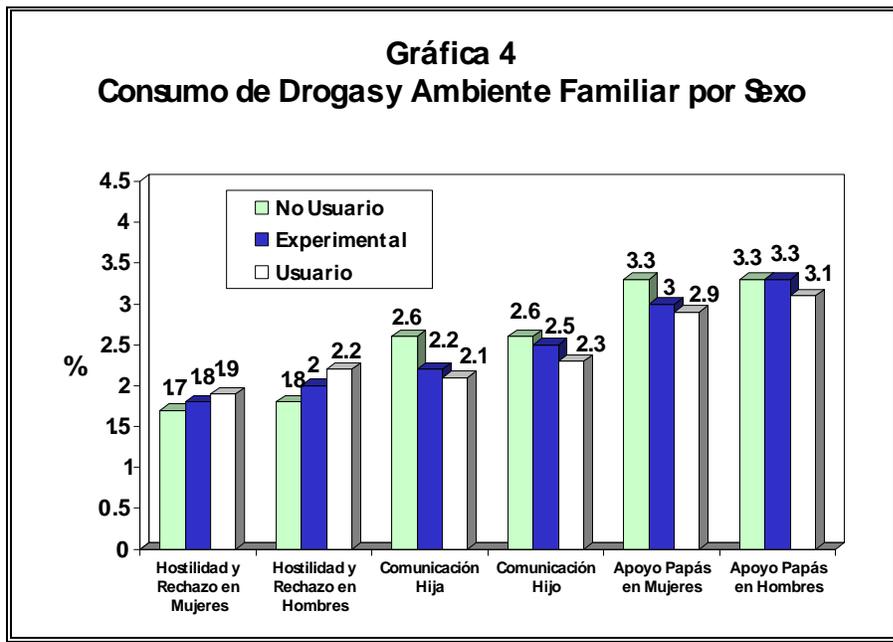
Tabla 2  
Relación del Consumo de Drogas con las variables Ambiente familiar y Depresión

VARIABLES		HOMBRES			MUJERES			F	PROB	COMPARACIÓN
		NO USUA	EXP	USUA	NO USUA	EXP	USUA			
HOSTILIDAD Y RECHAZO	$\bar{\chi}$	1.8	2.0	2.2	1.7	1.8	1.9	4.65	0.000	NU < UE, U
	DE	1.2	1.5	1.7	1.0	0.9	1.1			
COMUNICACIÓN HIJO	$\bar{\chi}$	2.6	2.5	2.3	2.6	2.2	2.1	5.263	0.000	NU > UE, U
	DE	1.3	1.5	1.7	1.2	1.1	1.3			
APOYO PAPAS	$\bar{\chi}$	3.3	3.3	3.1	3.3	3.0	2.9	3.964	0.001	NU > U
	DE	1.3	1.5	1.7	1.1	1.1	1.3			
COMUNICACIÓN PAPAS	$\bar{\chi}$	2.8	2.8	2.7	2.8	2.6	2.6	1.512	0.182	
	DE	1.2	1.4	1.7	1.1	1.0	1.2			
APOYO SIG. HIJO	$\bar{\chi}$	3.1	3.1	3.2	3.1	3.0	2.9	1.190	0.311	
	DE	1.3	1.5	1.6	1.1	1.0	1.4			
DEPRESIÓN	$\bar{\chi}$	1.6	1.8	1.9	1.9	2.2	2.3	57.326	0.000	NU < UE, U
	DE	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6	0.6			

NU = No Usuarios

UE = Usuarios Experimentales

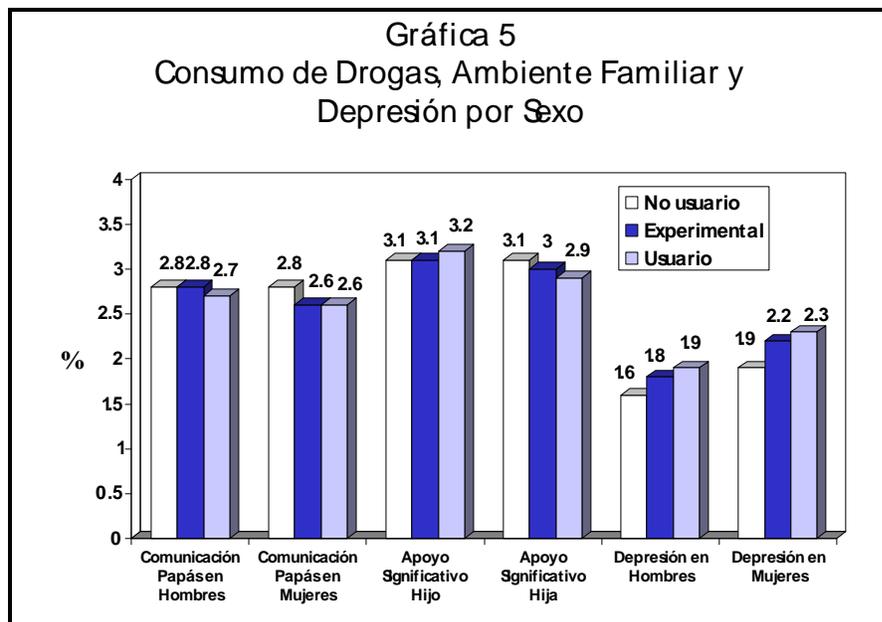
U = Usuarios Regulares



En lo que concierne a la comunicación del hijo, los datos indican que el nivel de comunicación de los no usuarios es más alto ( $\bar{\chi}$  =2.6 para hombres y mujeres), que el de los usuarios experimentales ( $\bar{\chi}$  =2.5 para hombres y  $\bar{\chi}$ =2.2 para mujeres), y también que el de los usuarios ( $\bar{\chi}$  =2.3 para hombres y  $\bar{\chi}$  = 2.1 para mujeres), especialmente en las mujeres (Gráfica 4).

