

33



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

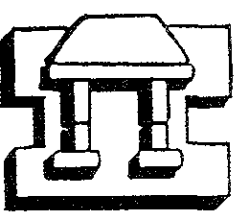
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE COCAINA

294:57.4

TESIS EMPIRICA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: SOFIA CABRERA RUIZ

ASESORES: LIC. JUANA OLVERA MENDEZ MTRO. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES LIC. JOSELINA IBAÑEZ REYES



IZTACALA

MAYO DE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A TI MAMI

Porque nunca perdiste la fe en Dios, ni en mí; y porque siempre fuiste la llama que acompañó mi camino y la mano que me sostuvo cuando caí, a lo largo de este recorrido... Gracias por luchar conmigo siempre, hombro con hombro...

A MI HERMANO Y A MI HERMANA

Por alentarme a hacer cosas que en algún momento yo no quería... Pero más sabe el diablo por viejo...

A todas esas personitas que compartieron la oscuridad en mi camino, y que inspiraron el tema de este trabajo.

A TI MI AMOR, MI QUIDY

Por ser la luz que busqué siempre y que encontré, no al final, sino al principio de mi camino. Porque sin ti el final no habría llegado tan pronto... Porque me haces muy feliz y conviertes mi vida en la más hermosa experiencia que pudiera existir...Por amarme tanto, y permitir que te ame de manera semejante...Gracias por estar a mi lado y compartir ese camino, que ahora quiero recorrer a tu lado por siempre. Te amo.

*A los niños y adolescentes consumidores de drogas...
...para que todo ese dolor que acompaña sus almas se borre...
hace falta que se den cuenta de que hay alguien a su lado,
y que siempre estará ahí; hombro con hombro, hasta el final de su experiencia...*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los asesores de esta tesis:

A la licenciada Juanita Olvera Méndez por el apoyo, la amistad, el tiempo, los consejos brindados; y por ayudarme y guiarme en la realización de este trabajo.

Al maestro Jesús Vargas Flores, por el apoyo brindado y porque en todo momento me proporcionó su amistad, ayuda y consejo de manera incondicional.

A la licenciada Joselina Ibañez , porque fue uno de los pilares que ayudaron a concluir esta meta.

También quiero dar las gracias a

Las autoridades del Colegio Hermann Hesse y el CLAM. En especial a Alejandro, por todas las atenciones, apoyo, y facilidades otorgadas.

Finalmente quiero agradecer a

Mi madre,

A mi hermano y

A Jesús, mi pareja,

porque siempre tuvieron fe en mí; por estar a mi lado, y hacerme fuerte cuando parecía que

ya no podría encontrar la luz en mi camino.

RESUMEN

La Calidad de Vida es un concepto que envuelve diversas áreas de la existencia humana y ha sido estudiada desde la óptica de diversas disciplinas, realizando estudios que han evaluado diferentes tipos de poblaciones, para llevar a cabo mejoras en la calidad de vida de las mismas. Dado que el consumo de cocaína es un problema que se ha ido agudizando en la sociedad mexicana, y que ocurre durante el periodo de la adolescencia, se llevó a cabo la evaluación de diferentes áreas de la calidad de vida de adolescentes consumidores de cocaína y adolescentes que no consumían ninguna sustancia.

Para ello, se eligieron algunas de las áreas de la calidad de vida relacionadas con la salud y se dividieron en dos categorías, el área del funcionamiento de la salud, y el funcionamiento psicológico y fueron evaluadas a través de una escala tipo Likert. El instrumento se aplicó a 96 adolescentes consumidores de cocaína y 99 adolescentes que no consumían ninguna sustancia, de entre 15 y 18 años de edad.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows). Se analizaron las siguientes áreas: los Hábitos de Salud, la Historia de Salud, uso del Sector Salud y las Creencias y Actitudes con Respecto a la Salud; el Apoyo Social y, un ítem relacionado con los problemas de tipo legal.

Los resultados obtenidos del análisis indicaron que existen diferencias significativas en las categorías de salud reciente, hábitos negativos, vigilancia de salud y apoyo emocional, entre consumidores y no consumidores. En las categorías de hábitos positivos y tratamiento de emergencia, no se encontraron diferencias significativas. Se concluye que, en diversas áreas relacionadas con la salud, existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida de adolescentes consumidores de cocaína y adolescentes que no consumen ninguna sustancia, siendo inferior el nivel de calidad de vida de los adolescentes consumidores de cocaína.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.	1
CAPITULO 1. CALIDAD DE VIDA.	9
1.1 El concepto de Calidad de Vida.	10
1.2 Áreas de la Calidad de Vida.	12
1.3 Medición de la Calidad de Vida.	14
1.4 Instrumentos de Medición de Calidad de Vida.	16
1.5 Líneas de Investigación.	18
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA.	25
2.1 Aspectos Físicos y Biológicos Característicos de la Adolescencia: La pubertad.	26
2.2 Explicaciones Teóricas de la Adolescencia.	28
2.3 La adolescencia: Una Etapa de Grandes Cambios Psicológicos.	32
CAPITULO 3. LA DROGADICCIÓN.	38
3.1 Definiciones.	39
3.2 Teorías que Explican la Drogadiccción.	43
3.3 Tratamiento y Rehabilitación del Consumo de Cocaína.	47
3.4 Prevalencia del Consumo de Sustancias en México.	57
3.5 El Adolescente Consumidor de Sustancias.	61
II. MÉTODO.	67
III. RESULTADOS.	71
IV. DISCUSIÓN.	91
V. CONCLUSIÓN.	101
VI. BIBLIOGRAFÍA.	108
VII. ANEXO.	111

La expresión Calidad de Vida surge durante la década de los años 50's y a comienzos de los 60's, debido a las condiciones del medio ambiente y al deterioro de la vida urbana. De este modo, las consecuencias de la creciente industrialización, hacen surgir la necesidad de medir el bienestar humano, y es así como, desde las ciencias sociales, se inician las investigaciones que permiten el desarrollo de indicadores sociales estadísticos que logran medir hechos y obtener datos vinculados al bienestar social de una población.

Las múltiples investigaciones alcanzaron el perfeccionamiento de los indicadores sociales logrando con esto, que a comienzos de los años 80's, la expresión Calidad de Vida comenzara a definirse como un concepto que comprende todas las áreas de la vida, es decir, es de carácter multidimensional (Arostegui, 1998); y es precisamente por esto que resulta difícil llegar a un consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, Felce y Perry (1995) mencionan algunas definiciones:

1. La Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona.
2. Es la satisfacción experimentada por una persona en relación a sus condiciones de vida.
3. Es la calidad de las condiciones de vida de las personas junto a la satisfacción que estas experimentan.
4. Es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Como es evidente, existen múltiples definiciones del concepto Calidad de Vida, y esto mismo ocurre con la evaluación del fenómeno. Existen diferentes

enfoques de investigación de éste concepto; por ejemplo: El enfoque cuantitativo operacionaliza la Calidad de Vida estudiando diferentes indicadores sociales, es decir, se basan en condiciones externas relacionadas con el entorno; como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, entre otros. Por otro lado, se encuentra el enfoque Cualitativo que obtiene sus datos en base a las experiencias relatadas por las personas.

Como se puede observar, la multidimensionalidad del concepto Calidad de Vida, dificulta su definición y no permite llegar a un acuerdo en relación a cómo evaluarla; sin embargo, esto no ha sido un obstáculo para que se lleven a cabo diversos estudios desde diferentes ópticas y disciplinas.

Entre las ciencias de la salud existen numerosos trabajos de investigación científica que emplean el concepto Calidad de Vida relacionada con la misma como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. De este modo, la meta de la atención en salud, se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Un ejemplo de estos trabajos puede ser una investigación citada en la Revista Electrónica de Psicología, en la que llevaron a cabo una evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Cáncer de pulmón. En dicha investigación, señalan que los pacientes con cáncer de pulmón son sometidos a tratamientos de quimioterapia tan agresivos que provocan el deterioro físico de los pacientes, causando dificultades para la respiración, aumento de la fatiga, disnea, dolor, deterioro de la capacidad cognitiva y, como consecuencia de todo esto, la disminución de la capacidad de ejecución de actividades diarias. Así, con la finalidad de evaluar a nivel descriptivo la evolución de los niveles de la Calidad de Vida auto informada en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón, Sirgo, Díaz, García, Guevara,

López, López, Alija, y Pérez (2000), evaluaron a un grupo de 67 pacientes con dicho padecimiento. Utilizaron algunas pruebas que evaluaban la Calidad de Vida en diferentes áreas: funcionamiento cognitivo, emocional, físico, social, de rol y un índice global de Calidad de Vida. Los pacientes fueron evaluados en la primera, segunda y tercera fase del tratamiento de quimioterapia. Los resultados arrojados por esta investigación indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Calidad de Vida durante la administración de los ciclos de quimioterapia, excepto por el deterioro en el funcionamiento social.

Estudios de este tipo, permiten proporcionar una mejor asistencia integral a los pacientes dentro del marco hospitalario y desde luego, permiten poner énfasis y brindar mejores cuidados a todos los aspectos de la vida de los pacientes oncológicos.

Por su parte, la perspectiva psicológica, aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente se ven apreciablemente reducidas; se centra en las necesidades humanas y en su satisfacción. Tales necesidades son biológicas y aprendidas, de modo que la cultura influye en su número y contenido (Setién, 1993). Así pues, desde la psicología y la psiquiatría se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de mejorar los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

Otra línea de investigación importante es la Calidad de Vida en el trabajo. Esto se refiere a aquellas investigaciones que dedican todos sus esfuerzos para hacer más agradables las condiciones de trabajo y permitir al mismo tiempo, que los empleados participen en la solución de los problemas, esto es, uno de los objetivos que busca la Calidad de Vida en el trabajo es hacer de este una actividad más interesante, buscando con esto una mayor satisfacción y un mayor

rendimiento, de manera que tanto el empleado, como la empresa, gocen de las ventajas de un cambio (Pierre, 1982).

Otra de las áreas que han sido exhaustivamente exploradas es la Calidad de Vida en el espacio urbano. Por ejemplo, García (1997), cita un estudio en el que se identificaron las necesidades básicas en unidades definidas de espacio - población, la pobreza estructural y el componente de satisfactores que deben ser promovidos y desarrollados a través de la intervención distributiva del Estado vía políticas sociales. Para esto, seleccionaron variables del censo de población y Vivienda 1990 y fueron agrupadas de acuerdo al conjunto de necesidades y sus correspondientes satisfactores, así como por el tipo de intervención gubernamental que se requeriría para su modificación.

La conclusión de este trabajo permitió identificar espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el quehacer gubernamental. Las variables seleccionadas dejan en claro cuáles son las necesidades básicas insatisfechas en unidades definidas de espacio - población, la pobreza estructural y el componente de satisfactores que deben ser promovidos y desarrollados a través de la intervención distributiva del Estado vía políticas sociales (García, 1997).

También se han hecho investigaciones en relación a cómo repercuten las situaciones especiales en diferentes etapas del desarrollo, como pueden ser la infancia y la adolescencia. De esta forma, pueden agregarse cientos de investigaciones sobre calidad de vida, pero la importancia de todas ellas es la información que se obtiene, ya que ésta puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para diferentes propósitos, como pueden, ser evaluar la necesidad de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a poblaciones con problemas específicos y

que afectan a la población en general; tal es el caso de los adolescentes con problemas de drogadicción.

Este tema es importante debido a que en los últimos 10 años, el consumo de sustancias ha crecido aceleradamente al rededor de todo el mundo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1998 por la Secretaría de Salud y otros organismos, en México, poco más de 5 de cada 100 personas entre 12 y 65 años de edad, residentes en localidades urbanas (cerca de 2.5 millones de mexicanos), han utilizado alguna droga alguna vez en la vida. Los estudios coinciden en señalar que las drogas con mayores tasas de consumo son la marihuana, los inhalantes y la cocaína. Sin embargo, ha podido apreciarse un claro incremento del uso de cocaína entre los usuarios de drogas de la zona Metropolitana de la Ciudad de México, observándose un incremento de 9.5 veces al pasar de 7% del total de usuarios de sustancias en 1990 a 66.5% en 1998; de tal manera que la cocaína pasó a ser la droga de mayor prevalencia en esta ciudad, entre los usuarios de drogas (Secretaría De Salud, 1999).

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (1999), han hecho diferentes investigaciones en conjunto con otras instituciones en torno al consumo de drogas en nuestro país y al respecto, han señalado que los más altos índices de drogadicción, se dan en jóvenes de entre 12 y 25 años de edad, siendo más alto el índice de consumidores varones que mujeres. Esto indica que la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una adicción, debido a que los individuos deben asimilar los cambios propios de su crecimiento corporal, social y psicológico. Los bajos recursos económicos, la desintegración y falta de comunicación familiar, los largos periodos de ocio sumados a la curiosidad del adolescente, la presión del grupo de amistades, la atracción de hacer algo prohibido, entre otras cosas, pueden convertirse en factores que propicien el uso de drogas durante esta etapa (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Debido al aumento del consumo de drogas entre los adolescentes y la generalización del uso de cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban

como niños y jóvenes de pocos recursos, se han emprendido múltiples acciones para contrarrestar el fuerte avance del consumo de estas sustancias. En México se cuenta con diversas modalidades terapéuticas para la atención del problema de la drogadicción. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros se utiliza un enfoque psicosocial, y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Un buen número de programas para farmacodependientes incorpora a las familias de los pacientes en sus intervenciones. En algunos centros se desarrollan programas de desintoxicación y en unos pocos, acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos (Secretaría de Salud, 1999).

Como es evidente, se han realizado un sin número de acciones y se han desarrollado diferentes técnicas y metodologías para el tratamiento del consumo de sustancias. De hecho, existen procedimientos específicos para el tratamiento de la adicción a la cocaína dado el aumento en el número de usuarios de esta droga, sin embargo, diversos estudios han arrojado datos realmente desalentadores, en cuanto al alto índice de reincidencia que existe entre las personas que han emprendido programas formales de tratamiento. No importa cuál sea la técnica utilizada para la rehabilitación; la dificultad básica para cualquier consumidor de sustancias es evitar la reincidencia (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980; Barun, Bashe, 1988; Centros de Integración Juvenil, 1998; Centros de Integración Juvenil, 1999; Centro privado de Psicoterapia Integral Humana, 2000).

En este sentido, los Centros de Integración Juvenil, señalan que los adolescentes y jóvenes que acuden a recibir tratamiento en los diferentes centros, frecuentemente dejan de asistir a las terapias, o bien, terminan la rehabilitación pero no tienen mucho éxito a largo plazo (Centros de Integración Juvenil, 1999).

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, se han encontrado muy pocos datos en relación a las causas que intervienen en la reincidencia del uso de alguna droga, sobre todo en el caso de los adolescentes. Si bien se han explorado múltiples alternativas de tratamiento, no se ha realizado una investigación

exhaustiva que pudiera salvar de alguna manera los obstáculos que tiene el adolescente consumidor de cocaína para mantenerse en estado de abstinencia.

Dado que el consumo de cocaína es una problemática que se ha ido agudizando en la sociedad mexicana y que ocurre principalmente durante el período de la adolescencia, se consideró que una investigación relacionada con la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína podría arrojar datos muy interesantes y que podrían ser de utilidad en la lucha contra este fenómeno tan complejo que es la drogadicción. Por ello, el objetivo del presente estudio consistió en comparar, mediante la aplicación de un instrumento, la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína con la Calidad de Vida de adolescentes que no consumen ninguna droga.

Para alcanzar dicho objetivo, se llevó a cabo la revisión de diversos aspectos relacionados con la calidad de vida, la adolescencia y la drogadicción. De este modo, en el primer capítulo de este trabajo, se hace referencia a los antecedentes del concepto Calidad de Vida y se revisan algunas de las definiciones de dicho constructo. A su vez se describen algunas de las áreas, formas de medición e instrumentos que han sido utilizados por diversos investigadores, para el estudio de la calidad de vida. Al final de este primer capítulo, se describen algunas investigaciones que se han llevado a cabo en diferentes poblaciones, como personas con cáncer, el espacio urbano, personas de la tercera edad y adolescentes, entre otras.

El segundo capítulo aborda el tema de la adolescencia. En él, se describen aquellos aspectos físicos que son característicos de ésta etapa, y que son conocidos como la pubertad. También se revisan algunas de las teorías que explican el fenómeno de la adolescencia y finalmente, se habla un poco de aquellos cambios psicológicos y sociales que propician que el adolescente presente conductas que, para sus padres y los demás adultos, pueden parecer poco apropiadas o inseguras. Tal es el caso de la drogadicción.

En el tercer capítulo se describen aspectos importantes de la drogadicción, como son la definición de droga, dependencia, uso y abuso de sustancias. Posteriormente se describen algunas teorías que tratan de dar explicación a esta problemática y a su vez, han intentado dar una solución, mediante el desarrollo de tratamientos que ayudan a la rehabilitación de los consumidores de cocaína y otras drogas. Después de la descripción de los tratamientos que son utilizados comúnmente en México, se hace un análisis de la prevalencia del consumo de cocaína en la actualidad, en nuestro país, y para terminar con el marco teórico, se aborda el problema del adolescente consumidor de sustancias.

CAPÍTULO 1

CALIDAD DE VIDA.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal, y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de la vida urbana. Durante la década de los 50's y a comienzos de los 60's, el creciente interés por conocer el bienestar de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, surgiendo desde las Ciencias Sociales el desarrollo de los indicadores sociales, que son datos estadísticos que permiten medir hechos vinculados al bienestar social de una población (Arostegui, 1998).

De este modo, y dado el impacto que tuvieron las investigaciones realizadas, se desarrollaron valores en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda como la ONU, UNESCO, OMS, UNICEF, que promovieron proyectos de registro de datos y estados comparativos del estado de desarrollo, las condiciones de vida, y la salud de las naciones. Se hizo necesario, ir acercándose a una valoración de la Calidad de Vida de las naciones para poder jerarquizar y ejecutar los planes de ayuda y políticas de desarrollo que permitieran exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales, en relación con los derechos humanos (Quintero y González, cit. en Buendía, 1997).

De esta manera, el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, da pie al proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. Es así como, a mediados de los años 70's y a comienzos de los 80's, la expresión Calidad de Vida comienza a definirse como un concepto integrador, que comprende todas las áreas de la vida, y que hace referencia a condiciones objetivas y subjetivas (Arostegui, 1998); esto significa que la Calidad de Vida no es solo lo objetivo y concreto que nos rodea, sino también la relación subjetiva que ello produce y el

valor que le concedemos, lo cual deriva en el bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población, frente a la vida social.

Así pues, la complejidad social favorece el desarrollo de jerarquías de valores, estilos de vida y modos de pensar diversos. Esta diversidad puede conducir a los distintos grupos sociales a juzgar de forma distinta una misma condición (Setién, 1993). Por esta razón y a pesar de que la Calidad de Vida ha sido ampliamente estudiada, resulta difícil llegar a un consenso en cuanto a cómo definirla, medirla e incluso, establecer cuáles son las áreas específicas que la conforman. Sin embargo, a pesar de esta falta de consenso, diversos investigadores han intentado dar su propia definición y evaluar la Calidad de Vida de acuerdo a objetivos muy específicos, para lo cual, han dividido la Calidad de Vida en áreas que a ellos les ha interesado estudiar. Revisemos algunas de estas definiciones y formas de medición a lo largo de este capítulo.

1.1 El concepto de calidad de Vida.

La Calidad de Vida se ha estudiado desde diferentes enfoques y, aunque es un término ampliamente estudiado, los diferentes autores no han podido llegar a un acuerdo en cuanto a lo que este se refiere, y han intentado dar cada uno su propia definición.

La multidimensionalidad del fenómeno de la Calidad de Vida, tiene su base en el término "vida"; esto es, si desglosamos la expresión en las dos palabras que contiene, el concepto "Calidad", se entiende como la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa; como el grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de lo bueno y lo malo, es decir, la calidad se refiere al carácter de la vida más o menos bueno o satisfactorio.

La palabra "vida" se centra en la existencia humana: la vida humana puede ser individual o social, puede referirse a la actividad física o intelectual, a la vida cotidiana, al curso completo de la vida, etcétera. En este término radica la

dificultad de conceptualizar la Calidad de Vida (Setién, 1993). Es por ello que se encuentran diversas definiciones, por ejemplo, Levi y Anderson (1980), definen la calidad de vida, como una medida compuesta por bienestar físico, mental y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros.

Por su parte, San Martín y Pastor (1990), señalan que la relación global que el individuo establezca entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la sociedad y con el medio ambiente total en que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales, definen el concepto de la calidad de vida.

Se considera también que la Calidad de Vida es un término multidimensional y subjetivo, que se refiere al grado de satisfacción del individuo durante su vida, según el grado de importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos que determinan su felicidad o bienestar (Palomar, 1995).

M. Durand, por el contrario, sostiene que la Calidad de Vida no es asimilable a cualquier felicidad o bienestar individual. El concepto Calidad de Vida engloba todas las condiciones de la vida, en las que el Estado puede actuar (Setién, 1993).

De este modo, la perspectiva psicológica aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente se ven apreciablemente reducidas; se centra en las necesidades humanas y en su satisfacción. Tales necesidades son a la vez biológicas y aprendidas, de modo que la cultura influye en su número y contenido (Setién, 1993).

Como es evidente, existen diversas definiciones y cada una de ellas está conformada de acuerdo a la óptica o disciplina bajo la cual se pretende estudiar la

calidad de vida. Así pues, mientras que no se logre un consenso en su definición, la Calidad de Vida debe ser estudiada dentro del marco conceptual y metodológico concreto en el que se aborda. Dadas estas condiciones, se considera que la definición que más satisface los objetivos de éste trabajo es aquella en la que se engloben la mayor parte de esferas de la vida, y a su vez, se tomen en cuenta los aspectos objetivos y subjetivos que intervienen en éste fenómeno, por lo cual diremos que la Calidad de Vida es la percepción de satisfacción y bienestar que tenga el individuo a lo largo de la vida, tomando en cuenta aspectos objetivos y subjetivos. En dicha percepción influyen aspectos físicos, biológicos, psicológicos, culturales, sociales y económicos.

1.2 Áreas de la Calidad de Vida.

En su teoría, Maslow menciona que el hombre es un ser que requiere satisfacer diferentes necesidades a lo largo de su vida. Dichas necesidades se clasifican de más a menos urgentes para la supervivencia, coincidiendo este orden con su aparición cronológica. De aquí que Maslow identificó 5 sistemas de necesidades (García y Moya, 1993):

- Fisiológicas (hambre, sed, oxígeno, sexo, calor, etcétera).
- Seguridad (interna y externa)
- Amor (afiliación, aceptación y pertenencia).
- Estima (éxito, aprobación, reconocimiento).
- Autorrealización.

Esta teoría sugiere que el estudio de los individuos conlleva a deducir las diferentes dimensiones o áreas que comprenden la Calidad de Vida. Y en razón de esto muchos investigadores han intentado definir cuáles serían dichas áreas.

Por ejemplo, para las Naciones Unidas (1961; cit. en Levi y Anderson, 1980), el concepto de Calidad de Vida comprende los siguientes nueve componentes:

1) salud, 2) alimentación, 3) educación, 4) ocupación, condiciones de trabajo, 5) condiciones de vivienda, 6) seguridad social, 7) vestido, 8) recreación y 9) derechos humanos.

Por su parte, Flanagan y Russ (1975; cit. en Setién, 1993), identificaron quince componentes de la calidad de vida, que categorizaron en cinco áreas de desarrollo humano :

- Desarrollo profesional (trabajo - económico).
- Desarrollo físico y mental (salud y sentimiento positivo ante la vida).
- Desarrollo interpersonal (relaciones con parientes y amigos).
- Desarrollo cívico (participación política y social).
- Desarrollo intelectual y creativo (educación - recreación).

San Martín y Pastor (1990) mencionan cinco áreas básicas en la Calidad de Vida:

- Capacidad funcional: para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades creativas.
- Funciones sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad.
- Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
- Estado emocional: bienestar general, incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta de adecuación, temor y cólera.
- Situación económica: la capacidad para mantener su estándar de vida. Si desaparece la seguridad económica, las capacidades funcionales globales pueden empeorar significativamente.

Después de revisar cuidadosamente las áreas que los diferentes autores mencionan como componentes de la calidad de vida, es evidente que para algunos, ciertas áreas no son consideradas, como pudiera ser el caso de las relaciones con parientes, amigos y la comunidad, que no son mencionadas en la definición de las Naciones Unidas. De hecho, los componentes aquí citados pueden no ser los únicos, sólo se han mencionado algunos; sin embargo, se observa a través de la

variedad de definiciones, que los componentes de la Calidad de Vida pueden incluir desde la enorme lista de necesidades, recursos y valores individuales, hasta la consideración de las preocupaciones, problemas y objetivos sociales que conforman la política social. Lo anterior indica que, así como es difícil dar una definición de calidad de vida, saber cuáles son las áreas en que hay que dividirla, es igual de complicado; sin embargo, es necesario realizar esta división con la finalidad de hacer más específico el objeto de estudio a medir. Una vez delimitadas las áreas específicas que se desea estudiar, es más fácil llevar a cabo su evaluación o medición, que puede ser de tipo objetivo o subjetivo como se explicará a continuación.

