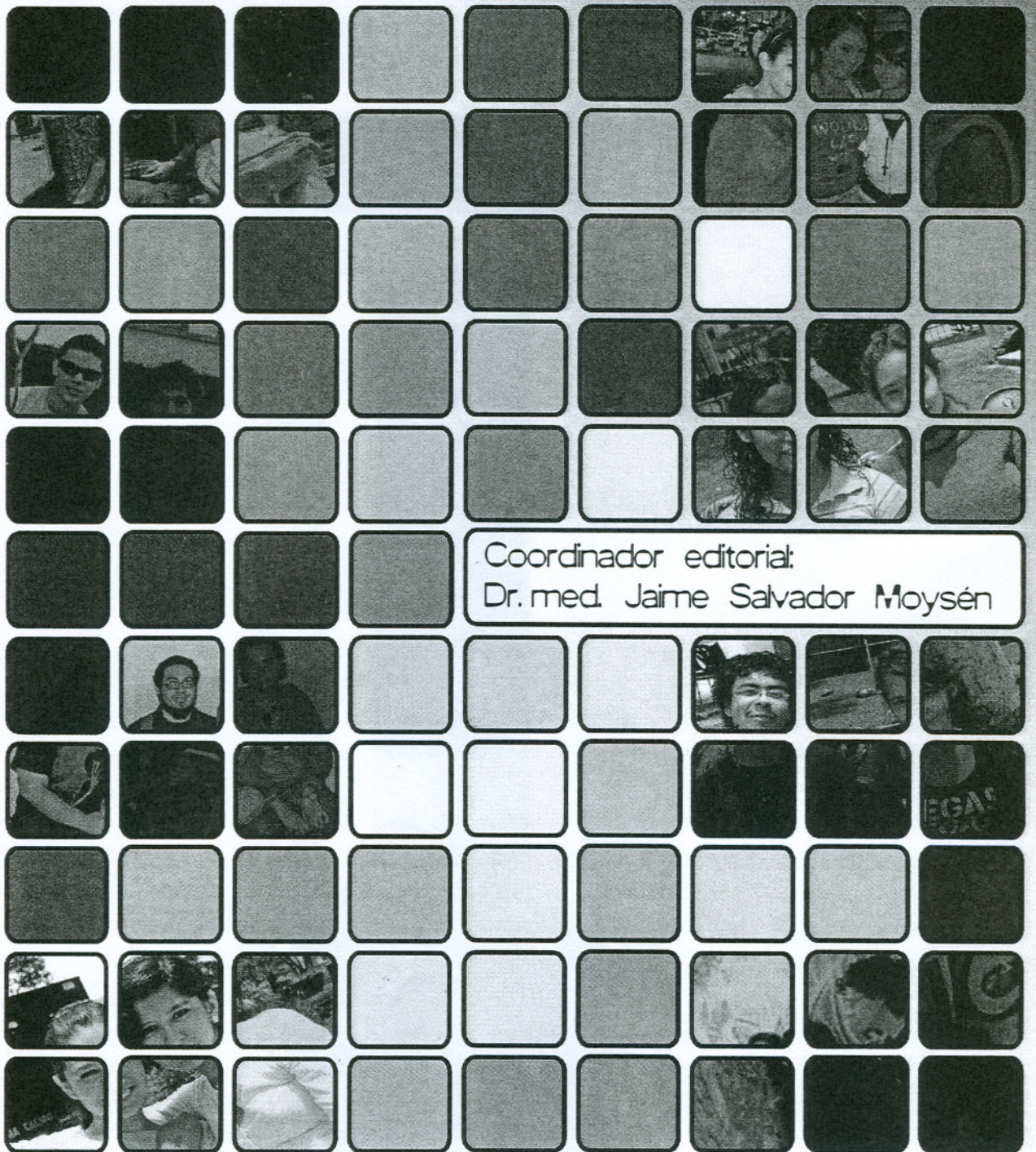


EL CLAROSCURO

De la vida juvenil



Coordinador editorial:
Dr. med. Jaime Salvador Moysén



GOBIERNO
DEL ESTADO



Esta publicación pudo concretarse gracias al apoyo financiero de las siguientes instituciones: Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango e Instituto Duranguense de la Juventud.

Diseño de la portada: Yurhixi Salvador Martínez

El contenido de este libro podrá ser reproducido parcial o totalmente siempre y cuando se cite al autor o autores.

Primera Edición, 2007

Universidad Juárez del Estado de Durango.

Rector

C.P. Rubén Calderón Luján.

Secretario General

Dr. Salvador Rodríguez Lugo

Instituto de Investigación Científica

Av. Universidad y Fanny Anitua Ap. Postal 385

Tels: 8 12 29 21, 8 13 32 33, 8 11 62 26

E-mails: iicujed@yahoo.com.mx

iicujed@terra.com.mx

Durango, Dgo., México.

ISBN 978-968-9304-21-0

Impreso y hecho en México.