En cuanto al apoyo por parte de los papás, se menciona un mayor apoyo para los no usuarios ( $\bar{x}$  = 3.3 para hombres y para mujeres), que para los usuarios ( $\bar{x}$  = 3.1 para hombres y  $\bar{x}$  = 2.9 para mujeres), (Gráfica 4).

Finalmente, en cuanto a la variable depresión, encontramos una notable diferencia en los tres tipos de usuarios. Así, el nivel de depresión es menor en los no usuarios ( $\bar{x}$  = 1.6 para hombres y  $\bar{x}$  = 1.9 para mujeres); que en los usuarios experimentales ( $\bar{x}$  = 1.8 para hombres y  $\bar{x}$  = 2.2 para mujeres); y también con relación a los usuarios ( $\bar{x}$  = 1.9 para hombres y  $\bar{x}$  = 2.3 para mujeres). Además, se puede observar que la presencia de sintomatología depresiva es significativamente mayor en las mujeres en los tres subgrupos (Gráfica 5).



### 5.3. Evaluación de las características generales y del nivel de depresión como predictores del consumo de drogas.

En el análisis de regresión logística (Tabla 3), se empleó cada variable de las características generales y de depresión de los sujetos como predictor hacia el consumo de sustancias.

Los resultados en general, indican que las variables que se asocian significativamente con el consumo de sustancias en los sujetos son: el sexo, su edad, haber estudiado o no, haber trabajado o no, su nivel de depresión, así como también, la hostilidad y el rechazo en el ambiente familiar.

**Tabla 3**  
**Predicción del Consumo de Drogas de acuerdo a las características generales de los sujetos y el nivel de depresión**

	B	E.T.	Sig.	Razón de Momios	I.C. 95%	
					Inferior	Superior
<b>Sexo</b>	.495	.128	.000	1.640	1.275	2.109
<b>Edad</b>						
15	.837	.185	.000	2.310	1.608	3.319
16	1.146	.188	.000	3.146	2.177	4.547
17	1.253	.186	.000	3.500	2.431	5.039
18 ó más	1.857	.178	.000	6.401	4.517	9.073
<b>Estudió el año pasado</b>						
Estudió medio tiempo	-.009	.254	.971	.991	.602	1.630
No estudió el año pasado	.547	.160	.001	1.728	1.264	2.362
<b>Trabajó el año pasado</b>						
Trabajó medio tiempo	-.153	.192	.426	.858	.589	1.250
Trabajó tiempo completo	.500	.234	.032	1.649	1.043	2.606
<b>Tiene papá</b>						
Lo sustituye un familiar	-.258	.230	.263	.773	.492	1.213
Otro	.169	.245	.490	1.184	.733	1.913
<b>Tiene mamá</b>						
La sustituye un familiar	.708	.375	.059	2.031	.973	4.238
Otro	.683	.534	.200	1.980	.696	5.636
<b>Escolaridad jefe de familia</b>						
Sin educación formal	-.707	.474	.136	.493	.195	1.249
Primaria	-.498	.253	.049	.608	.370	.997
Secundaria o equivalente	-.379	.240	.114	.684	.428	1.096
Preparatoria o equivalente	.124	.243	.610	1.132	.703	1.822
Vocacional	.056	.307	.854	1.058	.579	1.933
Universidad o más	-.027	.249	.913	.973	.597	1.586
<b>Depresión</b>	.881	.116	.000	2.413	1.923	3.027
<b>Ambiente familiar</b>						
Hostilidad y Rechazo	.235	.070	.001	1.264	1.102	1.451
Comunicación del Hijo	-.130	.076	.089	.878	.756	1.020
Apoyo de los papás	-.105	.083	.205	.900	.765	1.059
Comunicación de los papás	-.036	.091	.689	.964	.807	1.152
Apoyo significativo del hijo	.018	.075	.814	1.018	.878	1.179
<b>Constante</b>	-4.043	.425	.000	.018		

De manera tal que, con relación al sexo, ser hombre implica un 64% de más riesgo de consumir drogas que las mujeres (RM = 1.64,  $p < 0.001$ ).

Al analizar la edad, en general se observa que a mayor edad, se incrementa el riesgo de consumir drogas. En especial, el riesgo de consumir drogas para los de 18 años, en comparación con los de 14 ó menos, es 5.4 veces más alto.

En cuanto a estudiar, se observa que no haber estudiado el año pasado a la encuesta implica un 73% más riesgo de consumir drogas que haber sido estudiante de tiempo completo (RM = 1.73,  $p < 0.001$ ).

En cuanto a haber trabajado en el último año, los que trabajaron tiempo completo tienen un 65% más de riesgo de consumir drogas que aquellos que no trabajaron (RM = 1.65,  $p < 0.001$ ).

Respecto a la sintomatología depresiva (CESD), los resultados indican que a mayor depresión es más factible que se inicie el consumo de drogas. El nivel de riesgo es de 1.4 veces más que los sujetos que no presentan síntomas de depresión (RM = 2.41,  $p < 0.001$ ).

Con relación al ambiente familiar, se observa que a mayor hostilidad y rechazo hacia el adolescente por parte de la familia, hay 26% más de riesgo hacia el consumo (RM = 1.26,  $p < 0.001$ ).

En cuanto a las variables de tener papá, de tener mamá, así como las variables del ambiente familiar (comunicación del hijo, apoyo de los papás, comunicación de los papás y apoyo significativo del hijo), no se encontraron relacionadas con el consumo de drogas.

