

Dedicatória

À MINHA QUERIDA MÃE

Maria Olinda Simões do Amaral

Por tudo o que em mim plantou, para que eu pudesse SER QUEM SOU...

AGRADECIMENTOS

Dentre as múltiplas opções de classificação, a minha trajetória académica poderia ser dividida em vários momentos, ressaltando: aqueles em que eu passei a ler os agradecimentos dos trabalhos académicos e dos livros; a fase em que eu passei os meus agradecimentos. Isto porque depois de escrever esta página, passei a compreender o quanto ela é especial e, ao mesmo tempo, o quão difícil é escrevê-la, considerando a ilusória tentativa de incluir todas as pessoas que colaboraram e contribuíram na consecução deste trabalho. Este trabalho, de investigação, não foi produzido apenas por uma pessoa, mas por todas aquelas que, em maior ou menor grau contribuíram para o resultado desta tese de doutoramento. A todas estas pessoas, os meus sinceros agradecimentos...

À minha maravilhosa família, **Ia, Golias, Juca, Lulu e Zé**, pelo indescritível apoio, e amor, sempre presentes a cada momento, mesmo naqueles em a barreira geográfica nos afastava. Obrigado por me terem transformado na pessoa que hoje sou, por terem plantado em mim a semente de Humildade, Honestidade, Amor, Justiça... Agradecida estou por me oferecerem aquela que considero a melhor educação dentro e fora de casa. Hoje, como professora, tenho a convicção de que vocês foram os meus melhores professores.

Aos meus tesouros **Bruko e Pedrinha**, o meu muito obrigado por todas as vezes que se sentiram privados do meu Amor, companhia, pois que nem sempre vos pude dar o meu melhor. Hoje me dou conta que já não importa o que fiz por vós mas, importa-me, o que é que vão fazer com a vossa vida, considerando os ensinamentos transmitidos familiarmente. Meus filhos, admiti a existência de um mundo melhor, porque vocês me fizeram crer. **Cryсна Romero e Dyane Cardenas** também fazem parte do meu baú de tesouros, obrigado por todo amor e confiança que me brindaram. Vocês fizeram-me acreditar que quando se quer sempre se pode.

Ao **Zeca de Carvalho**, meu Esposo, obrigado pela compreensão, em especial sempre que tive que me ausentar por causa dos meus estudos. Estou grata por me teres encorajado a tornar realidade muitas das minhas aspirações, como foi a conquista do meu

doutoramento. Reconheço em ti a ajuda, que me brindaste para que eu pudesse ser uma pessoa melhor a cada novo alvorecer.

Ao **Doutor Melchor Gutiérrez Sanmartín**, um reconhecimento e agradecimento especial por ter assumido, prontamente, a missão de orientar este trabalho, até ao fim, depois do passamento físico do Doutor Antonio Clemente. Agradeço a grandeza do seu carácter, compreensão e tolerância às minhas insuficiências e limitações. Por ter plantado com a sua sapiência a semente da académica que, actualmente, sou. Por todo o carinho, estímulo, respeito, e em especial paciência e pelos “puxões de orelha” nas horas certas. Por me ter estimulado sempre a seguir em frente. Professor sem o teu apoio e dedicação, certamente, esta tese de doutoramento não teria as características que tem hoje.

Inn Memoria a **Toni Clemente**. Gratidão eterna por tudo quanto fizeste, profissionalmente, por mim e pelo meu país.

À Doutora **Conceição Couvameiro**, mais que uma amiga, uma conselheira, pela indistigável preocupação na continuidade do nosso Curso. Professora o meu muito obrigado, por todas as portas abertas, em Angola e em Portugal, dentro e fora da universidade. Estendo este meu agradecimento à Doutora **Adelina Gimeno**, pelo seu companheirismo e acolhimento, pelo seu sorriso sempre presente, pela hospitalidade, em sua casa, em muitas das minhas deslocações. A essas duas professoras eu agradeço, as longas conversas, os livros oferecidos e os passeios realizados. Enfim, o meu muito obrigado, pela vossa amizade.

A **todos/as Professores/as** implicadas neste curso de Intervenção Pessoal e Social das Universidades de Espanha (Valência) e Portugal (Unipiaget), também, se estende o meu agradecimento.

Ao Doutor **José Marcos Barrica**, professor, amigo e colega, o meu muito obrigado pela Solidariedade, pelo Amor, Carinho e Dedicção à causa da nossa formação. Estou-lhe grata, por me ter animado, em especial, nos momentos críticos da minha vida, naqueles em que me faltava ânimo. Marcos, hoje, como professora, tenho a convicção de que foste um dos meus melhores professores. Obrigado por me teres incentivado a seguir sempre em frente, ajudando-me a desenvolver o gosto pela escrita e pela pesquisa, fazendo-me acreditar que é possível. As tuas críticas, lições de organização e responsabilidade,

mudança e humildade converteram-te no grande líder do grupo e do curso de Desenvolvimento Pessoal e Social. A ti, Professor, Amigo e Colega não tenho palavras de gratidão pelo, que por mim fizeste.

Ao **Paulo Maria Augusto** o meu obrigado, pela solidariedade, dentro do grupo. Este agradecimento também se estende a todos os colegas do curso: Doutora **Elizabeth Hama**, Doutora **Ana Maria S. Santos**, **Vera Matos**, **Isabel Dala e Paulo Dala**, Doutor **Amílcar Couvaneiro**.

À **Laurinda Mendes** minha irmã o meu muito obrigado por tudo o que em mim transformaste, foste também uma das razões do sucesso que hoje é a minha vida. Igualmente te digo não tenho palavras para descrever a importância da nossa amizade ao longo da minha vida pessoal e académica. A ti **Lau** o meu muito obrigado.

Ao **Ministério da Juventude e Desportos (MJD)** e ao **Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS)**, às **Direcções Provinciais da Educação**, e às **Instituições de atendimento à criança e ao adolescente** das províncias de Benguela Luanda e Lubango: Direcção da aldeia SOS Benguela e Lubango, Direcção do Lar Arnaldo Jansen “Padre Horacio”, Direcção da Casa dos Gaiatos, Direcção do Lar Santa Paula Fracinette, Lar anjo da Guarda, a Associação Nacional de Escuteiros, (agrupamento 55, 119, São Domingos, Sagrada Família, ...) as Escolas Públicas (Escola 16 de Junho, Escola da Matala, EMEL, Magistério Primário, Escola da Micha, Escola N’zinga M’bandi, Escola N’gola Zinga, Escola do Palanca, Kilamba Kiaxi, Escola Valódia, Escola 236, Escola Industrial...) e Privadas (Colégio Elizangela Filomena, Betânea, Henrique, Colegio 123, Amigos do Saber, Bolinha Kilamba Kiaxi, ...) das províncias de Benguela Luanda e Lubango.

A todos os **colegas** da Universidade Agostinho Neto e Universidade Katyavala Bwila, em especial, Julio Cardenas, Rodolfo Estraga, Miriam Gozales, David, Dupoll... e aqueles que, indirectamente, me emprestaram o seu apoio.

A ti Michel “**Xaxi**”, não tenho palavras, para descrever o quão importante, foste na trajectória da minha vida.

À minha importante **equipa de trabalho**, imprescindível para a realização deste estudo, constituída por estudantes do ISCED de Luanda e Benguela. Em especial ao Jorge A. R. Carvalho, que trabalhou, do primeiro ao último dia e ao longo destes extensos anos.

Não posso deixar de agradecer a todos os **adolescentes** implicados, directamente, neste estudo, que através das suas respostas aos instrumentos utilizados, tornaram possível a apresentação os dados constantes nesta investigação. Aqui, também aproveito para apresentar a todos os adolescentes que estiveram presentes em outros momentos da minha vida, a minha especial gratidão. Espero, sinceramente, que algum dia estes agradecimentos possam chegar a todos vós, e a cada um em particular na forma de melhoria da vossa qualidade de vida, do vosso bem-estar pessoal e social.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO.....	15
1.2. POLÍTICAS ANGOLANAS DE ASSISTÊNCIA E PROTECÇÃO AO ADOLESCENTE	17
1.3. RELEVÂNCIA DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO.....	20
CAPÍTULO II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
2.1. A ADOLESCÊNCIA, ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS E SUA INFLUÊNCIA NO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	27
2.1.1. <i>A adolescência.....</i>	27
2.1.2. <i>Estilos educativos.....</i>	31
2.1.3. <i>Influência dos estilos educativos no consumo de álcool entre os adolescentes.....</i>	37
2.2. O PAPEL EDUCATIVO DOS PAIS NA ETIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL	39
2.3. VARIÁVEIS PREDITORAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES	42
2.4. FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO PARA O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA.....	51
2.4.1. <i>Factores de risco</i>	51
2.4.2. <i>Factores de protecção.....</i>	57
2.5. PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NOS ADOLESCENTES	63
2.5.1. <i>Princípios da prevenção, segundo o NIDA.....</i>	65
2.5.2. <i>Programas de treinamento em habilidades sociais e pessoais.....</i>	66
2.5.3. <i>Programa de treinamento de habilidades vitais.....</i>	67
2.5.4. <i>Programa de treinamento de habilidades sociais e assertividade....</i>	69
2.5.5. <i>Programa de treinamento, em habilidades cognitivas condutuais</i>	70
2.5.6. <i>Enfoques psicossociais.....</i>	71
2.6. O APOIO SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DAS REDES DE APOIO SOCIAL.....	72
2.7. O BEM-ESTAR E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	76
2.8. PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA POSITIVA NO ESTUDO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO E AS ACTITUDES ANTE O CONSUMO	

DE SUBSTÂNCIAS ADICTIVAS DOS ADOLESCENTES.....	86
2.9. RESILIÊNCIA, VULNERABILIDADE E AUTO-ESTIMA	88
2.9.1. <i>Conceito de resiliência</i>	88
2.9.2. <i>Factores relacionados à resiliência</i>	91
2.9.3. <i>A auto-estima</i>	93
2.10. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO	94
2.11. HIPÓTESES	95
CAPÍTULO III. MÉTODO	97
3.1. PARTICIPANTES	99
3.2. INSTRUMENTOS	100
3.2.1. <i>Questionário sociodemográfico</i>	100
3.2.2. <i>Escala de Auto-estima</i>	100
3.2.3. <i>Escala de Apoio Social</i>	101
3.2.4. <i>Escala de Inteligência Emocional</i>	101
3.2.5. <i>Escala de Resiliência</i>	102
3.2.6. <i>Escala de Satisfação com a Vida</i>	102
3.2.7. <i>Escala de Atitude ante o Consumo de Substâncias Adictivas</i>	102
3.3. PROCEDIMENTO	102
3.4. VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	104
3.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	105
3.6. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	105
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	107
4.1. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS...	110
4.1.1. <i>Propriedades psicométricas da Escala de Auto-estima</i>	110
4.1.2. <i>Propriedades psicométricas da Escala de Apoio Social</i>	111
4.1.3. <i>Propriedades psicométricas da Escala de Inteligência Emocional</i>	112
4.1.4. <i>Propriedades psicométricas da Escala de Resiliência</i>	113
4.1.5. <i>Propriedades psicométricas da Escala de Satisfação com a Vida</i>	113
4.1.6. <i>Propriedades psicométricas da Escala de Consumo de Substâncias</i>	114
4.2. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS	115
4.2.1. <i>Características dos adolescentes angolanos estudados</i>	115
4.2.2. <i>Resultados descritivos dos instrumentos utilizados</i>	116

4.3. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS	118
4.4. RESULTADOS DIFERENCIAIS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ESTUDADAS	121
4.4.1. Resultados diferenciais segundo o género.....	122
4.4.2. Resultados diferenciais segundo com quem vivem os adolescentes.....	122
4.4.3. Resultados diferenciais segundo o meio em que vivem os adolescentes.....	123
4.4.4. Resultados diferenciais segundo o associativismo dos adolescentes.....	124
4.4.5. Resultados diferenciais segundo a idade dos adolescentes	124
4.4.6. Resultados diferenciais segundo o nível académico dos adolescentes.....	125
4.4.7. Resultados diferenciais segundo a província onde vivem os adolescente....	126
4.4.8. Resultados diferenciais segundo a participação em actividades extra-escolares dos adolescentes.	127
4.4.9. Resultados diferenciais segundo a participação em actividades deportivas.....	128
4.4.10. Resultados diferenciais segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de álcool	129
4.4.11. Resultados diferenciais segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de cigarros.....	1230
4.5. PREDICÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA E DAS ACTITUDES DOS ADOLESCENTES ANTE O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADICTIVAS.	131
CAPÍTULO V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	137
5.1. DISCUSSÃO	139
5.2. CONCLUSÕES	146
5.3. LIMITAÇÕES DESTE TRABALHO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	147
5.4. PROPOSTAS DE APLICAÇÃO DOS RESULTADOS	149
CAPÍTULO VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
CAPÍTULO VII. ANEXOS.....	197
7.1. CARTA ENVIADA ÀS INSTITUIÇÕES SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS.....	199
7.2. QUESTIONÁRIOS APLICADOS A AMOSTRA.....	201
CAPÍTULO VIII. RESUMEN DE LA TESIS EN CASTELLANO.....	205

8.1. INTRODUCCIÓN.....	210
8.2. MÉTODO.....	218
8.3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	221
8.4. LIMITACIONES DEL TRABAJO Y SUGERENCIAS PARA EL FUTURO.....	237
8.5. PROPUESTAS DE APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	238

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO:

- 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO.
- 1.2. POLÍTICAS ANGOLANAS DE ASSISTÊNCIA E PROTECÇÃO AO ADOLESCENTE.
- 1.3. RELEVÂNCIA DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO.