“EL CLAROSCURO DE LA VIDA JUVENIL”

PRESENTACIÓN	1
PRÓLOGO	2
1. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	4
Bienestar subjetivo y perspectivas de futuro como predictores de resiliencia en adolescentes	5
Una aproximación empírica al marco valorativo y niveles de autoestima en población adolescente de la ciudad de Durango	24
Eficiencia terminal en un bachillerato tecnológico. ¿cómo viven y piensan los jóvenes que no terminan?.....	38
Depresión en la Adolescencia: una Revisión de la Literatura	53
2. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO	68
✓ El adolescente en riesgo.....	69
Embarazo adolescente y comportamiento sexual reproductivo en menores de edad en el municipio de Cajeme, Sonora	88
El vínculo en psicoterapia grupal breve con adolescentes embarazadas	99
Adolescentes con intento de suicidio: características individuales y familiares asociadas.....	118
Matices de género en la percepción del intento suicida de adolescentes estudiantes de la ciudad de Mexico.....	141
Intención al suicidio: un pensamiento obsesivo en adolescentes	160
Suicidio en adolescentes yucatecos.....	174
3. CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y ADICCIONES	202
Consumo de cerveza en una muestra de estudiantes universitarios sonorenses	203
Deficiencias cognitivas como correlatos de la conducta antisocial	216
Jóvenes infractores: un análisis del sistema reclusión-exclusión en grupos marginados	226
Adolescencia y violencia. La identificación con el agresor como una alternativa de existencia.....	234
Intervención psicoterapéutica en jóvenes consumidores de drogas	256

2. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

El adolescente en riesgo

Pedro Sánchez Escobedo

Universidad Autónoma de Yucatán

Javier Vales García

Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

Por riesgo en la adolescencia se entiende, alguna condición biológica, psicológica o social que se ubica en una situación de vulnerabilidad y que, por tanto, el adolescente muestra probabilidades incrementadas de sufrir un estado de desajuste, mal adaptación o desventaja.

El presente capítulo aborda el concepto de riesgo en el adolescente. Aunque es difícil dar una definición de riesgo inequívoca, el propósito del mismo es describir algunos temas genéricos y fundamentales más comunes de la adolescencia, como son: el éxito escolar, la salud mental, la prevención del embarazo, el manejo de trastornos alimentarios y la promoción de hábitos saludables de vida, con la finalidad de que se identifiquen las señales de riesgo, signos y síntomas que anteceden a los problemas, las señales de alarma temprana y de cómo padres y profesionales, maestros, orientadores, psicólogos, trabajadores sociales, administradores escolares, médicos, enfermeras y otros trabajadores de los servicios de ayuda pueden actuar para tratar de disminuir los riesgos y probabilidades de desajuste. Es decir implica un enfoque preventivo, no se refiere al adolescente que ya sufre de alguna enfermedad, adicción, aflicción emocional o marginación social.

La disertación de los temas a tratar, se argumenta que la detección oportuna, la referencia a los servicios de apoyo en tiempo y forma, además un adecuado seguimiento de la intervención son las vías más eficientes de disminuir los problemas del adolescente y de facilitar la transición a la vida adulta con ajuste, adaptación y propósito de logro.

Palabras clave: adolescencia, factores de riesgo, prevención.

Éxito escolar

El fracaso escolar en secundaria y bachillerato es alarmante en México, cerca del 40% de los alumnos que inician la secundaria no la terminan y alrededor de la mitad de los alumnos que inician el nivel medio superior no lo concluyen (SEP, 2004).

Bastin (1985), afirma que el rendimiento escolar, es un fenómeno muy complejo en el que entran en juego una serie de factores que desbordan el campo de las capacidades intelectuales. Todos hemos oído de sujetos brillantes que echan a perder su inteligencia y fracasan lamentablemente, también de niños menos dotados que, a fuerza de trabajo y de confianza, terminan por alcanzar todos los peldaños de la jerarquía escolar. Factores de personalidad, motivaciones de orden fisiológico, social, económico y cultural condicionan profundamente el rendimiento escolar. Padres y maestros se deciden a buscar orientación cuando el joven suspende una o varias asignaturas, o bien presentan calificaciones por debajo de la norma o simplemente dejan de asistir a la escuela.

Conviene aquí distinguir entre el retraso escolar y el fracaso escolar. Por retraso escolar se debe de entender como la pérdida de alguno o varios cursos escolares por parte del joven en relación a su grupo de edad, independientemente de cuál sea la causa o causas que producen ese retraso. El fracaso escolar es un fenómeno sumamente complejo donde intervienen una gran cantidad de factores. Aunque el fracaso escolar pueda ser consecuencia de múltiples factores existen evidencias de que dentro de éstos se encuentran como los más significativos: las características que aporta el estudiante (habilidades intelectuales, y sociales); su contexto familiar; y las características del funcionamiento de la escuela (Wenglinsky, 2002). Según Portellano (1989) los criterios que tienen que cumplirse para el diagnóstico de fracaso escolar son:

1. Nivel intelectual normal. Para ello, la evaluación ha de hacerse de forma individualizada por el profesional adecuado y con la ayuda de instrumentos de evaluación psicológica, como son las pruebas de inteligencia y las escalas de conducta adaptativa.
2. Ausencia de trastornos sensoriales severos que justifiquen el bajo rendimiento escolar. En sentido estricto no podemos considerar fracaso escolar al bajo nivel escolar obtenido por niños ciegos, sordomudos ya que en estos casos la causa del mismo radica en un déficit sensorial severo.
3. Ausencia de trastornos neurológicos mayores. Cuando aparecen signos neurológicos mayores, no hemos de hablar de fracaso escolar. Un joven que padezca parálisis cerebral, con el consecuente trastorno motor asociado, no debe ser etiquetado de fracaso escolar, pues la limitación en su capacidad de aprendizaje se debe a la falta de integración de su sistema nervioso. En cambio sí son frecuentes los niños con dificultades de aprendizaje que no tienen una lesión cerebral probada, pero que presentan numerosos signos neurológicos menores.