1.3 Medición de Calidad de Vida.

Como se ha mencionado antes, Calidad de Vida es un concepto complejo que abarca más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o ramas de las ciencias. Por tanto, el especialista que lo estudia se ve obligado a dar una definición operativa, válida para sus propósitos, y si es posible, debe definir también los indicadores en los que se basa su definición, ya que de lo contrario, puede convertirse en un objetivo de investigación intangible, debido al gran número de factores que conforman su estructura.

La Calidad de Vida puede ser medida de diferentes formas, como puede ser, en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales; síntomas de funcionamiento individual e intelectual y en relación al desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también en términos de bienestar. La gran riqueza del concepto Calidad de Vida requiere no solo que se evalúen múltiples dimensiones, sino que se usen diversas medidas de cada dimensión que se estudia.

De acuerdo a San Martín y Pastor (1990), para medir la Calidad de Vida debe utilizarse el razonamiento científico en forma sistemática a través de las siguientes etapas:

a) Identificación y observación de los fenómenos y variables que se asocian a la calidad de vida.

b) Observación y medición de las necesidades, valores, comportamientos, objetivos y aspiraciones de la población, entre otros.

c) Encuestas de aptitudes, opiniones y valores.

d) Identificación del perfil cultural de la sociedad, de los grupos sociales, de los individuos, etcétera.

e) Identificación de las relaciones psicosociales.

f) Percepción de la Calidad de Vida por la población.

Los mismos autores sostienen que cuando se hace medición de calidad de vida, se pueden distinguir 4 niveles:

1. Elementos materiales necesarios a la vida del hombre.

2. Bienes y valores no materiales necesarios para el desarrollo intelectual del individuo y la sociedad.

3. Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios culturales y materiales.

4. Percepción de la Calidad de Vida tanto objetiva como subjetiva.

La medición de la Calidad de Vida también puede ser subjetiva, ya que es el propio individuo quien mejor conoce sus necesidades y lo que es más importante para sí mismo y no el personal de salud, ni sus familiares o amigos, ya que sus percepciones son diferentes.

De esta forma, se puede evaluar la reacción individual y colectiva frente al proceso de Calidad de Vida identificando y midiendo los indicadores asociados al fenómeno analizado (San Martín y Pastor, 1990), por ejemplo; para evaluar la sensación de bienestar general se puede medir los niveles de ansiedad, depresión, enfermedad, la vitalidad, autocontrol, interés, etcétera; en el caso de la medición

del rendimiento y satisfacción en el trabajo podría tomarse en cuenta el ritmo de trabajo, fatiga, falta de concentración, interés, satisfacción, accidentes, etcétera; la participación social puede medir el grado en el que el individuo participa en la vida colectiva, entre otros.

Así pues, la medición de Calidad de Vida es llevada a cabo a través de diversos instrumentos creados para evaluar áreas específicas de este fenómeno. Algunos de ellos se describirán en el siguiente apartado.

1.4 Instrumentos de Medición de Calidad de Vida.

Al llevar a cabo la selección de un instrumento para medir la calidad de vida, es importante tomar en cuenta los siguientes factores (Fletcher, 1992):

- Propiedades de medición adecuadas.

- Validez
- Confiabilidad
- Claridad

- Tipo de instrumento.

- Genérico.
- Enfermedad específica
- Dimensión específica
- Pregunta específica a estudiar.

- Método de administración.

- Autoadministración.
- Administrado por encuestador.

- Escenario cultural.

Partiendo de los criterios anteriores, las mediciones sobre Calidad de Vida se han realizado con cuestionarios preparados para evaluar, en la mayoría de los casos, enfermedades y poblaciones específicas. Algunos ejemplos de estos instrumentos son:

- **Perfil de estados de ánimo (PMS).** Este instrumento fue desarrollado por McNair, Lorr y Doppleman (1971). Mide seis estados de ánimo o afectivos : tensión - ansiedad; depresión - melancolía; enojo - hostilidad; vigor - actividad; fatiga - inercia; confusión - perplejidad. El cuestionario consta de 65 ítems, es autoadministrable y evalúa el área psicológica.

- **Cuestionario de índice de salud McMaster (MHIQ).** Chambers (1982) aplicó este instrumento a 96 pacientes externos de psicoterapia, con edades de entre 15 y 66 años. El instrumento evalúa la Calidad de Vida en pacientes con enfermedades reumáticas y consta de 59 ítems. Es autoadministrable y evalúa aspectos sobre morbilidad, auto cuidado, comunicación y funcionamiento físico global; autoestima, observaciones a cerca de relaciones personales y el futuro, eventos críticos en la vida y funcionamiento emocional global. Incluye las áreas física, social y emocional.

- **Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida.** Palomar (1995) utilizó éste instrumento en 320 sujetos de 18 colonias de la ciudad de México, con edad de 20 a 50 años; el objetivo era conocer la Calidad de Vida relacionada con factores demográficos. El instrumento tuvo 218 reactivos, de los cuales 109 estaban relacionados con la importancia de diferentes aspectos de la vida, y los otros 109, con la satisfacción de los mismos. Los reactivos hacen referencia al trabajo, los hijos, la pareja, bienestar económico, bienestar físico, familia, medio ambiente, sociabilidad, amigos cercanos, desarrollo personal, percepción personal y pérdidas emocionales. Evalúa las áreas física, psicológica, social y económica.

Lo anterior, fundamenta la importancia reconocida al estudio de la calidad de vida, aunque ésta es abordada por los diferentes autores en áreas específicas de su especialidad y no consideran todas las áreas de la calidad de vida, debido a la gran cantidad de factores que influyen en ésta. No obstante no existe un método evaluativo consensuado, la tendencia general es que cada investigador elabora el suyo. De todo esto, se hace evidente que existen tantos instrumentos como

investigaciones de Calidad de Vida y resulta interesante revisar algunas de las líneas de investigación que se han seguido dentro de este ámbito. A continuación, se mencionarán algunas investigaciones que se han realizado sobre calidad de vida.

1.5 Líneas de Investigación.

Como es evidente, la multidimensionalidad del concepto Calidad de Vida, dificulta su definición y no permite llegar a un acuerdo en relación a cómo evaluarla; sin embargo, esto no ha sido un obstáculo para que se lleven a cabo diversos estudios desde diferentes ópticas y disciplinas.

Por ejemplo, entre las ciencias de la salud, numerosos trabajos de investigación científica emplean el concepto Calidad de Vida relacionada con la Salud, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. De este modo, la meta de la atención en salud, se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Un ejemplo de estos trabajos puede ser una investigación citada en la Revista Electrónica de Psicología, en la que llevaron a cabo una evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer de pulmón. En dicha investigación, señalan que los pacientes con cáncer de pulmón son sometidos a tratamientos de quimioterapia tan agresivos que provocan el deterioro físico de los pacientes, causando dificultades para la respiración, aumento de la fatiga, disnea, dolor, deterioro de la capacidad cognitiva y, como consecuencia de todo esto, la disminución de la capacidad de ejecución de actividades diarias. Así, con la finalidad de evaluar a nivel descriptivo la evolución de los niveles de la Calidad de Vida autoinformada en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón, Sirgo, Díaz, García, Guevara,

López, López, Alija y Pérez (2000), evaluaron a un grupo de 67 pacientes con cáncer de pulmón y utilizaron algunas pruebas que evaluaban la Calidad de Vida en diferentes áreas: funcionamiento cognitivo, emocional, físico, social, de rol y un índice global de Calidad de Vida. Los pacientes fueron evaluados en la primera, segunda y tercera fase del tratamiento de quimioterapia. Los resultados arrojados por esta investigación indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Calidad de Vida durante la administración de los ciclos de quimioterapia, excepto por el deterioro en el funcionamiento social.

Estudios de este tipo, permiten proporcionar una mejor asistencia integral a los pacientes dentro del marco hospitalario y desde luego, permiten poner énfasis y brindar mejores cuidados a todos los aspectos de la vida de los pacientes oncológicos.

Por otro lado, desde la psicología y la psiquiatría, se realizan evaluaciones de calidad de vida, con el fin de mejorar los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial, personas con esquizofrenia y con depresión mayor. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

Otra línea de investigación importante, es la Calidad de Vida en el trabajo. Esto se refiere a aquellas investigaciones que dedican todos sus esfuerzos, para hacer más agradables las condiciones de trabajo y permitir, al mismo tiempo, que los empleados participen en la solución de los problemas, esto es, uno de los objetivos que busca la Calidad de Vida en el trabajo, es hacer de éste, una actividad más interesante, buscando con esto una mayor satisfacción y un mayor rendimiento, de manera que tanto el empleado, como la empresa, gocen de las ventajas de un cambio (Pierre, 1982).

Otra de las áreas que han sido exhaustivamente exploradas, es la Calidad de Vida en el espacio urbano. Por ejemplo, García (1997), cita un estudio en el que se identificaron las necesidades básicas en unidades definidas de espacio - población, la pobreza estructural y el componente de satisfactores que deben ser promovidos

y desarrollados a través de la intervención distributiva del Estado vía políticas sociales. Para esto, seleccionaron variables del censo de población y Vivienda 1990 y fueron agrupadas de acuerdo al conjunto de necesidades, y sus correspondientes satisfactores, así como por el tipo de intervención gubernamental que se requeriría para su modificación.

La conclusión de este trabajo, permitió identificar espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el quehacer gubernamental. Las variables seleccionadas, dejan en claro cuáles son las necesidades básicas insatisfechas en unidades definidas de espacio - población, la pobreza estructural y el componente de satisfactores que deben ser promovidos y desarrollados a través de la intervención distributiva del Estado, vía políticas sociales (García, 1997).

Se han dado investigaciones también en relación a cómo repercuten situaciones especiales, en diferentes etapas del desarrollo, como pueden ser la infancia, la adolescencia y la tercera edad.

Un ejemplo de las investigaciones llevadas a cabo con personas de la tercera edad, puede ser la realizada por Hernández (1997), en la que determinó la Calidad de Vida de una muestra de personas de la tercera edad en base al estudio de sus datos socioeconómicos, de su salud mental, física; y sus hábitos alimenticios. A partir de la información estadística, se elaboró un índice con cuatro categorías, para ubicar dentro de cada una de éstas a los sujetos integrantes de la muestra de acuerdo con la puntuación sumada. Las categorías fueron 1) Mala Calidad de Vida (de 96 a 134 puntos); 2) Regular Calidad de Vida(135 a 148 puntos); 3) Buena Calidad de Vida(150 a 164 puntos) y 5) Muy buena Calidad de Vida(165 a 190 puntos). Las personas participantes fueron personas de 60 años o más que vivían en asilos, o personas de esta misma edad, que vivían en su casa, pero que asistían a estancias diurnas destinadas particularmente para su atención. Para llevar a cabo la medición, se utilizaron diversos instrumentos, como la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage; el Cuestionario de Salud de Goldberg, versión 12; Cuestionario de datos socioeconómicos, cuestionario sobre dieta habitual,

padecimientos físicos e ingestión de medicamentos, entre otros como estadímetro, báscula, plicómetro. Los resultados arrojados por ésta investigación, señalan que las personas recluidas en instituciones para ancianos, viven en una situación mucho más precaria (tanto en el aspecto de salud como socioeconómico), que las personas que viven en sus hogares. Las investigaciones de este tipo, ayudan para dejar claro que es necesario enfocarse en realizar mejoras en los programas de nutrición y vivienda; hacer que sean más eficaces los procedimientos para tener diagnósticos tempranos de enfermedades, especialmente cuando la intervención puede prevenir la complicación o cronicidad; de igual forma, pone de manifiesto la necesidad de estructurar un programa financiero y asistencial, que tenga la participación conjunta y coordinada de los sectores público y privado, y que se sustente en los principios de bienestar social, a efecto de que su realización permita alcanzar la meta de que la ancianidad disfrute de su derecho a una existencia digna.

En relación a los estudios realizados con adolescentes, puede citarse la investigación realizada por González, Salgado y Andrade (1993), en la que analizaron los recursos de apoyo familiar y social del adolescente temprano, a fin de identificar a quién acuden los varones y mujeres adolescentes en busca de ayuda, consejos, consuelo o ambos, cuando enfrentan problemas con las siguientes fuentes de conflicto: el padre, la madre, los hermanos, las mejores amistades, la autoimagen corporal, y las inquietudes sexuales. También se exploró la relación entre los recursos de apoyo (familia, amigos, nadie) y el estado emocional de los adolescentes. Para esta finalidad, se realizó un estudio ex - post - facto. La muestra quedó integrada por 298 mujeres y 310 hombres de entre 13 y 15 años de edad, todos ellos estudiantes de secundaria en la Ciudad de México. Se diseñó la Cédula de redes de apoyo y se utilizó también la escala de Depresión CES - D, como indicador del estado emocional. Se observó en las mujeres una marcada preferencia por acudir con la familia cuando tuvieron cualquier tipo de problemas, siguiendo en importancia el apoyo de los amigos, y por último, el no buscar ayuda.

Sólo respecto a los problemas por las inquietudes sexuales, tendieron a preferir en segundo término, el no buscar consejos. En contraste, el patrón de los recursos de apoyo en los hombres fue diferente : cuando tuvieron problemas con el padre, con la madre y con los hermanos, la mayoría prefirió el apoyo de la familia; cuando se trató de problemas con los amigos, la mayoría acudió con la familia o no buscó ayuda, una proporción menor, prefirió buscar ayuda en otros amigos y, cuando tuvieron problemas por la autoimagen corporal y por las inquietudes sexuales, la mayoría prefirió no buscar ayuda; seguido por acudir con la familia y en menor número con las amistades. Respecto a los recursos de apoyo preferidos por los adolescentes y su relación con su estado emocional, los resultados obtenidos por los análisis de varianza, indicaron que en ambos sexos, el apoyo de la familia fue el más efectivo, presentando los niveles más bajos de malestar emocional, en todas las fuentes de conflicto evaluadas. Sin embargo, cabe mencionar que en los hombres, el acudir con los amigos o no buscar ayuda, tampoco se relacionó con sintomatología depresiva en ninguno de los problemas evaluados; en cambio, las mujeres que no acudieron con la familia cuando tuvieron conflictos con el padre, con la madre, con la autoimagen corporal y con las inquietudes sexuales, tuvieron puntajes de depresión significativamente mayores. De ésta investigación se concluye que la dinámica de la familia influye directamente en todos sus integrantes y es necesario que los adolescentes sientan confianza y afectividad en las relaciones familiares para que logren alcanzar una estabilidad emocional y madurez completas. Asimismo, en la adolescencia, la interacción extrafamiliar con las amistades puede ser un elemento enriquecedor, si los contenidos transmitidos y las inquietudes derivadas desmitifican ideas equivocadas. Por esto, según González y colaboradores, señalan que los programas de salud deben contemplar la interacción del sistema familia - adolescente, a fin de incidir integralmente en todas las partes que se influyen entre sí.

En éste mismo rubro, Castro y Mayo (1982), realizan una investigación cuyo objetivo fue encontrar variables percibidas como proximales por el adolescente y

analizar el vínculo de éstas variables, con el uso de drogas. La población estuvo conformada por adolescentes de 14 a 18 años de edad, del Distrito Federal y zona Metropolitana. El universo abarcó todas las escuelas localizadas dentro de estas localidades. Se aplicaron 3408 cuestionarios, distribuidos en un total de 89 escuelas. De la población total, 50.2 % eran hombres y 49 % mujeres; entre ellos se encontraban consumidores y no consumidores de drogas. El instrumento utilizado consta de 26 afirmaciones, cuyo contenido hace referencia a condiciones ecológicas del medio ambiente físico (calidad del aire, servicios asistenciales, lugares de recreo, entre otros), y en menor proporción se refieren al espacio físico que hay en la casa para realizar actividades personales, tiempo libre, vida de familia y relaciones interpersonales con cada uno de sus miembros. El estudiante debía leer la afirmación y situarse en un continuo, cuyos extremos van del completamente insatisfecho (1) al completamente satisfecho (7). Los resultados obtenidos indican que un número significativamente mayor de usuarios de droga, en comparación con los no usuarios, percibe su medio ambiente familiar, interpersonal con el grupo de pares y escolar, como distal. Su Calidad de Vida la perciben como insatisfactoria y reportan dificultades en el manejo de la realidad. Gracias a este estudio podrían sugerirse programas preventivos específicos, dirigidos a la población escolar; con base en el análisis de las variables que miden las tres escalas en cuanto a su relación asociativa y predictiva con el uso de drogas. De esta manera, podrían manejarse ciertos aspectos del medio ambiente y de la calidad de vida, logrando prevenirse en forma indirecta el uso de drogas entre los jóvenes.

Con todo lo anterior, se observa que no hay una definición específica de Calidad de Vida, por lo que resulta difícil especificar las áreas en que se divide éste concepto tan amplio. Asimismo, los instrumentos de medición pueden ser tantos como definiciones existen de dicho fenómeno. De hecho, podrían describirse cientos de investigaciones sobre Calidad de Vida en este trabajo, pero la importancia de todas ellas es la información que se obtiene, ya que ésta puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a

transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para diferentes propósitos, como pueden ser evaluar la necesidad de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a poblaciones con problemas específicos y que afectan a la población en general; como puede ser el caso de los adolescentes con problemas de drogadicción.

Para entrar de lleno a esta problemática es preciso revisar algunas cuestiones relacionadas con la adolescencia, que permitan tener un panorama más amplio de lo que esta etapa del desarrollo implica. En el siguiente capítulo se describirán las características propias de éste periodo de la vida humana.

CAPÍTULO 2

ADOLESCENCIA.

Desde hace algunas décadas, la adolescencia ha sido denominada como "los terribles teens". De hecho, muchos padres y educadores temen éste lapso de la vida, debido a los incontables problemas que presenta. Después de un largo período de comportamiento relativamente estable, el niño se torna súbitamente inestable y sus reacciones son imprevisibles. El temor de los adultos hacia esta edad ha sido intensificado por las publicaciones sobre el aumento de delincuencia juvenil, los accidentes automovilísticos, la ebriedad, el consumo de drogas, los delitos de carácter sexual, y los matrimonios precedidos por la fuga de los novios, que llenan los diarios, revistas, programas de radio y televisión. (Hurlock, 1979).

La adolescencia es la etapa en que la autoridad ya no se ejerce sin discusión, y es la edad en que uno puede reconocer a un adolescente, porque no se le puede decir nada.

Dadas las características de la adolescencia, es necesario llevar a cabo un análisis detallado de lo que ocurre en esta etapa del desarrollo. Para comenzar, cabe señalar que el vocablo "adolescencia" proviene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer" o "llegar a la maduración". En el aspecto físico, representa alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característicos del individuo adulto y el desarrollo del aparato reproductor, que hace posible la procreación. En el aspecto psicológico, está maduro el individuo cuya inteligencia haya alcanzado su máximo desarrollo (Hurlock, 1979). Por consiguiente, no debe confundirse la adolescencia con la pubertad, que es el período en que se produce la maduración sexual. La pubertad puede ser una parte de la adolescencia, pero no es sinónimo de ésta. Dada la importancia de la pubertad durante la etapa de la adolescencia, se considera necesario resaltar algunos de los cambios físicos más importantes de este periodo del desarrollo.

2.1 Aspectos físicos y biológicos característicos de la Adolescencia : La Pubertad.

La adolescencia se caracteriza por los cambios físicos tan rápidos que sufre el individuo. Durante esta etapa, las transformaciones biológicas consisten, generalmente, en un aumento considerable en el ritmo del crecimiento y de tamaño corporal, un rápido desarrollo de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Las hormonas que afectan el crecimiento de los adolescentes, aumentan su producción durante la pubertad y provocan cambios físicos notables. La secreción de testosterona, por ejemplo, hace que el pene crezca, que la espalda se ensanche, y que el pelo aparezca en el área genital y en la cara. En las mujeres, el estrógeno hace que el útero y los senos crezcan, y que las caderas se ensanchen.

Generalmente, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo, por lo que no es extraño que algunos adolescentes aumenten de peso de manera evidente en ésta época. También, el principio de la adolescencia suele estar marcado por un gran incremento en la altura. Los huesos y los músculos aumentan de tamaño, y al crecimiento de las extremidades le sigue normalmente un crecimiento en el ancho del cuerpo (Craig, 1989).

Algo que parece ser muy interesante, es que los sexos maduran a diferente ritmo. En promedio, aunque hay muchas variaciones, las mujeres pasan por profundos cambios biológicos dos años antes que los varones.

Además del crecimiento, el cambio biológico más importante en el hombre adolescente, es el desarrollo del sistema reproductor. La primera indicación de la pubertad, es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. Aproximadamente un año más tarde, desde que empieza su crecimiento, suele haber un aumento rápido en la talla y en el pene, así como de las vesículas seminales y de la próstata. Comienza a aparecer el vello púbico y la primera emisión seminal suele aparecer entre los 11 y los 16 años.

En las mujeres, el crecimiento de los senos suele ser la primera señal del inicio de la pubertad. Hay crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento de las dimensiones del clítoris y los labios genitales. La menarca, que constituye la principal característica de maduración sexual, aparece en ésta etapa, generalmente entre los 9 y los 16 años (Craig, 1989).

Los cambios ocurren de una manera tan rápida, que los adolescentes son plenamente conscientes de estos cambios físicos, y otorgan una gran importancia a su aspecto físico. De hecho, aproximadamente la tercera parte de los niños y la mitad de las niñas que se encuentran en los primeros años de la adolescencia, reportan malestar respecto de su apariencia física. Asimismo, los adolescentes menos satisfechos con su aspecto físico, presentan menos autoestima, su autoimagen es menos estable y son más conscientes de su aspecto.

Por otro lado, la edad en que se producen los cambios más notables en el adolescente, es variable, lo cual afecta indudablemente el aspecto psicológico. Los niños que maduran tempranamente se desempeñan mejor en los deportes y en las actividades sociales, suelen ganarse la admiración de los compañeros y amigos que le rodean. Por el contrario, los niños que tardan en madurar tienen más probabilidades de sentirse ansiosos e inadecuados (Grief y Ulmal, 1982).

En las mujeres, la maduración temprana parece tener sus ventajas y sus desventajas. La adolescente que madura a edad más temprana es admirada por sus compañeras, aunque corre el peligro de ser ridiculizada por los varones. Sin embargo, las niñas de maduración precoz, aunque pueden sufrir un poco durante la adolescencia por su mayor tamaño y por su condición de mayor desarrollo, en la edad adulta suelen ser personas bien ajustadas y contentas consigo mismas (Grief y Ulmal, 1982).

La maduración sexual temprana y el énfasis que da la sociedad actual a la sexualidad, se combinan para incrementar la importancia de ésta en la vida de la mayoría de los adolescentes contemporáneos. Para muchos adolescentes de hoy en día, el sexo es un medio de comunicación, una nueva experiencia, un indicio de

madurez, una fuente de aprobación y de estatus entre compañeros de la misma edad, un reto hacia los padres o la sociedad restrictiva y un escape de la soledad o las presiones de la vida (Craig, 1989).

Sin embargo, como se mencionó al principio de este capítulo, la pubertad no es lo único que hay que explicar en relación con el período de la adolescencia. Este fenómeno va más allá de los bruscos cambios físicos ocurridos a los adolescentes. El fenómeno de la adolescencia está acompañado de cambios psicológicos que han intentado ser explicados por diversos estudiosos de ésta etapa. Algunas de estas explicaciones se describirán a continuación.

2.2 Explicaciones teóricas de la adolescencia.

El estudio de la etapa de la adolescencia constituye un capítulo de la psicología evolutiva relativamente reciente, y las primeras obras del desarrollo infantil no se ocupaban de ella. Así, el libro de Pérez, del año 1878, que podemos considerar como la primera obra más extensa dedicada al desarrollo, termina a los siete años. Fue hasta finales del siglo XIX cuando se empezó a estudiar la adolescencia de forma sistemática. En 1898 un criminalista italiano, Antonio Marro, publicó un libro sobre la pubertad, que tuvo una cierta influencia, sobre todo, a través de su traducción francesa (Delval, 1994).

Pero fue el psicólogo G. Stanley Hall, uno de los primeros estudiosos del período de la adolescencia, quien describió el desarrollo sexual, social, intelectual y emocional de los adolescentes. El punto de vista de Hall, es que la adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión y por la aflicción. Esta teoría ha seguido teniendo sus defensores, en particular los psicólogos y sociólogos de tendencia psicoanalítica. Por ejemplo, están aquellos que piensan que la esencia misma del período de la adolescencia es el conflicto mismo. Sin embargo, esta premisa tiene también sus adversarios, como Albert Bandura, quien sostiene que la idea de que la adolescencia es necesariamente un período tormentoso, es un mito.

Sostiene que los adultos han prestado demasiada atención a las señales superficiales de inconformidad en los jóvenes, es decir, han prestado más atención a las modas de los jóvenes que a su conformidad, y más aún, a su rebelión, que a su obediencia (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Por su parte, Erikson ha sugerido que el periodo de la adolescencia, es un periodo en el que el individuo lucha entre identidad y difusión, o pérdida de identidad. Para Erikson, la identidad es la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás. La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos estrepitosos de la adolescencia, cuando la identidad desempeña un papel fundamental en el desarrollo (Horrocks, 1993).