## CAPITULO SEIS

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación destacan, en cuanto a las características generales de los sujetos, que la población más afectada hacia el consumo de drogas son los hombres adolescentes. Este dato coincide con resultados anteriores (Medina-Mora y cols., 1995; Villatoro y cols., 1995 y 1996), en donde son los hombres quienes presentaron más el uso de sustancias. En este aspecto se podría considerar que la influencia del grupo de pares y el ambiente sociocultural en que se desenvuelven hombres y mujeres afecta de diferente manera a hombres y mujeres.

Si bien el porcentaje de hombres y mujeres usuarios alcanza un 16%, es importante señalar que es mayor la cantidad de aquellos que no son usuarios (84%). Además de que en proporciones similares, tanto hombres como mujeres tienden a experimentar con el uso de sustancias.

La mayor parte de los estudiantes encuestados se encuentran cursando la secundaria, se observa que la población escolar tiende a disminuir al pasar del nivel medio al nivel medio superior, así como también, que es mayor la cantidad de hombres que se encuentran cursando un bachillerato técnico, lo que indica una probable tendencia por parte de los hombres a estudiar una carrera técnica.

Si bien la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), se llevó a cabo con población en general (12-65 años), se indica una prevalencia elevada de sujetos con escolaridad de preparatoria que presentan uso de sustancias, en comparación con los demás niveles y con respecto a la distribución de la población en general (Villatoro y cols., 1995), considerando entonces que la edad promedio de los estudiantes de preparatoria oscila entre los 15 y 18 años o más se puede decir que aquí también es mayor el riesgo de consumo de acuerdo con la edad, de manera que la población adolescente es la más vulnerable al riesgo de consumo, sea por curiosidad, como una salida, para enfrentar problemas, etc.

Por otra parte, en la medición de 1997 (Villatoro y cols., 1999), se obtuvieron resultados similares. Con base a estos resultados se puede considerar, como ya se ha mencionado, que a mayor edad es mayor la separación entre el adolescente y sus padres y con ello menor el apego e influencia en este.

Poco más del 80% fueron estudiantes de tiempo completo, se presenta una tendencia mayor por parte de los hombres a interrumpir sus estudios. Por otra parte, la cantidad de estudiantes que no trabajaron fue de 84%, porcentaje que concuerda con el dato anterior, aquí también es mayor la cantidad de hombres que trabajaron, ya sea medio tiempo o tiempo completo el año anterior a la encuesta. Estos resultados coinciden con la medición de 1997 (Villatoro y cols., 1999), en donde se reporta un menor consumo de drogas tanto en los adolescentes que fueron estudiantes de tiempo completo como aquellos que no trabajaron.

Más del 90% de los estudiantes dicen contar con papá y mamá, esto nos habla de que las figuras paternas han estado presentes durante el desarrollo de los sujetos, sobre todo la figura materna (97.4%), se indica también que el jefe de familia cuenta por lo menos con primaria o secundaria.

Al analizar el consumo de drogas y la sintomatología depresiva, se encontró que a mayor depresión es mayor el riesgo hacia el consumo (1.9 veces más), de tal manera que se presenta un nivel de depresión menor en los no usuarios hombres y mujeres, con relación a los usuarios. En cuanto al género, se obtuvo que la presencia de sintomatología depresiva es mayor en las mujeres que en los hombres en los tres tipos de usuarios, lo que indica que en las mujeres es más factible reconocer la tendencia a presentar sintomatología depresiva.

Los resultados obtenidos por Medina-Mora y cols., (1995), son similares: al analizar la relación de los estados de ánimo depresivos y la elección de usar drogas, se indica la presencia de un riesgo importante para el uso de drogas en la población adolescente, de manera que aquellos que deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales (sentirse solos, con miedo, pensar que son fracasados, con problemas de sueño, concentración, etc.). Los estados de ánimo displacenteros se presentaron con frecuencia similar entre los experimentadores y entre los usuarios regulares de drogas, así que, los jóvenes que experimentan con drogas tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no usan sustancias.

Por otra parte, en la investigación de Córdova (2000), donde se midió el nivel de depresión de acuerdo al DSM-III-R, se reporta que los niveles de depresión presentados en los adolescentes son diferentes entre los no usuarios y los usuarios, los usuarios muestran niveles de depresión severa en comparación con los sujetos control. De manera que quienes no consumen drogas se deprimen en general, pero aquellos que consumen alguna droga conforme van modificando su patrón de consumo, experimentan episodios depresivos más intensos.

En tanto que la investigación por parte de Mariño y cols. (1993), consistió en medir la sintomatología depresiva en adolescentes de la Ciudad de México a través de la escala del CES-D, y se encontró una tendencia a mostrar más síntomas depresivos en las mujeres que en los hombres (2 mujeres por cada hombre).

Debido a que la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes ocasiona problemas en el rendimiento del individuo en el ámbito social, familiar, escolar, etc., puede ser que la manifestación de la sintomatología depresiva sea diferente en hombres y mujeres, esto lleva a considerar los comentarios que hacen al CES-D, Mariño y cols. (1993), acerca de que la forma en la que están hechas las escalas para medir depresión (incluyendo el CES-D), se les da mayor importancia a la manifestación de conductas emotivas, que son expresadas y reconocidas con más facilidad por la población femenina, y no se incluyen reactivos que midan el tipo de manifestación o desahogo emocional de los hombres.

Por ello, los autores sugieren la inclusión de reactivos en los que se puedan registrar conductas tales como la actividad deportiva o la habilidad para relajarse a través del entretenimiento, lo que permitiría encontrar una diferencia menos significativa entre el número de deprimidos entre sexos.