4. Falta de alteraciones emocionales severas. Quedan al margen de la categoría del fracaso escolar los niños con trastornos afectivos mayores, afectados de psicosis infantil, autismo o trastornos profundos del desarrollo. Por el contrario sí se presentan dentro de los estudiantes con fracaso escolar numerosos casos de reacciones neuróticas, depresivas o de maladaptación conductual, que justifican el descenso del rendimiento en los estudios, pese a que se da en niños con una buena capacidad intelectual.
5. Carencia de escolaridad, pobreza extrema o ausencia de instrucción. Los niños que han permanecido en condiciones de aislamiento cultural crónico, presentan dificultades de aprovechamiento escolar que no entran de lleno en el ámbito del fracaso escolar.

Quizás el mejor predictor de éxito escolar sea la presencia de prerrequisitos académicos y aptitudes escolares al entrar a la secundaria. Desafortunadamente muchos jóvenes en México llegan al nivel medio superior sin las herramientas indispensables para confrontar los cada vez más complicados contenidos académicos en estos niveles. Muchos casos son ya insalvables ante la ausencia de una detección temprana de estas dificultades en la escuela primaria. Ante estos casos, la orientación vocacional para referir a los alumnos a carreras técnicas u oficios que no exijan de prerrequisitos elevados, representa una solución para prevenir la frustración de dejar la escuela, para crear expectativas realistas y para la incorporación al mundo del trabajo de manera más expedita y acorde a las habilidades del adolescente.

Salud Mental

Un estado emocional alterado es el origen del descenso en la productividad de los trabajadores y capacidad de aprendizaje de los alumnos, sin embargo, se reportan cada vez mas altos índices de problemas emocionales en los jóvenes, Portellano (1989) sugiere que entre un 30 y un 50% de los casos de fracaso escolar son debidos, en mayor o menor grado, a factores emocionales; y Shea y Bawer (2000) refieren que cerca del 45% de los estudiantes identificados con trastornos emocionales reprobó algún curso durante su bachillerato.

Los trastornos emocionales o conductuales pueden inducir directamente un fracaso escolar o laboral. Tal es el caso de un patología depresiva que produce una dificultad en la concentración y de las funciones intelectuales; o de un problema de autoestima negativa que lleva al individuo a no enfrentar los retos que conlleva el aprendizaje escolar.

Los factores de tipo emocional o conductual que pueden producir fracaso escolar o del empleo son muy variados, por su importancia y dada la alta frecuencia que presentan se menciona a la depresión, las conductas de evitación escolar, las conductas agresivas y la baja autoestima (ver la encuesta nacional de salud mental de Medina Mora, et al., 1993).

Una primera señal de alarma de problemas emocionales y conductuales es la demostración de pocas habilidades sociales, el aislamiento social y la incapacidad para mantener relaciones de amistad o de pareja. Muchas veces estas conductas son señal de problemas afectivos o de ansiedad.

Los padres y profesionales deben indagar acerca de hábitos de sueño, por ejemplo, presencia de insomnio o de dificultades para dormir, estado de ánimo, sentimientos de valía y capacidad de gozar la vida (anhedonia), áreas normalmente afectadas en los adolescentes con problemas emocionales. En los casos de trastornos mentales más severos, como la esquizofrenia, trastorno que aparece por lo común en la adolescencia, los afectos presentan además ideas de persecución y daño, aplanamiento afectivo y alucinaciones.

En el caso de sospecha de problemas emocionales y de salud mental, el adolescente debe ser referido cuanto antes con un psicólogo clínico o psiquiatra para un adecuado diagnóstico y manejo. En muchos casos, la medicación supervisada es un elemento de ayuda indispensable para la adaptación y confrontación de los estados emocionales alterados. Aunque el pronóstico depende de la condición y de la severidad del evento, en muchos casos es posible resolver la problemática con el apoyo profesional, el apego al tratamiento y el apoyo de la red social existente.

Trastornos de la alimentación

Los trastornos de la alimentación se han hecho mucho más frecuentes en nuestros días, hoy vemos más individuos que padecen de obesidad y resulta también menos asombroso saber de adolescentes que padecen de anorexia o bulimia. En este apartado se describen las características más importantes de los trastornos de la alimentación y algunos factores de riesgo para la aparición de los mismos.

La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración por defecto, de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Este cuadro se presenta fundamentalmente en mujeres entre los 12 y 35 años; según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) se presenta en proporciones que oscilan entre un 0.5 y un 1 % por cada cien mil habitantes.

Las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas a pesar de presentar un aspecto esquelético. Sobreviene la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones. Para hacer el diagnóstico de anorexia un sujeto debe presentar peso anormalmente bajo, temor a aumentar de peso o engordar, percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo, dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos.

Otro trastorno de la alimentación común en la adolescencia es la bulimia caracterizada por episodios incontrolables de comer en exceso. Se presenta generalmente en adolescentes o mujeres jóvenes. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos de sus síntomas atracones. El joven siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico, una vez que termina de comer, le invaden fuertes sentimientos de culpa; ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose vomito, realizando ejercicio excesivo y utilizando métodos purgativos.

Los factores de riesgo de los trastornos alimentarios son tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida y ser poco habilidosos en las relaciones sociales constituye un perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

Hales, Yudofky y Talbott (2000) afirman que los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, impulsividad, ira, rebeldía y retraimiento social. También reportan que más de un 60% pacientes con trastornos de alimentación presentan algún tipo de problema de personalidad y que cerca de un 20 % de los mismos abusaba de alcohol o drogas. El tratamiento en el caso de la anorexia es la referencia a un psiquiatra ya que su manejo es primariamente farmacológico y existe riesgo de muerte que no debe soslayarse; en el caso de la bulimia, la psicoterapia individual, el uso de ansiolíticos y la terapia de grupo han dado buenos resultados.