A través de lo que se ha venido señalando, puede vislumbrarse que las concepciones sobre la adolescencia son muy variadas y muchos autores han subrayado más unos caracteres que otros, sin embargo aquí se pretende dar una descripción de las principales teorías que explican éste fenómeno, como pueden ser la psicoanalítica, la teoría de Piaget, y la sociológica.

•Teoría Psicoanalítica.

La teoría de Freud está orientada biológicamente y presenta el desarrollo psicológico como resultado de la interacción del aprendizaje con el desarrollo de tres sistemas orgánicos vitales: el oral, el anal y el genital. Considera que el desarrollo es una secuencia de cinco etapas: oral, anal, fálica, latente y genital. Dichas etapas no serán descritas detalladamente en este trabajo, ya que sería una labor muy extensa, y dados los objetivos de este estudio, no es totalmente necesario. Revisemos aquellas etapas que se encuentran estrechamente vinculadas con el fenómeno de la adolescencia. Según esta teoría, cuando el niño crece, después de la mitad de la niñez, y deja atrás la etapa fálica, entra al período de latencia: una época para la maduración del ego. Esta maduración consiste en el

desarrollo de actitudes sociales y procesos de pensamiento, así como en el establecimiento de relaciones fuera de la familia inmediata. Tal extensión de relaciones abarca a otras personas de su misma edad, maestros, líderes del grupo y otros que están fuera de la esfera familiar. La latencia consiste en una represión de la sexualidad infantil, y es inspirada por el temor que tiene el niño al castigo por su interés erótico en el padre del mismo sexo. Esto significa que la latencia surge cuando el niño encuentra la necesidad de renunciar a sus esfuerzos edípicos y se caracteriza por la orientación a la realidad y por la aparente falta de sexualidad (Horrocks, 1993).

Durante esta etapa, el niño tiende a encontrar un equilibrio de personalidad, y a colocar los fundamentos que le permitirán afrontar la súbita llegada de la adolescencia con mayor estabilidad y seguridad.

La etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada de la adolescencia. La sexualidad reprimida durante la latencia aparece de nuevo, y ocasiona una multitud de problemas que se habían eliminado con la etapa anterior. Desde esta óptica, la adolescencia es una época en que el joven en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y estabilizado durante el periodo de latencia. El niño necesita redefinir y reagrupar sus defensas y formas de adaptación.

Según la interpretación freudiana, una característica de la adolescencia es el resurgimiento de los esfuerzos edípicos y preedípicos que producen el deseo de mantener los lazos familiares en una época en que las tareas de desarrollo insisten en abandonarlos. El problema consiste en reprimir o defenderse contra los sentimientos agresivos e incestuosos que tiene hacia sus padres, esto es, el adolescente debe renunciar y separarse realmente de tales sentimientos si quiere conservar a sus padres. Más aún los lazos afectuosos del adolescente con sus padres deben aflojarse de tal manera que se garantice su libertad futura en la elección de objetivos y se le proporcione una buena orientación para su propia

generación, así como un ajuste normal a la realidad social de los adultos. Esto es lo que ocasiona sus reacciones de pesar, las cuales no tienen paralelo en la niñez.

Así pues, la interpretación freudiana establece que la tarea del adolescente consiste en voltear la espalda a las relaciones inmaduras que mantiene con sus padres y crearse un fuerte sentido de valor (Horrocks, 1993).

• *Teoría de Piaget.*

Desde ésta perspectiva, en la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que va 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 que se produce. El individuo se inserta en esa sociedad, pero tiende a modificarla. Por ello elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no solo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. Para Piaget, la adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

• *Teoría Sociológica.*

Esta postura sostiene que la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que viene 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 terminar de adoptar determinados papeles sociales. Esos papeles le son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección. Al mismo tiempo, los adultos tienen mayores exigencias y expectativas respecto a los adolescentes, y esas exigencias pueden hacerse insoportables. El cambio de papeles puede producir conflictos y generar tensión. Así pues, para la perspectiva sociológica, la adolescencia es atribuible a causas sociales exteriores (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

De estas tres teorías, se puede decir que la social, es la que más se aproxima a la teoría conductual, ya que de alguna manera, atribuye el comportamiento del

adolescente a variables que se encuentran dentro del contexto específico en el que se desarrolla el individuo, al igual que la teoría conductista. A su vez, el individuo aprende dichos patrones de comportamiento, gracias a la sociedad en que se encuentra inmerso, ya que es ésta la que asigna o no un rol social determinado.

En realidad, los conductistas han realizado muchas investigaciones en torno a la etapa infantil del individuo, y existen grandes aportaciones de esta teoría a cerca del aprendizaje y el comportamiento infantil, pero han sido pocas las investigaciones realizadas con adolescentes; sin embargo, las bases de dicha teoría, son las que dan la pauta a seguir a esta investigación y por ello fundamenta lo que en éste trabajo se expone.

Hasta aquí, se han mencionado solo algunos aspectos relevantes en relación al periodo de la adolescencia, como son la pubertad y algunas teorías que han pretendido explicar dicho fenómeno, pero aún es necesario revisar aquellos aspectos que han provocado que esta etapa sea conocida como los "terribles teens". En el siguiente apartado se dará una descripción de aquellos aspectos psicológicos y sociales que hacen de la adolescencia una época tan conflictiva.

2.3 La Adolescencia : una etapa de grandes cambios.

La adolescencia es un fenómeno suficientemente complejo como para que se resista a ser descrito de manera resumida y siguiendo unas grandes líneas. A partir de lo que se ha estado revisando a lo largo de este capítulo, se pueden observar la gran cantidad de factores que intervienen y que están relacionados entre sí; de tal manera que se vuelve arriesgado realizar afirmaciones tajantes y validas en todos los casos. Por ello existe el riesgo inevitable de tener que ofrecer un panorama muy general de esta etapa. En este apartado se intentará realizar un descripción de algunos aspectos de la adolescencia, en relación con el mundo social y psicológico, que parecen ser relevantes.

Bien, lo que parece muy claro hasta este momento, es que la adolescencia es un fenómeno determinado por la sociedad en que se produce, y que por ello puede adoptar diversas formas, según la interacción que se produzca entre los cambios físicos y psicológicos, por un lado, y las resistencias sociales, por el otro.

El hecho que desencadena este fenómeno, son los físicos y psicológicos que proporcionan al joven las capacidades y las posibilidades que tiene los individuos maduros, pero lo que le falta, es la experiencia, y poder sacar partido de las posibilidades que sus nuevas capacidades le ofrecen. El sujeto se tiene que insertar en la sociedad adulta y hacerse un hueco en ella; pero el que posea las capacidades de los adultos no le garantiza un puesto igualitario en la sociedad de los mayores. Además, como esos puestos no están determinados de antemano, hay que lograr un lugar compitiendo con los otros (Delval, 1994).

El carácter más determinante de la adolescencia, es la entrada y la inserción en el mundo de los adultos. El final del crecimiento físico, es la condición biológica que hace esto posible y en ese sentido, actúa como una precondition. Esa entrada en el mundo adulto está condicionada también por la adquisición de la capacidad reproductiva. Desde el punto de vista psicológico, los rasgos esenciales son que el niño deja de ser niño, porque ya ha crecido y tiene las características físicas de los adultos, y tiene que obtener un lugar en el mundo de éstos. Eso supone al mismo tiempo, que tiene que intentar ser como éstos y, simultáneamente, oponerse a ellos, tratando de ocupar su puesto. Recíprocamente, el adolescente encuentra una oposición de los adultos que le consideran todavía como inmaduro y falto de experiencia (Delval, 1994). Este es uno de los principales motivos de los rasgos tan peculiares del comportamiento de los adolescentes.

Por otro lado, el aspecto social adquiere una importancia totalmente diferente a la que tenía, cuando el joven era niño. En todas las edades, el medio social tiene una influencia notable, pero el papel que tiene en la adolescencia es distinto, porque antes el sujeto estaba influido y determinado por él y tenía que someterse, pero sin darse cuenta de ello, pues la sociedad era un hecho del que el

niño no había tomado parte y aunque así fuera, la niñez es una etapa en la que no se pueden cambiar mucho las cosas, o ni siquiera se plantea la posibilidad de hacerlo. Ahora, en esta nueva etapa, el individuo se percata de la existencia de la presión social, y además, empieza a considerarse como actor. Esto puede causar inadaptaciones y rechazos, ya que los jóvenes tienen confianza en sus propias posibilidades, pero no son muy sensibles a sus limitaciones, algo que comprenderán como efecto de las resistencias que van a encontrar.

Como es posible observar, existe toda una gama de situaciones nuevas que enfrentar y solventar durante ésta etapa. Unas se entrelazan con otras para hacer de la adolescencia, una época un tanto difícil para los jóvenes que navegan sin orientación alguna. De este modo, una de las primeras cosas que tiene que conseguir el adolescente es asimilar los rápidos cambios físicos que está experimentando. Como se mencionó en algún apartado anterior, su cuerpo y su voz cambian, aparecen los caracteres sexuales secundarios y todo ello hace que la imagen que tiene de sí mismo, se modifique. Nuestra propia imagen corporal es algo importante en todas las edades, pero para el adolescente puede llegar a ser algo crucial debido a que éstos cambios no ocurren al mismo tiempo en todos los adolescentes. Hay grandes diferencias individuales, algunos crecen demasiado aprisa, y son mucho más altos que sus compañeros; otros en cambio, empiezan a crecer más tarde y siguen siendo niños frente a sus amigos, lo que provoca el miedo de quedarse pequeños. El peso también es objeto de preocupación. Es muy frecuente que las chicas quieran perder peso, y eso puede conducir incluso a la anorexia; mientras que los varones, a los que el estirón les da un aspecto larguirucho y desgarbado, querrían aumentarlo (Delval, 1994).

Al mismo tiempo, se observan importantes cambios en el concepto de sí mismo, o el autoconcepto. El autoconcepto es el conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales. Los niños, tienen un autoconcepto, pero mucho más simple y muy referido a rasgos externos y materiales. A partir de los doce

años, las descripciones pasan a referirse a aspectos más psicológicos y a las relaciones con los otros. Un chico puede describirse diciendo que es una persona que tiene bastantes amigos, que le gusta salir a pasear con ellos, que le gusta una chica, que a veces no sabe realmente lo que quiere, que le gustaría hacer las cosas mejor, y algunas otras cosas por el estilo.

El autoconcepto de los adolescentes es mucho más complejo y es el producto de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás. Los adolescentes experimentan grandes oscilaciones, que van de sentirse excepcional, a situarse muy por debajo de los compañeros. Es una etapa en la que existe un gran temor al ridículo (Delval, 1994). Estos temores pueden ser olvidados, si el joven recibe la aprobación de los que le rodean, cosa que no ocurre fácilmente en el hogar. Esto ocurre porque la familia percibe los cambios que se producen en el joven, pero se le trata de una manera ambigua, ya que por una parte se le exige más que a los niños y se le pide que contraiga más responsabilidades, pero por otra se le sigue considerando inmaduro e inexperto. Desde el punto de vista del adolescente, también se producen muchas ambivalencias y frecuentemente tratan de comportarse como los adultos, sin lograr ver sus limitaciones. Esto da lugar a una serie de problemas, por ejemplo, respecto a la bebida o el sexo; que son actividades que inician a corta edad y sin precaución alguna (Delval, 1994).

Así pues, al no estar bien regulado el paso a la vida adulta, los mayores mantienen una resistencia real a la incorporación de los jóvenes. Por su parte, los adolescentes también rechazan a la familia; pueden ver a sus padres como anticuados y viejos. Comienzan a criticar los valores inculcados por sus padres, el estilo de vida en el hogar, logrando con esto un distanciamiento de la familia. Por ello la adolescencia es un periodo difícil no solo para los jóvenes, sino también para los padres, que tienen que resistir las oposiciones y desplantes de sus hijos. Sin embargo, y pese a su aparente oposición e independencia, los adolescentes necesitan mucho el apoyo y la comprensión de la familia (Delval, 1994).

De éste modo, a medida que el adolescente se va distanciando de sus padres, aumenta la adhesión con sus compañeros, y con ello, la crítica a los padres se convierte en uno de los temas favoritos del grupo. Su conducta futura, dependerá, en gran medida, de él mismo y de lo que para él puedan llegar a significar sus nuevas relaciones al margen del ambiente familiar. Su interés se vuelca ahora fuera del hogar, y se siente a gusto solo estando con amigos (Tubau, 1995).

El vincularse con amigos, desempeña dos funciones. Por un lado, es una fuente de apoyo a la hora de alejarse de la familia, y por otro, permite compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas y una posición semejante en el mundo.

La influencia del grupo de amigos puede ser muy grande, y no siempre beneficiosa, e incluso el joven puede sentirlo así, pero al mismo tiempo le resulta difícil sustraerse a ella pues necesita encontrar apoyo en alguna parte. Cuanto mayor es la distancia de la familia, más necesita de los amigos. Al tener una identidad poco formada, el adolescente forma una identidad compartida con los otros y ésta es lograda también, mediante la identificación con personajes públicos, figuras de la música, de los espectáculos, héroes que se convierten en modelos (Conger, 1980; Delval, 1994; Tubau, 1995).

Como ha podido observarse, la adolescencia es una etapa de múltiples cambios. El joven experimenta unos cambios físicos a los que tiene que habituarse, lo que resulta difícil por la rapidez con que se producen. Tiene que construir un autoconcepto y una identidad nuevos, que incluyan cómo se ven a sí mismos y cómo les ven los demás. A su vez, tiene que hacerse un hueco en la sociedad adulta, para lo que encuentran resistencias de los adultos, que pueden sentirse ofendidos y contrariados con las conductas retadoras de sus hijos. Con todo esto, los lazos con la familia cambian y muchas veces se produce un rechazo hacia los padres, pero los jóvenes siguen siendo muy dependientes, no solo de manera material, sino también afectivamente. La ruptura de la identificación con los padres

se ve compensada por la admiración hacia figuras alejadas, que adquieren una dimensión simbólica, o incluso, mediante la identificación con creencias o ideales de vida más abstractos. Esa modificación de los lazos familiares se ve facilitada por el establecimiento de nuevas relaciones afectivas con los amigos, adquiriendo con esto, una importancia que anteriormente no tenían. Como consecuencia de todo ello, y muy determinado por la respuesta social, a veces se producen desajustes que generalmente no son graves, pero pueden serlo en algunos casos; manifestándose en el consumo de drogas, en la huida de la casa familiar, en embarazos no deseados, o incluso en el suicidio o la muerte en algún accidente.

En el siguiente capítulo se hablará de la problemática que ha prevalecido a través de los años y que se ha ido agudizando con el enorme crecimiento y desarrollo de la humanidad: La drogadicción.

CAPÍTULO 3

LA DROGADICCIÓN.

El consumo de drogas que alteran el organismo es tan antiguo como la humanidad. El hombre prehistórico probablemente conocía algunas bebidas fermentadas, y en papiros del antiguo Egipto se observa gente bebiendo vino y cerveza. El opio y la marihuana se han utilizado durante centurias, y los indios sudamericanos, siglos antes de la conquista española, conocían las propiedades estimulantes de la hoja de coca. Inclusive, la Biblia menciona el vino unas 165 veces en términos aprobatorios, pero condena terminantemente la embriaguez.

La historia del empleo excesivo o no aprobado de estupefacientes por grupos humanos es tan viejo, como el hombre mismo (Jaffe, Petersen, y Hodgson, 1980).

En años recientes, las adicciones entre la población de nuestro país, ha registrado un notorio incremento, no sólo en magnitud sino también en complejidad. No obstante que el problema afecta a distintos sectores sociales, resulta particularmente importante señalar el impacto en la población juvenil.

El problema de la drogadicción ha perjudicado y ha tenido mayor impacto dentro de la población de 12 a 25 años (Belsasso, 1992). En México, el problema del abuso de sustancias, afecta sobre todo a los jóvenes, constituyéndose así, como un problema de salud pública.

Lo anterior indica que el consumo de drogas dentro de la sociedad se ha vuelto tan familiar, que no es extraño encontrarse con niños y jóvenes que las utilizan; la permisibilidad del uso de estas, cada vez es mayor, al grado tal que no existe ya la necesidad de esconderse o bien de buscar el lugar adecuado donde consumirlas. Esto también tiene que ver con la accesibilidad para obtenerlas. En estudios recientes realizados por Centros de Integración Juvenil, se reporta que las escuelas y los centros de diversión que frecuenta principalmente la gente joven, resultan ser los lugares de mayor distribución de las drogas (Centros de Integración Juvenil, 1999); inclusive, el consumo de sustancias de uso médico (que

fácilmente encontramos en todos los hogares) constituye un verdadero problema de salud pública, porque rebasa en mucho el uso de drogas ilegales.

Lo complejo de este fenómeno se debe a múltiples factores, como son los individuales, familiares y sociales, que en la mayoría de los casos se consideran como favorecedores del problema de las adicciones a sustancias tóxicas. Si a esto además le añadimos la diversidad de sustancias involucradas, las modalidades de las vías de administración, la interacción de cada tipo de droga, las características del individuo que las consume y el medio ambiente, este problema se vuelve no solo problema de salud pública, sino además, un problema incontrolable.

El hecho de poder prevenir este problema resulta difícil, pues como sociedad, no se tiene un sentido de la prevención, más bien, lo que se tiene que hacer, es atacar el problema cuando ya está presente.

Analicemos detenidamente éste fenómeno, comenzando por definir el término droga y drogadicción o dependencia.

3.1 Definiciones.

De acuerdo con la definición de la OMS, el término droga es "un nombre genérico que designa cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo vivo produce alteraciones en su estructura o funcionamiento normales (SSA, 1999. p.p. 9)". Esto se refiere a que cualquier sustancia que modifique la percepción, el estado de ánimo, la cognición, conducta o funciones motoras, es considerada como una droga (SSA, 1999).

Así pues, dichas sustancias se clasifican de diversas maneras. Una de estas clasificaciones las agrupa en tres grandes rubros, en base a los efectos fisiológicos producidos por las sustancias:

1. Psicoléptico (depresores del sistema nervioso central). A este grupo pertenecen el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína, codeína) y las sustancias volátiles o inhalables.

2. Psicoanalépticos o psicotónicos (estimulantes del sistema nervioso central). En este grupo se encuentran las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.
3. Psicodislépticos (perturbadores del sistema nervioso central). Incluye los alucinógenos (LSD, mezcalina, psilocibina) y la marihuana.

Otra clasificación divide las diferentes drogas en tres grupos (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980):

- a) Naturales: marihuana, cocaína, opio, morfina, codeína.
- b) Sintéticas: Se necesita algún tipo de elaboración química para su obtención, como por ejemplo el LSD, las anfetaminas, benzedrina, dexedrina, los barbitúricos (fenorbital), los tranquilizantes (librium, valium).
- c) Químicos industriales: Inhalables (gasolina, tolueno, thinner, cemento plástico, pegamentos industriales, etcétera).

Por otro lado, existe un tipo de clasificación, que hace referencia a la situación jurídica de las sustancias, y las divide en dos rubros :

- Legales: cafeína, alcohol.
- Ilegales: cocaína, marihuana, heroína, etcétera (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Así mismo, una de estas clasificaciones las divide según su potencialidad farmacológica en drogas duras y blandas. Esta clasificación señala que algunas sustancias resultan más peligrosas en dosis menores para la mayoría de las personas, y son definitivamente más destructivas e incontrolables que otras; de tal manera que todas las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia extremadamente violento (conjunto de síntomas físicos tales como sudoración, escalofrío, vómito, alucinaciones, reacción de pánico, convulsiones, que se presentan cuando se suspende el consumo de ciertas sustancias) y un alto grado de tolerancia (la necesidad de aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto o simplemente para no sufrir de los síntomas del síndrome de abstinencia).

Según la OMS, dentro de las drogas duras se encuentran los opiáceos (heroína, morfina), los barbitúricos y el alcohol, seguidos por la cocaína y las anfetaminas. Las drogas blandas son las que normalmente no causan dependencia física y, por

lo tanto, el consumidor puede dejar de tomarlas sin sufrir graves trastornos corporales. Por su parte, las drogas duras pueden causar la muerte cuando su consumo excesivo habitual se interrumpe bruscamente y sin que el individuo reciba el tratamiento médico adecuado (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Ahora bien, las drogas son consumidas para aliviar el dolor, para el tratamiento de una enfermedad, para cambiar el estado de ánimo, para una búsqueda o abandono de la identidad, como un escape, para olvidar o explorar sensaciones. La Organización Mundial de la Salud habla de abuso de drogas cuando se presenta un uso persistente o esporádico excesivo de las drogas fuera de la práctica médica aceptable. Como esto fue considerado muy ambiguo, se comenzó a remplazar el término *abuso* con el *uso dañino*, que incluye un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud física o mental. Sin embargo, dentro del contexto del control internacional de drogas, la OMS utiliza el término *abuso* para ser consistentes con los términos utilizados por las convenciones internacionales, que emplean de manera indistinta los términos *abuso*, *uso inadecuado* o *uso ilícito* (SSA, 1999).

El término *abuso* o *uso inadecuado*, puede tener distintos significados en diversos países, de acuerdo con lo que se considera un problema de abuso en una cultura específica.

Por otro lado, la expresión abuso de drogas, no hace una distinción entre los que las consumen de manera ocasional, habitual o presentan dependencia hacia las sustancias. En general, se ha optado por utilizar indistintamente los términos *usar* o *consumir*; el concepto de abuso, incluye un daño a la salud física o psicológica del consumidor, o se aplica a un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida, o se presenta de manera ocasional en periodos de consumo intenso.

Así pues, la OMS decidió abandonar los términos adicción y habituación, para reemplazarlos por *dependencia*, entendida como "un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga,

caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. La tolerancia - una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia - puede o no estar presente en la dependencia. Una persona puede ser dependiente a varias drogas" (SSA, 1999, p.p. 13).

Después de que la OMS adoptó esta definición, en el año de 1992, se pensó que era necesario aclarar más el término, y la definición fue modificada, estableciendo que la dependencia es "un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de intensidad variable, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; (...) hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan" (SSA, 1999. p.p. 13).

Con esto último, se puede decir que el origen de las adicciones a sustancias es multifactorial, pues se encuentran involucrados factores individuales, familiares y sociales; dichos desencadenantes de la drogadicción se conocen como factores de riesgo. Los factores de riesgo son atributos o características personales, familiares y ambientales que existen antes del uso del alcohol y otras drogas y son estadísticamente asociadas al incremento de riesgo en el abuso (www.adicciones/adic6.htm, 1999).

Dentro de los factores de riesgo individuales se pueden encontrar factores genéticos o fisiológicos, baja auto estima, altos niveles de angustia, altos niveles de depresión, altos niveles de impulsividad, hostilidad, y desinhibición, rebeldía y resistencia a la autoridad, pasividad, curiosidad, conductas agresivas, entre otras.

Dentro de los factores de riesgo familiares se encuentran, padres o miembros de la familia consumidores de alcohol y otras drogas, tolerancia familiar, fácil acceso dentro de la familia, desintegración familiar, ausencia física de alguno

de los padres, distanciamiento afectivo de los padres, crisis de valores familiares, altos niveles de tensión dentro de la familia, inconsistencia en pautas de autoridad y límites y el aislamiento social de la familia.

Dentro de los factores de riesgo sociales se encuentran, crisis de valores sociales, sociedad permisiva hacia el consumo de drogas, publicidad consumista, escasos recursos para el uso adecuado del tiempo libre, disponibilidad de las drogas, elevado índice de desempleo, elevado índice de prostitución y alta tasa de niños de la calle (Belsasso, 1992).

Es importante recalcar que para que un problema de consumo de drogas se presente es necesaria la influencia de mas de uno de estos factores y que todos como miembros de esta sociedad somos propensos a ser consumidores.

Hasta aquí, se han presentado algunas definiciones importantes en relación al fenómeno de la drogadicción. En primer lugar, se ha podido observar que las drogas pueden clasificarse de diversas maneras, ya que no existen criterios claros al respecto. Es importante que estas clasificaciones no se consideren incompatibles o contradictorias, sino complementarias. Ahora bien, aunque se ha mencionado que existen diversos factores que intervienen para que ocurra este fenómeno, algunas teorías han pretendido explicar el origen de la adicción a sustancias. Revisemos algunas de las más importantes.

3.2 Teorías que explican la Drogadicción.

Desde la perspectiva psicológica se han desarrollado tratamientos que han sido creados desde la óptica de diferentes posturas teóricas, como la psicoanalítica, que visualiza al consumidor de sustancias como una persona cuya dependencia hacia las drogas representa una regresión a la etapa oral del desarrollo psicosexual y a consecuencia de ello las necesidades de dependencia son superiores. Ya que el consumidor no puede satisfacer sus necesidades de dependencia oral de la manera más adecuada, utiliza las drogas para lograrlo. Desde esta óptica, la primera acción

emprendida para la atención de quien utiliza sustancias psicoactivas, es el establecimiento de un diagnóstico que indica el tipo de sustancia usada, un patrón de consumo. Se trata entonces de entender la particular relación de un sujeto con la droga de su elección y la determinación del lugar que esta ocupa en la economía psíquica (cantidad de energía libidinal, es decir, cantidad de deseo de consumir dicha sustancia) de cada usuario. El tratamiento psicoterapéutico ofrece un espacio adecuado para la reflexión y el análisis a quien se decida a formular preguntas sobre sí mismo y a intentar conocer las razones de su sufrimiento. (Centros de Integración Juvenil, 1998).