Este primeiro capítulo faz referência a aspectos relacionados com a contextualização do objecto de estudo, a adolescência e consumo de drogas. Por conseguinte, e considerando a importância desta etapa do ciclo vital, apresentam-se um conjunto de políticas do âmbito social e institucionais, que visam a assistência e protecção do adolescente e do jovem angolano. Finalmente, faz-se menção à relevância desta investigação, na perspectiva da Psicologia Positiva, com o propósito de sustentar novas estratégias de intervenção, que visem a dilatar os factores de protecção e diminuição dos factores de risco ante o consumo de drogas nesta franja da população.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO

Apesar de o uso de drogas ser uma prática presente desde os primórdios da humanidade, nas últimas décadas, indicadores sugerem que o abuso dessas substâncias vem tomando dimensões preocupantes, por vezes trazendo sérios prejuízos à população, principalmente aos adolescentes e adultos jovens. Considera-se que o abuso de drogas adquiriu tais dimensões devido a complexidade que envolve o seu consumo, bem como a venda, na actualidade. Dentre os factores responsáveis pelo agravamento dessa questão, destacam-se os interesses económicos, envolvidos na sua produção e venda, os impactos de cunho moral e ideológico em torno do uso de substâncias psicoativas, adicionados à baixa prioridade política conferida ao assunto, que se manifesta na insuficiência de recursos financeiros necessários para garantir uma política de educação, prevenção e tratamento com profissionais capacitados de forma adequada e contínua (Crives e Dimenstein, 2003).

A adolescência é uma etapa do ciclo vital especialmente vulnerável à iniciação ao consumo de álcool e de tabaco, já que muitos jovens não se preocupam com prevenção de doenças no futuro, mas que anseiam, sobretudo, viver o presente. O contexto de uso de substância inclui o meio social, a escola e os ambientes domésticos para cada adolescente, bem como para a comunidade (Cortés, Espejo e Giménez, 2008; Magaña, 2003).

A família tem sido um dos contextos nos quais os investigadores localizaram um maior número de factores de risco e de protecção em relação ao consumo de substâncias, nos adolescentes. Espada, Pereira e García-Fernández (2008) aludem que a família joga

um papel básico no que tange ao consumo de álcool dos seus filhos. Isto é, os hábitos dos familiares e das pessoas mais próximas ao adolescente, influenciam no momento de manter ou eliminar as suas pautas comportamentais.

De acordo com Rassial (1997), o adolescente está sempre em risco de “entrar em pane”, porque ele precisa realizar uma série de “operações fundadoras”. É como se o sujeito se encontrasse frente a um hiato no qual, de um lado, está a sua condição infantil e identificações familiares e, do outro, novas e atraentes possibilidades identificadas e disseminadas no social. Desta forma, o adolescente ocupa uma “posição neste intervalo”, no qual, por não ser mais criança e tampouco ser adulto, atravessa um período de indecisão subjectiva e de incerteza social que adquire as características de uma verdadeira crise psíquica.

Segundo Torrosian (2002), frente às mudanças que ocorrem na adolescência as castrações são reactivadas, e surge uma forte necessidade de buscar meios para lidar com os conflitos daí decorrentes. Além disso, durante a adolescência o ego apresenta-se altamente instável e vulnerável às influências externas (Levisky, 1997). Nesse sentido, embora a maioria dos jovens seja contra o uso de drogas, muitos se deixam levar pela chamada pressão do grupo (Silveira e Silveira, 1999), especialmente nas sociedades em que o consumo é o principal meio para a aquisição de *status* e poder, e a busca por satisfação imediata é um dos valores mais cultivados.

Nesse contexto, a exposição e a convivência com as drogas constituem um duplo desafio. Para o adolescente, o desafio é representado pelo fácil acesso à transgressão e à fuga dos conflitos inerentes a esta fase. Para a sociedade, é representado pela convocação à criação de dispositivos políticos e legais, capazes de oferecer novas formas de visibilidade, identificação e inserção social a esses jovens, assim como serviços e profissionais capacitados para atender às suas demandas. Se se tiver em conta o duplo desafio, pode-se constatar que esta situação tem preocupado as entidades governamentais e a sociedade civil em Angola, que procuram desenvolver projectos direccionados aos adolescentes e jovens, de modo reduzir o tempo de ócio destes. Estes projectos serão abordados quando falarmos das políticas de assistência e protecção do adolescente.

1.2. AS POLITICAS ANGOLANAS DE ASSISTÊNCIA E PROTECÇÃO AO ADOLESCENTE

Conforme referimos nos parágrafos anteriores, mais de 40% dos jovens na capital de Angola (Luanda) faz uso de drogas, sendo as mais consumidas o álcool e a liamba (marijuana), onde as discotecas encontram-se como o foco central da sua venda e consumo.

O Estado e a sociedade civil têm o dever de se comprometer em proteger e defender sem discriminação os direitos dos cidadãos. Aqui apresentam-se as principais directrizes políticas públicas, advindas da Lei Constitucional da República de Angola, bem como as emanadas pelo Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Assistência e Reinserção Social, Ministério da Saúde, Policia Nacional e ONGs.

A constituição angolana no seu capítulo II direitos, liberdade e garantias fundamentais no seu artigo 35º (família, casamento e filiação) no seu ponto 6 diz que: *a protecção dos direitos da criança, nomeadamente, a sua educação integral e harmoniosa, a protecção da saúde, condições de vida e ensino constituem absoluta prioridade da família, do estado e da sociedade.* No seu ponto 7 constatamos que: *o estado, com a colaboração da família e da sociedade, promove o desenvolvimento harmonioso e integral dos jovens e adolescentes, bem como a criação de condições para a efectivação dos seus direitos políticos, económicos, sociais e culturais e estimula as organizações juvenis, para a prossecução de fins educacionais, patrióticos e de intercâmbio juvenil internacional.*

No código da família anotado no seu artigo 5º (educação da juventude) diz-se que: *à família, com especial colaboração do estado e organizações de massa e sociais, compete promover, de forma integral e equilibrada, a educação dos jovens em ordem à sua realização integral na sociedade.* No seu artigo 131º (direitos e deveres dos pais) diz-se que: *o pai e a mãe devem cooperar na prestação de cuidados, protecção e assistência aos seus filhos, exercendo, com igual responsabilidade, os seus direitos e deveres, e devendo contribuir com o seu bom exemplo, para a formação dos filhos.* No seu artigo 234º (tutor de menor abandonado) no código diz-se que: *o menor declarado abandonado será internado em estabelecimento de assistência ou educação, cabendo o cargo de tutor ao*

director do estabelecimento. Daí a existência de diversos centros de acolhimento de crianças e jovens, em que parte deles foi alvo da presente investigação.

A nível do Ministério da Juventude e Desportos é notória a gama de políticas e programas direccionados à juventude que visam aumentar o nível de escolaridade dos adolescentes e jovens, enquadrá-los no primeiro emprego, diminuir a delinquência juvenil, etc. Assim, é que o projecto da política de estado para a juventude refere que, a situação da juventude caracteriza-se por um índice elevado de desemprego, falta de habitação, inexistência de mecanismos práticos de concessão de créditos, fraco acesso ao ensino, falta de infra-estruturas juvenis capazes de promover os direitos e deveres da juventude consagrados na Constituição. Existe um elevado número de adolescentes e jovens com comportamentos marginais ou delituosos, com consequências nefásticas daí resultantes, por exemplo, uma percentagem desta franja na prisão e a contracção de doenças sexualmente transmissíveis, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e droga (estupefacientes). Estes sujeitos são adolescentes e jovens em situação difícil e de risco, sendo muitos deles de e na rua, cujo comportamento é contrário à lei ou em conflito com a lei. Por isso, o estado e a sociedade civil devem adoptar e promover um conjunto de medidas de carácter preventivo visando a diminuição progressiva dos índices de alastramento deste fenómeno. Estas medidas incidem fundamentalmente em:

- a) Criar centros de reeducação e formação profissional dos adolescentes e jovens, em situação de risco, bem como o melhoramento das condições de funcionamento das instituições de acolhimento existentes;
- b) Estimular as iniciativas da sociedade civil, tendentes à criação de centros de aconselhamento e de terapia dessa franja, garantindo os apoios efectivos para o seu funcionamento;
- c) Reforçar os mecanismos policiais de combate ao consumo de drogas e outros estupefacientes.

Para reforçar o transcrito nestas alíneas pode-se ver o Diário da República de (2005), I série 89 na sua página 1640 no seu ponto IV referente a domínios de acção que sobre a delinquência juvenil o estado que tem como objectivos, aprovar a legislação apropriada que proíba a compra, venda e consumo de bebidas alcoólicas e tabacos aos menores de

idade, incrementar as taxas sobre a importação de bebidas alcoólicas e tabaco, visando a prevenção da delinquência juvenil.

O Ministério da Juventude e Desportos concebeu uma gama de programas direccionados à população juvenil que visam ocupar os tempos livres, desta franja, bem como ajudar na melhoria da sua qualidade de vida como se pode ver na Lei da Juventude no seu artigo 5º (princípio da qualidade de vida) que *consiste em assegurar aos jovens, de forma individual e colectiva, o bem-estar social, materialização através de aplicação de políticas e programas prioritários concretos, visando a redução dos desequilíbrios e a melhoria da vida da juventude.* Ainda, nessa Lei, no seu artigo 34º (prevenção e tratamento) ponto 4, *podemos ver que o estado promove políticas de prevenção e combate ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabaco e de outras drogas.* Dentre os programas existentes podemos apontar o programa GIRO, cujo objectivo é levar a informação aos adolescentes e jovens sobre os perigos do consumo de drogas (tabaco e álcool), como evitar doenças sexualmente transmissíveis, valores morais e sociais que os adolescentes e jovens devem adoptar. O programa DESPONTAR é um programa que visa a massificação do desporto; ANGOLA JOVEM é um programa cujo objectivo fundamental é ajudar a juventude na busca do primeiro emprego, criação de condições de habitabilidade e micro créditos, destinados à juventude de modo a incentivar-la para a criação de pequenas empresas constituídas por grupos de amigos ou familiares. DESPORTO PARA TODOS é um programa tendente à generalização e democratização da prática desportiva e do exercício físico. Aqui podemos encontrar outros programas como o GIRA BAIRO OU TAÇA DO PRESIDENTE, o movimento BOLA NO AR, ANATENO, ABRUA, etc.

O Ministério do Interior tem alguns convénios com instituições não-governamentais, sobretudo religiosas, que visam a prevenção e a reabilitação dos adolescentes e jovens para o consumo de drogas. Dentre elas, pode-se citar a Rede azul e o desafio jovem, que são centros de aconselhamento que recebem, especificamente, sujeitos toxicodependentes. A terapia é feita com base nos princípios religiosos. A nível de todo o país são realizadas acções de infiltração, que levam a apreensão de produtos como a marijuana e a detenção, tanto dos produtores como dos consumidores. Relativamente às acções que **visam a prevenção e sensibilização, são realizadas actividades sociais como palestras,**

essencialmente em torno do dia mundial contra a droga (26 de Junho), que visam despertar a consciência, especialmente da população mais jovem, para prevenir essa franja do uso de substâncias.

O Código Penal (2007), por sua vez, é um instrumento utilizado para poder fazer-se qualquer julgamento sobre os produtores, portadores e consumidores de drogas. Este código, na sua página 191 à 217, faz referência à LEI SOBRE O TRÁFICO E CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES, SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS E PERCURSORES.

Para o Ministério do interior, os principais factores que estão associados ao uso e ao abuso de drogas, são a fuga aos problemas, a busca do prazer, os problemas familiares, a falta de enquadramento nas escolas e as dificuldade na busca de emprego. As drogas mais utilizadas pela população de Angola são o álcool, o tabaco, a marijuana e também alguns psicotrópicos como é o caso do valium 10 ou seja o diazepam, consumido em quantidades elevadas, conduzindo os consumidores para estados psicológicos alterados tornando-os menos tolerantes e levando-os para a prática de comportamentos delituosos.

1.3. RELEVÂNCIA DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO

Apesar de ser ilícita a venda de álcool e tabaco ou cigarro comum a menores de 18 anos de idade, elas continuam a ser as duas drogas mais consumidas por crianças e adolescentes, nas últimas décadas. O álcool e o tabaco também têm sido apontados como sendo a primeira droga usada na adolescência. A família tem sido descrita em diversos estudos como um factor que influencia no uso de drogas por parte dos seus descendentes. Logo, esta pode funcionar tanto como um factor de risco assim como de protecção (Albertani, Scivoletto e Zemel, 2004). Além da família, alguns estudos têm apontado como factor de risco ou de protecção a institucionalização de crianças e adolescentes (Neiva-Silva e Koller, 2005).

A coesão familiar, a qualidade do relacionamento entre pais e filhos, o envolvimento paterno na educação da criança e as práticas educativas, envolvendo afecto, reciprocidade e equilíbrio de poder, favorecem o desenvolvimento de crianças e adolescentes (Bronfenbrenner, 1996; Hawley e DeHaan, 1996). Além disso, o estabelecimento de uma

rede de apoio social efectiva auxilia os pais durante o processo de socialização da criança, servindo como um recurso ao qual eles podem recorrer em momentos de *stress* (Bronfenbrenner, 1986; Simons e Johnson, 1996).

No entanto, alguns factores tendem a desencadear vulnerabilidade nas famílias. Vulnerabilidade refere-se a uma predisposição individual para apresentar resultados negativos no desenvolvimento (Masten e Garmezy, 1985). A pobreza vem sendo explorada, em muitas pesquisas, como um potencial factor de risco para o desenvolvimento das pessoas. Viver na pobreza constitui, muitas vezes, um factor de risco que ameaça o bem-estar das pessoas, limitando suas oportunidades de desenvolvimento (Nunes, 1994; Zimmerman e Arunkumar, 1994). A pobreza influencia o desenvolvimento das pessoas e em determinadas situações não vem desacompanhada, visto que nas famílias ela tende a afectar a relação conjugal, contribuindo para o aumento da incidência de conflitos entre os pais, produzindo também um efeito no relacionamento dos pais com a criança.

Neste sentido, a pobreza, o divórcio, o (re)casamento e a maternidade solteira podem vir a se constituir em factores de risco para o desenvolvimento de pessoas e famílias. Alguns autores enfatizam que a interacção dos factores de risco parece ter um efeito multiplicativo, aumentando a probabilidade de resultados negativos (Garmezy, Masten e Tellegen 1984; Rutter, 1985). De acordo com este pressuposto, as famílias que apresentarem mais de um destes factores de risco, estão mais vulneráveis para apresentar problemas durante as transições normativas e não-normativas do seu desenvolvimento.