No puede cerrarse el tema sobre trastornos alimentario sin mencionar el grave impacto de la obesidad en el adolescente. La obesidad es el resultado de un exceso de tejido graso corporal (la grasa corporal no debe ser mayor de 15% en hombres y 30% en mujeres) con implicaciones para la salud, calidad de vida y estado psicológico del paciente. Esta condición es debida a un balance positivo entre las calorías ingeridas y las gastadas por el organismo y está relacionada con el tipo de ingesta alimentaría y el estilo de vida del sujeto. Por lo general las personas obesas se quejan de que no pueden frenar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas. Algunos refieren que no pueden distinguir el hambre de otros estados disfóricos y comen cuando están alteradas.

Las causas de la obesidad aún no han sido totalmente comprendidas, por lo general cuando se aborda este tema se refieren las siguientes características:

1. Genéticas: La investigación ha descubierto una fuerte influencia genética en su determinación. Cuando los dos padres son obesos el 80 % de los hijos lo son, cuando solo uno de los padres es obeso la cifra disminuye a un 40% y solo el 10% de los sujetos de padres delgados es obeso. Estudios realizados con gemelos homocigóticos y niños adoptados confirman estas hipótesis (Hales, Yudofky & Talbott, 2000). También se sabe que unas personas tiene mucha más facilidad para metabolizar los alimentos que otras.
2. Físicas. Existen varias enfermedades que pueden producir obesidad, dentro de estas se señalan los problemas hipotalámicos, la enfermedad de Cushing, entre otros.
3. Medicamentosas. Existen medicamentos cuyo uso prolongado puede causar obesidad al sujeto, los casos más reportados son el de los antidepresivos tricíclicos y los corticoides.
4. Psicológicas. Existen numerosas teorías psicológicas para explicar la obesidad, entre las que resaltan las teorías psicodinámicas, las cuales postulan que el comer es un mecanismo de defensa que compensa, substituye o disfrazo un conflicto psicológico

subyacente el cual resulta más doloroso para el sujeto que el acto de comer; las teorías conductuales, que afirman que la conducta de comer ha sido asociada a satisfacción, premio o retribución emocional, afectiva; y las teorías sociales que afirman que la obesidad es consecuencia de una imitación de modelos. Estas teorías estuvieron de moda hasta prácticamente los años 80, sin embargo las investigaciones realizadas sobre esta temática no han encontrado características psicopatológicas específicas en poblaciones de alumnos obesos. Quizás las problemáticas psicológicas que se les atribuyen a los obesos son realmente causas y no consecuencias.

5. Socioculturales. El entorno social del individuo influye en la presencia de este trastorno, es común encontrar en nuestra cultura que casi todos los eventos (familiares, políticos, de negocios e incluso religiosos) se asocian con comida. Además nuestra dieta tiende a ser alta en grasa y baja en contenido de fibras. Otro aspecto importante que se ha originado a raíz del desarrollo tecnológico es el déficit de actividad física que presentan muchas personas especialmente del medio urbano.

Podemos apreciar que la obesidad es un trastorno complejo en cuya determinación se hayan involucrados factores de varios tipos, donde se combina una cierta predisposición heredada con factores socioculturales como los hábitos alimenticios.

Resulta evidente y también claro que la obesidad ocasiona dificultades en la salud física del individuo ya que se asocia a trastornos como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, entre otras. En el aspecto emocional este trastorno trae como consecuencia importantes daños en la autoestima del sujeto, dificultades en sus relaciones sociales, depresión y ansiedad. Estas condiciones provocan que los adolescentes no se involucren de manera efectiva en tratamientos.

Los factores de riesgo de esta condición son familiares en primer lugar, ya que mayoría de los adolescentes obesos tienen padres con sobrepeso. Es muy importante brindar apoyo emocional y acudir a un programa integral para el control de peso y la re-educación en los hábitos alimenticios. Las dietas deben ser elaboradas por un especialista de manera individual ya que no todos los individuos tienen las mismas necesidades calóricas, una dieta mal llevada puede ocasionar carencias nutricionales al individuo y un efecto contrario al deseado. El ejercicio diario es la clave para la mantener y reducir peso. En casos extremos considerar el apoyo de grupos de autoayuda, tratamiento farmacológico o quirúrgico.

Embarazo

En los 10 últimos años, el embarazo adolescente ha sido un tema de gran preocupación en varios sectores de la población en México, esto se evidencia en el incremento de políticas y programas de educación sexual, reformas a los libros de educación gratuita para incluir los temas de sexualidad, programas sociales, políticos y de población dirigidos a eliminar este problema. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta materia siguen siendo pobres y es un grave problema de salud y mal social continúa en asenso.

Stern (1997) define cuatro elementos que llevan a considerar este fenómeno como un problema público, social y de salud más que moral: a) el incremento de embarazos adolescentes en la última década; b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) los efectos adversos sobre la salud de la madre y del joven; y d) su contribución a la persistencia de la pobreza.

Además, el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población. Este fenómeno se concentra en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.

En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente, la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes tienen poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

El argumento más comúnmente manejado para definir este fenómeno como un problema público, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de los efectos adversos que genera sobre la salud de la madre y del joven.

Los datos de alarma temprana son pues un tanto evidentes: jóvenes aisladas o mal supervisadas, que sostienen relaciones sexuales tempranas; niñas con carencia afectiva que buscan en el varón/pareja el afecto faltante en el hogar. El problema en muchos casos de riesgo, es la carencia del apoyo, interés y supervisión de los padres. Además, las escuelas han tomado laxamente este problema, no pudiendo la mayoría de las autoridades quitar la connotación moral a este problema de salud pública.

Hábitos de vida y abuso de sustancias

Sánchez, De Lille, Vales y Galván (2004) reportaron gran preocupación en estudiantes universitarios en México respecto a los hábitos de vida en esta etapa por ejemplo falta de sueño, ejercicios, descanso y exceso de ingestión de bebidas, fumar y fiestas.