Por su parte, la teoría conductual considera que la drogadicción es producto del aprendizaje instrumental (operante). Señala que en el medio habitual del drogadicto, la búsqueda de la droga es reforzada e indica que la ingestión de una sustancia refuerza la conducta de buscar la droga, proporcionando de inmediato un reforzamiento positivo. Después, la aparición de dependencia física produce tensión, y el deseo de suprimir los síntomas de abstinencia refuerza el uso de la droga. El tratamiento se basa en técnicas como la extinción, el modelamiento, reforzamiento positivo y negativo, etcétera. Esta postura señala que un gran número de personas reinciden en el uso de alguna sustancia debido a una extinción incompleta de la conducta de consumir drogas.

Ahora bien, la terapia cognitivo conductual se puede definir como un enfoque que intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre el comportamiento privado del cliente. Así, el paciente y el terapeuta identifican los pensamientos, sentimientos y las circunstancias del paciente antes y después del uso de la sustancia. Como se puede observar, este modelo supone que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel de suma importancia en el desarrollo de la evolución del abuso y dependencia de sustancias. En términos muy simples, la terapia cognitivo conductual ayuda a los consumidores de sustancias a reconocer las situaciones en que son más propensos a utilizar la droga; a evitar dichas situaciones en la medida de lo posible y a sobrellevar de manera más efectiva los

problemas y las conductas conflictivas asociadas al abuso de sustancias. (Centros de Integración Juvenil, 1999).

Como es evidente, las diferentes posturas teóricas dan explicaciones diversas al fenómeno de la drogadicción. De entre ellas, tres son las que usualmente se aplican para el tratamiento de dicho fenómeno.

- *Teoría Sistémica*

La teoría sistémica tiene como objetivo de construir un discurso de limitaciones y sufrimiento, es decir, lo que se busca es que en la narrativa del paciente o bien de la familia, se den cuenta de las múltiples problemáticas que afectan en ese momento al sistema familiar. Esto es porque el terapeuta considera que su actividad transcurre en un diálogo, en el que busca insertarse para poder generar propuestas y alternativas. Así, el terapeuta concibe a los problemas humanos como narraciones e historias en donde si la terapia toma forma de conversación colaborativa, entonces, se reescribirá la historia y se tendrán elementos de identificación como el origen del problema. Los relatos que hacen las personas, les permiten comprender de algún modo su experiencia, y con ayuda del terapeuta, cambiara su autoconcepto y por supuesto, su interacción con los otros (Centros de Integración Juvenil, 1999).

- *Psicoanálisis*

Para los psicoanalistas, el consumo de drogas es considerado como un síntoma expresivo que tiene su origen sobre todo en el momento en que se estructura la personalidad, y que su manifestación evidencia un conflicto intrapsíquico destacando su significado patológico.

Desde el punto de vista psicoanalítico, lo que conviene en los casos de drogadicción, es llevar al paciente a que diga todo lo que el crea que esta relacionado con su adicción para poder acceder a la comprensión del por qué hace uso de cierta sustancia. Aunque el ser humano se condicione por la regulación cultural, es a menudo un trauma psíquico el que desencadena la drogadicción y otras enfermedades, ya que se interrumpe la relación placentera que se tiene con la

madre, y la pérdida del objeto amado puede producir una crisis que lleve al individuo a buscar satisfacción por otras vías, es decir, debe sustituir el objeto amado (Belsasso, 1992).

- *Cognitivo - conductual*

Este enfoque intenta modificar la conducta manifiesta, a través de la influencia que se ejerza sobre los procesos de pensamiento o cogniciones del cliente.

Las cogniciones del cliente se presentan en forma de reportes verbales o imágenes (a menudo apoyadas en actitudes o asunciones), que se han desarrollado a través de experiencias pasadas. Como se puede observar la conducta del individuo juega un papel importante pues esta se contempla como un determinante para la acción presente de los individuos.

Para llevar a cabo la modificación de los pensamientos y las actitudes del individuo se recurre al entrenamiento en: a) detección y análisis de los pensamientos disfuncionales; b) reconocimiento de la relación entre cognición (¿qué piensa?), reacción fisiológica (¿qué sucede?) y conducta motora (¿qué hace?); c) examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos disfuncionales; d) la sustitución de los pensamientos poco funcionales, por aquellos basados en la evidencia empírica y e) identificación y modificación de las actitudes disfuncionales que predisponen a la utilización de alguna sustancia tóxica (Belsasso, 1992).

Estas teorías han pretendido dar soluciones al problema de la drogadicción a partir de su muy particular punto de vista. Dado el enfoque del presente estudio, y la gravedad del problema de la prevalencia del consumo de cocaína entre adolescentes, se considera importante revisar algunos de los tratamientos que se han desarrollado desde la perspectiva cognitivo conductual, específicamente para el tratamiento de personas consumidoras de cocaína. De igual forma, cabe mencionar algunos de los tratamientos más comúnmente utilizados por las

instituciones que en México, ayudan en la rehabilitación del consumo de sustancias.

3.3 Tratamiento y Rehabilitación de consumidores de Cocaína.

Como se ha mencionado antes, los intentos por rehabilitar a las personas con problemas de drogadicción han sido fuertes y variados. Muchas instituciones de carácter público y privado, han hecho múltiples intentos por atacar el problema, pero este está rebasando la lucha que se ha emprendido desde hace ya muchos años. Debido al creciente problema, se han desarrollado muchos programas de intervención para tratar a las personas con algún problema de adicción a sustancias. Dado que el consumo de cocaína ha ido creciendo y los efectos que esta produce a largo plazo son devastadores, se han planteado diversas alternativas de tratamiento para los consumidores de dicha droga.

Por ejemplo, en el Centro privado de Psicoterapia Integral Humana, que se encuentra en el estado de Puebla (México), se aplican varias técnicas para la rehabilitación de consumidores de drogas. En primer lugar, el paciente es quien decide si desea internarse o no. El tratamiento dura 4 meses y se divide en 3 fases :

1. **Fase de desintoxicación.** Esta dura 7 días. Se realiza un diagnóstico integral (médico, psicológico, familiar). Con los resultados de laboratorio, se brinda un tratamiento con un fármaco antagónico o sustituto con el objeto de deshabituarse al paciente de la droga que usa.

2. **Fase psicoterapéutica.** Dura tres semanas. Aquí, el paciente trabaja con los profesionales desde las 10:00 am. hasta las 8:00 pm. El trabajo es terapéutico, con sesiones grupales heterogéneas, (se habla de alcoholismo, medicamentos, cocaína, marihuana, etcétera) individuales, sesión psicocorporal, o psicoballet, ejercicios físicos (ya que la desintoxicación también ocurre por la orina y el sudor), sesión de lectura e información, donde se les habla del funcionamiento adictivo, pinturas, juegos, musicoterapia, terapia ocupacional, cine debate, etcétera.

3. **Fase ambulatoria.** Tiene una duración de tres meses como mínimo. Durante esta fase, el paciente puede o no estar internado. Incluye terapia grupal e individual, ambos una vez a la semana junto a su familia. También se hacen terapia de pareja y se continua con el seguimiento médico.

Según la directora de dicho centro, después de estar expuestos a este tratamiento, un 70% de los consumidores de cocaína no recae en la adicción. El otro 30% no vuelve a consumir de la misma manera, ya que disminuyen considerablemente las dosis o inclusive, la sustituye por sustancias menos agresivas, como el alcohol (Centro privado de psicoterapia integral humana, 2000).

Por otro lado, se encuentra la intensa investigación realizada durante más de 30 años, por los Centros de Integración Juvenil. En estas instituciones se tiene una forma de trabajo bastante peculiar. Se elabora un diagnóstico con la finalidad de entender las características de la persona usuaria de drogas, y su familia, para planear el tratamiento más acorde a su necesidad. Para este fin, se lleva a cabo un examen médico, uno psicológico y un estudio socioeconómico para detectar el patrón de consumo del usuario.

Posteriormente, se da el tratamiento, que es la atención terapéutica proporcionada a cada paciente y a su familia como terapia individual, terapia familiar, grupo de padres, terapia en grupo y farmacoterapia (Folleto informativo de los Centros de Integración Juvenil 1, 1999). Lo peculiar en este procedimiento, radica en que la problemática no se aborda desde un sólo enfoque o corriente psicológica, sino que se utiliza la postura más acorde al problema en particular, o bien, se hace uso de diferentes enfoques en cada una de las terapias (por ejemplo: la terapia individual se da bajo el enfoque psicoanalítico o cognitivo conductual, la terapia familiar y grupal, se aborda desde un enfoque sistémico, etcétera).

Por su parte, el National Institute on Drug Abuse (Centro Nacional Contra el Abuso de Drogas, NIDA), ha encontrado que la terapia cognitivo conductual, ha resultado ser muy efectiva para reducir muchas conductas adictivas. Hablemos un

poco a cerca del tratamiento que se da comúnmente a las personas adictas a la cocaína (Centros de integración juvenil, 1999).

El primer paso es llevar a cabo una evaluación, en la que ciertos instrumentos estandarizados pueden resultar muy útiles para la identificación de los objetivos del tratamiento y el entendimiento del problema. Algunos de estos instrumentos podrían ser:

- ⇒ El índice de la severidad de la adicción, que es un instrumento que evalúa la frecuencia y la severidad del uso de sustancias, así como el tipo y la severidad de los problemas psicosociales que comúnmente acompañan a dicho comportamiento (por ejemplo, problemas médicos, legales, familiares, psiquiátricos, laborales.)
- ⇒ La escala de evaluación de cambio evalúa la posición presente del paciente en términos de su preparación para el cambio.
- ⇒ Se puede llevar un registro del consumo diario para reunir información sobre el uso de una sustancia determinada y otras drogas, en un período significativo.
- ⇒ La entrevista clínica estructurada para DSM- IV, proporciona diagnósticos psiquiátricos de los ejes I y II. También puede emplearse para medir la severidad de la dependencia con base en el número total de elementos del síndrome de dependencia proporcionados (según los criterios de abuso de sustancias DSM - III - R).
- ⇒ La escala de Socialización del Inventario Psicológico de California, ha resultado ser una medida continua y válida de la sociopatía de los alcohólicos y una variable importante en las pruebas de tratamiento de estos enfermos.
- ⇒ El inventario de Situaciones de Uso de Sustancias, monitorea los cambios que registran los niveles de autosuficiencia y expectativas de abstinencia de los pacientes. Esta forma de verificación personal, enlista aproximadamente 30 tipos diferentes de situaciones de alto riesgo, y ayuda a los médicos clínicos a señalar situaciones específicas que no suele manejar bien el paciente.

⇒ De igual forma, la entrevista inicial proporcionará datos importantes que se deberán tomar en cuenta para la evaluación y el diagnóstico (Centros de integración juvenil, 1999).

Ahora bien, la terapia cognitivo conductual tiene dos componentes muy importantes:

⇒ **El análisis funcional.** En cada caso el terapeuta y el paciente realizan un análisis funcional durante el tratamiento, es decir, identifican los sentimientos, pensamientos y las circunstancias del paciente antes y después del uso de la sustancia.

⇒ **La capacitación en habilidades.** Esta terapia puede ser considerada como un programa de capacitación altamente individualizado, que ayuda a los consumidores de sustancias a desprenderse de viejos hábitos y a aprender o reaprender habilidades y hábitos más sanos (Centros de Integración juvenil, 1999).

Como puede observarse, la terapia cognitivo conductual no solo busca ayudar a cada paciente a eliminar el uso de una sustancia durante el tratamiento, sino que pretende enseñar habilidades que le sean útiles al paciente mucho después de haber terminado el tratamiento. Las tareas críticas o más importantes que se realizan durante el tratamiento son:

La promoción de la motivación para la abstinencia. Es una técnica utilizada a fin de reforzar la motivación del paciente para dejar de usar alguna sustancia y consiste en realizar un análisis de decisión que muestra claramente lo que el individuo puede ganar o perder, a causa del uso continuo de sustancias químicas.

Enseñanza de habilidades para manejar el problema. Este es el punto central de la terapia: ayudar a los pacientes a reconocer las situaciones de alto riesgo en las que son más propensos a consumir alguna sustancia y desarrollar medios más efectivos para sobrellevarlas.

Modificación de contingencias de refuerzo. El punto central aquí, es la identificación y la reducción de los hábitos asociados con una vida que se ha

desarrollado en medio del uso de alguna sustancia, sustituyéndolos por actividades y recompensas más duraderas.

Promoción del manejo de sentimientos dolorosos. Se le enseñan técnicas para reconocer y manejar la ansiedad de consumir la sustancia, y también aprenden a manejar sentimientos tales como la depresión y la ira.

Mejora del funcionamiento interpersonal y de los apoyos sociales. La terapia incluye capacitación y preparación en numerosas habilidades y estrategias interpersonales, que permiten a los pacientes extender sus redes de apoyo social y a establecer relaciones duraderas y libres del uso de sustancias (Centros de Integración Juvenil, 1999).

En cuanto a las estrategias cognitivas de afrontamiento, como se puede observar, destacan la reestructuración cognoscitiva, la resolución de problemas y el diálogo dirigido a uno mismo. Estas técnicas desde luego se utilizan junto con la desensibilización sistemática, la terapia racional emotiva y otras, para facilitar el entrenamiento del consumidor (Lazarus y Folkman, 1986).

La terapia cognitivo conductual prefiere emplear un formato individual porque permite una mejor adaptación del tratamiento para atender las necesidades de cada paciente en particular. Así mismo, el tratamiento individual permite una mayor flexibilidad para programar las sesiones y evita el problema de proporcionar el servicio con el formato de admisión rotatoria. Sin embargo, resulta bastante sencillo adaptar el tratamiento individual a un formato grupal.

La terapia individual se imparte en periodos de 12 semanas, con un número de sesiones que varía entre 12 y 16 . Este tratamiento pretende producir una abstinencia y estabilización iniciales en el paciente consumidor de cocaína (Centros de Integración Juvenil, 1999).

Por otro lado, también se ha intentado la rehabilitación de consumidores de cocaína mediante procedimientos conductuales. Por ejemplo, se ha utilizado la aversión química, que consiste en introducir una sustancia al organismo, que al ser combinada con la droga, produce síntomas de malestar, o bien, evita que la cocaína

produzca el efecto deseado. Esto provoca que el consumidor deje de autoadministrarse la droga. Otro procedimiento utilizado comúnmente, es la desensibilización encubierta. Este procedimiento consiste en relajar al paciente y posteriormente describir algunas escenas relacionadas con el consumo de la droga. Cuando empieza a imaginarlo, se le describen contingencias aversivas como náuseas, vómito, rechazo social, situaciones con desenlace embarazoso o desagradable, etcétera (Higgins, Budney, Bickel, Foerg, Donham, y Badger, 1994).

Otro procedimiento utilizado en este enfoque es la extinción. Esta puede ser utilizada en dos formas: una es retirando la sustancia por completo del cocainómano, hasta que éste deje de sentir la necesidad de consumirla, y otra es mediante la desensibilización sistemática, pidiéndole que se imagine que esta ingiriendo la droga y que no tiene ningún efecto placentero, ni de ninguna índole. La idea aquí es que al no recibir la sensación placentera que produce la cocaína, la conducta adictiva tenderá a desaparecer (Miller, 1980).

Con respecto a la terapia familiar, se utilizan múltiples enfoques, como puede ser la terapia breve centrada en la solución. Esta propuesta trabaja bajo los siguientes supuestos básicos:

- El cambio es inevitable. Esto tiene que ver con que todo está en continuo cambio y movimiento. El terapeuta debe estar convencido de ello, entonces deberá pensar cuándo ocurrirá el cambio, en lugar de preguntarse si éste ocurrirá. Para ello se fomenta la conversación en la familia, encaminada a tratar sobre la solución y no tanto sobre el problema. Desde este enfoque, no es muy valioso hablar de los conflictos pasados, ya que esto lejos de ayudar, puede empeorar las cosas. Algunas técnicas que se utilizan para estimular la cooperación pueden ser la connotación positiva, la normalización de conductas, la desdramatización, el ciclo vital y sus necesarias crisis.

- Sólo se necesita un pequeño cambio. Se basa en el concepto sistémico de que, cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de los componentes. Esto hace referencia a que no es

necesario incorporar a todos los miembros de la familia para conseguir cambios en la conducta adictiva del adolescente (Centros de Integración Juvenil, 1998).

- Todas las personas cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar. Esto parte de que es más fácil que un paciente coopere en un modelo basado en sus éxitos, que en sus errores, o en conductas denominadas por otros, como enfermas. En el caso de los adolescentes con adicción a la cocaína, resulta muy útil colocarlos en la situación de expertos en drogas, formulando preguntas como "¿qué me aconsejarías que hiciera para ayudar a jóvenes como tú ?, ¿qué me aconsejarías que no hiciera ?", etcétera. Mediante estas preguntas, se pone de manifiesto los recursos del paciente, dejando así en sus manos, la oportunidad de conducir él mismo su tratamiento.

- Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos. Con estos pacientes el terapeuta debe estar atento para no hacer lo mismo que se ha hecho antes. Se piensa que es imposible resolver un problema empleando el mismo pensamiento que lo ha originado; es decir, las soluciones exigen un tipo de pensamiento y de acción distintos.

- Existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra. Desde este enfoque, "la respuesta" no es la respuesta para todos los casos de consumo de drogas, es solo una alternativa más.

Este tipo de terapia puede ser utilizado con una o tres familias a la vez. En ella se hacen recomendaciones como el no utilizar asignaciones como "drogadicto", "rebelde", "difícil", etcétera. Además, es necesario brindar algunas sesiones al consumidor únicamente, sin su familia, para evaluar sus necesidades y expectativas con relación al tratamiento y conocer lo que le ha gustado y desagradado en otros. A su vez, se sugiere ser flexibles para utilizar múltiples técnicas, ya que el trabajo con adolescentes requiere de gran imaginación y creatividad de parte del terapeuta (Centros de Integración Juvenil, 1998).

Desde luego, dentro de la terapia familiar, se encuentra la terapia sistémica. Es importante recordar que el fin principal de esta terapia, es ofrecer alternativas a

la familia, aceptando lo que se presenta como el problema, pero cambiándole la esencia o ampliando su significado. Algunas de las técnicas empleadas en el tratamiento de la terapia sistémica se enunciarán a continuación.

LA ESCENIFICACIÓN.

La escenificación es una técnica en la que, el terapeuta pide a la familia que "dance" en su presencia. De esta forma, construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Esta escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. Al tiempo que la promueve, éste tiene la oportunidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de las interacciones tolerables. Entonces, el terapeuta puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionarán tanto al terapeuta, como a la familia, información sobre la gravedad del problema, la flexibilidad de las interacciones familiares para la búsqueda de soluciones y la ventaja de utilizar diferentes modos de interactuar.

La escenificación se puede considerar como una danza en tres movimientos. En el primer movimiento, el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar. En el segundo movimiento de escenificación, el terapeuta organiza secuencias escénicas en que los movimientos de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él. Y en el tercer movimiento, el terapeuta propone modalidades diferentes de interacción. Este último movimiento puede proporcionar información predictiva e infundir esperanzas en la familia (Minuchin y Fishman, 1992).

INTENSIDAD.

Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Por

ello, el mensaje del terapeuta puede no ser escuchado o puede perder penetración. El terapeuta necesita hacer que la familia oiga, y esto exige que se supere el umbral de sordera de la familia. Puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero sin asimilarlo dentro de su esquema cognitivo, como una información nueva. Una vez que el terapeuta ha observado las interacciones de la familia y ha aprendido sus pautas habituales, la meta es hacer que la familia experimente la modalidad de su interacción. Para lograr que la familia oiga el mensaje existen diversas técnicas:

Repetición del mensaje. El terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia. Por ejemplo, si el terapeuta insiste en que los padres se "pongan de acuerdo" sobre "la hora en que el hijo se debe acostar", y ellos tienen dificultades para llegar a una decisión, el terapeuta puede repetir que es esencial que los padres se pongan de acuerdo (estructura) sobre determinada hora en la que el hijo se debe acostar (contenido).

Dentro de la terapia sistémica, hay otras muchas técnicas que han sido utilizadas en el tratamiento de los problemas familiares, tales como la técnica de enfoque, desequilibramiento, complementariedad, construcciones, paradojas, los lados fuertes. Estas son solo algunas de las técnicas empleadas por los terapeutas y como en toda teoría o enfoque, unas pudieran ser más eficaces que otras, pero combinadas pueden producir resultados sumamente benéficos y efectivos dentro de la problemática de la familia (Minuchin, y Fishman, 1992).

Cabe mencionar que los procedimientos enunciados hasta ahora, son utilizados ya sea en pacientes internos, o en aquellos que acuden semanalmente (como mínimo), a una sesión terapéutica. Sin embargo, cuando el problema de la adicción sobrepasa la terapia impartida semanalmente, es necesario internar al paciente. Para ello existen múltiples comunidades y clínicas que proporcionan atención durante largos periodos de tiempo, o por lo menos el tiempo que dura la desintoxicación. Un ejemplo clásico de esto son las comunidades tipo Synanon. Este tipo de comunidades son gobernadas por ex -adictos y el tratamiento consiste

en no explorar el pasado, sino en confrontar al adicto con sus intentos de evadir la responsabilidad por su propia conducta.

Dentro de este tipo de comunidades se dan recompensas adecuadas por la conducta responsable en la comunidad. Estas recompensas incluyen afecto y estimación por parte de los compañeros. En caso de que la conducta del adicto se salga de la norma, éste es humillado de palabra y de hecho castigándole con la pérdida de sus derechos. Cuando ingresa por primera vez, el adicto se encarga de los quehaceres de limpieza y mantenimiento, pero dependiendo de su conducta, podrá ascender en jerarquía. Como se observa, este método está basado en los principios de modificación conductual (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Después del establecimiento de la primer comunidad Synanon, en 1958, se establecieron otras comunidades autogobernadas por ex - adictos en diferentes regiones del continente Americano. Muchas de estas comunidades carecen de atención profesional, pero otras tantas han optado por introducir servios médicos, psicológicos, de trabajo social, entre otros, a nivel profesional.

Estas comunidades exigen como mínimo de 12 a 18 meses de residencia dentro de ellas debido a que parten del supuesto de que entre más tiempo están en rehabilitación, mejor vida llevarán después. Sin embargo, la rigurosa disciplina que se tiene dentro de estos centros comunitarios, difícilmente permiten que una persona se someta durante tanto tiempo (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Desde luego, las clínicas especializadas cuentan con todo el personal y equipo necesarios para la rehabilitación del adolescente adicto a la cocaína. En estas clínicas se proporcionan toda clase de tratamientos psicológicos y médicos que ayudan a la desintoxicación y restablecimiento del individuo. Un ejemplo de ello se mencionó al principio al hacer referencia al Centro Privado de Psicoterapia Integral Humana, y un ejemplo más común puede ser Oceánica.

Muchas de las instituciones que ofrecen ayuda en la rehabilitación de los usuarios de drogas, reportan que la mayor parte de los pacientes son jóvenes, de diferentes clases sociales y sexos. Desde luego, vale la pena revisar información

que confirme que son, precisamente los jóvenes, quienes sufren más de ésta problemática. En el siguiente apartado se describirán datos estadísticos obtenidos por diferentes grupos y asociaciones, encargados de vigilar el consumo de sustancias en México.

3.4 Prevalencia del consumo de sustancias en México.

El consumo de drogas ha crecido aceleradamente en los últimos 10 años alrededor de todo el mundo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1998 por la Secretaría de Salud y otros organismos, en México, poco más de 5 de cada 100 personas entre 12 y 65 años de edad, residentes en localidades urbanas (cerca de 2.5 millones de mexicanos) han utilizado alguna droga alguna vez en la vida (SSA, 1999).

En éste mismo estudio se encontró que, en México, un 11.09% de los hombres incluido en la encuesta, consumió alguna vez alguna droga, y solo un 0.87 % de las mujeres lo hicieron; lo que significa que por cada mujer que usó drogas, hay aproximadamente 13 hombres que lo hicieron.

Así mismo, se encontró que el 1.78 % de los varones y el 0.12 % de las mujeres usaron drogas en el último mes anterior a la encuesta. Esto significa que por cada 15 hombres, una mujer usó drogas en este periodo. En este mismo tenor, se encuentra que entre los menores de 18 años, poco más de 200,000 han probado alguna droga ilícita.

Lo anterior indica que en todas las regiones estudiadas, el consumo de drogas es superior entre los hombres, pero lo más importante en este estudio es que al comparar los resultados de las mediciones de 1993 y 1998, las prevalencias por tipo de droga encontradas a nivel nacional del uso *alguna vez*, *último año* y *último mes*, se observa que la cocaína es la droga que registra incrementos más importantes, al casi triplicarse el consumo *alguna vez*, y duplicarse el del *último*

año; también el uso de ésta droga aumentó considerablemente en el *último mes*, durante 1998 (SSA, 1999).

Por su parte, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública, han realizado tres encuestas nacionales, en 1976, 1989 y 1991, así como estudios específicos de los escolares de la ciudad de México en el periodo de 1976 a 1997, mediante encuestas cada dos o tres años.