Al respecto, en una investigación realizada por González y cols. (1998), con población estudiantil de nivel medio y medio superior de la Ciudad de Pachuca, Hgo., se relacionó el intento suicida con el malestar emocional y el uso de sustancias, se encontró que la sintomatología depresiva y la ideación suicida fueron más altas en los varones que alguna vez trataron de quitarse la vida, aún comparándolos con las mujeres con intento suicida. Estos resultados permiten considerar que la problemática de la depresión atañe también a los hombres, como un importante factor asociado a la ideación suicida y al consumo de drogas.

De manera que, indican las autoras, en general los hombres cuando intentan el suicidio lo consuman con mayor frecuencia que las mujeres ya que posiblemente, lo hacen bajo un malestar depresivo más profundo, y por ello, utilizan métodos más drásticos y efectivos para suicidarse, por lo que las mujeres aunque intentan el suicidio con mayor frecuencia, pero con métodos menos letales, lo consuman en menor proporción que los hombres.

A partir de esta consideración se puede ver que el suicidio, una variable aquí no considerada, es una de las consecuencias más severas de la depresión, por lo que sería conveniente realizar investigaciones donde se relacione el malestar depresivo y la ideación suicida de acuerdo a las características de los sujetos, como el ambiente familiar, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, relación con el grupo de pares, etc.

En resumen, se puede señalar que a mayor nivel de malestar depresivo es más factible que se inicie el consumo de drogas, conducta que además de afectar a nivel físico y emocional al individuo, puede alterar hasta lograr deteriorar el entorno en que se desarrolla. Sería conveniente entonces, realizar investigaciones donde se analice esta correlación, a fin de conocer las diferencias cuando la depresión es anterior al consumo y cuando se presenta posterior al consumo, de tal manera que se pueda prevenir el consumo por esta causa, o en su caso, evitar que el individuo llegue incluso al suicidio.

Los aspectos del ambiente familiar que se encontraron relacionados con el consumo de drogas fueron la hostilidad y el rechazo hacia los hijos, la comunicación del hijo y el apoyo de los padres hacia los hijos. No se encontró una diferencia significativa entre el consumo, la comunicación de los papás y el apoyo significativo del hijo.

Los adolescentes que tienen una mayor hostilidad y rechazo, son individuos que presentan una mayor tendencia hacia el consumo, ya que han experimentado por parte de sus padres que sus problemas personales pasan desapercibidos para ellos, que se sienten rechazados, que consideran que no le dan importancia a la convivencia familiar, que se sienten ignorados cuando necesitan que los escuchen, piensan que sólo les causan problemas a sus papás, así como también, sienten que en situaciones difíciles no cuentan con ellos,

En cuanto a la comunicación del hijo, los sujetos usuarios regulares y experimentales no presentan una comunicación adecuada con los padres, a diferencia de estos, los sujetos no usuarios tienen la tendencia a platicar de buen agrado con sus padres, ya sean asuntos o preocupaciones personales.

El apoyo de los papás hacia los hijos se percibe diferente por los sujetos encuestados, de manera que los no usuarios refieren un mayor apoyo por parte de sus padres en comparación con los usuarios, así que los no usuarios consideran que sus papás los motivan a salir adelante cuando tienen problemas, se sienten apoyados en lo que emprenden y además se sienten importantes para sus papás.

A diferencia de los usuarios y sujetos experimentadores, los sujetos no usuarios consideran que sus padres les comunican sus problemas más importantes, así como las decisiones y planes importantes. Así también, el apoyo significativo del hijo hacia los padres es mayor en los no usuarios, de manera que ayudan y apoyan a sus padres cuando tienen problemas, o en casos de emergencia familiar.

En el análisis multivariado de regresión logística, la hostilidad y el rechazo hacia el adolescente por parte de la familia fue la única variable que se presenta como indicador de mayor riesgo hacia el consumo, cabe destacar que las cuatro variables restantes, comunicación del hijo, apoyo de los papás, comunicación de los papás y apoyo significativo del hijo, no se encontraron relacionadas con el consumo.

De manera que un ambiente familiar donde haya interacción entre padres e hijos, una buena comunicación, respeto, apoyo de los papás hacia los hijos y viceversa, va a ayudar a prevenir el riesgo de consumo.

Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Castro y cols. (1982), en donde al analizar la percepción del ambiente familiar, los usuarios que presentan mayor consumo de drogas, perciben significativamente más lejano su medio familiar en comparación con los no usuarios, los usuarios leves y los usuarios moderados lo mismo sucede al comparar a los no usuarios con los usuarios leves.

En la investigación de González-Forteza y cols. (1993), en donde no se consideró el consumo de drogas, pero se analizaron los recursos de apoyo familiar y social del adolescente, aunado a la relación entre los recursos de apoyo (familia, amigos, nadie) y su estado emocional, los resultados obtenidos de este análisis muestran similitud con los del presente trabajo. Así, se reporta que en ambos sexos el apoyo de la familia es el más efectivo, ya que en este se presentaron los niveles más bajos de malestar emocional en todas las áreas de conflicto evaluadas (familia, amigos, nadie).

Con estos datos se destaca la importancia de la familia, ya que de esta depende en gran medida el mayor o menor riesgo hacia el consumo de drogas en los adolescentes. Es responsabilidad de los padres, que conforme a la composición familiar, su propia personalidad, su historia de vida, etc., adecuarse a las necesidades de los hijos, para con ello fortalecer y prepararlos para lograr que tengan un desarrollo físico, social y cultural lo más satisfactorio posible.

En cuanto al consumo de drogas, se sabe que es un problema difícil de abordar, en donde no sólo el malestar emocional y el ambiente familiar son factores que influyen, sino también intervienen otros como la disponibilidad de las drogas, los aspectos sociodemográficos, la percepción de riesgo, la influencia del ambiente social, de los amigos y del grupo de pares, etc., por lo que es necesario mantener una comunicación constante con los adolescentes, por parte de los padres y de la escuela, así como de las personas más cercanas a ellos, para proporcionar orientación o ayuda en caso necesario.