Quizás la preocupación de estos jóvenes está asociada a la incidencia entre estilos de vida y el abuso de sustancias. Hoy en día, las adicciones constituyen en México una importante amenaza al bienestar de los adolescentes. La adicción a drogas es un grave problema social y de salud. Su origen es multicausal, ya que intervienen factores sociales, familiares e individuales. En México, el consumo de bebidas alcohólicas y del tabaquismo representa un serio problema de salud. La Encuesta Nacional de Adicciones indica que el 66% de la población estudiada iniciaron el consumo de alcohol antes de los 19 años de edad, y el 72.2 % el tabaco (Centros de Integración Juvenil, 1996).

Medina Mora, et. al (1993), reportan que las mayores tasas de prevalencia se centran en las regiones Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora) con un 6.7% y Occidental (Aguas Calientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas) con un 5.5%.

El Programa Nacional para el Control de Drogas de la Procuraduría General de la República (PNCD – PGR, sin fecha) citando la Encuesta Nacional de Adicciones 1988 y 1993 reportó crecimiento en la prevalencia del uso de drogas ilícitas, en la categoría alguna vez en la vida, sin incluir datos del sureste de México. El mismo programa, citando la Encuesta Nacional del Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar realizada en 1991

por la Dirección General de Educación Escolar de la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, reportó un índice nacional de 3.5 % de consumidores de inhalables y 1.5 % de consumidores de marihuana, y situó el inicio en el consumo entre los 11 y los 15 años. Sin embargo, la población de adolescentes que se hallan en riesgo de iniciarse en el uso de drogas no se encuentra descrita o caracterizada, así como tampoco lo están los factores asociados al consumo.

Berenzon, Medina-Mora y Carreño (1993) reportaron las tendencias provenientes de una medición que hicieron entre estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal. Destacaron las estadísticas referidas al consumo, alguna vez en la vida, de tabaco y alcohol, habiéndose reportado porcentajes de 48 y 74, respectivamente. Los porcentajes correspondientes a los consumos de sustancias inhalables, marihuana y cocaína fueron 4.8, 3.6 y 1.7.

Ortiz, Rodríguez, Galván, Soriano y Flores (1999) reportaron en una muestra de 696 casos de usuarios captados en diversas instituciones, que las drogas de inicio más utilizadas fueron la marihuana (40 %), los inhalables (27 %) y la cocaína (24 %).

Los resultados de una encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, realizada periódicamente por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con población estudiantil de educación media básica y media superior, indicaron que, al interior de este grupo poblacional, son los varones de mayor edad y que cursan preparatoria, quienes están en mayor riesgo de consumir sustancias (CIJ, 1996).

Se puede observar que la mayoría de los estudiantes menores de quince años, aún no han tenido contacto con alguna sustancia; por lo tanto es en el nivel de secundaria en donde se puede introducir programas de prevención de abuso de sustancias para tratar de combatir el problema de drogas en un futuro.

Escalante y Sánchez (1997) en un estudio realizado en escuelas secundarias públicas de Yucatán, concluyeron que las sustancias más consumidas por la población estudiantil son el alcohol y el tabaco, mientras que las sustancias ilegales no mostraron un consumo generalizado; que el género también influyó en el consumo, hallándose que las mujeres consumieron mucho menos que los hombres; asimismo, que los amigos fueron

considerados como la fuente de mayor influencia en el consumo de alcohol y otras drogas.

En el Estado de Yucatán, entre los tipos de drogas más comunes utilizados por los pacientes del Centro de Integración Juvenil de Mérida durante 1994, se encontró la marihuana con un 35 %, la cocaína con un 18 %, los inhalables con un 14%, los opiáceos con un 10 %, los sedantes con un 11 % y otras drogas con un 12 % (Diario de Yucatán, 1996).

La droga es dañina, aunque los efectos pueden variar dependiendo de la cantidad, la frecuencia, la vía de consumo, el tipo de droga y las condiciones físicas y mentales del consumidor. La drogadicción es una de las principales preocupaciones de la sociedad, pues no distingue posición socioeconómica, formación o procedencia (Velloso, 1992). Según el DSM IV el abuso de drogas puede definirse como un patrón mal adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, donde se presenta uno o más de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones;
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo cuando se conduce un automóvil);
- Problemas legales repetidos relacionados con el uso de sustancias;
- Consumo continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales, interpersonales recurrentes asociados al uso de la sustancia.
- Consecuencias del abuso de sustancias

Schinke, Botvin y Orlando (1991) postularon que la conducta y actitudes familiares son un importante factor de riesgo: los individuos con familiares y amigos consumidores de sustancias corren un riesgo significativamente mayor de ser consumidores ellos mismos. Lees, Deen y Parker (1994) mencionan otros factores de riesgo familiares como los conflictos en el seno de la familia, los lazos familiares relajados y prácticas de convivencia pobre e inconsistente entre los miembros. Lexcen y Redding (1999) dedujeron de la literatura que algunos jóvenes pueden modelar e imitar el consumo de alcohol y drogas de las conductas paternas. Establecieron que los jóvenes cuyos padres están más involucrados con ellos y les proporcionan influencias positivas contra las drogas a través de sus conductas y actitudes, son menos proclives al abuso de sustancias.

El principal factor protector de las adicciones es la atención, vigilancia y supervisión de los padres. Uno de cada cuatro jóvenes que utilizan drogas sienten no haber recibido suficiente supervisión de sus padres. Los padres que no aportan suficiente apoyo emocional o que no desapruaban activamente los problemas de conducta exhibidos por sus hijos pueden tener más adolescentes con problemas de consumo de alcohol y otras sustancias (Comisión on Substance Abuse Among American's Adolescent [CSAAA], 1997).