De estos estudios se observa que las tendencias en el uso de cocaína por los varones ha incrementado más de cuatro veces entre 1989 y 1997, en el consumo de el *último año*. En el caso de las mujeres, aunque su consumo en el *último año* es mucho menor que entre los varones, se han observado tendencias a elevarse. El uso de cocaína se eleva 4.5 veces de 1993 a 1997. Así, cuando se analiza las tendencias del uso en el *último mes*, se destaca en especial el aumento en el consumo de cocaína por ambos sexos (SEP - IMP, 1997).

Ahora bien, en las encuestas realizadas entre estudiantes, la proporción de usuarios tiende a incrementarse con la edad, tanto en el consumo *alguna vez*, como en el *del último año* y el *último mes*. De este modo, mientras en 1989 no se reportaba el uso de cocaína entre los estudiantes de 13 años o menos, en 1993 ya comienza a presentarse, tendencia que se confirma en 1997 con un incremento considerable en las categorías *alguna vez*, *último año* y *último mes*. Así pues, en 1997, el uso de la cocaína registra un aumento importante entre los jóvenes de 15 y 17 años de edad, y se eleva considerablemente entre los mayores.

En los diversos estudios realizados en la ciudad de México, se hace evidente un aumento en el consumo de drogas por la población de estudiantes adolescentes. La marihuana sigue siendo la principal sustancia de uso, pero también se observan tendencias preocupantes de la cocaína, que se va situando en el segundo lugar de preferencia (SEP - IMP, 1997).

Coincidiendo con estos resultados, en una encuesta a nivel nacional realizada por la Dirección General de Epidemiología se encontró que el 3.9 % de la población urbana del país de entre 12 y 65 años de edad ha consumido una droga

ilegal alguna vez en la vida, lo que equivale aproximadamente a 1 590 000 personas (Centros de Integración Juvenil, 1999).

De acuerdo con esta misma encuesta, en el país, las sustancias que mostraron mayores tasas de consumo alguna vez en la vida fueron la marihuana (3.3 %), cocaína (0.5 %) e inhalables (0.5%). En relación con el consumo de drogas de uso médico, la tasa nacional es de 15.4, o sea, 6,541,824 personas aproximadamente.

De igual forma, se encontró que las sustancias que mostraron las mayores tasas de consumo en la prevalencia alguna vez en la vida fueron los depresores del sistema nervioso central (9.4 %), opiáceos (4.8 %), otros depresores (2.5 %) y estimulantes (2.3 %) (Folleto informativo de Los Centros de Integración Juvenil 2, 1999)

Como es evidente, los estudios coinciden en señalar que las drogas con mayores tasas de consumo son la marihuana, los inhalantes y la cocaína. Sin embargo, ha podido apreciarse un claro incremento del uso de cocaína entre los usuarios de drogas de la zona Metropolitana de la Ciudad de México, observándose un incremento de 9.5 veces al pasar de 7% del total de usuarios de sustancias en 1990 a 66.5 % en 1998, de tal manera que la cocaína pasó a ser la droga de mayor prevalencia en esta ciudad entre los usuarios de drogas (SSA, 1999).

Por su parte los Centros de Integración Juvenil (1999) han hecho diferentes investigaciones en conjunto con otras instituciones en torno al consumo de drogas en nuestro país y al respecto han señalado que los más altos índices de drogadicción se dan en jóvenes de entre 12 y 25 años de edad, siendo más alto el índice de consumidores varones que mujeres. Esto indica que la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una adicción, debido a que los individuos deben asimilar los cambios propios de su crecimiento corporal, social y psicológico. Los bajos recursos económicos, la desintegración y falta de comunicación familiar, los largos periodos de ocio sumados a la curiosidad del

adolescente, la presión del grupo de amistades, la atracción de hacer algo prohibido, entre otras cosas, pueden convertirse en factores que propicien el uso de drogas durante esta etapa (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Según los Centros de Integración Juvenil, la cocaína se presenta cada vez más como droga de inicio (primer droga que se consumió en la vida) entre los pacientes de CIJ. En 1991, sólo el 0.9 % la había reportado, mientras que en 1997 la cifra aumentó a 8.8 %, es decir, casi diez veces más en solo seis años. La demanda de tratamiento por esta sustancia también aumentó notablemente, pasando de 7.8 % de los pacientes en 1991 a 30.9 % en 1997. Respecto a la historia natural del consumo de cocaína, de los casos que inician el consumo con esta droga, 59.1 % se mantiene como monousuario; el resto ha incorporado el uso de otras sustancias, como la marihuana, el alcohol y los inhalables (SSA, 1999).

Por otro lado, en el periodo de 1994 a 1997, se registraron los casos que fueron atendidos en servicios de urgencias, con lo que se estableció que, con excepción del alcohol, que es la principal sustancia encontrada, de los que llegaron bajo la influencia de alguna droga y sufrieron lesiones externas, en un 50 % se trataba del consumo de inhalantes y en un 33 % del de cocaína (SISVEA, 1997).

La información presentada a lo largo de éste apartado, proporciona un panorama amplio del consumo de cocaína, y otras sustancias en nuestro país. Los resultados y las tendencias son muy consistentes sobre la importancia emergente de ciertas sustancias (específicamente de la cocaína) y el grupo de población en mayor riesgo: los jóvenes.

De todos los datos descritos, se puede decir que el consumo de drogas está en aumento, no solo como práctica de experimentación, sino también en el uso actual que se asocia al consumo regular. De igual forma, cabe señalar que la mayoría de los que consumen drogas ilegales son hombres jóvenes, pero entre las mujeres se está presentando de manera creciente, el consumo. Así mismo, la edad de inicio en el consumo es cada vez más temprana, considerándose los 10 años de edad como promedio. Por otro lado, la marihuana sigue siendo la droga de

preferencia en todos los grupos de edad, aunque ha aumentado el uso de la cocaína, en grupos que anteriormente no la usaban, como estudiantes y adolescentes de bajos recursos.

Así pues, dado el aumento del consumo de drogas entre los adolescentes y la generalización del uso de cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban como niños y jóvenes de pocos recursos, se considera importante analizar cuestiones relacionadas con el adolescente consumidor de sustancias, ya que es éste uno de los grupos considerados de alto riesgo. En el siguiente apartado se abordarán aspectos relacionados con estos jóvenes.

3.5 El adolescente consumidor de sustancias.

El consumo de drogas se ha extendido actualmente a personas de todos los sexos, edades, clases sociales, pero sin duda alguna, tal y como varios investigadores afirman, los principales protagonistas son los adolescentes (Centros de Integración Juvenil, 1999; Centros de Integración Juvenil, 1996; Tubau, 1995; Conger, 1980).

Las principales razones individuales que llevan a los jóvenes a consumir drogas son muy diversas, de hecho, es importante recordar que el fenómeno de la drogadicción es multifactorial, lo cual implica que no puede darse una explicación exacta de por qué los adolescentes se inician en el consumo de drogas. Sin embargo, existen factores que pueden ayudar a comprender un poco éste fenómeno.

Necesidad de protagonismo.

Un factor motivador del abuso de drogas es el sentimiento de fracaso que se produce en muchos adolescentes cuando no consiguen superar algunas situaciones que les rodean, lo que les enfrenta a molestos sentimientos de culpa que intentan olvidar por diversas vías. Como ya se ha mencionado antes, durante la etapa de la adolescencia suele darse una serie de fracasos que dejan maltrecha la imagen que

tiene de sí mismo el adolescente. Es el momento en que algunos fracasan en los estudios y los abandonan. También acostumbran a producirse fracasos en las relaciones interpersonales o familiares, dañando seriamente su autoestima, apareciendo con esto, estados depresivos o sentimientos de vacío e inutilidad (Tubau, 1995).

En éste momento, la necesidad de protagonismo, de sentirse importante para los demás, puede conducir al adolescente a encontrar en las drogas el mecanismo a través del cual compensar sus sentimientos de inferioridad y de marginación. El consumo de drogas ilegales, supone un riesgo que puede revalorizar al individuo, ante quienes no se atreven a hacer lo mismo. De esta manera puede sentirse compensado ante la falta de éxito y reforzar así, su conducta (Centros de Integración Juvenil, 1996).

Por otro lado, los actos del joven se convierten en centro de interés para quienes lo rodean; con la droga llama la atención, los demás se preocupan por lo que hace. Al mismo tiempo, la sensación de sentirse un rebelde refuerza su valor para enfrentarse al entorno que le ha hecho fracasar, y que en cierto modo, le ha rechazado.

Carencia de objetivos.

Otro aspecto conflictivo, es la carencia de metas hacia donde dirigir las energías. La profunda crisis general de valores y de cultura universales, se manifiesta en la vida del joven. Muchos jóvenes no encuentran posibilidad de elección. Si deciden iniciarse en el trabajo, se ven relegados a la inactividad por falta de puestos laborales, lo cual condiciona su desarrollo y les obliga a depender de la familia. La imposibilidad de hacer lo que les gustaría, produce en los adolescentes una frustración general, una insatisfacción que les lleva a agruparse entre sí para compartir su malestar y su descontento. Al no tener oportunidades, el adolescente se hunde en la pasividad y el desinterés por todo. Su vida, carente de

objetivos claros, se sumerge en un vacío del cual tratará de escapar a su manera: eludiendo toda responsabilidad o compromiso real (Tubau, 1995).

El grupo de amistades.

Por otro lado, se encuentra el grupo de amistades. Dicho grupo, constituye un factor de gran importancia en el acercamiento del adolescente a las drogas. Esto se debe a que con sus amigos hace planes, se divierte, se comunica; el grupo se convierte así, en lugar de experimentaciones de las relaciones con los demás. Los amigos aportan al individuo la posibilidad de realizar nuevas actividades y, al mismo tiempo, estimulan a realizar cosas riesgosas, ya que la identidad del adolescente se desarrolla a través de las pruebas a que se ve sometido, en el juego y la discusión con el grupo, que muchas veces tienen un marcado carácter competitivo. Cada individuo se siente apoyado por los otros, más seguro de sí mismo, porque se ve reforzado por los demás. Por otra parte, obtiene del grupo sentimientos de pertenencia y la sensación de ser aceptado (Conger, 1980)

En éste ambiente, se llega de un modo, u otro, a la primera invitación al consumo de drogas. Como consecuencia de esta primera experiencia, surgen diversas expectativas: se fantasea sobre sus efectos, a veces se toma con un significado de iniciación, o bien, parece ser algo que conviene probar "por conocer".

Algunas veces puede suceder, que las normas no explícitas del grupo presionan sobre sus componentes. Se debe mantener la imagen y mejorarla, hay que ser capaz de hacer, como mínimo, lo que los demás, e incluso llegar más lejos si se puede. El sentido de la competencia y el miedo al ridículo, impide muchas veces negarse a lo que los demás esperan que uno haga, y por otro lado, tal negación podría poner en riesgo la relación con el grupo, ya que el individuo se vería tal vez marginado o excluido por no participar en tal o cual actividad. De ésta manera, la droga refuerza los lazos de unión de quienes comparten su consumo, al

diferenciarlos de aquellos otros que no la consumen o la rechazan (Centros de Integración Juvenil, 1996; Tubau, 1995; Conger, 1980).

La rebelión contra los padres.

Conger, (1980) señala que todos los adolescentes, en una época u otra, necesitan reafirmar su independencia en relación con sus padres. Pero el hecho de que la rebelión se manifieste como una intensa afición a las drogas, parece depender, en buena medida, de la clase de relaciones que el joven ha tenido con sus padres. Esto significa que el riesgo de convertirse en adictos, es mucho mayor para los adolescentes cuyos padres no son afectuosos sino negligentes, demasiado tolerantes o, por el contrario, autoritarios y hostiles.

Esto apunta a que los adolescentes consumidores de cocaína son, generalmente, chicos que pasan la mayor parte del tiempo con sus amigos, debido a los múltiples conflictos que encuentran en el hogar. Por supuesto, prefieren estar en la calle que en casa, y esto los lleva a tener largos periodos de ocio. Así mismo, suelen encontrar dificultades para comunicarse con su padres, quienes no saben cómo hacer para que su hijo obedezca sus ordenes y permanezca en casa.

Al encontrar la dificultad para expresar lo que quieren o necesitan, los adolescentes buscan la ayuda de su grupo de amigos, y cuando algo les hace falta, no dudan en buscar ayuda fuera del hogar. Desde luego, esto puede convertirse en un problema de seguridad pública, si se considera que, en el caso de faltarles dinero para obtener droga, recurrirán a los medios más arriesgados para poder obtenerlo.

En general, existen diferentes causas por las que un adolescente consume drogas. Es posible que encuentren en ellas un escape de las presiones de la vida, un alivio al desengaño, el desamor, la falta de comunicación; o simplemente, porque están ahí, al alcance de la mano y esto es debido a que la sociedad actual, proporciona todos los tipos de drogas existentes, con gran facilidad. Cualquiera persona puede adquirirlas, sin importar su edad, sexo o escolaridad.

Hasta aquí, se revisaron conceptos importantes como, droga y dependencia, se describieron brevemente algunas de las teorías que tratan de explicar el fenómeno de la drogadicción, y que, a su vez, intentan dar solución a ésta problemática, mediante el desarrollo de múltiples tratamientos. De igual forma se destacaron algunas de las características de los adolescentes consumidores de sustancias; pero algo que se considera que es conveniente resaltar, es que el adolescente consumidor de sustancias no es más que el reflejo de una sociedad que está sufriendo grandes cambios en diversos ámbitos. La economía, la política, la religión, la familia, la lucha de sexos, el desempleo, la pobreza, la televisión, la violencia, la falta de tiempo y espacio para compartir momentos familiares, las terribles enfermedades de transmisión sexual, etcétera. Todos y cada uno de éstos elementos se entrelazan para dar lugar a diversas problemáticas, y como es evidente, todos estos factores envuelven los indicadores de Calidad de Vida que han sido utilizados por diversos investigadores, para determinar cuáles de estos influyen más en la problemática del uso de sustancias. En base a estos indicadores y a otras muchas investigaciones, se han realizado un sin número de acciones y se han desarrollado diferentes técnicas y metodologías para el tratamiento del consumo de sustancias. De hecho, existen procedimientos específicos para el tratamiento de la adicción a la cocaína, dado el aumento en el número de usuarios de esta droga, sin embargo, diversos estudios han arrojado datos realmente desalentadores en cuanto al alto índice de reincidencia que existe entre las personas que han emprendido programas formales de tratamiento. No importa cuál sea la técnica utilizada para la rehabilitación; la dificultad básica para cualquier consumidor de sustancias es evitar la reincidencia (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980; Barun, Bashe, 1988; Centros de Integración Juvenil, 1998; Centros de Integración Juvenil, 1999; Centro Privado de Psicoterapia Integral Humana, 2000).

En este sentido, los Centros de Integración Juvenil señalan que los adolescentes y jóvenes que acuden a recibir tratamiento en los diferentes centros,

frecuentemente dejan de asistir a las terapias, o bien, terminan la rehabilitación, pero no tienen mucho éxito a largo plazo (Centros de Integración Juvenil, 1999).

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, se han encontrado muy pocos datos en relación a las causas que intervienen en la reincidencia del uso de alguna droga, sobre todo en el caso de los adolescentes. Si bien se han explorado múltiples alternativas de tratamiento, no se ha realizado una investigación exhaustiva que pudiera salvar de alguna manera los obstáculos que tiene el adolescente consumidor de cocaína para mantenerse en estado de abstinencia.

Dado que el consumo de cocaína es una problemática que se ha ido agudizando en la sociedad mexicana y que ocurre principalmente durante el período de la adolescencia, se considera que una investigación relacionada con la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína podría arrojar datos muy interesantes y que podrían ser de utilidad en la lucha contra este fenómeno tan complejo que es la drogadicción. Por ello el objetivo del presente estudio es comparar, mediante la aplicación de un instrumento, la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína con la Calidad de Vida de adolescentes que no consumen ninguna droga.

II. MÉTODOLÓGIA.

A partir de un muestreo no aleatorio, se evaluó a 195 estudiantes adolescentes, pertenecientes al Colegio Hermann Hesse S.C. y al Colegio Latinoamericano Mexicano S.C., ubicados en la colonia Santa María la Ribera, en México, D.F.

Sujetos.

La muestra de este estudio estuvo constituida por dos grupos, uno de ellos fue de 96 adolescentes consumidores de cocaína y el otro fue de 99 adolescentes que no consumían ninguna sustancia. Los grupos fueron conformados por sujetos de ambos sexos de entre 14 y 18 años de edad. Los participantes pertenecían a la clase social media y media alta, eran de nacionalidad mexicana.

Escenario.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo dentro de las instalaciones de los colegios. En el caso del Colegio Hermann Hesse, se utilizó un aula que contaba con bancas, mesas, pizarrón, gises, y que tenía ventanas grandes. En las instalaciones del Colegio Latinoamericano Mexicano, se utilizaron varios de los salones que son utilizados para impartir clases.

Materiales.

- Instrumento (Cuestionario de Calidad de Vida).
- Lápices con goma.

Instrumento.

Dado que la evaluación de la Calidad de Vida se basa en hechos objetivamente observables, en las condiciones de vida en sociedad y en las percepciones y juicios de la gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas (Szalai, 1980; cit en Setién, 1993) el instrumento que se utilizó fue una escala tipo Likert que presenta varios grupos de alternativas de respuesta, por ejemplo, si la pregunta hace referencia a la frecuencia con que se consume alcohol,

las alternativas de respuesta podrían ser 1) "Diario"; 2) "A menudo"; 3) "Algunas veces"; 4) "Pocas veces" y, 5) "Nunca" (ver anexo 1).

El instrumento está constituido por 127 ítems que evalúan diversas áreas de la calidad de vida; todos ellos se agruparon en dos subescalas primarias: el área del funcionamiento de la salud, y el funcionamiento psicosocial. La primer área se dividió a su vez en otras subescalas, a saber :

a. *Respuesta a enfermedad.* Evalúa las actitudes que tiene la persona al presentarse una enfermedad. Para ello, se utilizaron algunas alternativas, para saber qué es lo que hace el sujeto en caso de estar enfermo, por ejemplo: quedarse en cama, obedecer las indicaciones del médico, entre otras.

b. *Hábitos de salud.* Se evalúa la frecuencia con que la persona lleva a cabo conductas de salud o conductas de riesgo, se padezca o no una enfermedad. En ésta parte, se cuestionó a cerca de hábitos como consumir drogas, hacer ejercicio, tomar vino, etcétera.

c. *Historia de salud:* Se evalúa la forma en que el sujeto percibe su estado de salud con respecto a otras personas de su edad. Aquí se utilizaron algunas preguntas como, por ejemplo: "¿cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?".

d. *Uso del sector salud :*Se valora la frecuencia con la que la persona hace uso del sector salud. En ésta categoría, era necesario saber cuántas veces el sujeto había ingresado a una clínica u hospital para recibir algún tratamiento de emergencia, cuántas veces había estado internado, etcétera.

e. *Creencias y actitudes hacia la salud:* Esta subescala evalúa el aspecto cognitivo relacionado con el estado de salud, tomando en consideración componentes tales como autoeficiencia, confianza al personal y al sistema. Para realizar ésta evaluación, se utilizaron algunas afirmaciones, con las que el sujeto podría estar o no de acuerdo en cinco niveles: "no, un poco, regular, casi y si". Dichas afirmaciones fueron: confío en el juicio de los doctores,

atiendo y cuidando mi salud, existen cosas más importantes que la salud, entre otras.

En relación al área del Funcionamiento Psicológico, se evaluaron los siguientes aspectos :

- a. *Estrés de vida*: Evalúa el nivel de estrés percibido, un año antes de la aplicación del instrumento.
- b. *Afrontamiento*: Con esta subescala se evalúa la descripción que hace la persona en cuanto a la forma de enfrentarse a situaciones estresantes.
- c. *Apoyo social*: Se evalúa la forma en la que la persona concibe el apoyo informativo, apoyo emocional y apoyo tangible que recibe de sus amigos y familiares.
- d. *Salud psicológica*: Mediante esta subescala se evaluó la salud psicológica, tomando en consideración aspectos relacionados con la satisfacción de vida, la culpabilidad, cambio de ánimo, estado ansioso, entre otros.

Procedimiento.

El instrumento se aplicó primero en el Colegio Hermann Hesse, en el que las autoridades de la institución proporcionaron un aula para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios. En esta escuela, se aplicó el cuestionario a cada uno de los grupos de los dos turnos (matutino y vespertino), teniendo cada uno de ellos, un promedio de 45 alumnos.

Una vez que los alumnos se sentaban y guardaban silencio, se les explicaba que el instrumento había sido aplicado en diferentes poblaciones, para evaluar diversos aspectos relacionadas con la salud. Posteriormente se les indicaba cuáles eran las características de las personas que se requerían para contestar el instrumento: "Hombres o mujeres que tengan de 14 a 18 años y que sean consumidores de cocaína. También aquellas personas que no consuman ningún tipo de droga: alcohol, tabaco, marihuana, etcétera". Una vez que se explicaban las características necesarias para participar, se agradeció la atención del grupo, y se

pidió a las personas que no cumplían con el criterio de inclusión, que se retiraran y volvieran a su salón.

Las instrucciones que se proporcionaron a las personas que participaron en la aplicación del instrumento versaban a cerca de cómo responderlo, es decir, con lápiz, marcando solo una opción de respuesta; se les explicó que algunos cuadros del instrumento eran solo para uso de los investigadores, por lo que no debían escribir nada en ellos. Así mismo, se les pidió que contestaran con la mayor veracidad posible, dado que los datos que nos proporcionarían eran totalmente confidenciales.

En el Colegio Latinoamericano Mexicano se llevó a cabo el mismo procedimiento, sin embargo, en ésta escuela se tuvo que aplicar el instrumento dentro de las aulas en las que los alumnos estaban tomando clase, por lo que antes de iniciar la aplicación, se pedía la autorización del profesor que en ese momento se encontraba al frente del grupo.

Al término de la recopilación de datos, se procedió a la captura y análisis de la información, para lo cual se utilizó el programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows), aplicando el estadístico de frecuencia, la correlación y la *t* de Student para muestras independientes, con un nivel de significancia de $\alpha = .05$, a dos colas.

El siguiente paso fue seleccionar y analizar algunas dimensiones de la Calidad de Vida, contempladas en el instrumento, que se relacionaban estrechamente con el fenómeno del consumo de sustancias.

De éste modo, dentro del área del funcionamiento de la salud, se analizaron los Hábitos de Salud, la Historia de Salud, uso del Sector Salud y las Creencias y Actitudes con Respecto a la Salud. En cuanto al funcionamiento psicosocial, se analizaron el Apoyo Social y, de la categoría de Estrés de Vida, se analizó específicamente un ítem, relacionado con los problemas de tipo legal.

III. RESULTADOS.

El objetivo del presente estudio fue comparar, mediante la aplicación de un instrumento, la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína con la Calidad de Vida de adolescentes que no consumen ninguna droga. Para ello se aplicó un cuestionario del cual se obtuvieron datos que indicaron que el rango de edades de los adolescentes que participaron en la investigación, fue de 15 a 18 años de edad. La muestra estuvo constituida por dos grupos: el grupo de consumidores de cocaína fue de $n=96$ sujetos, de los cuales 68 fueron del sexo masculino y 28 del sexo femenino; el segundo grupo fue el de los adolescentes no consumidores de drogas, el cual estuvo conformado por $n=99$ sujetos, es decir, 50 hombres y 49 mujeres. Con los datos obtenidos mediante el instrumento, se observa que la media de edad para el grupo de consumidores fue de 17 años y para el otro grupo fue de 16. El número de sujetos, en el grupo de consumidores, aumenta en proporción a la edad, y en el caso de los no consumidores, a mayor edad, el número de sujetos va disminuyendo (ver tabla 1).

Edad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Consumidora	No consumidora	Consumidor	No consumidor
15	2	12	6	5
16	5	11	11	27
17	10	20	27	15
18	9	6	23	3

Tabla 1. Frecuencia de las edades en los dos grupos de sujetos.

En relación a los datos arrojados por la escala Likert, cabe señalar que a cada categoría pertenecían 1 ó más ítems del cuestionario aplicado, de tal forma que para evaluar una categoría, fue necesario establecer, de acuerdo al número de ítems, un puntaje mínimo y un máximo. Así, si una categoría estaba compuesta por 3 ítems, por ejemplo, el puntaje mínimo que se podría obtener era 3, y el máximo, 15. Esto implica que si las alternativas de respuesta fueron (1) "No"; (2) "Probablemente no"; (3) "Regular"; (4) "Probablemente si" y (5) "Si", el sujeto podía tener un puntaje mínimo de 3, si en los tres ítems marcaba la opción de respuesta 1 ("No"). De esta forma, un sujeto podría tener el máximo puntaje, en caso de marcar la alternativa de respuesta 5 en los tres ítems. El puntaje 15, correspondería entonces, a la alternativa de respuesta 5 ("Si"). Es importante señalar que el hecho de tener un menor o mayor puntaje no implica tener un acierto o un error, solo es una forma de evaluación de los datos.