Para a elaboração de projectos direccionados aos adolescentes e aos jovens, julga-se pertinente ter em atenção os pressupostos advindos da Teoria dos Sistemas Ecológicos proposta por Bronfenbrenner (1986, 1996; Bronfenbrenner e Morris, 1998) bem como das contribuições da Psicologia Positiva. A teoria dos sistemas ecologicos propõem a análise do microssistema familiar em relação a outros sistemas que o influenciam, tanto directa como indirectamente, bem como em relação à cultura na qual o sujeito está inserido. Assim, a análise do desenvolvimento de uma criança dentro do microssistema familiar deve incluir a análise de sua interacção no mesossistema, como a creche, a escola, a família extensa e os vizinhos. Da mesma forma, também deve incluir uma análise da

influência do exossistema, como o trabalho dos seus pais, a sua rede de apoio social e a comunidade, e do macrosistema, como questões culturais e económicas, valores e padrões de conduta transmitidos intergeracionalmente e pela sociedade.

É mister admitir-se que a Psicologia Positiva (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000) é aquela que coloca em relevo as experiências avaliadas subjectivamente, como o bem-estar, a satisfação (passada), a alegria actual, a esperança e o optimismo pelo futuro. Na verdade, a psicologia positiva considera que mesmo as pessoas que padecem de uma grande carga psicopatológica preocupam-se, para além de aliviar o seu sofrimento, com muito mais coisas no afã de buscar maior satisfação e alegria, por uma vida plena de significado e propósito. Reconhece-se que estes estados não se alcançam automaticamente ao remover o sofrimento, mas, a busca de emoções positivas e a construção do carácter, pode ajudar, directa ou indirectamente, a alterar a fonte ou as causas do sofrimento (Seligman, Duckworth e Steen, 2005). A psicologia positiva veio abrir novas perspectivas para a investigação e a intervenção. Apoiar os esforços para minorar os problemas sociais como a toxicoddependência a criminalidade e a doença mental. Incentiva o estudo dos factores protectores e dos factores de risco. A psicologia positiva veio trazer uma mensagem de esperança em vez de medo, como se pode ler no seguinte exemplo “a maior parte das pessoas não abusa de bebidas”. Esta mudança da afirmação de não focar o negativo mas sim o positivo, apresenta a ideia base da psicologia positiva. Por isso, é que a psicologia positiva se converteu no estudo científico das experiências positivas e dos traços individuais positivos, além das instituições facilitadoras desse desenvolvimento, sendo para o efeito, necessário compreender o funcionamento óptimo da interacção em múltiplos níveis incluindo o experimental, o pessoal, o relacional, o institucional, o social e global.

Há uma grande aposta na prevenção, em vez de tratamento. A partir desta perspectiva, ajuda-se mais pessoas se se poder prevenir os problemas antes de acontecerem (prevenção primária) ou intervir antes que piorem (prevenção secundária); ou então, se as anteriores não funcionarem vai-se para o tratamento (prevenção terciária).

Face ao exposto no parágrafo anterior, e analisando a realidade de Angola, admite-se a existência de um conjunto de factores de risco que são facilitadores (famílias desestruturadas, nível sócio económico dos pais baixo, famílias numerosas, falta de

oportunidade de estudo e de trabalho...), fazendo com que os adolescentes se encontrem em situação de vulnerabilidade, levando-os ao consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco. Neste contexto, tomando em consideração os factores de protecção, bem como o bem-estar subjectivo conforme nos alude Diener (1984), que consiste na reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), quer em termos de afectividade (reacções emocionais estáveis), o estado Angolano e a sociedade civil devem elaborar projectos adequados ao ambiente familiar, social e cultural de cada região geográfica, em que vivem os adolescentes e jovens. É fundamental que o jovem se sinta incentivado e implicado nesses projectos, sinta que os apoios daí advindos contribuem para a melhoria da sua qualidade de vida; por essa razão, entre outros; elaborámos o presente estudo intitulado; ***“Factores de risco e protecção para os adolescentes em situação de vulnerabilidade ante o consumo de substâncias adictivas em Angola”***, com o qual pretende-se analisar as atitudes dos adolescentes ante o consumo de álcool, a relação existente entre a auto-estima, a inteligência emocional o apoio social e a resiliência nesta etapa do ciclo vital, bem como conhecer qual a percepção de bem-estar subjectivo destes.

Finalmente, com os dados procedentes do estudo empírico apresentámos um conjunto de estratégias que comprometem as instituições juvenis, as escolas, a saúde bem como a sociedade civil a nível nacional, visando a melhoria da qualidade de vida da população angolana, em especial a das etapas antes da adolescência, adolescência e juventude. Deste modo julgamos colocar o conhecimento científico ao serviço da nossa sociedade, objectivo primário do presente trabalho.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

- 2.1. A ADOLESCÊNCIA, ESTILOS PARENTAIS E A SUA INFLÊNCIA NO CONSUMO DE
ÁLCOOL.
- 2.2. O PAPEL EDUCATIVO DOS PAIS NA ETIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.
- 2.3. VARIÁVEIS PREDITORAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES.
- 2.4. FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO PARA O USO DE DROGAS NA
ADOLESCÊNCIA.
- 2.5. PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NOS ADOLESCENTES.
- 2.6. O APOIO SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DAS REDES DE APOIO SOCIAL.
- 2.7. O BEM-ESTAR SOCIAL E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.
- 2.8. PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA POSITIVA NO ESTUDO DO BEM-ESTAR
SUBJECTIVO E AS ACTITUDES ANTE O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS
ADICTIVAS DOS ADOLESCENTES.
- 2.9. RESILIÊNCIA, VULNERABILIDADE E AUTO-ESTIMA.
- 2.10. OBJECTIVOS.
- 2.11. HIPÓTESES.

Este capítulo apresenta temáticas relacionadas com a adolescência, estilos parentais e sua influência nos padrões de consumo de álcool, variáveis preditoras e factores psicossociais relacionados com o consumo de álcool. Também se apresentam conceitos atinentes aos factores de risco e de protecção, o apoio social e a importância das redes de apoio social. Finalmente falamos sobre o bem-estar subjectivo e a inteligência emocional e a sua relação com a psicologia positiva.

2.1. A ADOLESCÊNCIA, ESTILOS PARENTAIS E A SUA INFLUÊNCIA NO CONSUMO DE ÁLCOOL

2.1.1. A adolescência

A adolescência é vista como uma autêntica revolução fisiológica a que acresce uma demanda de identidade ente as diferenças que se vão explorando, ou seja, ocorrência duma crise de identidade. De facto, embora o púbere esteja ainda longe de ser adulto, gostando mesmo de afirmar as diferenças em relação a estes, o certo é que por um lado a maturidade biológica, seja a nível da genitalidade, e por outro a capacidade intelectual de abstracção, compõem-no para fora do mundo infantil. E é nesta moratória entre dois mundos -infantil e adulto- que o adolescente é chamado a desempenhar e lhe é dado a experimentar múltiplos papéis, de entre os muitos que se lhe oferecem; ora, é neste contexto que o seu ego, tentando estabelecer um sentido de coerência no self, se pergunta sobre quem é como pessoa, o que vale, qual é a impressão que causa nas outras pessoas, etc. (Erikson, 1972).

Neste processo em que o adolescente se encontra e se tenta afirmar, experimentando papéis sobretudo no seio de grupos de iguais entre os quais se revê, vai estabelecendo aos poucos, aquilo que é ou quer ser e aquilo que não é e em que não se revê; aquilo de que gosta e aquilo de que não gosta; os papéis em que se sente bem e os que lhe são estranhos, recusando-se, portanto, a desempenha-los. Embora acompanhada por uma orientação estruturadora, naturalmente, a liberdade para explorar o meio através da identificação é fundamental, como é também o ensaiar a lealdade no seio do grupo, pois isto permite-lhe desenvolver um sentido do ego, firme e adequado: conhece os seus talentos, capacidades e aptidões, tendo também um sentido adequado das suas limitações; as suas defesas contra as ameaças e angústias, inerentes a expressão dos impulsos, necessidades, através dos

papéis que adotou por considerar que melhor se adaptavam a sua maneira de ser (Erikson, 1972). Na confusão de papéis, na entrega, sem reserva e receio de rejeição, sentindo-se isolado, vazio, angustiado, indeciso, ansioso o adolescente pode, pelo contrário, não aceitar a integração no complexo mundo dos adultos com a necessária adoção de uma identidade social, fixando antes em formas imaturas de reagir. Para as dificuldades desta travessia contribuem, muitas das vezes, os pais, quando na sua preocupação vigilante, tentam ocultar partes significativas da realidade tidas como indesejáveis ou menos próprias. Este tipo de atitude em nada contribui para o sucesso da subsequente integração social, uma vez que ao tentarem com que o adolescente só contacte com o do seu ponto de vista lhe convém, impede o reconhecimento de significativas porções da realidade, o que veem a resultar num modo de lidar com o desconhecido por meio de retraimento, uma vez que contribui para a elaboração de um modelo mental do mundo adulterado, e como tal inadequado a uma interacção eficaz.

Porém, a confusão de identidade pode ter um bom desfecho: em meio á crise, quanto melhor o adolescente tiver resolvido as suas crises anteriores, mais possibilidades terá de alcançar aqui a *estabilização* da identidade. Quando esta identidade estiver firme, ele será capaz de *ser estável*, com os outros, conquistando, segundo Erikson, a lealdade e a fidelidade consigo mesmo, com os seus propósitos, conquistando o *senso de identidade contínua*. Na fase da adolescência, cada vez mais antecipada pelas culturas ocidentais, há a preocupação (*mórbida*, segundo Erikson) com o que os outros estão a pensar. Na teoria eriksoniana, a importância desta etapa é crucial porque nela são revivenciados todos os conflitos das fases anteriores, os seus bons ou maus desfechos e os sentimentos gerados ao longo da infância pelas chamadas crises do ego. Ao definirmos *quem somos*, pensamos juntamente o que *faremos da nossa vida*. Consolida-se o plano de vida.

No entanto, segundo a literatura, o álcool converteu-se numa substância psicoativa de abuso, mais consumida, entre os adolescentes a nível mundial. Na Europa, mais de 90% dos jovens entre os 15 e 16 anos o provaram (Salamó, Gras e Font-Mayolas, 2010). Actualmente, em Angola a taxa de consumo de substâncias tem aumentado substancialmente. Um estudo realizado por Embaixadores da luta contra as drogas revelou que mais de 40% dos jovens na capital de Angola (Luanda) faz uso de drogas, sendo as mais consumidas o álcool e a liamba, dentre esses 40%, 12 % consome diazepam. As

discotecas segundo a polícia são o principal foco de venda e consumo das drogas. Fontes policiais indicam que, a nível do país se regista um crescimento do consumo de drogas com maior incidência para o consumo do álcool. Esta situação tem preocupado as entidades governamentais e a sociedade civil, que procuram desenvolver projectos direccionados a adolescentes e jovens de modo a reduzir o tempo de ócio destes.

Uma das características do consumo de álcool entre o colectivo dos adolescentes é a tendência de beber grandes quantidades, de uma só vez, em que se juntam cinco ou mais consumidores numa determinada ocasião. Nos trinta países europeus analisados pela ESPAD (2003) a maioria dos adolescentes tinha realizado consumo massivo até alcançar o estado de embriaguez. A realidade de Angola aponta para as mesmas situações, de vivência, por parte dos adolescentes, pois, estes encontram sempre um motivo para se juntarem, em especial ao fim de semana, fazendo uso excessivo de bebidas alcoólicas. Verifica-se, portanto, uma mudança nos padrões de consumo tradicional de álcool, o qual evolui para um uso mais recreativo, relacionado com o ócio nocturno e utilizando a busca de sobreestimulação (ESPAD, 2011; Moral, Rodríguez e Sirvent, 2006).

A adolescência é uma etapa do ciclo vital especialmente vulnerável a iniciação ao consumo de álcool e tabaco, já que muitos jovens não se preocupam com prevenção de enfermidades no futuro, mas que desenham, sobretudo, viver o presente. Contudo, são numerosos e graves os efeitos do consumo, tanto de álcool, como de tabaco na vida dos jovens, podendo afectar a sua saúde física e psicológica (Cortés et al., 2008; Magaña, 2003). Os efeitos do consumo também interferem em outros aspectos cruciais como o rendimento académico ou a propensão a condutas de risco, tais como ter relações sexuais desprotegidas, condutas violentas ou vandalias (Cortés et al., 2008). Entretanto, e tal como nos propõem Kandel (1975) no seu modelo evolutivo, devemos-nos acautelar, pois o álcool e o tabaco podem actuar como facilitadores, para uma posterior experimentação da marijuana e uma possível progressão ante o consumo de outras drogas ilegais. Por conseguinte, o uso de uma droga legal é condição necessária, mas não suficiente, para o avanço a uma etapa posterior (consumo de outras drogas ilegais). Não obstante a isso, Kandel (1980) sugere que a influência social da família e o grupo de iguais têm maior relevância no consumo nas primeiras etapas, enquanto os factores individuais pesam mais nas últimas etapas.

A influência dos principais referentes de conduta (família e amigos) no consumo de substâncias nos adolescentes e jovens foi explicada por Bandura (1987) sobre os efeitos que o modelado tem na conduta de consumo, podendo instaurá-la, reforçá-la ou eliminá-la. Estudos recentes, segundo Espada et al. (2008), descobriram uma relação positiva entre o consumo de álcool dos adolescentes e o dos seus amigos, irmãos e pais. Na mesma senda, Harden, Hill, Turkheimer e Emery (2008) detectam a influência dos irmãos e do melhor amigo no consumo de álcool e tabaco numa amostra estadunidense. Talbott et al. (2008) também dizem que a variável “influência dos amigos” é uma das variáveis que melhor prediz o consumo de álcool entre os adolescentes e jovens.

Nos últimos anos, tem-se detectado uma equiparação nos padrões de consumo de álcool de homens e mulheres adolescentes (Orgaz, Segovia, López e Tricio, 2005), inclusive em alguns casos se observa uma inversão na tendência a favor de um maior consumo de risco entre elas. Este facto é preocupante, advertem Salamó et al. (2010), devido aos aspectos diferenciais do metabolismo do álcool entre ambos os sexo que faz com que, ao igual consumo, as mulheres alcancem maiores concentrações de sangue do que os homens e, portanto, uma maior afectação. Este facto se explica por dois factores: uma menor actividade nas mulheres da enzima álcool-desidrogenasa (ADH) encarregue do metabolismo do álcool e uma menor quantidade de água no organismo feminino que facilita uma maior velocidade de absorção da substância (Franciscus, 2006). Apesar dos efeitos comentados a volta do álcool, o seu uso tende a ser avaliado como pouco perigoso por parte da população. A organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) especifica que qualquer consumo na idade adolescente representa perigo.