La presencia de refuerzos y modelos sociales se asocia al consumo de drogas en los adolescentes. Los adolescentes que consumen drogas obtienen refuerzos tanto físicos (vivencias agradables que producen las drogas a corto plazo, eliminación de vivencias negativas), como un refuerzo social derivado de la atención y el estatus que le da el consumo de drogas en determinados grupos de adolescentes. Schinke, Botvin y Orlando, (1991) propusieron que la relación con pares contemporáneos se establece como substituta de la relación con los padres en la evolución del joven; el natural rechazo del joven a influencias negativas provenientes del ambiente no familiar se transforma paulatinamente en susceptibilidad para aceptar las presiones e influencias de los amigos y contemporáneos. De similar forma, Lees, Deen y Parker (1994) destacaron como factor de riesgo la asociación con compañeros consumidores, así como el rechazo de sus contemporáneos en los años de enseñanza elemental.

Lexcen y Redding (1999) establecieron que la relación con los amigos puede influir profundamente en las conductas adictivas, quizá porque quienes se inician observan e imitan el consumo de otros jóvenes prominentes en los grupos o escuelas, o bien, porque el inicio en el consumo de sustancias bloquea el contacto con pares no consumidores involucrados en actividades más deseables socialmente.

La conducta de consumo o abstinencia en los amigos representa uno de los mejores predictores del abuso de sustancias en los adolescentes. Las actitudes y comportamiento de los compañeros y amigos pueden reforzar la inclinación de un adolescente al uso de drogas. Las percepciones que los jóvenes tienen de sus amigos también son importantes. En ocasiones, los jóvenes sobrestiman las características de sus contemporáneos y amigos creyendo que los consumos de alcohol y drogas entre ellos son más frecuentes de lo que en realidad son. Cuando un adolescente piensa que "todo

mundo lo hace", el consumo de sustancias aparece como normal y el propio consumo puede iniciar más fácilmente (CSAAA, 1997).

Se ha encontrado que los adolescentes que tienen problemas de abuso de drogas ejercen una autocrítica negativa, tienen una percepción crónica de fracaso, una autoestima baja y vivencias de depresión y ansiedad constantes (McWhirter, et al., 1993).

La interacción de vivencias emocionales desagradables en estos jóvenes con dificultades para enfrentar las mismas los conducen al consumo de drogas. Éstos ven en el consumo de drogas un medio legítimo para evitar sus vivencias desagradables o para enfrentar problemas externos. Asimismo, rasgos de personalidad como la necesidades de conductas excitantes y riesgosas, la dificultad para el control de los impulsos y demorar la gratificación, así como, las dificultades en las relaciones interpersonales se asocian al abuso de drogas. Otro factor que se asocia de manera consistente al consumo de sustancias es el fracaso escolar. Lees, Deen y Parker (1994) asociaron a las conductas adictivas dos elementos dentro de este factor: el bajo desempeño escolar o las notas muy bajas, reprobatorias y el desinterés por los eventos educativos que resultan en vagancia, inasistencia o vandalismo en la escuela.

Quienes abandonan los estudios son más propensos al uso de drogas como la cocaína, a beber alcohol y fumar marihuana que aquellos que permanecen en la escuela (CSAAA, 1997). En CONACE (1999) se asienta que el consumo de marihuana y cocaína se multiplicó hasta tres y cinco veces respectivamente en estudiantes que aceptaron tener problemas escolares, contra los que dijeron no tenerlos.

Conducta antisocial y delincuencia

La incidencia de delincuencia juvenil está definida tanto en términos de arresto o en términos de comportamientos como robar, asaltar y dañar a otras personas, parece aumentar en los últimos años y ha empezado a convertirse en una preocupación para las autoridades. Estimaciones recientes sostienen que las tasas de criminalidad oscilan entre un 6% y un 16% para los hombres, y un 2% y un 9% para las mujeres (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Se estima que en los Estados Unidos cerca 135 mil jóvenes llevan armas a la escuela cada día (Salazar, 1996), en ese país el vandalismo cuesta más de 500 millones de dólares anuales. En 1997 se hicieron en Estados Unidos

136, 500 arrestos por vandalismo en menores de 18 años, esto representa el 44 % de todos los arrestos por vandalismo. Entre los años de 1988 a 1994 los casos de vandalismo juvenil se incrementaron en un 48 % (Stahl, 2000).

La situación anterior no parece ser muy diferente en nuestro país donde también se ha experimentado un incremento de la delincuencia juvenil. Por ejemplo, mientras que en 1998 se detectaron en Sonora 370 delincuentes juveniles, tan sólo en el primer trimestre de 1999 se habían presentado ya 536 ingresos a los centros de internamiento del Consejo Tutelar (Frías, Sotomayor, Varela, Zaragoza, Banda & García, 2000). Situación similar se presenta en Yucatán, en donde hubo 200 ingresos durante 1998 a la Escuela de Educación Social y 250 durante 1999 (Escuela de Educación Social del Estado de Yucatán, 1999).

La prevención y el tratamiento adecuado y oportuno de estos menores parece ser de suma importancia y se hace necesario desarrollar nuevas estrategias, planes y programas a largo plazo, máxime si se tiene en cuenta que muchos de estos menores podrían continuar presentando problemas de adaptación social durante todo el resto de su vida.

Diversos autores (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994; Kaufman, 1990; Kazdin y Buela-Casal, 1999; Sattler, 1996) sostienen que las problemáticas más frecuentes que presentan estos menores son abandono o retraso escolar, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de habilidades sociales, baja autoestima, ausencia de un proyecto de vida, farmacodependencia, desintegración familiar y conductas sexuales inadecuadas.