Una intervención a edades tempranas es importante, ya que la adolescencia es una etapa en donde el riesgo hacia el consumo es mayor, por lo que si se presenta la experimentación con drogas a menor edad, es más factible desarrollar la dependencia a una o a varias drogas a edades más avanzadas.

Los resultados encontrados en la presente investigación, permiten concluir que el uso, abuso o dependencia a drogas es mayor en aquellos hombres y mujeres adolescentes con un nivel de depresión mayor y que además, tienen un ambiente familiar no satisfactorio.

El nivel de depresión en los adolescentes, se presenta aquí, como un factor de riesgo hacia el consumo de drogas, puede ser que mediante el uso de sustancias encuentren salida a los diversos problemas que se les presentan, aunque hay que considerar un aspecto importante, no se tiene la certeza si la sintomatología depresiva ya existía en los adolescentes antes del consumo, o si es el consumo la causa del malestar depresivo, por lo que sería importante considerar este dato para investigaciones posteriores.

En tanto, el ambiente familiar se presenta como factor de protección hacia el de consumo, más, se puede señalar que, el ambiente familiar, si no es apropiado a las necesidades de desarrollo del adolescente, puede ser más que un factor de protección, un factor de riesgo hacia el consumo de sustancias, ya que el medio familiar en ocasiones, puede ser la causa de diversos problemas, como por ejemplo la depresión.

Por lo que, es necesario crear desde la infancia, un ambiente familiar donde se proporcionen las herramientas indispensables para el desarrollo psicológico, biológico, social y cultural de los individuos, para con ello, ayudar a prevenir que el ambiente familiar pueda llevar al adolescente, en un principio a un período depresivo y de ahí a un posible uso de drogas, hasta llegar a la adicción.

Igualmente se destaca el papel de la escuela como factor protector hacia el riesgo de consumo en los adolescentes, más es importante que a nivel escolar se proporcione orientación a los padres para con ello ayudar a fortalecer la interacción padres-maestros-hijos.

De esta manera, se observa que si bien la escuela y la familia, en la actualidad son funcionales en cuanto a prevenir el riesgo de consumo de drogas, es necesario prestar mayor atención hacia el sentir de los jóvenes, ya que es a través de sus manifestaciones de conducta como se pueden percatar padres y maestros de la presencia de algún problema emocional severo como la depresión.

Es entonces que en este estudio se destacan a la escuela y al ambiente familiar como factores de protección hacia el consumo de drogas, pero también deja ver que el malestar emocional es un importante factor hacia el consumo en los adolescentes.

Estudios como este, donde se destaque el malestar emocional en los adolescentes, qué sienten, qué piensan, cómo manejan sus relaciones familiares, escolares y con su grupo de pares, así como aquellos donde se identifiquen las áreas de conflicto dentro de la familia - la interacción tanto del papá como de la mamá con respecto al sexo de los hijos, son importantes ya que mediante estos estudios se podrá vislumbrar mejor las necesidades, pensamiento y sentir de los jóvenes. Además, van a permitir elaborar o adecuar, mecanismos de ayuda para padres, maestros y adolescentes, con el fin de mejorar estas interrelaciones en los individuos.

Por lo que es necesario sensibilizar a padres y maestros, acerca del proceso mismo de la adolescencia, ya que son ellos quienes educan a los hijos, proporcionando las herramientas necesarias para que atraviesen por la etapa adolescente con éxito y así lograr una satisfactoria inclusión de los adolescentes en la sociedad.

A continuación se hace una propuesta acerca de algunos aspectos en áreas específicas que tanto la escuela como los padres deben prestar mayor atención en la educación de los adolescentes, algunas de ellas tienen ciertas limitaciones, para ello es necesaria la intervención conjunta de padres-profesional de la salud o bien padres-maestros, para lograrlas con el mejor de los éxitos, las áreas son:

#### Área psicológica:

- Cambios biológicos: proporcionar información acerca del proceso a desarrollar en su cuerpo cuando llegan a la pubertad y los años posteriores, información sobre imagen corporal, sexualidad y atracción sexual.
- Realizar actividades donde se desarrolle la imaginación, creatividad, originalidad y razonamiento.
- Capacidad de decisión: poner atención (padres y maestros) a la postura que se adopta frente a la iniciativa, constancia y autodominio, así como al logro de las actividades del adolescente.
- Autoconfianza: prestar atención (padres y maestros) a las actitudes frente a su visión acerca de su propia seguridad, sus emociones, su sexualidad.

## Área psicosocial.

- En la relación familia – adolescente, proporcionar la satisfacción de sus necesidades (alimentación, vestido, vivienda, afecto, expresión, espacio, libertad, escuela, etc.)
- Los padres deben crear un ambiente adecuado en casa, a través de establecer un ambiente de confianza donde haya respeto hacia todos los miembros de la familia, pero también responsabilidades para cada uno.
- Establecer una adecuada comunicación para poder hablar de cualquier tema de interés para cualquier miembro de la familia, además va a permitir conocer su visión del grupo familiar, sus conductas y sentimientos.
- Por medio de la comunicación y tolerancia, se va a lograr que haya libertad plena para manifestar un desacuerdo, aunado a ayudar a adquirir la habilidad para enfrentar problemas y la toma de decisiones, que conlleva el hacerse responsable de las propias decisiones y de sus propios actos.
- Establecer un control familiar, en donde se revise conjuntamente el estudio, trabajos (académicos y en casa), uso del tiempo, amistades, uso del tiempo libre, higiene y economía.
- Trabajar con ellos lo que es la autoridad dentro de la escuela y dentro de la familia, fomentando valores como libertad, ser justo, cooperación, defender racionalmente los ideales.
- Manejar adecuadamente los conflictos, conociendo el tipo de problema y sus causas, para resolverlo de la mejor manera ya sea él mismo o con ayuda.
- Tener en cuenta que los padres son ejemplo, por lo que se debe prestar atención al comportamiento con la familia, los vecinos y allegados, y su comportamiento frente a dificultades.
- Dentro de la relación padres–adolescentes, prestar atención al rol a desempeñar, interacción, valores, liderazgo, respeto, etc.