No seu artigo sobre padrões de consumo de álcool na adolescência, Salamó et al. (2010) confirmam a coincidência do consumo de álcool dos adolescentes e os seus melhores amigos, em consonância com os postulados que falam da importante influência do grupo de iguais sobre o comportamento. Este fenómeno foi explicado com base nos efeitos da pressão social, vinculação grupal e contágio dos iguais por modelado ou persuasão (Cortés et al., 2008; Moral, Rodríguez e Sirvent, 2005). Outros autores encontraram nos seus estudos mais adolescentes consumidores, fenómeno que justifica o facto de estes adolescentes passarem normalmente mais tempo com os amigos. Assim pois, têm mais oportunidade de iniciarem-se no consumo de substâncias como o álcool e o

tabaco (Wild, Flisher, Bhana e Lombard, 2004). Desse modo, constatou-se a associação entre o consumo próprio e o dos familiares directos (pai, mãe, e irmãos), o qual estaria em consonância com a hipótese do modelado que pode exercer os referentes consanguíneos mais próximos (Pons, 1998).

O perigo outorgado ao álcool é menor entre os adolescentes. O modelo preditivo do consumo de álcool inclui variáveis como a idade, o consumo do seu melhor amigo. As variáveis que melhor predizem o consumo de alto risco são o sexo, a idade e o consumo por parte de algum irmão. A probabilidade de realizar um consumo de risco é maior entre as adolescentes, os adolescentes mais velhos e aqueles que têm algum irmão consumidor.

2.1.2. Estilos Educativos

O desenvolvimento humano não pode ser perspectivado apenas considerando as características intrapessoais dos sujeitos. Os contextos sociais onde estes se movem, bem como os processos interactivos que nestes ocorrem, são essenciais para o desenvolvimento integral dos sujeitos. A família, enquanto contexto social de referência, assume um papel determinante no desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos seus membros. Mesmo na adolescência, em que filhos tendem a procurar uma maior autonomia e distanciamento por parte dos pais, a qualidade desta relação assume uma grande relevância, estando associada a uma melhor adaptação social dos adolescentes e a comportamentos de saúde mais sistemáticos (Guimarães, Hochgraf, Brasiliano e Ingberman, 2009). A abordagem tipológica é comumente utilizada no estudo da influência das interações parentais no desenvolvimento das crianças e adolescentes (Ducharme, Cruz, Marinho e Grande, 2006). Esta abordagem baseia-se no pressuposto de que os pais diferem nas diferentes dimensões comportamentais de interacção com os filhos, e que esses comportamentos, quando combinados entre si, permitem inferir o seu estilo educativo parental.

Os estilos educativos tiveram os seus primeiros estudos com Baumrind (1971), que integrou tanto os aspectos comportamentais quanto os afectivos envolvidos na criação dos filhos. Essa autora propôs três estilos educativos: “com autoridade” (authoritative), autoritário e permissivo. Na década de 1980, Maccoby e Martin (1983), a partir dos estudos de Baumrind (1971), definiram os estilos educativos em função de duas dimensões subjacentes: a exigência (controle) e o apoio (afecto). Os estilos educativos que

surgem como resultado desta combinação são os mesmos propostos por Baumrind (1971), com a diferença de que o estilo permissivo foi desmembrado em dois: o negligente e o indulgente. Assim, pais autoritários possuem muita exigência e pouco afecto, os “com autoridade” fazem muita exigência e ao mesmo tempo são envolvidos afectivamente com seus filhos; os indulgentes estabelecem pouco controlo e são muito afectivos e, por último, pais negligentes são permissivos e indiferentes, com baixo grau de controlo e afecto para com os filhos. Autores como Darling e Steinberg (1993) ainda registaram a diferença entre estilos educativos e as práticas educativas. Pode-se considerar que os estilos educativos referem-se a um padrão global de características da interacção dos pais com os filhos, em diversas situações, um conjunto de atitudes que propicia um clima emocional em que as práticas se expressam.

O estilo, então, pode ser entendido como o conjunto de determinadas condutas. Desta forma, o estilo e a prática educativa estão normalmente associados, uma vez que o conjunto das práticas vai formar o estilo educativo (Tornaría, Vandemeulebroecke e Colpin, 2001). São chamadas de práticas educativas as estratégias e técnicas empregues pelos pais no sentido de orientar o comportamento dos seus filhos, procurando alcançar objectivos específicos em determinadas situações. São também denominadas, por alguns autores, de estratégias educativas ou de socialização, uma vez que têm como função comunicar à criança a vontade dos pais de que ela altere seu comportamento ou que se comporte de uma determinada maneira (Alvarenga e Piccininni, 2001; Cecconello, Antoni e Koller, 2003; Darling e Steinberg, 1993). Tanto os estilos educativos parentais como as dimensões do comportamento parental, são determinantes do desenvolvimento e adaptação da criança e do jovem (Cerezo, Casanova, Tore e Carpio 2011; Cruz, 2005; Soenens, Vansteenkiste, Luyckx e Goossens, 2006). Os quatro estilos educativos apontados por Baumrind (1971), autorizado, autoritário, negligente e permissivo, ainda hoje mantêm a sua relevância, sendo estas as designações mais comumente utilizadas na literatura portuguesa (Cruz, 2005).

O conceito de estilo educativo parental vai além dos comportamentos e atitudes parentais. O estilo parental, segundo Darling e Steinberg (1993), é o contexto e o clima emocional no qual ocorrem os esforços dos pais para socializar e educar os filhos de acordo com as suas crenças e valores. Maccoby e Martin (1983) aludem que para a

definição de cada um dos estilos consideram-se, particularmente, as dimensões de aceitação/responsividade e monitorização/exigência. A dimensão de aceitação encontra-se no domínio afectivo-emocional, refere-se à sensibilidade dos pais face aos interesses e necessidades dos filhos, bem como comportamentos de afecto positivo e suporte emocional. Na adolescência, a dimensão de aceitação parental surge positivamente associada à realização escolar e à adaptação escolar, estando os adolescentes, cujos pais foram considerados mais afectuosos, mais orientados para a escola e mais motivados intrinsecamente para a aprendizagem (Pallock e Lamborn, 2006; Pelegrina, García-Linares e Casanova, 2003). Por seu turno, Ducharme et al. (2006) dizem que a dimensão monitorização-exigência refere-se ao controlo exercido pelos pais para o cumprimento das regras sociais e seguimento das normas morais, envolvendo a procura de informação relativamente aos comportamentos e contextos frequentados pelos filhos. Para Crouter e Head (2002), surgem associações negativas entre os níveis de monitorização e problemas de comportamento, ou seja, baixos níveis de supervisão associam-se a elevados comportamentos disruptivos, incluindo o comportamento delinvente, abuso de substância e fraco rendimento escolar. Para a definição dos estilos educativos parentais são consideradas as dimensões de Aceitação e Monitorização (englobando tanto os esforços parentais como o conhecimento concreto e factual por parte dos mesmos). Estas dimensões, consideradas ortogonais e independentes, permitem, partindo dos seus extremos mais elevados e mais baixos, definir cada um dos estilos educativos (Crouter e Head, 2002).

O estilo permissivo caracteriza-se pela existência de pouco controlo parental, não recorrendo a castigos ou outras penalizações perante comportamentos não adequados. Os pais toleram e aceitam os impulsos da criança, permitindo que seja esta a regular as actividades familiares. Este comportamento da criança acaba por ser reforçado pela afectividade incondicional e suporte emocional proporcionados pelos pais. Este estilo está associado a altos níveis de aceitação/responsividade e baixos níveis de supervisão (Moreira, 2008). O estilo autoritário, como nos alude Moreira (2008), remete para níveis elevados de controlo e supervisão exercidos pelos pais. Recorre-se, com frequência, a castigos físicos, ameaças e proibições como forma de imposição sobre a conduta dos filhos. Os altos níveis de exigência não dão espaço às necessidades e opiniões da criança,

desvalorizando o diálogo e a autonomia das mesmas. Enfatizam a obediência, através do respeito à autoridade e à ordem, mantendo pouco envolvimento afectivo. Neste estilo há uma forte prevalência de monitorização em detrimento de aceitação. Já no estilo negligente Reichert e Wagner (2007) dizem que as famílias nem são exigentes nem responsivas. Os pais não supervisionam o comportamento dos filhos nem dão suporte ou apoio às suas necessidades e interesses. Finalmente, Steinberg, Lamborn, Dornbush e Darling (1992) alegam que o estilo autorizado descreve um equilíbrio entre o afecto e controlo, aceitação e monitorização. Os pais respeitam a individualidade dos filhos, promovendo e reforçando os comportamentos positivos destes. Porém, não deixam de exercer o seu controlo, deixando claras as normas e limites. Este estilo parece ser promotor do desenvolvimento psicológico das crianças e adolescentes, encontrando-se correlacionado positivamente com a maturidade e competência psicossocial, rendimento escolar, autoconfiança e comportamentos de saúde.

São inúmeros os estudos realizados com o propósito de analisar o impacto das dimensões familiares no desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes. Apesar do grupo de pares assumir uma importância crescente no decurso da adolescência, a família parece manter um papel primordial do desenvolvimento dos adolescentes (Brown, 2004; Meeus, Iedema, Maassen e Engels 2005; Peixoto, 2004). A investigação tem demonstrado que a qualidade da relação familiar tem um impacto relevante em diversas dimensões da vida do adolescente, nomeadamente com o ajustamento académico (Noller, 1994), com o auto-conceito e auto-estima (Peixoto, 2004). De destacar que níveis mais elevados de auto-estima estão associados a estilos educativos mais autorizados, pautados por tomadas de decisão em família mais democráticas (Lord, Eccles e McCarthy, 1994). Verifica-se, ainda, uma forte relação entre os estilos educativos parentais e o rendimento escolar das crianças e jovens (Camacho e Matos, 2007; Griffith, 1996).

O estilo autorizado surge associado, positivamente, ao sucesso escolar, maiores aspirações académicas, sentimentos mais positivos em relação à escola e maior prontidão na realização das tarefas escolares (Baumrind, 1991; Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch, 1991). Um estudo recente, efectuado por Cerezo et al. (2011), visando avaliar a relação entre os estilos educativos e as estratégias de aprendizagem utilizadas pelos adolescentes, concluiu que os jovens cujos pais revelaram estilos democráticos ou

permissivos apresentavam mais estratégias de aprendizagem autoreguladas e, conseqüentemente, melhor rendimento académico. Estes dados são corroborados pelos dados de uma investigação conduzida por Camacho e Matos (2007), estudo que incidiu sobre a influência das práticas educativas parentais na fobia social e no rendimento académico dos adolescentes, tendo demonstrado que os jovens cujos pais dão autonomia e afecto, tendem a obter melhores resultados escolares e menor predisposição para apresentarem fobia social. Por outro lado, os filhos de pais protectores tendem a revelar pior desempenho escolar e sintomas de fobia social. Foi ainda encontrada uma relação positiva entre o rendimento académico e as dimensões carinho do pai e da mãe e autonomia do pai, ou seja, quanto mais afecto for dado pelos pais, e quanto maior for a autonomia veiculada por parte do pai, melhor é o rendimento académico. Por outro lado, verificou-se uma associação negativa entre a dimensão de protecção da mãe e o desempenho escolar.

No que respeita ao estudo da percepção dos estilos educativos, consoante o sexo e a fase da adolescência em que o jovem se encontra, foram encontrados na literatura alguns dados, destacando-se o estudo longitudinal efectuado por Goede, Branje e Meeus (2009), que teve por objectivo analisar as variações ao longo da adolescência no que respeita à percepção dos jovens da qualidade da relação pais-filhos, aferida através das dimensões de suporte parental, conflitos com os pais e poder/autoridade parental. Os dados revelaram que, no decorrer da adolescência, a relação pais-filhos torna-se mais igualitária, percebendo-se um menor controlo e autoridade parentais. Também a percepção de suporte parental por parte dos jovens parece sofrer a influência da idade. A percepção de suporte parental tende a diminuir com o avançar da adolescência, em particular da fase inicial para a fase intermédia da adolescência (Helsen, Vollebergh e Meeus, 2000; Meeus et al., 2005), estabilizando na fase final da adolescência (Meeus et al., 2005; Shanahar, McHale, Crouter e Osgood, 2007). Estes dados são reforçados pelo estudo de Ducharme et al. (2006), cujos resultados apontaram para diferenças significativas em relação à idade cronológica nas dimensões de supervisão e aceitação, sendo, contudo, uma correlação mais fraca. Como tal, verificou-se alguma tendência para os adolescentes mais velhos perceberem os pais como menos responsivos e menos controladores.

Num estudo efectuado com uma amostra de crianças dos 8 aos 11 anos sobre a

percepção que estas têm dos estilos educativos dos pais, encontrou-se diferenças nos estilos parentais em função da idade e do sexo da criança (Canavaro e Pereira, 2007). Assim, as raparigas parecem perceber menos rejeição por parte de ambos progenitores e menor controlo por parte do pai. Além disso, percebem também mais suporte emocional por parte da mãe, comparativamente com os rapazes. Também, as crianças mais novas percebem mais suporte emocional, maior rejeição e maior tentativa de controlo. Alguns autores apontam o facto da associação entre suporte emocional e tentativa de controlo ser específica do período da infância (Castro, Toro, Van Der Ende e Anindell, 1993; Markus, Lindhout, Boer, Hoogendijk e Arrindell., 2003). Os comportamentos de controlo parental podem ser encarados pelas crianças como forma de suporte emocional, mas em adolescentes, esses mesmos comportamentos podem ser percebidos como intrusivos, com conotação mais negativa.