De éste modo, tomando en cuenta que el puntaje mínimo fue de 14 y el máximo de 70, en los datos encontrados con relación a los Hábitos Positivos de los consumidores de cocaína, se observa que las frecuencias más altas se encuentran entre los 45 y 51 puntos, llegando la frecuencia más alta a diez (ver figura 1). Estos puntajes pertenecen a la alternativa de respuesta 4, es decir, "pocas veces", lo que implica que los consumidores de cocaína realizan *pocas veces* actividades relacionadas con hábitos positivos.

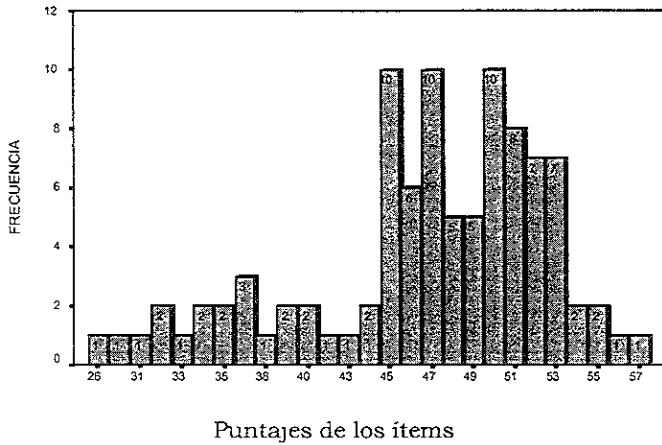


Figura 1. Frecuencia de los puntajes del grupo de consumidores, en la categoría de hábitos positivos

En el grupo de los no consumidores, la frecuencia más alta fue de 14 y se ubica entre los puntajes 43 y 47, correspondiendo a la alternativa de respuesta 3, lo que significa que los no consumidores *algunas veces* realizan actividades vinculadas con los hábitos positivos considerados en el cuestionario (ver figura 2). En esta categoría, la media observada en el grupo de consumidores fue de 46.39, y para los no consumidores fue de 45.07.

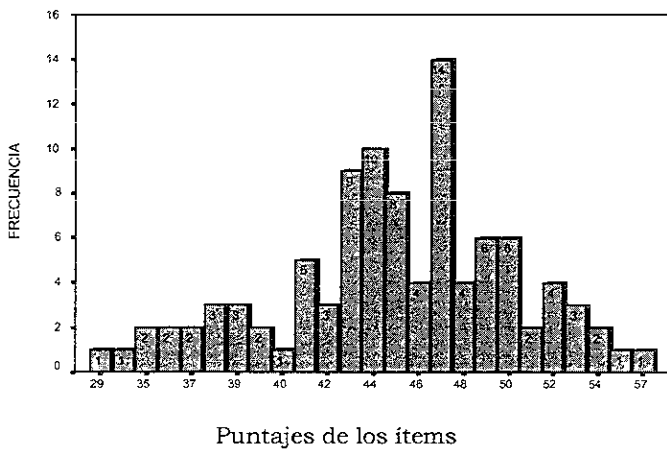
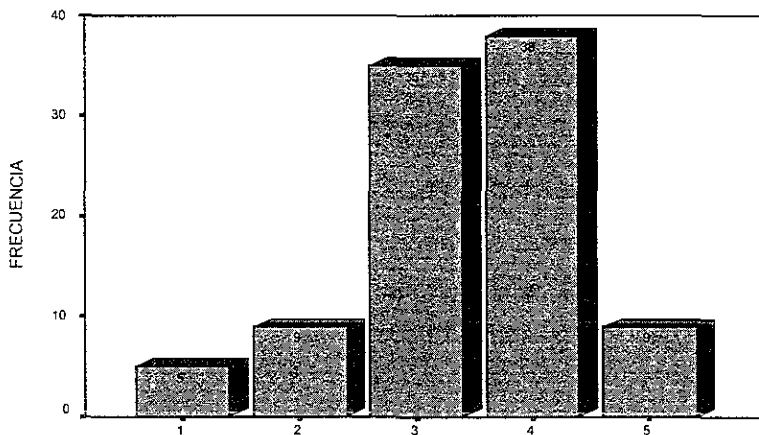


Figura 2. Frecuencia de los puntajes del grupo de los no consumidores, en la categoría de hábitos positivos.

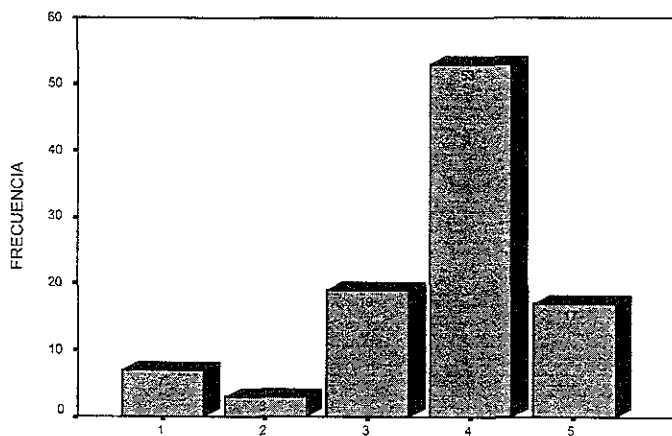
En relación a la categoría de Salud Reciente, en la que el puntaje mínimo fue uno y el máximo, cinco; se encontró que en el grupo de consumidores, 38 marcaron la opción 4 ("bien") y 35 la opción 3 ("regular"), encontrándose el menor puntaje en la opción 1 ("pésima"), ya que solo la marcaron 5 sujetos (Ver figura 3). La media para esta categoría, fue de 3.39.



Puntajes de los ítems

Figura 3. Frecuencia de los puntajes del grupo de los consumidores, en la categoría salud reciente.

Dentro de ésta misma categoría, en el grupo de no consumidores, la frecuencia más alta fue de 53, ubicada en la opción 4, seguida por la opción 3, con una frecuencia de 19; la opción 5, con 17; el 1 con 7, y el 2 con menor frecuencia (ver figura 4). La media fue, para el grupo de no consumidores, 3.71.



Puntajes de los ítems

Figura 4. Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría salud reciente

Así pues, entre éstas dos variables, Hábitos Positivos y Salud Reciente, se encontró una correlación de .378, siendo significativa a un nivel de 0.01, en un .000 (a dos colas) en el grupo de consumidores, no así en el de no consumidores, para el que no hubo una correlación entre dichas variables (ver tabla 2).

Correlaciones		
Consumidores	Fuerza de la Correlación	.378
	Sig. a 2 colas	.000
No Consumidores	Fuerza de la Correlación	-.061
	Sig. a 2 colas	.550

Tabla 2. Correlación entre las categorías de Hábitos positivos y Salud reciente (Correlación significativa en un nivel de 0.01).

Ahora bien, en relación a los datos obtenidos mediante la prueba *t* de Student, se observa que no hay diferencias significativas entre el grupo de consumidores y el de no consumidores, en relación a los hábitos positivos ya que $t= 1.540$, $gl= 193$, $p= .125 > \alpha .05$.

En cuanto a la categoría de Salud Reciente, se encontró que $t= -2.256$, $gl= 193$, y $p= .025 < \alpha .05$, es decir que, si existen diferencias significativas entre la salud reciente del grupo de consumidores y el de no consumidores.

Por otro lado, en los puntajes relacionados con los Hábitos negativos, que tuvieron como puntaje mínimo 10 y máximo 50, la media fue de 26.61 y se observa que en el grupo de consumidores, las frecuencias más altas se encuentran en los puntajes 23 y 28, perteneciendo estos puntajes a la alternativa de respuesta 3 ("algunas veces"); las puntuaciones más bajas, van del 34 en adelante, con una frecuencia máxima de 3 (ver figura 5).

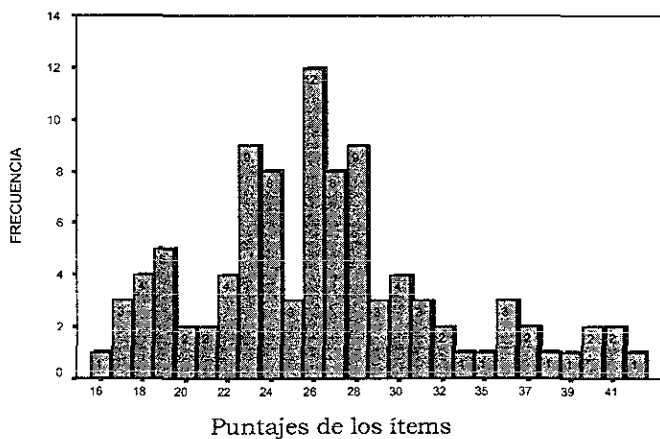


Figura 5. Frecuencia de los puntajes del grupo de consumidores, en la categoría de hábitos negativos.

Para el grupo de no consumidores, los puntajes que obtuvieron las frecuencias más altas, se encontraron entre 41 y 44, con una frecuencia máxima de 13 y con una media de 40.71. Dicha puntuación se encuentra ubicada en la opción de respuesta 5 (nunca) (Figura 6).

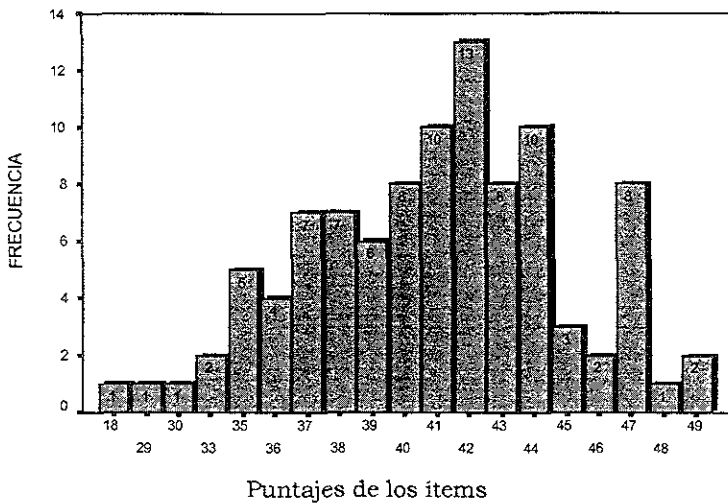


Figura 6. Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría de hábitos negativos

Por otra parte, el Tratamiento de Emergencia, con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 5, tuvo una frecuencia de 59 para el grupo de consumidores en la alternativa de respuesta 1, en la alternativa 2, tuvo una frecuencia de 21; la opción 3, tuvo 7; la 4, 5; y la 5 fue de menor frecuencia (ver figura 7). La media fue de 1.62. Por su parte, el grupo de no consumidores, en la opción de respuesta uno, tuvo una frecuencia de 61; en la segunda opción tuvo 16; en la 3, 6; y en la 4, tuvo una frecuencia de 9. La alternativa de respuesta 5, tuvo 0 de frecuencia (ver figura 8). La media para éste grupo fue de 1.63.

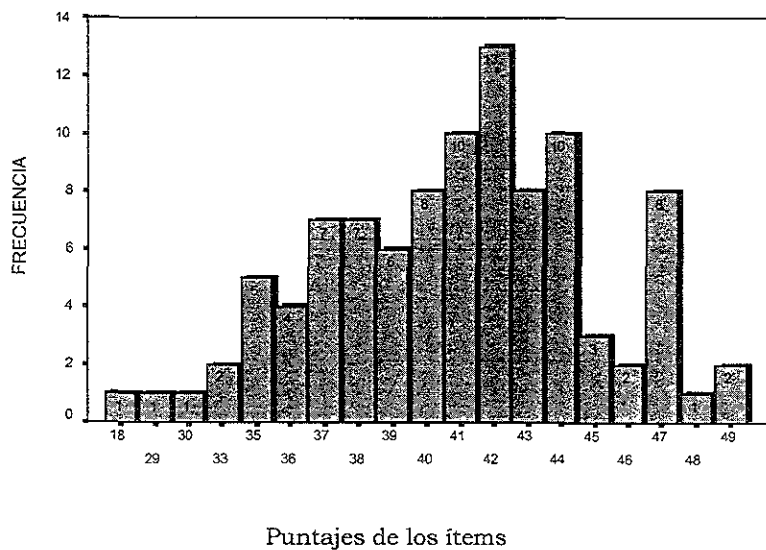


Figura 7. Frecuencia de los puntajes del grupo de los consumidores, en la categoría de tratamiento de emergencia.

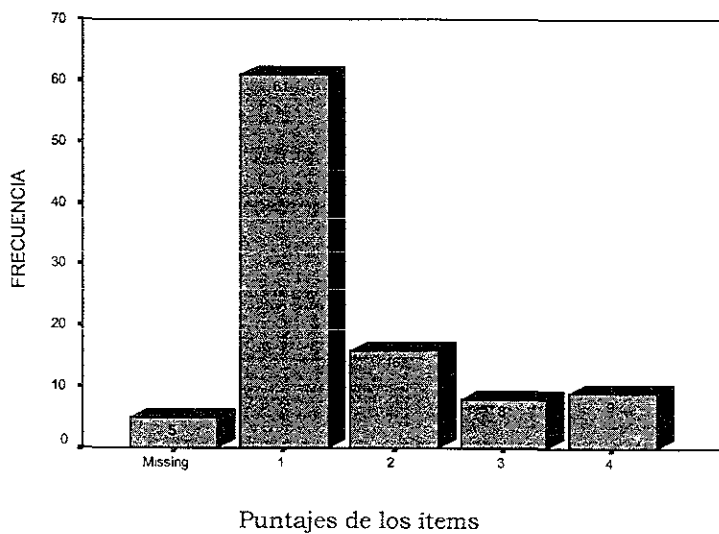


Figura 8. Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría de tratamiento de emergencia.

Entre éstas dos variables (Hábitos Negativos y Tratamiento de Emergencia), existe una correlación de .271, con un nivel de significancia de .008, en el grupo de consumidores y, en el grupo de no consumidores, no existe correlación alguna (ver tabla 3).

Correlaciones		
Consumidores	Fuerza de la Correlación	.271
	Sig. a 2 colas	.008
No Consumidores	Fuerza de la Correlación	-.132
	Sig. a 2 colas	.205

Tabla 3. Correlación entre las categorías de Hábitos negativos y Tratamiento de emergencia (Correlación significativa en un nivel de 0.01).

Así pues, se encontraron diferencias significativas en los hábitos negativos de los consumidores y los no consumidores, ya que la probabilidad fue de $t = -18.230$, $gl = 193$, $p = .000 < \alpha .05$. En cuanto al tratamiento de emergencia, no se encontraron diferencias significativas, ya que $t = -.074$, $gl = 186$, $p = .941 > \alpha .05$.

En cuanto a la categoría Vigilancia de salud (puntaje mínimo, 5 y máximo, 25), para ambos grupos, las frecuencias más altas se encontraron en los puntajes 15 y 21, siendo 9, la frecuencia más alta en el grupo de consumidores y 14 en el grupo de no consumidores (figuras 9 y 10). En esta categoría, la media para el grupo de consumidores fue de 15.35, y para los no consumidores de 17.36.

ESCALA DE HÁBITOS NEGATIVOS
DE LA ESCALA DE HÁBITOS NEGATIVOS

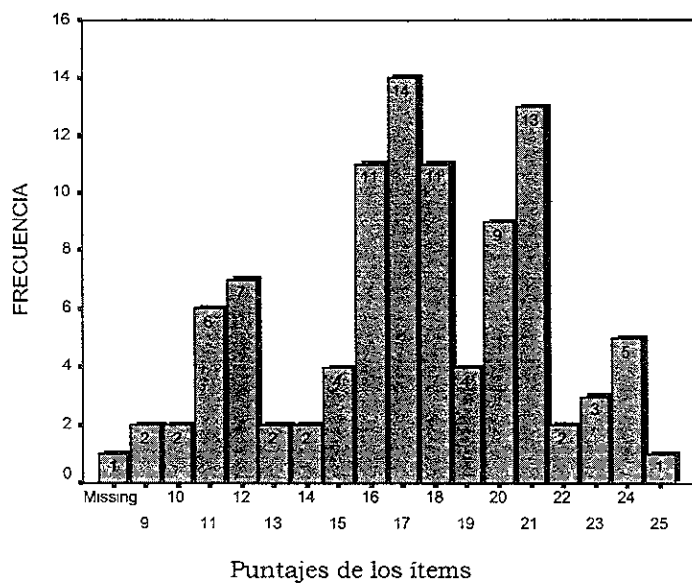


Figura 9. Frecuencia de los puntajes del grupo de consumidores, en la categoría de Vigilancia de salud

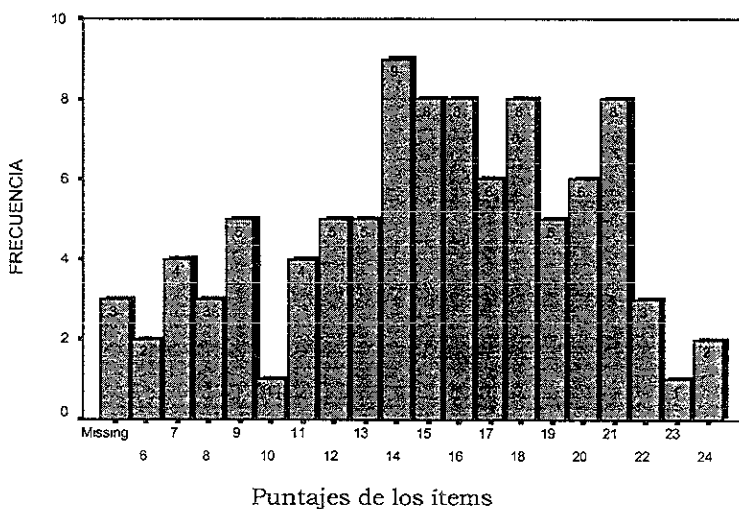


Figura 10. Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría de vigilancia de salud

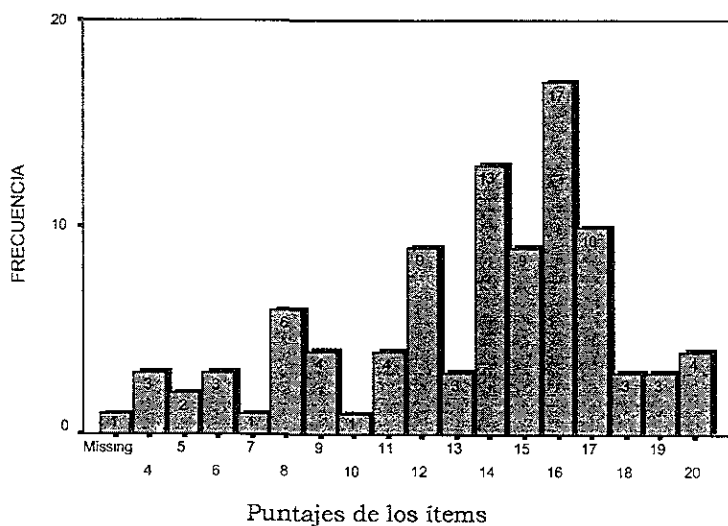


Figura 11. Frecuencia de los puntajes del grupo de consumidores, en la categoría de valores de salud.

En la figura 11 es posible apreciar que, con respecto a los Valores de Salud (mínimo 4; máximo 20), el grupo de consumidores obtuvo una frecuencia máxima de 17 en el puntaje 16. En el puntaje 14 se observa una frecuencia de 15; en el 17, una frecuencia de 10, el 15 y 12 con 9; el 8 con 6 (ver figura 11). La media fue de 13.49.

De igual forma, en el grupo de no consumidores la media fue de 14.75 y presentó en el puntaje 16, una frecuencia de 37; seguido por el puntaje 14, con una frecuencia de 15; el 15 con 12; el 12 con 8 y de ahí, las frecuencias van disminuyendo (ver figura 12).

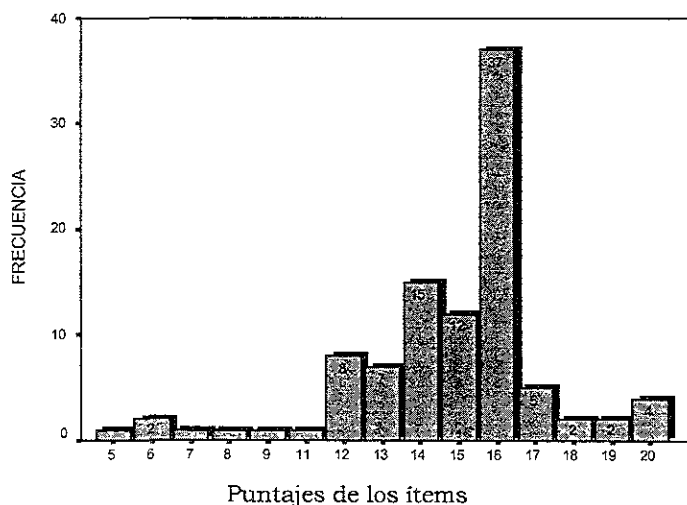


Figura 12. Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría de valores de salud.

Lo anterior indica que ambos grupos tienen las frecuencias más altas en los puntajes correspondientes a la opción de respuesta número 5 ("Si").

Para el grupo de consumidores existe una correlación (en relación a las categorías Vigilancia de Salud y Valores de Salud) de .329, siendo significativa en .001. Para el grupo de no consumidores, esta correlación es de .241, con un nivel de significancia de .017 (ver tabla 4).

Correlaciones		
Consumidores	Fuerza de la Correlación	.329 **
	Sig. a 2 colas	.001
No Consumidores	Fuerza de la Correlación	.241 *
	Sig. a 2 colas	.017

Tabla 4. Correlación entre las categorías de Vigilancia de Salud y Valores de Salud.

(**Correlación significativa en un nivel de 0.01).

(* Correlación significativa en un nivel de 0.05).

Por otro lado, existen diferencias significativas en cuanto a los valores de salud de los consumidores y no consumidores, ya que la probabilidad fue de $t = -3.282$, $gl = 192$, $p = .001 < \alpha .05$. Por lo se refiere a la vigilancia de salud, también existen diferencias significativas, ya que $t = -2.241$, $gl = 189$, $p = .012 < \alpha .05$.

En la categoría de Apoyo Emocional (mínimo 3, máximo 15), en el grupo de consumidores la media fue de un valor de 9.75 y, la frecuencia más alta fue de 13, ubicada en el puntaje 13. Le sigue el puntaje 10, con una frecuencia de 12; luego el 7, con 10. Esto indica que el mayor puntaje se encuentra dentro de la alternativa de respuesta 5 (mucho) (Ver figura 13).

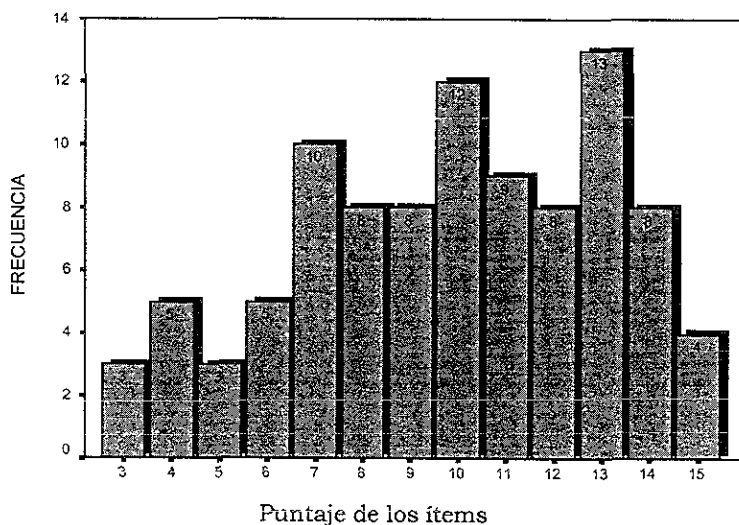


Figura 13. Frecuencia de los puntajes del grupo de consumidores, en la categoría de apoyo emocional.

En el grupo de no consumidores, la frecuencia más alta se encuentra en el puntaje 12, con 20, seguido por el puntaje 10 con una frecuencia de 15, el 15 con 14 y el 9 con 13 (ver figura 14). La media observada fue de 11.58.

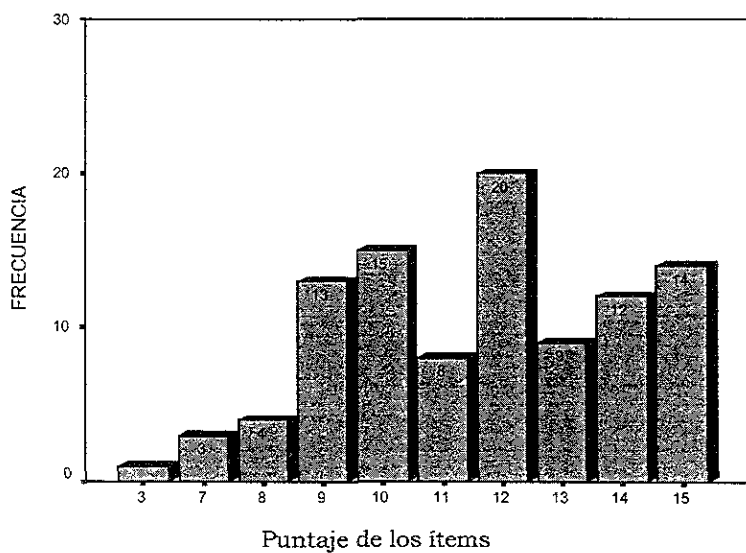


Figura 14 . Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría de apoyo emocional.