## Área educativa:

- Prestar atención a la actitud de los maestros y los alumnos hacia los objetivos de la enseñanza, su contenido, el método y el material didáctico, así como también a la evaluación escolar y la disciplina.
- Fomentar entre los alumnos cooperación, relaciones afectivas y competencia sana en el trabajo y los deportes.
- Atender la relación maestro-alumno.

- Realizar talleres sobre sexualidad, autoestima, cambios en el estado de ánimo, relaciones personales, etc., así como también, ayudar a que desarrollen un proyecto de vida real e interesante para ellos mismos. Para con ello ayudar a los jóvenes a conocerse, a razonar, a elegir, a buscar diversiones sanas, a superarse académicamente, a disfrutar la vida, a adquirir responsabilidades, a asumir las consecuencias de sus propias decisiones, etc.

El trabajo conjunto de padres, maestros y del profesional de la salud, va a lograr fortalecer su función como factores de protección hacia el riesgo de consumo de drogas y el malestar emocional en los adolescentes. Asimismo, va a permitir que haya una mejor comprensión, comunicación, orientación y apoyo hacia los adolescentes, para lograr apoyarlos cuando ellos mismos solicitan cualquier tipo de ayuda, o bien, al haber apertura y confianza, sabrán a quien recurrir cuando lo consideren necesario.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1977). La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós.
- Aguirre, A. (1998). Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfaomega.
- Alcantar, E. (1998). Relación entre el rendimiento escolar y el grado de autoestima de adolescentes entre 15 y 20 años en una preparatoria privada en el sur del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Universidad Intercontinental
- American Psychiatric Association (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R). Barcelona: Masson.
- Andrade, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Andrade, P., y Díaz-Loving, R. (1997). Ambiente familiar y características de Personalidad de los Adolescentes. Revista de Psicología Social y Personalidad, 13, 2, 199-210.
- Arieti, S. (1990). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.
- Ausubel, D., y Sullivan, E. (1991). El desarrollo infantil: El desarrollo de la personalidad. México: Paidós Mexicana, S. A.
- Bautista, C., Villatoro, J., Rivera, E., Medina-Mora, M., y Fresán, A. (1995). La interacción padres-hijos: una evaluación de la percepción de los padres. Revista de Psicología Social y Personalidad, 11, 1, 31-40.
- Berenzon, S., González-Forteza, C., y Jiménez, A. (1997). La importancia del afecto paterno en la autoestima de los adolescentes varones. Revista de Psicología Social y Personalidad, 13, 2, 191-198.
- Berlanga, C. (1999). El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica. Salud Mental, 22, 4, 26-32.
- Caetano, R. y Medina-Mora, M. (1986). Factor Structure of the CES-D Scale Among Mexican Americans, Mexicans and the U.S. Population. Alcohol Research Group.
- Caplan, G. (1973). Psicología Social de la Adolescencia. Buenos Aires: Paidós.

- Carneiro, A. (1982). Adolescencia. México: Unión Tipográfica Editorial Hispanoamericana, S. A. de C.V.
- Castro, M., y Maya, M. (1982). Variables predictoras y características psicosociales de la población estudiantil que reporta uso de drogas. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 2, 1, 21-48.
- Castro, M., Rojas, E., García, G., y De la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años. Salud Mental, 9, 4, 80-86.
- Castro, M., y Valencia, M. (1978). Consumo de drogas en México. Patrones de uso en la población escolar. Salud Pública de México, 21, 5, 585-590.
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Conger, J. (1980). Adolescencia: generación presionada. México: Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C.V.
- Córdova, A. (2000). Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Craig, G. (2001). Desarrollo Psicológico. México: Pearson Educación.
- Dallal, E. (2000). Depresión. En E. Dulanto (comp.). El Adolescente. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M., y Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Delval, J. (1994). El desarrollo humano. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., y Schmeidler, J. (1994). The relationships among family problems, friend's troubles behavior and high risk youth's alcohol/other drug use and delinquent behavior: a longitudinal study. Int. J. Addict, 29, 11, 1429-1442.
- Denton, R., Kampfe, Ch., (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. Adolescence, 29, 114, 475-495.
- Dulanto, E. (2000). El Adolescente. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Estrada, L. (4ª. ed., 1990). El ciclo vital de la familia. México: Posada.

- Eternod, M. (1996). Los jóvenes en México. Una aproximación en cifras. Revista de Estudios sobre Juventud, Causa Joven/Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México, julio-septiembre, cuarta época, 1, 1, 12-23.
- Fuentes, B. (1989). Conocimiento y Formación del Adolescente. México: Cía. Editorial Continental, S. A. de C.V.
- González-Forteza, C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento. Impacto sobre el estado social en adolescentes. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., y Medina-Mora, M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes e la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. Revista Mexicana de Psicología, 15, 2, 165-175.
- Hawkins. J. Catalano, R. y Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 112, 1,64-105.
- Kalina, E. (3ª. ed., 1997). Adolescencia y drogadicción. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Lara, M., Acevedo, M. y López, E. (1998). La investigación aplicada a la educación para la salud: el caso de la depresión en las mujeres. Psicología y Salud, 12, Nueva Época, julio-diciembre, 55-66.
- Leñero, L. (2000). Familia cambiante. Naturaleza, pluralidad y prospectiva del fenómeno familiar. En E. Dulanto (comp.). El Adolescente. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Macia, D. (6ª. ed. 2000). Las drogas: conocer y educar para prevenir. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 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.
- Mariño, M., Romero, M. y Medina-Mora, M. (2000). Juventud y Adicciones. En I. Pérez. Jóvenes: Una Evolución del Conocimiento. México: Instituto Mexicano de la Juventud, Centro de Investigación y Estudios Sobre Juventud, Secretaría de Educación Pública.
- Martín, M. (1989). Depresión y autoestima. En A. Ledesma y L. Melero (comp.). Estudios sobre las depresiones. España: Ediciones Universidad de Salamanca.