Para Furman e Buhrmester (1992), alguns estudos encontraram diferenças ao nível da percepção do suporte parental (nomeadamente por parte da figura materna), mas apenas na fase final da adolescência. Outros estudos (Helsen et al, 2000; Meeus et al. 2005; Moreira, 2008), não encontraram diferenças de género em qualquer fase da adolescência. Num estudo efectuado por Costa (2000) destaca-se a comparação entre as dimensões de Aceitação e Monitorização consoante o género, revelando que as raparigas perceberam maiores níveis de exigência (materna e paterna) do que os rapazes. A responsividade materna observada foi superior à paterna para ambos os sexos. Porém, as raparigas atribuíram valores de responsividade mais altos às mães do que os rapazes. Estes dados são corroborados pelas conclusões retiradas do estudo de Ducharme et al. (2006) onde se verificou que as raparigas percebem os seus pais como mais responsivos e controladores do que os rapazes. Para além disso, revelou ainda que as raparigas percebem mais os seus pais como autorizados enquanto os rapazes têm tendência para os considerar mais permissivos e negligentes. Outra pesquisa revelou que as raparigas tendem a ser mais sensíveis às percepções dos estilos parentais (Justo, 2005). Contribuindo para a controvérsia destes resultados, apresenta-se um estudo efectuado por Moreira (2008), com jovens do 7º ano de escolaridade, no qual se verificou que as dimensões responsividade e supervisão se encontraram igualmente distribuídas pela amostra, não se verificando qualquer diferença em função do género.

2.1.3. A influência dos estilos educativos e o consumo de álcool entre os adolescentes

Ao longo dos últimos anos, inúmeros estudos têm procurado compreender o impacto que os pais exercem no desenvolvimento sociocognitivo dos filhos (Alvarenga e Piccininni, 2001; Baurimd, 1971; Darling e Steinberg, 1993; Maccoby e Martin, 1983) e na promoção da sua saúde mental (Li, Feigelman e Stanton, 2000; Verdurmen, Monshouwer, Dorsselaer, Bogt e Vollebergh, 2005). Estes e outros pesquisadores têm procurado entender como a adopção de diferentes estilos parentais pode influenciar de maneira geral o desenvolvimento dos filhos (Baker et al., 1999; Jackson, Henriksen, Dickinson, Messer e Robertson, 1998; Jackson, Henriksen e Dickinson, 1999; Mott, Crowe, Richardson e Flay, 1999; Raboteg-Saric, Rijavec e Brajsa-Zganec, 2001).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas, ocorre predominantemente durante a adolescência (Carlini, Galduróz, Noto e Nappo, 2005; Laranjeira, Pinsky, Zaleski e Caetano, 2007). A configuração de um ambiente favorável à adopção de comportamentos prejudiciais à saúde pelos jovens, como o consumo de substâncias psicoativas, é influenciada por uma série de factores, sendo a família um dos mais importantes (Guo, Hawkins, Hill e Abbott, 2001; OMS, 2004; Schenker e Minayo, 2005; Shope, Waller, Trivellore, Raghunathan e Patil, 2001; Simons-Morton, 2002).

A instituição familiar é considerada um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada que pode levar ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além de também actuar como importante factor de protecção. Isto se explica pelo fato de que os diferentes comportamentos sociais, dentre eles o consumo de substâncias psicoativas, são aprendidos predominantemente a partir das interacções estabelecidas entre o jovem e as suas fontes primárias de socialização, tais como a família, a escola e o grupo de amigos. O resultado desta constante interacção é o estabelecimento de um vínculo que possibilita a comunicação de um conjunto de normas. Dificuldades percebidas nestas interacções sociais podem configurar-se em sérios factores de risco para o surgimento de problemas na vida dos adolescentes (Schenker e Minayo, 2003).

A falta de suporte parental, o uso de drogas pelos próprios pais, atitudes permissivas destes perante o consumo e incapacidade de controlar os filhos, são factores

predisponentes à iniciação ou continuação de uso de drogas (Bahr, Hofmann e Yang, 2005). Nesta perspectiva, estudos empíricos têm apontado que os diferentes estilos parentais de socialização e as práticas educativas que permeiam a relação entre pais e filhos, funcionam como variáveis psicossociais capazes de exercer uma grande influência na adoção de diferentes comportamentos prejudiciais à saúde entre os jovens, entre eles o consumo de substâncias psicoativas (Duncan, Duncan, Biglan e Ary, 1998; Rai et al., 2003; Ramirez et al., 2004; Simons- Morton, Chen, Abrams e Haynie, 2004; Wright e Fitzpatrick, 2004). Para Paiva e Rozani (2009), os jovens que têm maior apoio e suporte e se sentem compreendidos pela família apresentam menor padrão do consumo de drogas. Para este autor, o afecto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas. Logo, torna-se mister a importância dos estilos parentais de socialização entre adolescentes, como factor de protecção para o uso de álcool e outras drogas. A pesquisa de Paiva e Rozani (2009), demonstra a importância dos estilos parentais de socialização entre adolescentes como factor de protecção para o uso de álcool e outras drogas em diversos países.

Alguns estudos apontam que o consumo de substâncias psicoativas está marcadamente influenciado pelas diferentes experiências psicossociais com as quais o jovem se depara (Chuang, Ennet, Bauman e Foshee, 2005; Clewend, Gibbons, Gerrard, Pomery e Brody, 2005; Siebenbruner, Englund, Egeland e Hudsons, 2006; Simons-Morton, 2004; Simons-Morton e Haynie, 2003). A relação com a família, a pressão do grupo de amigos, o desempenho académico e a ligação com a escola, a inserção e incorporação de valores comunitários, a capacidade de decodificação de mensagens provenientes da mídia, além de aspectos individuais como auto-estima, capacidade de resolução de problemas e expectativas funcionais com relação ao uso de álcool e outras drogas, são aspectos fundamentais para a compreensão do desenvolvimento de comportamentos prejudiciais à saúde entre os jovens, entre eles o consumo de álcool e outras drogas (Schenker e Minayo, 2005).

A partir dos resultados dos trabalhos de Schenker e Minayo (2005), pode-se notar que não basta o desenvolvimento de estratégias pautadas por uma óptica exclusivamente individual, que contemple apenas o adolescente. Maccoby e Martin (1983) e Darling e

Steinberg (1993) apontam que a influência da família foi significativamente encontrada em diversos contextos e populações pesquisados. Os diferentes estilos parentais de socialização - “com autoridade”, autoritário, negligente e indulgente (Maccoby e Martin, 1983; Darling e Steinberg, 1993) – por meio das práticas educativas deles, decorrentes, foram amplamente relacionados com uso de substâncias psicoativas. Portanto, ao se pensar em acções relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, a família deve ser considerada, em primeira instância, incluindo-se também a escola e a comunidade como subsistemas que exercem influência no sujeito no início, continuação ou paragem de consumo de drogas. Reforçar os seus vínculos e contribuir para que os pais adoptem posturas mais benéficas para com os filhos, a partir de práticas mais positivas de socialização que podem produzir resultados mais eficazes.

2.2. O PAPEL EDUCATIVO DOS PAIS NA ETIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

O sistema familiar joga um papel fundamental para explicar o aparecimento de diferentes condutas desadaptativas nos filhos. Os pais, intencionalmente ou não, são a influência mais poderosa na vida dos seus filhos. A de outros contextos sociais- meios de comunicação, grupo de iguais, a escola, os vizinhos, as instituições religiosas, etc.- passa pelo filtro da família que pode tanto ampliar como diminuir os seus efeitos e influências, sejam elas positivas ou negativas. Muito especialmente no caso das drogas institucionalizadas, a atitude mais ou menos crítica dos pais ante elas, assim como as suas pautas de consumo, podem desviar ou reforçar o efeito dos meios de comunicação ou do grupo de iguais como agentes desencadeantes.

Sem repudiar a importância da pressão grupal, Pons e Buelga (1994) aludem que a influência da família é a variável que se aborda com mais insistência nos trabalhos referentes ao risco. Essa influência deve ser contemplada desde duas vertentes. Em primeiro lugar, o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos pais pode propiciar o consumo das mesmas pelos filhos. Por outro lado, a existência de problemas de relação na família e as suas consequências no clima familiar e em diversas variáveis individuais dos filhos, é um dos principais desencadeantes do aumento da frequência do consumo de bebidas alcoólicas. Indubitavelmente, a família é o primeiro marco de referência em que

se inicia a socialização e, portanto, a personalidade do indivíduo. A família especializa-se na formação de pais para os seus membros mais que em preparar as condições para a livre assunção da sua identidade. Além disso, a família, como socializador primário da criança, ensina principalmente como submeter-se em sociedade ao tempo que deposita neste um elaborado sistema de restrições e permissões. A família leva a cabo a instrução, o ensino dos controlos sociais, mediante a administração de prémios, reconhecimentos, responsabilidade e culpas aplicáveis as condutas que se ajustem ou não aos critérios descritos por esta e pela sociedade.

Pode considerar-se a família como um sistema social, advertindo que a sua característica mais notória é a de ser uma pequena unidade formada por um número relativamente restringido de indivíduos reunidos por laços íntimos e complexos, baseada essencialmente em acordos voluntários entre adultos e onde predomina uma tendência democrática nas relações, mas com uma clara delimitação de papéis – cada um cumpre o seu papel socialmente definido: pai, mãe, filho, filha - encontrando-se os filhos num papel de protegidos e guiados frente aos adultos que são os protectores e guias (Pons e Gil, 1998). Desde esta perspectiva, o adulto modela boa parte da conduta dos filhos. É um facto consumado que o consumo de drogas por parte dos pais propicia o consumo das mesmas ou de outras substâncias por parte dos filhos. A este respeito, algumas investigações apontam que o habitual consumo de álcool nos progenitores encontra-se presente nas histórias familiares de aproximadamente metade dos adictos a ópio (García e Ezquiaga, 1991; Jiménez e Revuelta, 1991).

No caso do consumo de bebidas alcoólicas, a influência familiar é a mais decisiva, tendo em conta o carácter institucionalizado dessa substância. É conhecido que o consumo está vinculado ao uso por parte dos familiares, de forma claramente perceptível, à criança desde o seu ingresso na família. Autores como Bronfenbrenner (2004), ao explicar o modelo ecológico reportam que o macrosistema é o sistema mais distante do indivíduo e inclui valores culturais, crenças, situações e acontecimentos históricos que definem a comunidade. Logo em nenhum momento os aspectos relacionados com a cultura podem ser esquecidos ao falar-se da adolescência, da família, bem como do consumo de bebidas alcoólicas ou o consumo do tabaco. A transmissão cultural do álcool apresenta um contraponto merecedor de referência na possibilidade de encontrar um componente

genético que explique esta transmissão familiar, ilustrada nas investigações levadas a cabo desde o âmbito biomédico (Midanik, 1983). Da mesma forma que estes estudos deixam a possibilidade aberta para as influências ambientais, em justa medida, reconhece-se que uma compreensão global da conduta de abuso não pode descartar as influências genéticas, por mais que o nosso interesse e investigação seja do tipo psicossocial. Contudo, pela natureza do nosso ponto de vista, entenderemos que a simples menção e consideração a esta perspectiva etiológica é suficiente para os propósitos da nossa investigação. Por outro lado, no que tange as percepções de insatisfação ao meio socializador familiar, também foi assinalado como destacado factor etiológico do consumo abusivo de álcool nos adolescentes (Pardeck, 1991; Pons, 1989).

A família, no exercício da sua função socializadora, cria nos filhos as bases da sua identidade e ensina-os a apreciar-se a si mesmo, ou seja, a desenvolver o seu autoconceito e a sua auto-estima. Em termos gerais, para Protinsky e Shilts (1990) e Fontaine, Campos e Musitu (1992), os estilos parentais de socialização de apoio e de afecto, contrariamente os coercivos e reprovativos, desenvolvem nos filhos confiança em si mesmos, alta auto-estima e capacidade de autocontrolo. Quando, com a chegada da adolescência, se incrementa a importância do juízo dos iguais para valorizar-se a si mesmo, o adolescente, segundo Peinado, Pereña e Portero (1993) e Parra (1994), poderá ser menos vulnerável a pressão grupal, variável esta que foi amplamente relacionada com o consumo de álcool.

Na sua investigação sobre o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência, Pons (1998) detectou em todos os casos diferenciais entre grupos, com um nível de significação elevado, que os adolescentes que mais consomem pertencem as famílias nas quais o consumo de álcool é habitual. A convicção de não ser aceite integra e incondicionalmente pelos seus progenitores, pode ser aparentemente dissimulada pela integração num grupo social que propicia sentimentos do fórum social e que satisfazem as necessidades de aflição mediante a eleição de determinadas condutas rituais – consumo vários e, em duplo sentido, de ingestão e dispêndio – que supõem a imitação de comportamentos tacitamente aceites como normativos do grupo. Se juntarmos a isto a percepção de normalidade que acompanha o consumo social de álcool que o adolescente foi adquirindo através do modelado da conduta dos adultos, o risco de converter-se num consumidor abusivo vai aumentando.

Para Pons (1998), o consumo de bebidas alcoólicas não é uma conduta que se dê nos adolescentes de maneira isolada, sem relação alguma com o que ocorre nos seus contextos sociais imediatos, especialmente no familiar, que é, ao contrário, um comportamento carregado de significado social que reflecte tanto a vulnerabilidade a pressão grupal como as expectativas de melhor integração grupal através de uma conduta socialmente normativa, variáveis estas que encontram a sua origem nos processos de socialização familiar.