El reto de la prevención es aún mayor cuando se trata de un joven con alto riesgo de conducta delictiva como adulto. Agüero (1999) reporta que entre el 33% y el 45% de varones y el 11% y el 30% de mujeres que presentan un trastorno de conducta disocial en la niñez o adolescencia, evolucionarán hacia un trastorno antisocial de la personalidad cuando adultos. Está bien fundamentada también la noción de que existe una continuidad entre los trastornos de conducta en la infancia, los problemas académicos a los 14 años y el desempleo en la vida adulta (Kokko & Pulkkinen, 2000), y de que hay evidencia que la conducta antisocial en la adolescencia predice un futuro divorcio en la vida adulta o tener hijos fuera del matrimonio (Emery, Waldron, Kitzmann, & Aaron, 1999).

Por tanto, resulta pertinente cuestionar ¿cuáles son los factores que vuelven resistentes a estos jóvenes a las circunstancias adversas de la vida?. Al parecer la presencia de redes de ayuda social tiene un papel protector ya que aminorará la probabilidad de conducta delictiva. Mc Whirter, et al. (1993) reportan que los jóvenes resistentes buscan con más frecuencia las redes de ayuda social.

La red de apoyo más importante es la familia, y la familia extensa en México; en ausencia de ésta estructura, resulta necesario incorporar al joven a las distintas organizaciones de apoyo social, como por ejemplo clubes deportivos, grupos religiosos, de autoayuda, etc.

El que los padres posean empleos y que la familia cuente con una situación económica aceptable constituye también un importante factor de protección (Francés, 1998; Mc Whirter, et al., 1993). En nuestro país se deben hacer grandes esfuerzos al respecto, los cuales indudablemente contribuirán a una disminución de los índices de delincuencia.

Otros factores del ambiente que se reportan como importantes son las ayudas sociales que se les pueda brindar a los padres para atenuar el estrés de la crianza de los hijos. Un estudio realizado acerca de los padres que reciben ayuda para tratar con el estrés muestra que los niños de estos padres asisten más a la escuela, necesitan menos ayudas especiales, los maestros se expresan más positivamente de ellos y presentan menos comportamiento agresivo y antisocial. Los niños de padres que no reciben apoyo tienen más probabilidad de estar casi todo el día fuera de la casa sin el conocimiento de su madre y de exhibir conductas agresivas hacia sus familiares (American Psychological Association, 2001).

Para prevenir el riesgo de conductas antisociales es necesario contar con una buena relación con alguno de los padres, la comunicación enfocada, flexible y bien estructurada, la promoción de la independencia, y el hecho de involucrar a los hijos en redes de apoyo social (Francés, 1998; Mc Whirter, et al., 1993).

Kokko y Pulkkinen (2000) sostienen que los estilos de paternidad democráticos y centrados en el joven son factores que disminuyen la probabilidad en los jóvenes de padecer problemas de adaptación social en la vida adulta. Este estilo de paternidad hace que los padres sean capaces de establecer reglas claras y firmes pero a la vez flexibles, que pueden discutirse de manera abierta y racional con los hijos es considerado un

elemento protector de conductas antisociales. Kazdin y Buela-Casal (1999) señalan como factores protectores el que los padres permanezcan juntos y mantengan una relación armónica, la comunicación efectiva entre padres e hijos, la participación en actividades familiares, las prácticas educativas consistentes por parte de los padres, la recompensa de las conductas apropiadas socialmente marcadas y la supervisión de las actividades de los hijos.

Según Mc Whiter, et al. (1993) señalan que las características de los adolescentes que tienen poco riesgo de conductas antisociales son: a) competencias para la escuela, b) concepto de sí mismo y autoestima, c) comunicación con otros, d) habilidad para hacer frente a dificultades y e) capacidad para el control de sus impulsos.

Conclusiones

Se han revisado algunos de los principales problemas que confrontan los adolescentes en México. En todos los casos se ha identificado factores protectores de resistencia y también de vulnerabilidad y de riesgo. Es claro que el apoyo, supervisión, y la red emocional que los padres proveen es fundamental para el ajuste del joven. Cuando éstas faltan, la escuela, los servicios de salud y, otras instancias sociales deben de entrar a apoyar al joven. Lamentablemente son pocas las instituciones dedicadas a atender los problemas juveniles, los servicios no son eficientes y por si fuera poco, no existe una cultura de acudir en busca de ayuda cuando se presentan los problemas.

Un segundo factor importante es la necesidad de intervenir tempranamente, es decir mientras más rápida y expedita sea la intervención, mejores son las probabilidades de confrontar y superar los factores de riesgo. Para esto es necesario tener mejores estrategias de detección de los problemas para poderlos referir oportunamente.

El proceso defendido para reajustar el desequilibrio ha terminado cambiando la guía escolar del papel profesional, aunque esta nueva dirección también se ve como una responsabilidad de todo el personal de la escuela. Defendiendo un papel central para el consejero escolar, como la persona crítica en el sistema que proporciona un servicio inmediato y directo a los problemas y preocupaciones de los estudiantes, evitando con esto el acercamiento al cenagal burocrático de educación especial. El consejero escolar responde a todas las referencias del personal escolar a través del establecimiento

programas de ayuda a los estudiantes. Estos programas también sirven para prevenir el desarrollo de problemas más serios y elimina el largo retraso entre el reconocimiento del problema y la ayuda.