- Medina-Mora, M., Mariño, M., Berezan, S., Juárez, F. y Carreño, S. (1992). Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de droga. Las adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. 87-97.
- Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, R. , Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 48-55.
- Medina-Mora, M., Rojas, Gómez-Font, F. y Campillo, C. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. Bolletín on Narcotics, 33, 4, 67-76.
- Medina-Mora, M., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., Villatoro, J., López, E., Olmedo, R., Ortiz, E., y Néquiz, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Mental, 16, 3, 2-8.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., López, K., Berenzon, S., Carreño, S., y Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica de México, 131, 4, 383-393.
- Musacchio, A. (1992). Drogadicción. Argentina: Paidós
- Palacios, J. (9ª ed., 1995). ¿Qué es la adolescencia. En C. Coll (comp.). Desarrollo Psicológico y Educación I. Psicología Evolutiva. México: Alianza Psicológica.
- De la Peña, (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. Salud Mental, 5, 4, 9-13.
- Rappoport, L. (1986). La personalidad del niño desde los 13 a los 25 años. Barcelona: Paidós.
- Rivera, E., Villatoro, J., Fleiz, CI, Medina-Mora, M. y Jiménez, A. (1995). Percepción de las características de los padres y su relación con el consumo de drogas. Revista de Psicología Social y Personalidad, 11, 2, 149-158.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contextts. Psychiatry Research. 2, 125-134.
- Sandoval, D. (1984). El mexicano: psicodinámica de sus relaciones familiares. México: Villicaña.

- Sentín, P. (1989). Influencias de las estructuras familiares como fuente de comportamiento depresivo en el ámbito escolar. En A. Ledesma y L. Melero (comp.). Estudios sobre las depresiones. España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Schwebel, R. (1991). Decir no, no es suficiente. México: Paidós.
- Turner, R., Irwin, Ch., y Millstein, S. (1991). Family structure, family processes, and experimenting with substances during adolescence. Journal of Research on Adolescence, 1, 1, 93-106.
- Villalobos, M. (1990). La relación familiar: algunos de sus efectos perturbadores en la organización social del sujeto. Revista Sonorense de Psicología, 4,1, 7-23.
- Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, ME., y Reyes, I. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. Salud Mental, 20, 2, 21-27.
- Villatoro, V., Medina-Mora, M., Cardiel, H., Fleiz, B., Alcántar, E., Hernández, S., Parra, J. y Néquiz, G. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México. Salud Mental, 22, 2, 18-30
- Villatoro, V., Medina-Mora, M., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Global del Distrito Federal. SEP, IMP, México
- Villatoro, V., Medina-Mora, M., Fleiz, C., García, F., Berenzon, S., Rojas, E., y Carreño, S. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior en México. La Psicología Social en México, 6, 569-574.
- Villatoro, V., Medina-Mora, M., López, E., Juárez, F., y Rivera, E. (1995). La dependencia y los problemas asociados con el consumo de drogas en México. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 184-190.
- Villatoro, V., Medina-Mora, M., López, E., Juárez, F., Rivera, E. y Fleiz, B. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. Salud Mental, 5, 3, 1-6.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., 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 otoño del 2000. Salud Mental. 25(1): 43-54.

# ANEXO 1

## INDICADORES UTILIZADOS PARA EL MODELO DE CONSUMO DE DROGAS.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Eres	Hombre ..... 1 Mujer ..... 2
2. ¿Qué edad tienes?	Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el <u>año</u> que cursas)	Grado ..... <input type="text"/>
4. La mayor parte del año pasado ¿fui estudiante?	No fui estudiante el año pasado ..... 1 Fui estudiante de medio tiempo ..... 2 Fui estudiante de tiempo completo ..... 3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé ..... 1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias) .... 2 Si trabajé tiempo completo (8 horas diarias) 3

6. ¿Tienes papá ? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):	
Tengo papá .....	1
Lo sustituye algún familiar .....	2
Otro: .....	3

7. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye: o hace las funciones de tu mamá):	
Tengo mamá .....	1
La sustituye algún familiar .....	2
Otro: .....	3

8. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna de Si con quienes vives.( marca una respuesta para cada inciso)

	Si	No
a) Papá / sustituto	1	2
b) Mamá / sustituta	1	2
c) Hermano(s)	1	2

	Si	No
d) Otro(s) Familiar(es)	1	2
e) Amigos	1	2
f) Otro(s): .....	1	2

### CONSUMO DE DROGAS

Las preguntas de cada droga se dividen en prevalencias (total, ultimo año y ultimo mes) y en el número de veces que se ha consumido la droga. Con objeto de que el indicador de consumo esté medido por la frecuencia de consumo y por el número de drogas que ha consumido.

El número de drogas se obtendrá como el número de respuestas SI's a las preguntas iniciales (las correspondientes a la prevalencia total) de consumo de drogas.

En tanto, el número de veces que ha consumido se obtendrá del valor mayor que haya contestado a las preguntas de frecuencia de consumo (pregunta opción e) de cualquiera de las drogas.

1ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes, para perder o no subir de peso o dar energía como el Extasis o la Efedrina, etc. sin que un médico te lo recetara?	Si ..... 1 No ..... 2
--	--------------------------

1b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he usado <b>anfetaminas</b> ..... 3
1c. En el último mes, ¿has consumido <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he usado <b>anfetaminas</b> ..... 5
1d ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>anfetaminas</b> 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 ó más veces ..... 5 Nunca he usado <b>anfetaminas</b> ..... 6

2a ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>tranquilizantes</b> para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diacepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Si ..... 1 No ..... 2
2b En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>tranquilizantes</b> sin que un médico te lo recetara?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> ..... 3
2c. En el último mes, ¿has consumido <b>tranquilizantes</b> sin que un médico te lo recetara?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> ..... 5
2d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>tranquilizantes</b> , sin que un médico te lo recete?	1-2 veces ..... 1 3-5 veces ..... 2 6-10 veces ..... 3 11-49 veces ..... 4 50 ó más veces ..... 5 Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> ..... 6

3a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>mariguana, hashish</b> ?	Si..... 1 No ..... 2
3b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>mariguana</b> ?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he consumido <b>mariguana</b> ..... 3
3c. En el último mes, ¿has consumido <b>mariguana</b> ?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he consumido <b>mariguana</b> ..... 5
3d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>mariguana</b> ?	1-2 veces ..... 1 3-5 veces ..... 2 6-10 veces ..... 3 11-49 veces ..... 4 50 ó más veces ..... 5 Nunca he consumido <b>mariguana</b> ..... 6

4a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>Cocaína</b> ?	Si ..... 1 No ..... 2
---	--------------------------

4b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>cocaína</b> ?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he consumido cocaína ..... 3
4c. En el último mes, ¿has usado <b>cocaína</b> ?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he consumido cocaína ..... 5
4d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>cocaína</b> ?	1-2 veces ..... 1 3-5 veces ..... 2 6-10 veces ..... 3 11-49 veces ..... 4 50 ó más veces ..... 5 Nunca he consumido cocaína ..... 6

5 <sup>a</sup> . ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>alucinógenos</b> como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc.?	Si ..... 1 No ..... 2
5b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>alucinógenos</b> ?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he consumido alucinógenos ..... 3
5c. En el último mes, ¿has consumido <b>alucinógenos</b> ?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he consumido alucinógenos ..... 5
5d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>alucinógenos</b> ?	1-2 veces ..... 1 3-5 veces ..... 2 6-10 veces ..... 3 11-49 veces ..... 4 50 ó más veces ..... 5 Nunca he consumido alucinógenos ..... 6

6a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>inhalables</b> como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?	Si ..... 1 No ..... 2
6b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>inhalables</b> para elevarte?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 3
6c. En el último mes, ¿has usado <b>inhalables</b> para elevarte?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 5
6d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>inhalables</b> para elevarte?	1-2 veces ..... 1 3-5 veces ..... 2 6-10 veces ..... 3 11-49 veces ..... 4 50 ó más veces ..... 5 Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 6

7a. ¿Has usado alguna vez en tu vida <b>sedantes</b> (Rohypnol, ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo recetara?	Si ..... 1 No ..... 2
---	--------------------------

7b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>sedantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he usado sedantes ..... 3
7c. En el último mes, ¿has usado <b>sedantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he usado sedantes ..... 5
7d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>sedantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	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 veces o más ..... 5 Nunca he usado sedantes ..... 6

8a. ¿Has usado alguna vez en tu vida <b>heroína</b> (arpon)?	Si ..... 1 No ..... 2
8b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>heroína</b> ?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca he usado heroína ..... 3
8c. En el último mes, ¿has usado <b>heroína</b> ?	No ..... 1 Si, de 1 a 5 días ..... 2 Si, de 6 a 19 días ..... 3 Si, 20 días ó más ..... 4 Nunca he usado heroína ..... 5
8d. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido <b>heroína</b> ?	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 veces o más ..... 5 Nunca he usado heroína ..... 6

## NORMAS E INFLUENCIA FAMILIAR

En los modelos alternativos, se considerará esta variable con los siguientes indicadores que conformarán el factor de interés. Básicamente se trata de ver como influye la claridad con que se establecen las reglas familiares sobre el consumo de drogas.

En la medida en que estas normas sean más claras, se espera que el adolescente no se involucre en el consumo de drogas.

14. Nos gustaría saber tu opinión respecto a las normas establecidas en tu familia. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (Si no tienes papá o mamá, piensa en la persona que para ti ocupa su lugar)	Si	No
a) Mis padres se darían cuenta si yo bebiera alcohol	1	2
b) Mis padres me han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de bebidas alcohólicas	1	2
c) Es importante para mí cumplir las normas que tienen mis padres acerca de beber alcohol	1	2
d) Es importante para mí cumplir las normas que tienen mis padres acerca de consumir drogas	1	2

## AMBIENTE FAMILIAR

Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar. En primer lugar, está el área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m)

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o)

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (k, n, p)

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (c, ñ, q)

El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (e, f, h)

Se espera que a mejor ambiente familiar (mejor comunicación y apoyo y menor hostilidad), se proteja al adolescente del probable consumo de drogas.

16. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.

	<b>Casi Nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Con Frecuencia</b>	<b>Con Mucha Frecuencia</b>
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que sólo les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4

## DEPRESION

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en la última semana. (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

DURANTE LA SEMANA PASADA:	NUMERO DE DIAS			
	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	1	2	3	4
d) Sentía que era tan bueno 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	1	2	3	4
t) No podía "seguir adelante"	1	2	3	4
u) Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
v) Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4
w) Pensé en matarme	1	2	3	4