2.3. VARIÁVEIS PREDITORAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES

O consumo de álcool está amplamente estendido e culturalmente aceite na maioria dos países. O álcool é a causa do maior número de casos de adição a substâncias, se exceptuarmos a produzida pelo tabaco (Ruiz-Juan e Ruiz-Risueño, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo e o alcoolismo são as drogodependências mais estendidas em todas as sociedades, sendo a primeira e a terceira causa, respectivamente, de anos de vida com incapacidade nos países desenvolvidos. O consumo, em conjunto, de álcool e tabaco é devastador para a saúde, sendo o risco a doenças e morte muito maior quando se somam ambos adictivos. Por seu lado, os fumadores têm um grau de dependência de álcool maior, estimando-se que o alcoolismo seja dez (10) vezes mais comum em fumadores do que nos não fumadores (Daepfen et al., 2000). Os rapazes bebem em maior quantidade que as raparigas, embora estas o façam com maior frequência. Parece confirmar-se que os rapazes são mais precoces e realizam um maior consumo habitual. Dentre os factores que mais promovem ou favorecem o consumo de álcool nos jovens, encontram-se o fácil acesso e *aceitação social do consumo* de bebidas alcoólicas (Inglés et al., 2007), bem como *o reforço social que proporciona o seu uso* e a *baixa percepção de risco* (Andrada, Rodríguez e González, 1995). As principais características do consumo de álcool e as mais frequentes, descritas por Hecht e Driscoll (1994), são as que se fazem de forma social, em lugares públicos de encontro e entre o colectivo de iguais, bebendo-se com maior frequência durante as tardes/noites e fora do ambiente familiar. Entre os motivos que um jovem alega para consumir álcool, os

mais frequentes são: melhorar as suas habilidades sociais e de comunicação, afirmar a virilidade, desejo de integrar-se no grupo, evasão ou celebração.

No entanto, é importante destacar que o consumo de álcool está altamente relacionado com o uso de outras drogas e a condutas associadas a um estilo de vida pouco saudável (Burke et al., 1997; Chiolero, Wietlisbach, Ruffieux, Paccaud e Cornuz, 2006; Galán et al., 2006), aspecto preocupante sobretudo quando falamos de idades tempranas (imaduras) (Espada, Méndez, Griffin e Botvin, 2003), já que o dito consumo prediz problemas relacionados com o álcool na vida posterior do sujeito.

Sem excluir a importância da pressão grupal, a influência da família resulta ser a variável que com mais insistência se esboça nos trabalhos referentes a factores de risco. O sistema familiar joga um papel fundamental para explicar a aparição de diferentes condutas nos filhos (Pons, 1998). Os hábitos dos familiares e pessoas próximas ao adolescente influenciam na hora de fixar, manter ou eliminar as suas pautas comportamentais (Espada et al., 2008). A predisposição ao consumo de bebidas alcoólicas por parte dos pais pode propiciar o consumo do mesmo nos filhos, já que a família é o primeiro marco de referência no que se inicia a socialização e, portanto, a personalidade do indivíduo. Os diferentes modelos explicativos do consumo de álcool na adolescência indicam como factores de risco ter progenitores, irmãos e iguais consumidores (Becoña, 2002; Comas, 1992; De la Villa, Rodríguez e Sirvent, 2006; Espada e Méndez, 2002; Espada et al., 2008; Hawkins, Catalano e Miller, 1992; Pons e Gil, 1998).

A prática de actividade física foi concebida, quase sempre, como uma opção recomendável para prevenir o consumo de álcool e outras drogas. Mas, esta crença generalizada de que a participação nas actividades desportivas limita o uso de substâncias adictivas como o álcool, não está muito clara (Nebot, Comin, Villalba e Murillo, 1991; Ordax, De Abajo e Márquez, 2004; Rooney, 1984; Sánchez-Bañuelos, 1996) e muitos desportistas jovens apresentam padrões de consumo da referida substância similar ou significativamente maior que os seus pares sedentários. Apesar de não constituir um remédio seguro, a participação em programas de actividade físico-desportiva pode orientar o sujeito à utilização e ao aproveitamento activo do tempo livre, os quais se relacionam com condutas que protegem a saúde. Portanto, segundo nos aludem Arruza et al. (2008),

Rijo et al. (2008) e Ruiz, De la Cruz, Ruiz-Risueño e García (2008), o exercício físico e o desporto foram propostos como meios para a promoção da saúde durante a infância e adolescência, e também pelas suas características e conotações poderia considerar-se um lugar de encontro e relações com iguais, o que poderia acreditar-se ser um ambiente apropriado para estabelecer hábitos de vida saudáveis.

Por outro lado, alguns trabalhos encontram que os desportos colectivos se associam, em maior medida, com o abuso de álcool e tabaco e outros hábitos nocivos que as modalidades individuais (Ford, 2007; Lorente, Souville, Griffet e Grélot, 2004). As relações grupais acolhem uma especial relevância para o fenómeno de consumo de álcool entre os adolescentes, sobretudo à medida que aumenta a idade e a frequência do consumo de substâncias. Os jovens buscam a sua identidade e constroem a sua personalidade entre os iguais durante esta etapa, que é especialmente vulnerável à influência do grupo e das suas precisões. O grupo oferece, também, segurança suficiente para que o adolescente possa movimentar a relação de simetria que se encontra entre o consumo de álcool no seu próprio grupo, de um plano interpessoal para um plano intrapessoal (provar-se a si mesmo). Nesta etapa que descrevemos, começa a forjar-se a sua própria identidade.

Alguns autores como Marín e Olivares (2009) e Abraldes e Argudo (2009) apontam que o estudo das motivações pela prática desportiva parece ser um elemento que poderia determinar, em certa medida, a relação entre a actividade física durante o tempo livre e o consumo de álcool. De facto, os motivos associados ao que no âmbito desportivo se denomina motivação extrínseca coincidem com os motivos que habitualmente os jovens aduzem para consumir substâncias nocivas nos seus tempos livres, como são a necessidade de relacionarem-se com os demais ou a busca de aprovação social. Entretanto, dever-se-ia incluir um terceiro elemento, a modalidade de prática desportiva, que embora não tivesse sido analisada deveria ter-se em conta, já que os jovens que participam em modalidades de equipa mostram com maior frequência uma orientação extrínseca nos motivos de realização de actividade físico-desportiva (Braathen e Svebak, 1992). Desta forma, parece que a motivação poderia ser umnexo comum entre o consumo de substâncias nocivas, a participação desportiva e dentro da mesma, o tipo de modalidade desportiva praticada (colectiva).

O modelo do influxo familiar também influi no consumo de álcool. Ter irmão bebedor é o maior factor de risco no meio familiar para que os sujeitos sejam consumidores de álcool, tanto habituais como esporádicos, e depois dos irmãos seguem-se os pais. Portanto, os familiares mais directos, se forem consumidores de bebidas alcoólicas, constituem-se num factor de risco para o consumo de álcool dos sujeitos.

O principal factor de risco para o consumo de álcool é o hábito de consumir tabaco, tanto em consumidores esporádicos como nos habituais. Existe uma maior probabilidade de se encontrar sujeitos bebedores entre os que consomem tabaco de forma habitual do que entre os que não fumam. A ingestão de álcool é o habito de consumir tabaco foi constatado como factor de risco em diferentes investigações (Daeppen et al., 2000; DiFranza e Guerrero, 1990; National Institute of Health, 1998; Ruiz et al., 2008), na qual se indica que os fumadores têm um grau de dependência de álcool maior que os não fumadores. A possível explicação para o consumo conjunto destas substâncias poder-se-ia dever a susceptibilidade, por parte de algumas pessoas, de ingerirem drogas aditivas, o qual pode depender de um certo tipo de “personalidade aditiva” com um marcado traço de extroversão/sociabilidade mais propensa a desenvolver diversas drogodependências conjuntamente com a tendência frente a um comportamento irresponsável e condutas do tipo antisocial/agressivo (DiFranza e Guerrero, 1990; Inglés et al., 2007).

Espada et al. (2003), Pérula et al. (1998) e Sánchez (2002), encontraram uma distribuição desigual no grupo, tendo em conta o sexo dos sujeitos. As raparigas bebem ligeiramente com maior frequência que os seus homólogos rapazes, mas são os rapazes os que ingerem maiores quantidades de álcool, no que se refere a quantidade e número de unidades, igual ao que acontece em Espanha e em outros países (Hedman, Bjerg-Bäcklund, Perzanowski, Sundberg e Rönmark, 2007; Mendoza-Berjano, Batista-Foguet, Sánchez-García e Carrasco-González, 1998). Igualmente, Ruiz-Juan e Ruiz-Risueño (2011) concluíram no seu trabalho sobre as variáveis preditoras do consumo de álcool, que os rapazes ingerem álcool em maiores quantidades que as raparigas, apesar de que estas pareçam ser consumidoras mais frequentes e mais moderadas. Com a idade, a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas vai aumentando. Dos dados encontrados em investigações afins, segundo Rodríguez, De Abajo e Márquez (2004), estima-se haver uma tendência em direcção ao consumo de álcool com a idade. Produz-se uma grande mudança

de conduta com respeito ao consumo de álcool a partir dos 14 anos, sendo a idade um factor de risco já que a medida que a idade aumenta existe maior probabilidade de que os sujeitos bebam com maior frequência (Becoña, 2002). Uma explicação sobre estes resultados pode ser encontrada nas relações sociais que se produzem nos contextos de ócio, eleitos de forma cada vez mais autónoma. Por outro lado, a definição da própria identidade, sobretudo tendo em conta as regiões estudadas é corrente o fenómeno “botellón” entre os adolescentes. Se se tiver em conta os estudos realizados, a idade dos adolescentes que consomem álcool pode-se supor, em alguns casos, a sua persistência com o decorrer dos anos (Alfonso, Huedo-Medina e Espada, 2009).

Quanto ao modelo familiar, De la Villa et al. (2006), Hawkins et al. (1992) e Pons e Gil (1998) indicam que existe uma relação preditiva e positiva sobre a frequência de consumo. Portanto, há uma maior probabilidade de consumir álcool nos sujeitos cujo seio familiar são consumidores, habituais ou esporádicos. Isto permite afirmar que os familiares mais directos que consomem bebidas alcoólicas são um factor de risco para o consumo de álcool nos jovens (Ruiz-Juan e Ruiz-Risueño, 2011). Nos estudos realizados por Espada et al. (2008) na ingestão de álcool, o modelo dos irmãos é o que exerce uma maior força, erguendo-se como maior factor de risco ante ao modelo dos pais ou das mães. A explicação pode encontrar-se no menor tempo que os adolescentes passam com os seus pais, como é o caso de Angola em que estes pouco tempo têm para atender as exigências emanadas pelos seus filhos. Durante a infância a relação com os progenitores é especialmente relevante, por conseguinte vai perdendo força durante a adolescência, o que pode debilitar a sua influência como modelo de referência.

A disponibilidade e aceitação social do álcool e do tabaco contribuíram para que este tipo de drogas seja o mais consumido pela maioria da população (Inglés et al., 2007). Nesta mesma linha, é importante destacar os novos padrões de consumo nos adolescentes, matendo uma prevalência incrementada nos últimos anos (Becoña, 2002). Pelas suas características evolutivas, conforme nos apontam Sussman, Unger e Dent (2004), como a busca de identidade pessoal e independência, o afastamento dos valores familiares e a ênfase na necessidade de aceitação pelo grupo de iguais, a adolescência converte-se numa variável facilitadora do inicio do consumo de drogas. Martínez, Robles e Trujillo (2003) dizem que o contacto dos alunos com as drogas aparece cada vez mais cedo. Foi possível

por exemplo constatar no Plano Nacional Espanhol sobre as Drogas (2007), que o tabaco é a substância com que os estudantes da secundária têm um contacto mais precoce, situando-se a idade média do início do seu consumo nos 13,2 anos, seguindo-se o álcool com uma média de idade nos 13,7 o que não foge à realidade de países como o caso de Angola onde as cifras parecem centrar-se nessas médias de idade.

O consumo elevado de drogas legais durante o período de crescimento conduz a numerosas repercussões negativas sobre a saúde física e psicológica dos adolescentes e jovens, o que provoca uma grande preocupação social na actualidade. Assim é que a revisão realizada por Espada, Rosa e Méndez (2003) mostrarem que o abuso de álcool na adolescência relaciona-se com problemas de saúde, fracasso escolar, sexo não planificado, problemas com a lei, alterações afectivas e início de consumo de drogas, todos eles considerados como factores psicossociais. Este último, as alterações afectivas e o começo do consumo de drogas, é especialmente significativo já que o início e a manutenção do consumo de drogas legais foi identificado como factor de risco e como ponte para a iniciação no uso de drogas legais (Becoña, 2000; Vargas e Trujillo, 2006).

Martínez et al. (2003) e Sussman et al. (2004) aludem que a natureza multicausal do uso e abuso de drogas legais na adolescência, justifica que as intervenções preventivas se dirijam principalmente na modificação dos factores de risco e protecção. No entanto, para que estas intervenções resultem eficazes é necessário que se fundamentem em modelos teóricos consistentes, avaliados por dados empíricos que determinem as variáveis com maior capacidade discriminativa e preditiva do início do consumo do álcool e do tabaco (Espada, Rosa e Méndez, 2003). A revisão efectuada por Inglés et al. (2007), partindo de cinco estudos nacionais e cinquenta e dois internacionais desenvolvidos na última década, relativos a identificação dos factores de risco e de protecção associados ao consumo de álcool e tabaco em amostras comunitárias da Educação Secundária, na qual empregaram a técnica analítica de regressão logística, revela que o uso e abuso de drogas legais neste período do ciclo vital se encontra estritamente relacionada com o consumo recíproco destas substâncias e o consumo de drogas ilegais, variáveis pessoais (etnia, género, idade/percurso académico, traços da personalidade, crenças religiosas e ideológicas, atitudes e expectativas frente ao consumo e transtornos internos versus externos), e o entorno “meio” social e familiar (status socioeconómico, rendimento académico, consumo

de drogas legais e ilegais por familiares e grupo de iguais, estilos parentais, qualidade nas relações familiares e simultaneidade de estudos e trabalho) e a gestão da vida recreativa durante o final de semana. Por conseguinte, existe uma crença importante de estudos encaminhados na elaboração de modelos logísticos nos quais se trata de identificar e avaliar a capacidade preditiva conjunta das variáveis de personalidade propostas por Eysenck (extraversão, neuroticismo e psicoticismo), os estilos de conduta interpessoal (conduta pro-social e conduta anti-social), as emoções interferentes associadas (ansiedade social) e o uso de drogas legais na adolescência.