Referencias

- Agüero, A., J. (1999). El trastorno de conducta en la infancia, como el trastorno precursor del adulto antisocial. Revista electrónica de Psiquiatría. Recuperado el día 23 de octubre de 2004 de www.psicom/psiquiatria/vol2_num4/art2.html
- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.). EUA: Masson.
- American Psychological Association (2001). Is youth violence just fact of life? Recuperado el 2 de noviembre de 2004 de www.apa.org/violence.html
- Bastin, G., (1985). ¿Por qué fracasan nuestros escolares? México: Ediplesa.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. & Carreño, S. (1993). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, Salud Mental, 19 (1): 1-5. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Centros de Integración Juvenil (1996). Tendencias de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centro de Integración Juvenil A.C. (1990-1995). México.
- Comisión on Substance Abuse Among American's Adolescente [CSAAA] (1997). Substance abuse and the american adolescent. Recuperado el 10 de febrero de 2001 de <http://casacolumbia.org/usr-doc/5888pdf>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE](1999). Consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile. Resultado del estudio de escolares de 1999. Recuperado el 5 de noviembre de 2000 de www.conace.cl/html/estudios/est-escolares-99.html
- Diario de Yucatán (18 de nov., 1996). Tribuna de la American Medical Association. Mérida Yucatán.
- Emery, R., Waldron, M., Kitzmann, K. & Aaron, J. (1999). Delinquent Behavior, Future Divorce or Normarital Childbearing and Externalizing Behavior Among Offspring: A 14-Year Prospective Study. American Psychological Association. Recuperado el 5 de abril de 2002 de www.apa.org , vol. 13, no. 4, 566-579.

- Escalante, R. & Sánchez, P. (1997). Actitudes, creencias y patrones de abuso de sustancias en adolescentes con diversos tipos y grados de escolaridad en el Estado de Yucatán. *Educación y Ciencia*, 1:2. Facultad de Educación. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Escuela de Educación Social del Estado de Yucatán (1999). Estadísticas. Material no publicado.
- Francés, M. A. (1998). Factores de riesgo en la delincuencia juvenil (Monografía). Universidad de Salamanca. Recuperado el 13 de agosto de 2000 de www.lafacu.com
- Frías, A., Sotomayor, P., Varela, C., Zaragoza, O., Banda, C. & García, S. (2000). Predictores de la delincuencia juvenil. *La Psicología Social en México*, vol. III, 486-492.
- Hales, R., Yudofky, S., Talbott, M. (2000). Sinopsis de psiquiatría clínica: basado en el DSM-IV. México: Paidós.
- Kaufman, K. (1990). *Psicometría razonada con el WISC*. México: Manual Moderno.
- Kazdin, E. A. & Buela-Casal, G. (1999). *Conducta Antisocial*. España: Pirámide.
- Kokko, K. & Pulkkinen, L. (2000). Agresión in Childhood and Long-Term Unemployet in Adulthood A Cycle of Maladaptation and Some Predictive Factors. *American Psychological Association*. Recuperado el 23 de octubre de 2003 de www.apa.org. vol. 36, no. 4, 463-472.
- Lees, M., Deen, M. & Parker, L. (1994). Research Review: substance abuse and violence. Recuperado el 5 de agosto de 2000 de <http://cahe.wsu.edu/~sherfey/issueese.htm>
- Lexcen, F. & Redding, R. ((1999). Substance abuse and dependence in juvenile offenders. *Juvenile Forensic Evaluation Resource*. Recuperado el 21 de diciembre de 2000 de <http://ness.sys.virginia.edu/juv/substance.html/>
- McWirter, J., McWirter, B., McWirter, A. & McWirter, E. (1993). *A risk youth: a comprehensive response*. EUA: Broods/Cole Publishing Company
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatorio, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Pública en México*, vol 45, 16-25. Recuperado el día 2 de noviembre de 2004, de http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_5.pdf
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Galván, J., Soriano, A. & Flores, J. (1999). Sistema de reporte de información de drogas. Instituto Mexicana de Psiquiatría. Recuperado el día 19 de enero de 2001 de www.imp.edu.mx/sociales/sridprin/index.html/

- Portellano, J. (1989). *Fracaso Escolar*. España: CEPE, S.A.
- Procuraduría General de la República (sin fecha). Programa Nacional para el Control de Drogas. Recuperado en 21 de enero de 2001 de www.pgr.gob.mx/pncd/pncddiag.htm
- Sánchez, P., De Lille, M., Vales, J., Galván L.A. (2004). Necesidades de orientación de estudiantes de Sonora y Yucatán. México: Memorias del X Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología Social.
- Salazar, A. (1996) *Juventud y Violencia. La construcción de lo juvenil*. México: Centro de Investigación y Estudio Sobre la Juventud.
- Sattler, J. (1996). *Evaluación Infantil*. México: Manual Moderno.
- Schinke, P., Botvin, G. & Orlando, M. (1991). *Substance abuse in children and adolescents*. EUA: Sage Publications.
- SEP (2004). Documento de apoyo a las prácticas de los SEC. México: SEP.
- Shea, T., Bawer, M. (2000). *Educación especial; Un enfoque ecológico*. México: McGraw-Hill.
- Stahl, A. (2000). *Juvenile Vandalism*. . Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Recuperado el día 18 de septiembre de 2004 de <http://www.ojjdp.ncjrs.org/jjdp.html>
- Stern, C. (1997). El embarazo como problema público: una visión crítica. *Revista de Salud Pública*. no. 39, p. 137-143.
- Velloso, A. (1992). La educación sobre las drogas en el mundo occidental. *Revista de Educación*. no. 297. Enero-Abril.
- Wenglinsky, H. (2002). The link between teacher classroom practiques and students academic performance. *Education policy analysis archives*, vol. 10, no. 12.