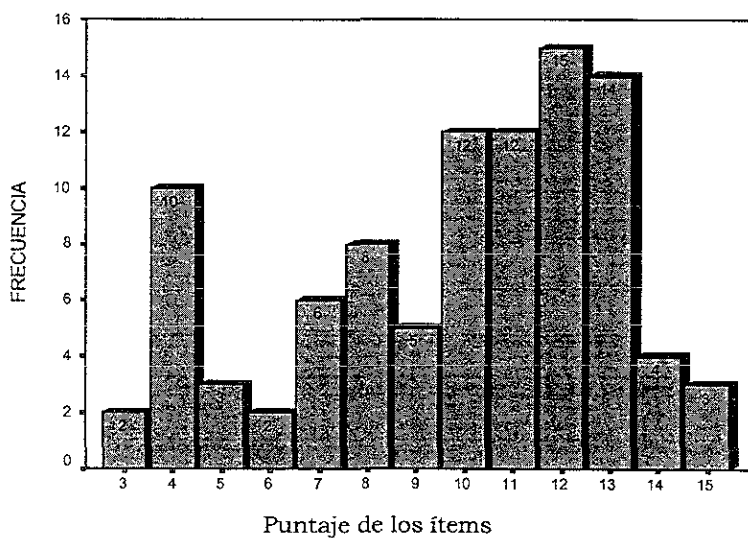


Figura 15 . Frecuencia de los puntajes del grupo de consumidores, en la categoría de apoyo tangible.

En relación al apoyo tangible, la frecuencia más alta en el grupo de consumidores fue de 15, en el puntaje 12. Por su parte, el grupo de no consumidores tuvo una frecuencia de 13, en los puntajes 11, 12 y 15 (ver figuras 15 y 16). Las medias observadas fueron de 9.78, para los consumidores, y 10.73 para los no consumidores.

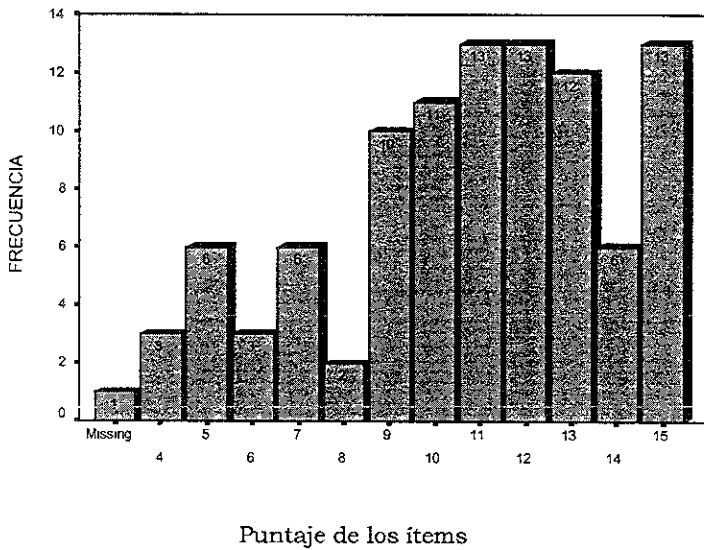


Figura 16. Frecuencia de los puntajes del grupo de no consumidores, en la categoría de apoyo tangible.

Como se puede observar, para ambos grupos, las frecuencias más altas se encuentran dentro de la alternativa de respuesta 4 (bastante), sin embargo, en el grupo de no consumidores, existe una mayor concentración de respuestas dentro de dicho rango, y se observa una ligera tendencia hacia la opción de respuesta 5 ("muy a menudo"). Por el contrario, en el caso de los consumidores, las respuestas no se encuentran en su mayoría dentro del rango de respuesta 4, sino que se observa una ligera tendencia hacia la alternativa de respuesta 3 ("regular").

En la figura 17, se observa que la frecuencia más alta se encuentra en el puntaje 13 y es de 24, seguido por el puntaje 12, con una frecuencia de 14, para el

grupo de consumidores, en la categoría de Intercambio Negativo, que tiene un puntaje mínimo de 4 y máximo de 20. Así pues, la frecuencia más alta, se encuentra en el puntaje correspondiente a la alternativa de respuesta 3 ("regular"). El valor de la media fue de 12.41.

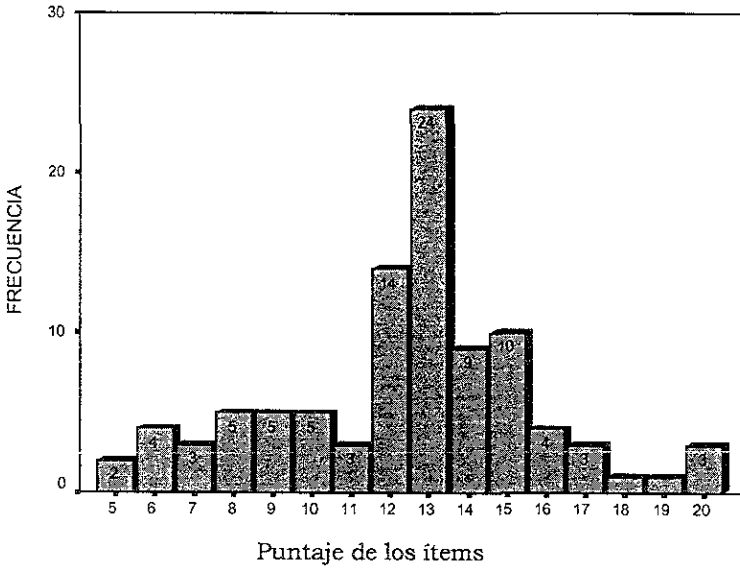


Figura 17 . Frecuencia de los puntajes del grupo de los consumidores, en la categoría de intercambio negativo.

En el caso de los no consumidores, la media fue de 10.63 y la frecuencia más alta se encuentra en el puntaje 14, el cual corresponde a la alternativa de respuesta 4 ("bastante"), con una frecuencia de 12 (Ver figura 18).

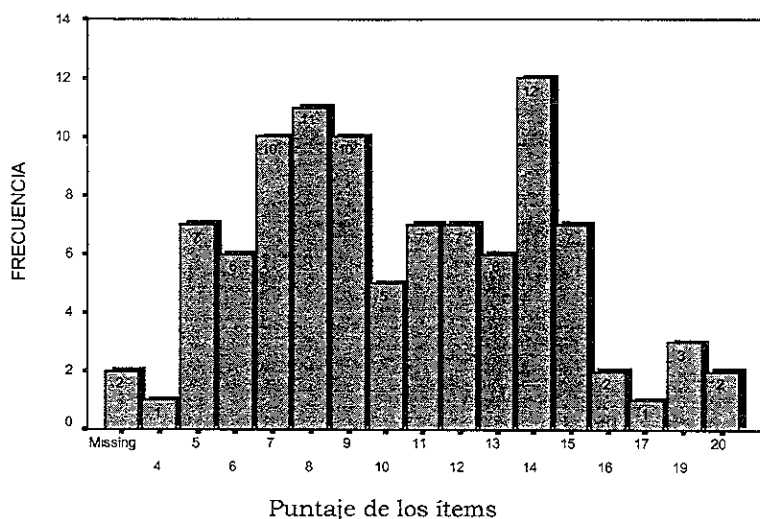


Figura 18. Frecuencia de los puntajes del grupo de los no consumidores, en la categoría de intercambio negativo.

Entre las categorías Apoyo Emocional, Apoyo Tangible e Intercambio Negativo, se encontraron algunas correlaciones. Para el grupo de consumidores se observa que la fuerza de la correlación es de $.560$, entre el apoyo emocional y el apoyo tangible; también se encontró una correlación de $-.343$, entre el apoyo emocional y el intercambio negativo. En el caso de el intercambio negativo y el apoyo tangible, se observó una correlación de $-.409$, con un nivel de significancia de $.000$. Como es evidente, las tres correlaciones son altamente significativas. Para el grupo de los no consumidores, se encontró una correlación significativamente alta, de $.529$ ($.000$), entre el apoyo emocional y el apoyo tangible. De igual forma, se dio una correlación de $-.309$, siendo significativa en un $.002$, entre el intercambio negativo y el apoyo tangible (ver tabla 5).

Correlaciones					
			Apoyo Emocional	Apoyo Tangible	Intercambio Negativo
Consumidor	Apoyo Emocional	Correlación	1	.560*	-.343*
		Sig. a 2 colas		.000	.001
	Apoyo Tangible	Correlación	.560*	1	-.409*
		Sig. a 2 colas	.000		.000
	Intercambio Negativo	Correlación	-.343*	-.409*	1
		Sig. a 2 colas	.001	.000	
No Consumidores	Apoyo Emocional	Correlación	1	.529*	-.062
		Sig. a 2 colas		.000	.544
	Apoyo Tangible	Correlación	.529*	1	-.309*
		Sig. a 2 colas	.000		.002
	Intercambio Negativo	Correlación	-.062	-.309*	1
		Sig. a 2 colas	.544	.002	

Tabla 5. Correlación entre las categorías Apoyo Emocional, Apoyo Tangible e Intercambio Negativo en ambos grupos (* Correlación significativa en un nivel de 0.01 a 2 colas)

Así pues, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, en relación al apoyo emocional recibido por parte de familiares y amigos durante el año pasado, ya que el valor de $t = -4.480$, $gl = 193$, $p = .000 < \alpha .05$. De igual forma se encuentran diferencias significativas en el apoyo tangible recibido por los dos grupos de sujetos, ya que el valor de $t = -2.106$, $gl = 192$, $p = .036 < \alpha .05$. En cuanto al intercambio negativo con amigos y familiares adultos, se hallaron diferencias significativas debido a que el valor de t fue de 3.449 , $gl = 191$, $p = .001 < \alpha .05$.

Ahora bien, es importante señalar los datos obtenidos en relación a la frecuencia con que los adolescentes consumidores de cocaína participantes en éste estudio, consumen dicha sustancia. (Figura 19)

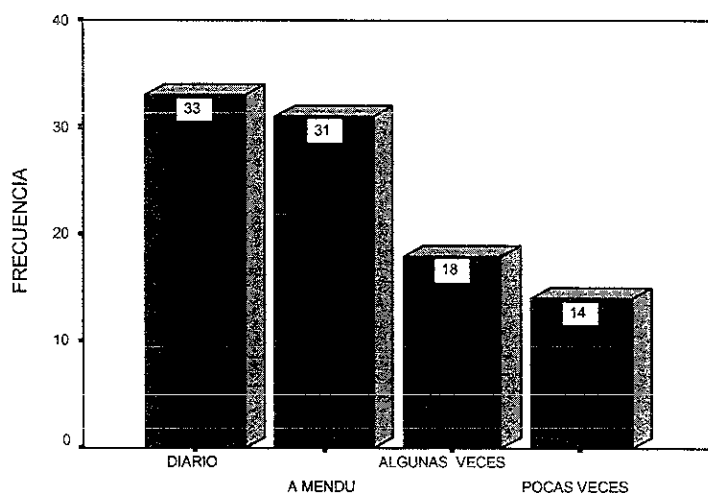


Figura 19. Frecuencia del consumo de cocaína.

Como se puede observar en la figura, la mayor parte de ellos consumen cocaína "diariamente", ya que 33 sujetos reportan hacerlo de ésta manera; 31 lo hacen "a menudo"; 18 "algunas veces", y 14 "pocas veces".

Por otro lado, se encontró correlación entre el uso de cocaína y el consumo de alcohol. A su vez, el no consumir cocaína, tuvo una alta correlación con el consumo de alcohol (ver tabla 6).

Usar Drogas	Tomar Cerveza	Tomar Vino, Jerez, Anis, Rompope.	Tomar Tequila, Ron, Brandy U Otros
CONSUMIDORES	.212	.249	.308
NO CONSUMIDORES	.577	.428	.576

Tabla 6. Correlación entre el consumo de cocaína y el consumo de alcohol.

Por último, en cuanto a la frecuencia con que se ven involucrados en problemas legales, se encontró que en el grupo de consumidores, 57 sujetos reportaron no haberse encontrado en problemas legales, y 38 reportaron que si. En el grupo de no consumidores, 92 reportaron de manera negativa y 7 señalaron haber tenido problemas de tipo legal.

VI. DISCUSION.

Partiendo de que la Calidad de Vida es la percepción (objetiva o subjetiva) de satisfacción y bienestar que tenga un individuo inmerso en un contexto específico, en relación con aspectos físicos, biológicos, psicológicos, culturales, sociales y económicos; en el presente trabajo, se analizaron diversas áreas de la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína y no consumidores de sustancias. Para ello, se eligieron algunas de las áreas de la Calidad de Vida relacionadas con la salud y se dividieron en dos categorías. Las categorías analizadas fueron, dentro del área del funcionamiento de la salud (aspectos físicos y biológicos), los Hábitos de Salud, la Historia de Salud, uso del Sector Salud y, las Creencias y Actitudes con Respecto a la Salud. En cuanto al funcionamiento psicosocial (aspectos psicológicos y sociales), se analizaron el Apoyo Social y, de la categoría de Estrés de Vida, se analizó específicamente un ítem, relacionado con los problemas de tipo legal.

Los resultados obtenidos muestran que, en el grupo de consumidores, la mayoría de los sujetos pertenecieron al sexo masculino, indicando que, en la muestra estudiada, el consumo de cocaína es superior entre los hombres. Este hallazgo concuerda con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1999), que indican que la prevalencia del consumo de sustancias, a nivel nacional, es mayor en los varones que en las mujeres.

De igual forma, se encontró que el uso de cocaína presenta una frecuencia de uso más alta entre los jóvenes estudiantes de 17 y 18 años. Esto significa que el consumo de cocaína es menor en los adolescentes más jóvenes y el uso de dicha sustancia, tiende a incrementarse con la edad. Estos resultados son similares a los obtenidos por la SEP y el IMP (1997), en los que señalan que, entre los estudiantes, la proporción de usuarios de sustancias tiende a incrementarse con la edad, ya que en 1997, el uso de cocaína registró un aumento importante entre los jóvenes de 15 y 17 años y se eleva considerablemente entre los mayores.

Por el contrario, en el grupo de no consumidores, el mayor número de sujetos se encontraron entre los 16 y 17 años, lo que indica que, entre más jóvenes son los adolescentes, menor es el índice de consumo de cocaína entre hombres y mujeres por igual.

En relación a estos datos, se considera que el consumo se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes de mayor edad, debido a que el hecho de que ingresen al nivel bachillerato, permite que exista una distancia más grande entre el adolescente y su familia, llevándole a tener más libertades, experiencias totalmente nuevas, que lo hacen sentir un tanto al descubierto o inseguro. Esto provoca que el chico busque en mayor medida, el apoyo y la aceptación del grupo de pares, quienes, al agruparse, forman un escudo protector contra ese nuevo entorno. Al ingresar a una nueva institución, el adolescente se puede sentir un tanto ajeno al nuevo contexto en el que se encuentra. Es así como, en la búsqueda por pertenecer a un grupo que le de seguridad en su nuevo entorno, el adolescente comienza a relacionarse con jóvenes de diferentes edades, y puede comenzar a formar parte de grupos de jóvenes de mayor edad. Por su parte, los adolescentes de los últimos grados, o bien, mayores, se encuentran totalmente inmersos en un contexto que para ellos es del todo familiar, pareciendo, a la vista de los más jóvenes, más dueños de la situación: se muestran más seguros y tienen una identidad propia, creada, por su puesto, a partir de la larga convivencia con sus compañeros, la institución y otros. Con esto, el adolescente que va ingresando, se identifica con los más grandes, y busca involucrarse con ellos para sentirse más seguro. Para formar parte de este nuevo grupo, los adolescentes tienen que realizar las actividades que el grupo exige. En este punto es en el que se incrementan las posibilidades de experimentar por primera vez, con alguna droga. De acuerdo con los resultados, los adolescentes mayores son quienes más comúnmente consumen cocaína; esto implica que los más jóvenes, ansiosos de sentirse parte de este nuevo contexto, pueden realizar actividades que los más

grandes, practican a diario; iniciándose como consumidores experimentales de alguna sustancia, hasta convertirse en usuarios de drogas.

En cuanto a los hallazgos relacionados con los hábitos de salud, se encontró que el grupo de consumidores realiza pocas veces, actividades relacionadas con hábitos positivos, y el grupo de no consumidores, lleva a cabo éstas actividades, algunas veces. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de consumidores y el de no consumidores, en cuanto a las actividades vinculadas con hábitos positivos. Esto significa que, las actividades como hacer ejercicio, comer sanamente, tener precaución al manejar un vehículo, son muy similares en ambos grupos. En este caso, los dos grupos realizan dichas actividades con poca frecuencia. Evidentemente, esta similitud tiene que ver con que todos ellos son adolescentes, y no hay que olvidar que ésta es una etapa en la que, como señala Conger (1980), los amigos aportan al individuo la posibilidad de realizar nuevas actividades y al mismo tiempo, estimulan a realizar cosas riesgosas, ya que la identidad del adolescente se desarrolla a través de las pruebas a las que se ve sometido. Al mismo tiempo, el adolescente debe mantener una imagen, y se siente obligado a ser capaz de hacer lo que los demás, e incluso llegar más lejos si se puede. El hecho de que los adolescentes no practiquen con frecuencia actividades vinculadas con los hábitos positivos, y que regularmente lleven a cabo comportamientos riesgosos, como manejar sin precaución, no respetar el límite de velocidad, ni las señales de tránsito; tiene que ver con el sentido de competencia y el miedo al ridículo, que impiden muchas veces, que el adolescente se niegue a lo que los demás esperan que haga, ya que esta negación puede poner en riesgo la relación con el grupo de amistades (Conger, 1980 y Tubau, 1995).

Por otro lado, el análisis de la categoría de historia de salud, arrojó datos en los que se encontraron diferencias significativas entre los consumidores y no consumidores con relación a la salud reciente de los sujetos. La diferencia radica en que el grupo de consumidores percibió su salud (en los últimos seis meses),

como "bien" y "regular", en comparación con personas de su edad. Por su parte, los no consumidores, reportaron percibir su salud como "bien". Esto implica que la salud de los adolescentes no consumidores es mejor que la de los adolescentes consumidores de cocaína.

Así pues, en el grupo de no consumidores, no se encontró una correlación entre los hábitos positivos y la salud reciente de los sujetos. En contraste, se observó una correlación entre estas variables en el grupo de consumidores. Esto implica que, aunque los adolescentes pertenecientes a la muestra, tienen hábitos positivos similares, presentan una diferencia muy importante, y esta tiene que ver con el consumo de cocaína. En este sentido, la correlación que se observa en el grupo de consumidores implica que el consumo de cocaína contribuye, en el decremento de la salud del adolescente. La importancia de estos resultados, radica en que resaltan el hecho de que el consumo de cocaína contribuye con el deterioro de la salud de los individuos y evidentemente, los adolescentes, y muchas de las personas que consumen drogas, no están bien informados en relación a los estragos que ocasiona el usar cocaína o cualquier otra sustancia. Con estos resultados se hace evidente la necesidad de mostrar a la gente como sí hay consecuencias negativas con el abuso de drogas; que sí hay un deterioro en la salud de los usuarios, y que esto ocurre desde edades muy tempranas, es decir, no es necesario esperar a que el individuo sea un adulto mayor, para ser testigos del daño ocasionado por el uso de cocaína. El consumo de cocaína se encuentra fuertemente vinculado con los hábitos negativos, en los que se encontraron notables diferencias entre el grupo de consumidores y el de no consumidores. Por un lado, se encontró que los consumidores, realizan actividades como abusar de la sal en la comida, consumir tabaco, ingerir alcohol, usar drogas, "algunas veces"; mientras que un alto índice de no consumidores, reportan que "nunca" realizan este tipo de actividades.

Las diferencias encontradas en relación a los hábitos negativos, son notablemente significativas, sin embargo, cabe mencionar que esta diferencia se

debe, principalmente, al uso de sustancias, debido a que el grupo de no consumidores, no hace uso de ninguna de ellas y muchos de los ítems pertenecientes a ésta categoría, hacen referencia al uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

En este sentido, es importante señalar que el consumo de sustancias no es el único hábito negativo que podrían tener los adolescentes; existe toda una gama de actividades que pueden afectar el desarrollo del adolescente: el ocio, la agresividad, la falta de higiene, la mala alimentación, entre otros. A pesar de que los resultados de esta investigación indican que hay diferencias entre los hábitos negativos de ambas poblaciones, se considera que sería necesario realizar la evaluación de otras actividades vinculadas con los hábitos negativos, para confirmar dicha diferencia. Sin embargo, esto no resta importancia a los resultados obtenidos, ya que permiten observar que el consumo de cocaína, afecta de manera negativa la Calidad de Vida de los adolescentes.

En relación al uso del sector salud, se analizó la frecuencia con que los sujetos recibieron un tratamiento de emergencia en alguna clínica u hospital, a lo largo del año pasado. Se encontró que ambos grupos acudieron muy pocas veces o ninguna), a recibir un tratamiento de emergencia, por lo que no se encontraron diferencias significativas en ésta categoría. Sin embargo, a pesar de que no hubo diferencias en cuanto al uso del servicio de emergencias, al correlacionar los hábitos negativos con el tratamiento de emergencia, se encontró que, en el grupo de consumidores, estas variables están correlacionadas, y en el grupo de no consumidores, no hubo correlación alguna. Esto podría llevar a suponer que, el usar cocaína o alguna otra sustancia, disminuye considerablemente el riesgo de sufrir algún accidente o percance que obligue a ingresar a un hospital, con lesiones de cualquier tipo.

Este dato se relaciona directamente con las investigaciones del SISVEA (1997), en las que se indica que, en los casos que fueron atendidos en servicios de emergencias, en el periodo de 1994 a 1997, la principal sustancia encontrada, en los

sujetos que llegaron bajo la influencia de alguna droga y sufrieron lesiones externas, en un 50% fueron inhalantes y en un 33%, cocaína. Esto significa que el uso de cocaína está estrechamente ligado con el uso de servicios de emergencia, y estos resultados son realmente alarmantes, ya que indican que un problema relacionado con la salud, se puede convertir en un problema vinculado con la seguridad pública, ya que los accidentes de los jóvenes consumidores de cocaína y otras sustancias, ocurren generalmente por riñas callejeras o incluso, por accidentes automovilísticos ocasionados por el estado de aletargamiento o nerviosismo que algunas drogas producen.

Respecto a las creencias y actitudes relacionadas con la salud, se encontraron diferencias significativas en relación a la vigilancia de salud de los sujetos. En cuanto al grupo de consumidores, se encontró que están de acuerdo en un nivel "regular" con atender el rendimiento de su cuerpo, anticipar futuros problemas en su salud, y todas aquellas cuestiones que implican mantener cierta vigilancia, o estar al pendiente de su salud. Por su parte, el grupo de no consumidores, estuvo "casi" de acuerdo con ésta vigilancia. Lo anterior indica que el grupo de consumidores, está menos pendiente de su salud, en comparación con el grupo de no consumidores.

Por otro lado, al considerar los valores de salud de ambos grupos, se observa que existen diferencias significativas, debido a que los no consumidores están más de acuerdo con que se requiere de buena salud para ser productivo y feliz, o que no existen cosas más importantes que la salud. Por el contrario, aunque los datos obtenidos son muy similares, en el grupo de consumidores de cocaína, se observa que no están muy de acuerdo con dichos valores de salud.

Así pues, en ambos grupos se encontró una correlación entre la vigilancia de salud y los valores de salud, lo cual indica que, el tener en menor o mayor grado ciertos valores y creencias con respecto a la salud, contribuye directamente en el cuidado de la misma, lo que implica que, entre menos sean dichos valores, menos se cuidará de la salud propia y viceversa. Desde luego, el hecho de tener menos

valores de salud, puede llevar a los adolescentes a dar poca importancia a los estragos y enfermedades que puede provocar el uso de alguna droga. Esta falta de interés por la salud, puede estar relacionada con lo que señala Tubau (1995), que afirma, que ante la imposibilidad de hacer lo que quisieran o lo que les gustaría, los adolescentes tienen una sensación de frustración, malestar y descontento, que los lleva a adoptar actitudes de pasividad y desinterés por todo, incluyendo su propia salud. Por supuesto, esta actitud, puede conducir a los adolescentes a realizar prácticas que afecten su salud, sin que les preocupe demasiado las consecuencias posteriores. Este sería el caso de los adolescentes consumidores de sustancias, que al hacer uso de alguna droga, disfrutaban de los efectos producidos por la misma, sin pensar en los efectos que ésta tiene a largo plazo.

En los resultados descritos, se basa la importancia de inculcar en nuestra sociedad, valores de salud que encaminen a los individuos a ser responsables de la misma, llevando a cabo actividades que la fortalezcan y no que la deterioren. Por supuesto, esto implica que los valores de salud son un factor relevante y determinante en el cuidado personal, y podrían ser considerados, a raíz de estos resultados, como un factor de protección contra el consumo de sustancias, ya que, al presentar un nivel alto de valores de salud, la vigilancia y el cuidado de la misma aumentaría, disminuyendo con esto, el consumo de cocaína y otras drogas.