Como já anteriormente aludimos, na actualidade o consumo de drogas na adolescência é um dos principais problemas a nível mundial (Villatoro et al., 2005; Villatoro et al. 2004), e Angola não é uma excepção. Para Espada et al. (2003), as principais consequências negativas associadas ao consumo de substâncias adictivas podem ser os problemas familiares, de intoxicação, os problemas escolares, conduta sexual de risco, acidentes de tráfico, problemas interpessoais, conduta antissocial e delictiva, entre outras. Segundo dados do Departamento Nacional de Drogas do Ministério do Interior em Angola, as drogas mais consumidas são a marijuana a cocaína, o crack, o diazepam e a inalação de combustível (gasolina). Os jovens com idade compreendida entre os 12 e 20 anos representam a parte mais vulnerável de ampliação dos mercados de estimulantes, numa forma geral (desde o cigarro até as metanfetaminas).

Assim, segundo Martínez, Robles e Trujillo (2001), a literatura internacional sobre as drogas focalizou-se a estudar factores de risco e factores de protecção para o consumo. Relativamente aos factores protectores, a evidencia assinala que estes evitam que os jovens se insiram em condutas que afectem a sua saúde, como por exemplo o consumo de álcool, tabaco e drogas (Diego, Field e Sanders, 2003; Kosttelecky, 2005; Sikorski, 1996). Entre os factores que protegem o adolescente para que não apresente este tipo de condutas, encontram-se os factores sociais como a situação familiar, a disponibilidade da droga, a situação económica e a associação com amigos ou companheiros usuários, além dos que se referem a características dos jovens, tais como a busca de sensações, o bem-estar subjectivo, a permissividade e a orientação escolar, entre outros. Dentre os factores psicossociais, factores individuais como *os traços de personalidade* foram os que monopolizaram a atenção de numerosos estudos. Entre as variáveis da personalidade que

mostraram uma relação consistente com as condutas de consumo encontra-se a busca de sensações (Zuckerman, 1994; Zuckerman e Kuhlman, 2000). Estes autores assinalam que a busca de sensações é um factor preditor do consumo de álcool, tabaco e drogas, logo é vista como uma variável preditora. Os consumidores de substâncias aditivas obtêm pontuações mais altas na busca de sensações do que os não consumidores. Também, o resultado de vários estudos (Crawford, Pentz, Chou, Li e Dwyer, 2003; Perkins, Gerlach, Broge, Grobe e Wilson, 2000) mostram que a busca de sensações é um preditor de substâncias aditivas como o tabaco, o álcool e a marijuana. Newcomb e McGee (1991) descobriram que este factor relaciona-se significativamente e positivamente com o consumo de drogas, tabaco e álcool. Autores como Delgado e Martínez (2010) concluíram no seu estudo sobre as características psicossociais que estão associadas ao consumo de álcool e tabaco, que a busca de sensações tem um efeito sobre o consumo de tabaco e álcool e uma influência específica no incremento de consumo de drogas

Por outro lado, dentro dos factores psicossociais, autores como Chico (2006) e Gonzalez, Montoya, Casullo e Bernabeu (2002) alegam que o *bem-estar subjectivo* é outro factor vinculado com o consumo de drogas, referindo-se em termos de satisfação com a vida. O bem-estar subjectivo pode ser entendido como um precursor do estado em que se encontra o *eu* de um indivíduo (Chico, 2006; Lightsey, 1996), isto é, com a sua experiência interna para manifestar sentimentos de felicidade que o levam a mencionar o grau de satisfação que tem com o meio que o rodeia. Neste sentido, este factor permite estabelecer se o bem-estar está associado a substâncias adictivas na adolescência. Também Martínez e Robles (2001) referem que os jovens que percebem uma maior autossatisfação (factor psicossocial) consomem menos álcool e tabaco comparados com os que reportam menores níveis de satisfação pessoal. Andrade e Betancourt (2008) assinalam que um menor bem-estar subjectivo nos adolescentes relaciona-se com o risco do consumo de drogas. Para estas autoras, o bem-estar subjectivo está estreitamente relacionado com a auto-estima. Nesta mesma linha, González, García e González (1996) reportam que a auto-estima é um factor de protecção contra o uso de drogas, ou seja que os jovens que apresentam uma alta auto-estima são mais resistentes e menos influenciáveis pela pressão dos seus colegas ou companheiros. Entretanto, Espada et al. (2003) encontraram nos seus estudos que atitudes favoráveis ante o consumo de drogas influenciam no início de

consumo da mesma de modos que pode gerar tolerância ou aceitação ante o consumo destas substâncias como um elemento habitual entre os indivíduos. Desde o ponto de vista pessoal, a tolerância ou a aceitação ante o consumo de drogas pode formar-se com base em dois elementos: as actitudes ante o consumo e o entorno social ao qual pertence o jovem ou adolescente. Ambos elementos são reforçados no grupo sobre o qual se forma o indivíduo. Neste inter-jogo entre as actitudes e o meio social, o adolescente pode formar actitudes de tolerância, aceitação, acessibilidade e permissividade ante o consumo de drogas, o que pode representar o grau de implicação nas mesmas. Quem corrobora com esta questão é González et al. (1996), que aludem que as pessoas mais conscientes dos efeitos daninhos das drogas são menos tolerantes com o uso de substâncias e é menos provável que desenvolvam uma adicção. Nesta mesma linha de tolerância e acessibilidade, Martínez et al. (2001) observaram nas suas investigações que o factor que prediz o consumo de drogas é o acesso que se tem às mesmas. Assinalam que os consumidores têm uma probabilidade 2.5 vezes maior de perceber certa facilidade para aceder as drogas no seu entorno que os que não consomem. Isto é, os consumidores percebem com mais acessibilidade o consumo de drogas. A percepção da acessebilidade e o uso de drogas ilegais no meio social dos indivíduos aumenta conforme cresce a intensidade de consumo de drogas (Arellánez, Díaz, Wagner e Pérez, 2004).

Andrade e Betancourt (2008) assinalam que as normas sociais permissivas relacionam-se com o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, especificamente na análise de três domínios: o individual, o familiar e o social, e dizem que para o risco do consumo de álcool e tabaco (frequência) a permissividade do adolescente é a primeira variável a ser influenciada; para o risco do consumo de álcool (quantidade) influência, em segundo lugar, e para o risco de consumo de drogas encontra-se em terceiro lugar. Estes autores concluíram que a medida que os jovens percebem como aceitável o consumo de substâncias e estejam de acordo com que estas são comuns ou “normais” entre os jovens da sua idade, maior probabilidade haverá de se envolverem nelas.

Dentro das *variáveis escolares* identificou-se, segundo Jessor, Turbin e Costa (1998), que um baixo desempenho escolar o fracasso escolar (Sikorski, 1996), e uma baixa participação em actividades extra-curriculares (Kaplan et al., 2003), afectam a participação dos adolescentes em condutas saudáveis. Alguns estudos mostram a relação

que as dificuldades académicas têm com o consumo de substâncias adictivas. Para Kaplan et al. (2003), o facto de se ter baixas aspirações académicas e um pobre rendimento escolar tem uma relação com o consumo de tabaco. Já para Kosttelecky (2005), o baixo rendimento académico prediz o consumo de álcool, o que não acontece com a marijuana e outras drogas.

Os jovens com baixo vínculo escolar, baixas aspirações académicas e um rendimento escolar baixo têm maior probabilidade de iniciar-se no consumo de tabaco (Carvajal e Granillo, 2006). Igualmente se pode dizer que os adolescentes que consomem álcool e tabaco têm um menor desempenho académico (Martínez et al. (2001). Autores como Carvajal e Granillo (2006), Kaplan et al. (2003), e Palacios e Andrade (2007) assinalaram que os jovens com baixas aspirações académicas, um promedio escolar baixo, e um menor compromisso escolar, têm maior probabilidade de se iniciarem no consumo de substâncias, principalmente o álcool. Por sua vez, os estudos feitos por Kaplan et al. (2003) referiram que envolver-se, ou seja participar em actividades extra-escolares, relaciona-se negativamente com o apresentar condutas de risco em mulheres. Os adolescentes com baixa média escolar têm maior probabilidade de serem fumadores contínuos comparados com aqueles que apresentam uma média escolar positiva. O mesmo acontece com os homens com boas qualificações. O risco de se envolverem em certas condutas que afectem a sua saúde diminui. Autores como Diego et al. (2003) constataram nos seus estudos que um maior compromisso escolar e um maior rendimento académico nos adolescentes são factores protectores do consumo de álcool, tabaco, marijuana e cocaína.

2.4. FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO PARA O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

2.4.1. Factores de risco

Como nos assinalam Cava, Murgui e Musitu (2008), inicialmente se dizia que os factores de risco e protecção eram unicausais, mas na actualidade considera-se que estes são multicausais, podendo ser intrapessoais, interpessoais do contexto familiar, escolar e comunitário. Um dos modelos multicausais é o Modelo de Desenvolvimento Social (SDM

pelo acrónimo inglês) (Catalano e Hawkins, 1996; Hawkins e Weis, 1985). Hawkins, Catalano e Arthur (2002), Hawkins et al. (1992), partindo das suas investigações concluíram que o consumo de drogas se relacionava com factores de risco na comunidade, na família, na escola, no individuo e nos iguais. Assim, são factores de risco da comunidade as transições e mobilidade pessoal e na comunidade, a desorganização comunitária, a escassez de apego à vizinhança, a leis e normas favoráveis ao consumo de drogas, e a disponibilidade percebida de drogas. São factores relacionados com a família, a história familiar de comportamento antisocial, conflito familiar, atitudes dos pais favoráveis a conduta antisocial e ao consumo de drogas, escassez de disciplina e supervisão, bem como o escasso apego familiar. Relativamente aos factores individuais, pode-se dizer que eles são as variáveis mais relevantes para um grande número de investigações. Aqui podemos encontrar o factor biológico-evolutivo, os factores psicológicos, os factores escolares e aqueles que estão relacionados com o grupo de iguais. Portanto, pode-se dizer que existe uma interrelação entre estes factores aqui mencionados, ou seja eles não actuam isoladamente.

A expressão consagrada *factores de risco* designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (Jessor, 1991; Jessor, Bos, Vanderryn, Costa e Turbin, 1995; Newcomb, Maddahian e Bentler, 1986). Alguns desses factores referem-se a características dos indivíduos, outros ao seu meio microsocial e outros a condições estruturais e socioculturais mais amplas (Zweig, Phillips e Lindberg, 2002). Mas geralmente, estão combinados quando uma situação considerada social, intrapsíquica e biologicamente perigosa se concretiza, por exemplo, no caso do uso de drogas. Ao fumar maconha, o adolescente pode aumentar a probabilidade de desenvolver uma doença pulmonar e também sofrer consequências psicossociais ou sanções legais, conflitos com os pais, perda de interesse na escola ou culpa e ansiedade. Sobretudo quando se trabalha com adolescentes, o conceito de *risco* tal como visto pela epidemiologia, não é suficiente, uma vez que nessa óptica é entendido apenas segundo suas consequências negativas. No exemplo dado acima, está claro que um adolescente que usa maconha, em princípio, busca prazer e não dor e sofrimento. Em geral, esta acata de extroversão, prazer, novas sensações, partilha grupal, diferenciação, autonomia e independência em relação à

família, dentre outros efeitos. E, nessa procura, faz um cálculo do perigo a que se expõe. Os profissionais que actuam na prevenção precisam saber desse outro lado da questão, sob pena de não desenvolverem uma compreensão suficientemente ampla e profunda do fenómeno do uso de drogas. O lado negativo do desejo juvenil, de obter prazer com o uso de drogas é o risco que ele corre de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento. O cumprimento dos papéis sociais esperados, a aquisição de habilidades essenciais, a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajectória da vida: o adulto jovem. O termo *comportamento de risco* aqui, portanto, refere-se às ameaças ao desenvolvimento bem-sucedido do adolescente.

Uma preocupação básica da educação para a saúde seria discutir com os adolescentes os riscos associados aos comportamentos nos quais se engajam, mas tendo o cuidado de não desconhecer o lado prazenteiro desse engajamento (Jessor, 1991). A necessidade de se olhar os dois lados, o do desejo e o do dano, no caso do uso de drogas, leva-nos a considerar alguns dos aspectos que se seguem. Um primeiro aspecto diz respeito aos efeitos cumulativos das substâncias tóxicas e a sua relação com a vulnerabilidade do indivíduo. De um lado sabe-se que a probabilidade de desenvolvimento de determinado distúrbio aumenta em função do número, da duração e da “toxicidade” dos factores de risco envolvidos (Coie, Watt, West, Hawkins e Asarnow 1993). Por isso, quanto mais intenso for o uso de drogas mais factores de risco existirão (Bry, McKeon e Pandina, 1982; Newcomb, Maddahian e Bentler, 1986). Por outro lado, vários estudos mostram que o perigo difere de acordo com os indivíduos e o seu contexto. Kandel, Kessler e Margulies (1978) enfatizam que os adolescentes em certo estágio e frequência de consumo não necessariamente irão usar drogas mais pesadas. Essa constatação vai contra a ideia de que haveria uma certa sequência na gravidade do risco, indo do envolvimento sucessivo com substâncias mais leves para uma escalada rumo às mais nocivas. Alguns estudos chegam a sugerir que o cigarro e o álcool funcionariam como ponte (gateway) para um caminho progressivo de envolvimento com drogas cada vez mais pesadas (De Micheli e Formigoni, 2002). Essa teoria tem consequência para a prática educativa que busca dissuadir os adolescentes de usar substâncias mais leves, visando a prevenção ao uso de outras (Botvin, 1986). No entanto, na actualidade, mesmo os

estudiosos que continuam a atestar sobre o risco de exposição crescente dizem que a relação é de probabilidade e não causal (Ellickson e Morton, 1999).