En cuanto al apoyo emocional recibido por parte de familiares y amigos, durante el año pasado, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, a que el grupo de consumidores reportó tener apoyo emocional de manera regular y el de no consumidores reportó percibir bastante apoyo. Esto indica que el grupo de consumidores recibió menos apoyo emocional que el grupo de no consumidores.

Por otro lado, el apoyo tangible recibido por los consumidores, difiere del recibido por los no consumidores, ya que el apoyo tangible recibido por los primeros, fue regular; y para los no consumidores, fue bastante, es decir, el grupo

de no consumidores recibió más apoyo de familiares y amigos, que el grupo de consumidores.

En éste mismo bloque, en relación a la frecuencia con que tienen intercambio negativo, o problemas con sus familiares y amigos, se encontró que, en el grupo de consumidores, éste tipo de intercambio sucede de manera "regular", mientras que para los no consumidores, ocurre con "bastante" frecuencia. Esto apunta a que, el grupo de los adolescentes que no consumen ninguna sustancia, tienen mayor intercambio negativo o problemas, con sus familiares y amigos, que el grupo de consumidores de cocaína.

En cuanto a las correlaciones encontradas entre estas tres variables, se observó en el grupo de consumidores, una correlación entre el apoyo emocional y el apoyo tangible, lo cual implica que sus familiares y amigos les brindan apoyo emocional a la par que les dan cosas que necesitan, es decir, apoyo tangible.

En éste mismo grupo, se encontró una correlación negativa entre el apoyo emocional y el intercambio negativo, esto significa que, entre más apoyo emocional recibieron por parte de familiares y amigos, menor fue el grado de intercambio negativo con ellos.

En el caso del intercambio negativo y el apoyo tangible, también se encontró una correlación negativa, lo cual significa, que a mayor intercambio negativo, menor es el apoyo tangible recibido.

En el grupo de no consumidores, se encontró una correlación entre el apoyo emocional y el apoyo tangible, de tal manera que entre más apoyo emocional, mayor cantidad de apoyo tangible reciben a su vez. Así mismo, la correlación encontrada entre el intercambio negativo y el apoyo tangible, fue negativa, lo cual implica que, entre menor sea la cantidad de intercambio negativo con familiares y amigos, mayor es el apoyo tangible recibido.

Evidentemente, el apoyo emocional y el apoyo tangible están estrechamente inculados con el intercambio negativo. Estos resultados indican que entre más apoyo reciben los adolescentes, menor es la cantidad de intercambio negativo que

tiene con sus familiares y amigos. Desde luego, en la medida que el intercambio negativo sea menor, lo es también, el riesgo de consumir alguna droga, ya que, como señalan González, Salgado y Andrade (1993), la dinámica de la familia, influye en todos sus integrantes, y es necesario que los adolescentes sientan confianza y afectividad en las relaciones familiares, para que logren alcanzar una estabilidad emocional y madurez completas. Esto resulta importante, si recordamos que la familia es un factor de riesgo en el consumo de sustancias, esto significa, que el riesgo de convertirse en adictos, es mucho mayor para los adolescentes cuyos padres no son afectuosos, sino negligentes, demasiado tolerantes o, por el contrario, autoritarios y hostiles (Conger, 1980); lo mismo ocurre con los adolescentes que viven inmersos en la desintegración familiar, el distanciamiento afectivo de los padres, la crisis de valores familiares, altos niveles de tensión dentro de la familia y el aislamiento social de la familia (Belsasso, 1992).

En este estudio, es evidente que el grupo de consumidores reciben menos apoyo emocional y apoyo tangible, que los no consumidores. Esta falta de apoyo, de acuerdo con lo que señalan Conger (1980) y Belsasso (1992), se encuentra directamente relacionada con el consumo de cocaína y otras sustancias, como la marihuana, el alcohol, entre otras. En este sentido, se sabe que existe una fuerte relación entre el uso de drogas y el consumo de alcohol. Aunque una condición no implique forzosamente la otra, se ha encontrado, que una vez que se inicia el consumo de una droga, se incorpora el uso de otras sustancias (SSA, 1999), con la finalidad de contrarrestar o aumentar el efecto de alguna de ellas. Así, en esta investigación se encontró una correlación entre el consumo de drogas y la ingesta de alcohol, lo que implica que aquellos sujetos que consumían cocaína, consumían algún tipo de bebida embriagante. En contraste, el grupo de no consumidores tubo una correlación bastante alta, entre estos dos factores, lo cual indica que en éste grupo, si no hay consumo de cocaína, tampoco hay consumo de alcohol.

Por último, se ha encontrado que los problemas legales, acompañan comúnmente al consumo de cocaína (Centros de Integración Juvenil, 1999), y los

datos que se obtuvieron al respecto, indican que en el grupo de consumidores, un alto número de adolescentes se vio implicado en problemas de tipo legal durante el año pasado; y en el grupo de no consumidores, más del 90%, reportaron que no han tenido problemas de este tipo. Esto implica que, tal y como lo señalan los Centros de Integración Juvenil (1999), el consumo de cocaína es una condición que contribuye al riesgo de que los adolescentes se vean envueltos en problemas de tipo legal, ya que en la medida que sus recursos son insuficientes, pueden buscar diferentes vías para obtener la droga que consumen diariamente, cayendo con esto en conductas como el asalto, el robo, la prostitución, entre otros. Desde luego, el consumo de drogas consideradas como ilegales, pone a los adolescentes consumidores de cocaína en riesgo de tener problemas con la policía, en el caso de que hagan uso de dicha droga en la vía pública, o incluso, pueden ser arrestados en el lugar donde la adquieren. El caso de los adolescentes consumidores de cocaína que cometen actos ilícitos para obtener dinero, no es novedoso, pero sí es una actividad de gran riesgo para los adolescentes y para la sociedad en general. Además, en la medida en que el adolescente consumidor de cocaína sabe que está expuesto a ser arrestado, se somete a continuos periodos de estrés que deterioran su calidad de vida.

De todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir que, en diversas áreas relacionadas con la salud, existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína y adolescentes que no consumen ninguna sustancia; siendo inferior el nivel de Calidad de Vida de los adolescentes consumidores de cocaína. Este hallazgo coincide con algunos de los resultados obtenidos por Castro y Moya, en los que señalan, que en comparación con los no usuarios, un número significativamente mayor de usuarios de drogas, perciben su medio ambiente familiar, interpersonal con el grupo de pares, y escolar, como distal. Además, su Calidad de Vida la perciben como insatisfactoria y reportan dificultades en el manejo de la realidad.

V. CONCLUSIONES

A largo de éste trabajo se encontró que la Calidad de Vida, es un concepto relativamente reciente, pero que ha sido ampliamente estudiado por diversas áreas de la ciencia. Sin embargo, aún no se ha llegado a un consenso en relación a la que debería ser la definición de dicho fenómeno. De este modo, existen diferentes definiciones, y cada una de ellas está conformada de acuerdo a la óptica o disciplina bajo la cual se pretende estudiar la calidad de vida. Así pues, mientras que no se logre un consenso en su definición, la Calidad de Vida debe ser estudiada dentro del marco conceptual y metodológico concreto en el que se aborda.

De igual forma, se han llevado a cabo múltiples estudios, en los que se evalúan diversas áreas, que han sido consideradas como parte del concepto de Calidad de Vida, pero tampoco existe un acuerdo entre los autores en cuanto a cuales son éstas áreas específicas. Sin embargo, es necesario, para estudiar este fenómeno, realizar esta división, con la finalidad de hacer más específico el objeto de estudio a medir. Una vez delimitadas las áreas específicas que se desea estudiar, es más fácil llevar a cabo su evaluación o medición.

En este sentido, es importante señalar que la calidad de vida, puede ser medida en forma objetiva (evaluando y midiendo factores que sean medibles, observables y cuantificables), y/o subjetiva (a partir de la medición y evaluación de las percepciones y juicios del propio sujeto); utilizando, desde luego, el razonamiento científico en forma sistemática.

Así pues, la medición de Calidad de Vida, es llevada a cabo a través de diversos instrumentos, creados para evaluar áreas específicas de éste fenómeno. No obstante no existe un método evaluativo consensuado, la tendencia general es que cada investigador elabora el suyo. Esto significa que pueden existir tantos instrumentos, como investigaciones de calidad de vida. En este sentido, se observa que existen estudios sobre la Calidad de Vida de personas con cáncer, la Calidad

de Vida en el trabajo, en el espacio urbano; y también se ha estudiado la Calidad de Vida a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo humano.

Una de estas etapas es la adolescencia, que, como es sabido, es un periodo en el que los jóvenes sufren de cambios muy evidentes en su comportamiento. Al respecto, diversos autores coinciden en señalar que estos cambios en la conducta del niño, se deben, entre otras cosas, a los cambios físicos a los que tiene que habituarse y a que tiene que construir un autoconcepto y una identidad nuevos, que incluyan cómo se ven a sí mismos, y cómo les ven los demás. A su vez, tiene que hacerse un hueco en la sociedad adulta, para lo que encuentran resistencias de los adultos, que pueden sentirse ofendidos y contrariados con las conductas retadoras de sus hijos. Con todo esto, los lazos con la familia cambian y muchas veces se produce un rechazo hacia los padres, pero los jóvenes siguen siendo muy dependientes, no solo de manera material, sino también afectivamente. La ruptura de la identificación con los padres, se ve compensada por la admiración hacia figuras alejadas, que adquieren una dimensión simbólica. Esa modificación de los lazos familiares se ve facilitada por el establecimiento de nuevas relaciones afectivas con los amigos, adquiriendo con esto, una importancia que anteriormente no tenían. Como consecuencia de todo ello, y muy determinado por las respuesta social, a veces se producen desajustes que generalmente no son graves, pero pueden serlo en algunos casos; manifestándose en la huida de la casa familiar, en embarazos no deseados, o incluso en el consumo de drogas.

En el caso del consumo de drogas, es pertinente señalar que, éste es un fenómeno que en años recientes se ha ido agudizando en nuestro país, no solo como práctica de experimentación, sino también en el uso actual, que se asocia al consumo regular. De igual forma, cabe señalar que la mayoría de los que consumen drogas de tipo ilegal, son hombres jóvenes, pero entre las mujeres se está presentando de manera creciente el consumo. Así mismo, la edad de inicio en el consumo es cada vez más temprana, considerándose los 10 años, como promedio. Por otro lado, la marihuana sigue siendo la droga de preferencia en

todos los grupos de edad, aunque ha aumentado considerablemente el uso de la cocaína, aún en grupos que anteriormente no la usaban, como estudiantes y adolescentes de bajos recursos.

Dado que el consumo de cocaína es un problema que se ha ido agudizando en la sociedad mexicana y que ocurre durante el periodo de la adolescencia, se consideró que una investigación relacionada con la evaluación de diferentes áreas de la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína y adolescentes que no consumieran ninguna sustancia, podría ayudar a esclarecer ciertos aspectos, que serían de utilidad en la lucha contra el fenómeno de la drogadicción.

Así pues, partiendo de que la Calidad de Vida es la percepción (objetiva o subjetiva) de satisfacción y bienestar que tenga un individuo inmerso en un contexto específico, en relación con aspectos físicos, biológicos, psicológicos, culturales, sociales y económicos; en el presente trabajo, se analizaron y compararon diversas áreas de la Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína y no consumidores de sustancias. Para ello, se eligieron algunas de las áreas de la Calidad de Vida relacionadas con la salud y se dividieron en dos categorías, que fueron evaluadas a través de una escala tipo Likert.

Las dos escalas en que se dividió el instrumento fueron el área del funcionamiento de la salud, y el funcionamiento psicológico. La primer área se dividió a su vez en otras subescalas, a saber :

- a. *Respuesta a enfermedad.*
- b. *Hábitos de salud.*
- c. *Historia de salud.*
- d. *Uso del sector salud .*
- e. *Creencias y actitudes hacia la salud.*

En relación al área del Funcionamiento Psicológico, se evaluaron los siguientes aspectos :

- a. *Estrés de vida*
- b. *Afrontamiento*

c. Apoyo social

d. Salud psicológica

El instrumento fue aplicado en dos escuelas preparatorias: el Colegio Hermann Hesse y el Colegio Latinoamericano Mexicano, en la ciudad de México. La muestra de este estudio estuvo constituida por dos grupos, uno de ellos fue de 96 adolescentes consumidores de cocaína y el otro fue de 99 adolescentes que no consumían ninguna sustancia. Los grupos fueron conformados por sujetos de ambos sexos de entre 14 y 18 años de edad. Los participantes pertenecían a la clase social media y media alta.

Al término de la recopilación de datos, se procedió a la captura y análisis de la información, para lo cual se utilizó el programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows), aplicando el estadístico de frecuencia, la correlación y la *t* de Student para muestras independientes, con un nivel de significancia de $\alpha = .05$, a dos colas.

El siguiente paso fue seleccionar y analizar algunas dimensiones de la Calidad de Vida contempladas en el instrumento. Así, dentro del área del *funcionamiento de la salud*, se analizaron los Hábitos de Salud, la Historia de Salud, uso del Sector Salud y las Creencias y Actitudes con Respecto a la Salud. En cuanto al funcionamiento psicosocial, se analizaron el Apoyo Social y, de la categoría de Estrés de Vida, se analizó específicamente un ítem, relacionado con los problemas de tipo legal.

Los resultados obtenidos del análisis indicaron que el consumo de cocaína es mayor en hombres que mujeres y que la proporción de usuarios de cocaína tiende a incrementarse con la edad. En relación a las áreas de la Calidad de Vida revisadas se encontró que, ambos grupos realizan pocas veces actividades relacionadas con hábitos positivos. La salud reciente de los adolescentes no consumidores, es mejor que la de los consumidores de cocaína. En relación a estas dos categorías, se encontró que el consumo de cocaína, contribuye en el decremento de la salud del adolescente. Por otro lado, se observó que los

consumidores realizan algunas veces, actividades relacionadas con hábitos negativos, mientras que los no consumidores, no realizan dichas actividades. En relación al uso de tratamientos de servicios de emergencia, se encontró que ambos grupos, no acudieron en su mayoría, a recibir un tratamiento de ésta índole. En cuanto a estas categorías, se señala que el uso de sustancias incrementa el riesgo de requerir el servicio de tratamiento de emergencia en alguna clínica u hospital. Así mismo, el grupo de consumidores, estuvo menos pendiente de su salud, y a su vez tuvieron menos valores de salud, en comparación con el grupo de no consumidores. Lo anterior indica que un mayor grado de valores y creencias con respecto a la salud, contribuye directamente en el cuidado de la misma, lo que implica que, entre menos sean dichos valores, menos se cuidará de la salud propia (tal y como lo hacen los consumidores), y viceversa. Por otro lado, se observó que el grupo de consumidores recibió menos apoyo emocional y tangible, que el grupo de no consumidores; y que el primer grupo tuvo menos intercambio negativo con familiares y amigos, que el segundo. Esto apunta a que, entre menos apoyo reciben los adolescentes, menor es la cantidad de intercambio negativo que tienen con sus familiares y amigos. El grupo de consumidores recibió menos apoyo emocional y tangible, y esto implica que entre menos sea el apoyo recibido de familiares y amigos, el adolescente corre un mayor riesgo de ser consumidor de sustancias. También se encontró un fuerte vínculo entre el uso de alcohol y el consumo de cocaína. Por último, se observó que el consumo de cocaína, contribuye en el riesgo de que los adolescentes se vean involucrados en problemas de tipo legal.

De todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir que, en diversas áreas relacionadas con la salud, existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Calidad de Vida de adolescentes consumidores de cocaína y adolescentes que no consumen ninguna sustancia; siendo inferior el nivel de Calidad de Vida de los adolescentes consumidores de cocaína. Este resultado, coincide con los hallazgos realizados anteriormente por otras investigaciones y contribuye a establecer que es necesario realizar más estudios sobre la Calidad de

Vida de adolescentes consumidores y no consumidores de drogas, para conocer aquellas áreas específicas en que se puede incidir, ya sea para la prevención o el tratamiento de la drogadicción.

Desde luego, es relevante señalar algunas consideraciones importantes en cuanto a estos resultados. En primer lugar, se considera que el instrumento utilizado en la evaluación de la calidad de vida, no fue lo suficientemente sensible para evaluar o encontrar las diferencias existentes entre las dos poblaciones estudiadas. Tal sería el caso de la categoría de hábitos negativos, ya que la mitad de los ítems que evaluaron dichas conductas, fueron preguntas relacionadas con el consumo de sustancias, y la otra mitad se refería a aspectos como manejar sin precaución, ingerir comida chatarra, entre otras. Si bien, los ítems evaluaban aquellos hábitos negativos que afectan de alguna manera la salud física del individuo, también sería conveniente evaluar aquellos aspectos que afectan la salud psicosocial. Por ejemplo, se podría cuestionar a cerca del uso del tiempo libre: cuánto tiempo invierte en no hacer nada, qué tanto tiempo invierte en estar en la calle con amigos, entre otras. Evidentemente, no se puede olvidar que el instrumento utilizado, está diseñado para evaluar aspectos relacionados con la salud del individuo, pero en este caso en particular, sería relevante, sumar al instrumento algunos ítems, que hagan referencia a otras conductas, consideradas como hábitos negativos, para saber si realmente los adolescentes no consumidores, nunca llevan a cabo actividades relacionadas con dichas conductas.

En relación al grupo de categorías analizadas, es preciso señalar que en todas ellas se resalta la importancia del papel que juega la familia en el desarrollo de los adolescentes. Si el adolescente percibe que sus familiares (principalmente los padres), le brindan confianza, afecto, apoyo; es decir, si encuentra en su hogar relaciones satisfactorias y estables, difícilmente se verá envuelto en problemas relacionados con el uso de sustancias. A lo anterior, hay que sumar la importancia de la comunicación constante entre los miembros de la familia, el hecho de que los padres permitan a sus hijos adolescentes, ingresar al mundo de los adultos,

asignándoles un lugar distinto al que tenían cuando eran niños; sin olvidar, que el adolescente necesita, en gran medida, del apoyo y la comprensión de su familia.

Con esto, se le asigna un papel muy importante a la familia, como factor protector en la prevención del consumo de drogas; sin embargo, es preciso señalar que el consumo de drogas es tan antiguo, como la vida en sociedad, y es aquí en donde cabría preguntarse, si la familia es suficiente como factor preventivo del consumo de sustancias, en una sociedad en la que los medios de comunicación masiva exhiben el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a través de los anuncios de televisión, los programas, las películas, la música. Evidentemente, no podemos olvidar que hay factores de tipo social, que no pueden ser modificados tan fácilmente, debido a que implicaría realizar cambios a niveles que, las políticas sociales, económicas, educativas, etcétera, no permitirían llevar a cabo.

Dadas estas condiciones, es preciso evaluar que tan cercano se encuentra el objetivo de erradicar el consumo de drogas. Tal vez sería conveniente pensar en estrategias que permitan que los usuarios de drogas, lleven a cabo dicha práctica con responsabilidad, es decir, usando y no abusando del consumo de sustancias.

En este trabajo, se analizaron solo algunas de las áreas de la Calidad de Vida y se hizo evidente que la Calidad de Vida de los consumidores de cocaína, es de un nivel más bajo que la de los no consumidores. De aquí surge la idea de que, entre más áreas de la Calidad de Vida de adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias se evalúen, será más fácil identificar las diferencias entre ambos grupos, y por lo tanto, se tendrá más claro, cuáles son aquellas áreas que se encuentran directamente vinculadas con el consumo de drogas. De este modo, se podrían elaborar estrategias de tratamiento y rehabilitación que se basen en la modificación de las áreas de la calidad de vida, que se encuentran relacionadas con el consumo de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

- ◇ www.adicciones.net/adic6.htm. (1999).
- ◇ Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del país Vasco*. España: Universidad de Deusto.
- ◇ Belsasso, G. (1992). *Las drogas y sus usuarios*. México : Secretaría de Salud.
- ◇ Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. España: Biblioteca Nueva.
- ◇ Castro, M. y Maya, M. (1982). Respuestas de la Población Estudiantil a tres Escalas Psicosociales. Comparación Entre Usuarios y No Usuarios de Droga. *Revista Salud Mental*. 5 (5), 1. 94-99.
- ◇ Centros de Integración Juvenil, A.C. (1996). *La prevención en adolescentes*. México: Centros de Integración Juvenil.
- ◇ Centros de Integración Juvenil. (1998). *Reflexiones en torno a las adicciones*. México : Centros de Integración Juvenil.
- ◇ Centros de Integración Juvenil (1999). *Tratamiento de la adicción a sustancias : Un enfoque cognitivo conductual*. México : Centros de Integración Juvenil, A.C.
- ◇ Centros de integración Juvenil (1999) *Atención Curativa : Ven, podemos ayudarte*. Folleto informativo de circulación pública 1. México : Centros de Integración Juvenil.
- ◇ Centros de Integración Juvenil (1999). *No le entres porque salir esta en... chino*. Folleto informativo de circulación pública 2. México : Centros de Integración Juvenil.
- ◇ Centro Privado de Psicoterapia Integral Humana (2000), disponible en www.healthing.com/droga/droga13.htm
- ◇ Conger, J. (1980). *Adolescencia. Generación Presionada*. Colombia : Harper & Row Latinoamericana, S. A.
- ◇ Chambers, L.; MacDonald, L.; Tugwell, P.; Buchanan, W. (1982). The McMaster Health Index Questionnaire as a Measurement of Quality of Life for Patients with Rheumatoid Disease. *The Journal of Rheumatology*. 9 (5), 780-784.

- ◇ Craig, G. (1989). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- ◇ Delval, J. (1994). *El desarrollo Humano*. México: Siglo XXI.
- ◇ Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life : It is Definition an Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 16 (1), pp. 51 - 74.
- ◇ Fletcher, A.; Gore, S.; Jones, D.; Spiegelhalter, C. (1992). Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment. *British Medical Journal*. 25 (2), 83-88.
- ◇ García, R. (1997). *Un modelo multidisciplinario en el Estudio del Fenómeno Urbano. Calidad de Vida*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
- ◇ García, V. y Moya, S. (1993). *Historia de la Psicología II. Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos*. España: Siglo XXI.
- ◇ González,C.; Salgado, N. y Andrade,P. (1993). Fuentes de Conflicto, Recursos de Apoyo y Estado Emocional en Adolescentes. *Salud Mental*. 16 (3), 16-21.
- ◇ Grief, E. y Ulmal, K. (1982). The psychological impact of menarche on early adolescent females. A review of the literature. *Child Development*. 5 (3), 1413-1430.
- ◇ Hernández, Z. (1997). *Variables condicionantes en la Calidad de Vida de Personas de la Tercera Edad*. *Psicología Iberoamericana*. 5 (2), 23-32.
- ◇ Higgins, S. ; Budney, A. ; Bickel, W. ; Foerg, F. ; Donham, R. ; y Badger, G. (1994). *Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence*. Great Britain : Arch Gen Psychiatry .
- ◇ Horrocks, J. (1993). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- ◇ Hurlock, E. (1979). *Psicología de la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- ◇ Jaffe, J. ; Petersen, R. ; Hodgson, R. (1980). *Vicios y drogas : Problemas y soluciones*. México, Harla.
- ◇ Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona : Martínez Roca.
- ◇ Levi, L.; Anderson, L. (1980). *Psychosocial stress: Population, environment and quality of life*. New York: S.P. Books division of spectrum publications.

- ◇ MacNair, D.; Lorr, M.; Doppelman, L. (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego: San Diego Educational and Industrial Service.
- ◇ McKinney, J.; Fitzgerald, H. y Strommen, E.(1982). *Psicología del Desarrollo*. México: Manual Moderno.
- ◇ Miller, R. (1980). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Great Britain : Pergamon Press.
- ◇ Minuchin, S. ; Fishman, H. (1992). *Técnicas de terapia familiar*. México : Paidós. Caps 2,5, y 7.
- ◇ Palomar, L. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: UNAM.
- ◇ Pierre, R. (1982). *Calidad de Vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México: Trillas.
- ◇ San Martín, H. y Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana de España.
- ◇ Secretaría de Educación Pública E Instituto Mexicano de Psiquiatría (SEP - IMP). (1997). *Estudios en población escolar del D.F., enseñanza media y superior*. México: Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- ◇ Setién, M. (1993). *Indicadores sociales de Calidad de Vida: Un Sistema de Medición Aplicado al País Vasco*. España: Siglo XXI.
- ◇ Sirgo, A.; Díaz, O.; García, G.; Guevara, M.; López,C.; López, L.; Alija, L. y Pérez, M. (2000).Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de pulmón. *Revista Electrónica de Psicología*. 3 (3). Disponible en www.psicología.com.
- ◇ SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones). (1997). *Servicios de Urgencias*. México: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
- ◇ SSA (Secretaría de Salud). (1999). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: Secretaría de Salud.
- ◇ Tubau, M. (1995). *Enciclopedia de la Adolescencia*. Tomo 3. España: Credito Reymo.

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

1 Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

El año pasado ¿Cuanta ayuda, guía o información recibí de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
¿Cuanta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

1 Muy satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

--

1 Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

El año pasado ¿Que tanto apoyo emocional recibí de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

1 Muy satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

--

1 Un poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo
 1 2 3 4 5

El año pasado ¿Que tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

1 Muy satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

¿Que tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

--

TS = =

Al responder las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

1 Un poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo
 1 2 3 4 5

¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5

IN