Um outro aspecto importante a ser considerado é o que se refere ao risco que constitui a atitude positiva da família com relação ao uso de drogas, reforçando a iniciação dos jovens (Kandel et al., 1978). Hoje sabe-se que as relações familiares constituem um dos factores mais relevantes a ser considerado, mas de forma combinada com outros. Por exemplo, Chilcoat e Anthony (1996) apontam que não há uma relação linear entre o abuso de álcool dos pais e de seus filhos. Sugere que os padrões de comportamento dos pais e as interações familiares, e não só o facto de eles beberem, são em boa parte responsáveis pelas atitudes dos filhos. O alcoolismo tem uma influência destrutiva no funcionamento familiar, e essa disfunção desempenha um papel mediador na transmissão intergeracional de comportamentos. Mas, o que está em questão não é a droga em si sino a relação que o indivíduo estabelece com ela, que, por sua vez, influencia e é influenciada fortemente pelo universo de interações. Embora o consumo de drogas pelos pais esteja relacionado ao maior risco de os filhos se tornarem usuários, uma vez que o comportamento parental lhes serve de modelo, é a atitude permissiva dos progenitores o que mais pesa nessa equação (Brown, Mounts, Lamborn e Steinberg, 1993; Hawkins, Catalano e Miller, 1992). Contudo, alguns estudos têm demonstrado que os factores parentais de risco para o uso de drogas por parte do adolescente incluem, de forma combinada:

- A ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos (Hawkins et al., 1992; Kodjo e Klein, 2002);
- O envolvimento materno insuficiente (Tarter, Sambrano e Dunn, 2002);
- As práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas (Brook, Brook, Gordon, Whiteman e Cohen, 1990; Friedman, 1989; Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995);
- A excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superprotecção;
- A educação autoritária, associada a pouco zelo e pouca afectividade nas relações (Patton, 1995; Tuttle, Melnyk e Loveland-Cherry, 2002);
- O monitoramento parental deficiente (Hawkins et al., 1992);

- A aprovação do uso de drogas pelos pais (Friedman, 1989; Hawkins et al., 1992);
- As expectativas incertas com relação à idade apropriada do comportamento infantil (Tarter et al., 2002);
- Os conflitos familiares sem desfecho de negociação (Hawkins *et al.*, 1992; Kodjo e Klein, 2002).

O envolvimento no grupo tem sido visto como um dos aspectos de maiores prenúncios do uso de substâncias (Botvin, 1986; Brook *et al.*, 1990; Fergusson e Horwood, 1999; Hawkins *et al.*, 1992; Hoffmann e Cerbone, 2002; Kandel *et al.*, 1978; Oetting e Donnermeyer, 1998; Swadi, 1999). No entanto, as relações inter-pares também precisam de ser qualificadas. Elas configuram-se como factor de risco, quando os amigos considerados modelo de comportamento (Hoffmann e Cerbone, 2002; Jessor et al., 1995; Swadi, 1999) demonstram tolerância, aprovação (Kodjo e Klein, 2002) ou consomem drogas (Beman, 1995). Tuttle et al. (2002) observaram que há uma sintonia no caso dos pares: os adolescentes que querem começar ou aumentar o uso de drogas, procuram colegas com valores e hábitos semelhantes. Ou seja, mesmo no caso de amigos e colegas, a questão não pode ser vista de forma simplista, pois o desenvolvimento de afiliações a pares tolerantes e que aprovam as drogas representa o final de um processo onde factores individuais, familiares e sociais adversos, se combinam de forma a aumentar a probabilidade do uso abusivo (Fergusson e Howood, 1999). O mito que supervaloriza a influência dos pares durante a adolescência provavelmente decorre, em algum nível, de uma certa desresponsabilização, sobretudo por parte dos pais e dos educadores, de problemas frequentes nas relações intrafamiliares ou institucionais. É muito difícil, portanto, como já se referiu, tomando por base outros factores, separar e isolar os efeitos que o grupo de pares tem sobre os adolescentes, embora se saiba que seu poder é importante no caso do uso de drogas (Schor, 1996).

Um outro aspecto muito falado é o papel da escola seja como agente transformador, seja como lócus propiciador do ambiente que exacerba as condições para o uso de drogas. Ninguém desconhece que essa instituição é hoje alvo do assédio de traficantes e repassadores de substâncias proibidas, prevendo-se o aliciamento por pares. Pois, a escola é o espaço privilegiado dos encontros e interacções entre jovens. No entanto, mesmo no

âmbito educacional, existem factores específicos que predispõem os adolescentes ao uso de drogas, como por exemplo a falta de motivação para os estudos, o absentéismo e o mau desempenho escolar (Kandel et al., 1978); a insuficiência no aproveitamento e a falta de compromisso com o sentido da educação; a intensa vontade de ser independente, combinada com o pouco interesse de investir na realização pessoal (Friedman, 1989); a busca de novidade a qualquer preço e a baixa oposição a situações perigosas; a rebeldia constante associada à dependência a recompensas (Swadi, 1999).

A disponibilidade e a presença de drogas na comunidade de convivência têm sido um aspecto visto como facilitadoras do uso de drogas por adolescentes, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso (Jessor, 1991; Wallace Jr., 1999). Quando a facilidade da oferta se junta à desorganização social e a outros elementos predisponentes no âmbito familiar e institucional, produz-se uma sintonia de factores (Kodjo e Klein, 2002). A observação sobre esse elemento, privilegiando-o e ao mesmo tempo associando-o aos outros, é importante pois permite correlacionar factos como gravidez precoce e evasão escolar (Hawkins et al., 1992), acidentes de carro, homicídios e suicídios (Kodjo e Klein, 2002).

Outra tendência muito comum quando se fala de drogas é a absolutização do papel da mídia como factor de risco. É certo que, sobretudo no caso das drogas lícitas, os meios de comunicação geralmente mostram imagens muito favoráveis. O uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao glamour da sociabilidade e à sexualidade. Frequentemente, os anúncios glorificam as substâncias, retratando-as como mediadoras de fama e sucesso (Kodjo e Klein, 2002; Patton, 1995). Mas não se pode, teoricamente, culpabilizar a mídia: de um lado ela reflecte e refracta a cultura vigente e, de outro, seria um erro menosprezar a capacidade crítica dos jovens e a sinergia de vários outros elementos com os meios de comunicação.

Nenhuma propaganda, por si só, atinge efeito demoníaco de persuasão quando factores protectores actuam em direcção contrária. O desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo na família, na escola e com os pares, serve de base para uma atitude criteriosa do adolescente quanto às mensagens relativas às drogas lícitas, veiculadas pelos meios de comunicação. Os diversos elementos tratados acima, levam a concluir que não se

pode pensar em factores de risco de forma isolada, independente e fragmentada. Determinado factor de risco raramente é específico de um distúrbio único, porque os seus contextos formadores tendem a espalhar os efeitos deles derivados sobre uma série de funções adaptadoras ao longo do desenvolvimento. E a exposição ao perigo que potencializa os riscos ocorre de diversas formas e em vários contextos, como por exemplo exacerbando factores individuais, educação infantil insatisfatória, fracassos escolares, relações sociais problemáticas entre os pares ou com desorganização da comunidade (Coie et al., 1993; Hawkins et al., 1992; Newcomb et al., 1986; Patton, 1995). Mesmo a mais elevada carga genética é menos provável de se constituir em alto factor de risco numa sociedade na qual a exposição ao álcool seja severamente restrita, comenta Swadi (1999). A postura unicausal, tão frequente, é responsável por práticas, orientações e criação de instituições inócuas ou nocivas, às quais falta uma lógica compreensiva e sistémica. Ressaltando a necessidade metodológica de levar em conta a complexidade das formas de adesão ao uso abusivo de drogas na adolescência, é relevante pensar que há uma estrutura e uma organização dos diferentes factores, formando uma síndrome do comportamento de risco, o que remete às premissas do paradigma sistémico: os comportamentos de risco co-variavam e estão inter-relacionados. Nessa perspectiva, os esforços preventivos devem visar a modificar as circunstâncias que sustentam tais síndromes: o estilo de vida que sintetiza um padrão organizado de comportamentos inter-relacionados dentro de uma ecologia social (Jessor, 1991) e em relações complexas com distúrbios clínicos.

2.4.2. Factores de protecção

Uma das tarefas de quem actua na atenção aos adolescentes que usam drogas é determinar que factores possam ser evidenciados pela técnica e pela experiência, como relevantes, para promover seu crescimento saudável e evitar que corram riscos de dependências e de acirramento de problemas sociais (Coie et al., 1993; Hawkins et al., 1992; Jessor et al., 1995; Pettit, Bates e Dodge, 1997). Cabe ressaltar que os factores de risco e de protecção devem ser tratados como variáveis independentes, pois podem afectar o comportamento sem que haja, necessariamente, uma complementaridade entre eles (Jessor et al., 1995). O desenvolvimento dos estudos sobre factores protectores tende actualmente a enfatizar o processo de formação da resiliência, num progressivo abandono

das abordagens centradas nos factores de risco. Busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Esse novo paradigma é certamente optimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de acções e programas, promover o bem-estar do adolescente actuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (Assis, 1999; Assis e Constantino, 2001; Munist et al., 1998).

Embora as definições de resiliência sejam ainda bastante variadas, toda a discussão a respeito desse conceito está relacionada aos factores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. A compreensão do conceito envolve o entendimento da interacção entre a adversidade e factores de protecção internos e externos ao sujeito, assim como do desenvolvimento de competências que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade (Assis, 1999; Rutter, 1987). Diante de eventos traumáticos, os elementos de protecção assumem papel facilitador no caminho da construção da resiliência. Os estudiosos têm identificado três categorias de factores de protecção em crianças e adolescentes resilientes: (a) *individuais*: temperamento que favorece o enfrentamento do problema, auto-imagem positiva e a capacidade de criar e desenvolver estratégias activas na forma de lidar com problemas. Esses atributos denotam auto-eficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controle emocional, humor e relacionamento com os pares. Os estudos mostram que existem especificidades de género, de idade e de raça nas formas de demonstração da resiliência; (b) *familiares*: que se traduzem em suporte, segurança, bom relacionamento e harmonia com pais e no ambiente de relações primárias; (c) *extra-familiares ou ambientais*, quando se referem ao suporte de pessoas significativas e experiências escolares positivas (Assis, 1999; Assis e Constantino, 2001; Emery e Forehand, 1996; Werner, 1996).

A forma como o indivíduo lida com as adversidades, em psicologia é chamada coping, termo que agrega o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas diante de circunstâncias adversas ou stressantes. O coping positivo é construído ao longo do tempo e do processo de crescimento e desenvolvimento individual. Tal como a resiliência, as estratégias de coping dependem de atributos individuais, familiares e ambientais para se consolidarem no indivíduo. Uma vez estabelecidas, as estratégias funcionam como

importante factor de protecção ao risco, proporcionando resiliência, caso sejam predominantemente activas no sentido da resolução dos problemas (Garmezy e Rutter, 1988). Ao contrário, quando o indivíduo vai consolidando estratégias de fuga e evitação dos problemas, elas se tornam factores prejudiciais ao seu desenvolvimento saudável. Ambos dizem respeito à como os factores familiares, micro e macrosociais e estruturais, atingem o indivíduo e o tornam em mais susceptível às influências adversas, ou mais resistente a seus influxos.

No caso do uso de drogas, essa perspectiva de resiliência deve ser adoptada para buscar formas de reduzir a vulnerabilidade do indivíduo (Hawkins et al., 1992; Swadi, 1999). O estudo de Brook et al. (1990) aborda dois mecanismos através dos quais os factores de protecção reduziram o risco do uso de drogas pelo adolescente. O primeiro é um mecanismo *risco/protecção* por meio do qual a exposição aos factores de risco é moderada pela presença de factores de protecção. Num estudo empírico, os autores mostram que o risco colocado por amigos que usavam drogas foi moderado pela forte inter-relação entre os pais e os adolescentes e pelo comportamento convencional e formal dos pais. O outro é um mecanismo *protecção/protecção* segundo o qual um factor potencializa outro, tornando o seu efeito mais forte. Por exemplo, os autores observaram que o vínculo entre o adolescente e seu pai intensificou os efeitos protectores tais como o comportamento formal do adolescente, as características maternas positivas e a harmonia marital, actuando positivamente na prevenção ao uso de droga.

Factores de protecção são identificados nos seis domínios da vida já tratados quando se discutiu a questão dos riscos: individual-attitudes e predisposições, meio familiar (relações familiares e attitudes parentais), escola (clima seguro ou inseguro), amigos (envolvimento ou não com drogas), sociedade (tendências económicas, falta de emprego), comunidade (organização ou desorganização) (Zweig et al., 2002). Olhando os aspectos da individualidade é preciso ressaltar que os adolescentes não são um recipiente passivo ou objecto controlado por influências familiares ou sociais e nem por determinações externas. São participantes activos do processo de formação de vínculos e de transmissão de normas. Suas características físicas, emocionais e sociais interagem na dinâmica de socialização (Oetting e Donnermeyer, 1998), permitindo a metabolização subjectiva dos factores externos. Por exemplo, em geral, as crianças com nove ou dez anos valorizam a

companhia dos amigos, as actividades de grupo, o sucesso na escola, a boa relação com os pais. Porém, cada menino ou menina avalia de forma diferente a rejeição dos amigos ou sua exclusão de um grupo. Para uma criança, a experiência da rejeição pode ter efeitos deletérios imediatos na cognição social, na auto-imagem e na auto-estima. Para outra, a mesma experiência pode ter efeitos saudáveis no ajustamento de longo prazo, motivando-a a se posicionar de forma a ser aceita no futuro (Parker e Asher, 1987; Tarter et al., 2002). Os adolescentes que têm objectivos definidos e investem no futuro, apresentam probabilidade menor de usar drogas porque o uso interfere com os seus planos (Kodjo e Klein, 2002). Igualmente, a elevada auto-estima, os sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida podem servir de protecção aos jovens contra a dependência de drogas quando combinada com outros factores protectores do seu contexto de vida (Hoffmann e Cerbone, 2002). Sendo assim, conclui-se que crianças e adolescentes que vivem em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso abusivo de drogas e conseguem não se deixar influenciar por esse contexto, apresentam características individuais protectoras conjugadas ao convívio com outros adultos cuidadores escolhidos por eles fora do ambiente familiar.

Os programas de prevenção devem levar em conta a importância das actividades de mentores e de outros programas de desenvolvimento da juventude (Kodjo e Klein, 2002). O âmbito familiar tem um efeito potencialmente forte e durável para o ajustamento infantil. O vínculo e a interacção familiar saudável servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes. Inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e o comportamento dos pais e irmãos, são modelos importantes para os adolescentes, inclusive no caso do uso de drogas (Brook et al., 1990; Hawkins et al., 1992; Kandel et al., 1978; Kodjo e Klein, 2002; Patton, 1995; Schor, 1996). Tec (1974) descobriu que uma interacção familiar gratificante é um forte factor protector, mesmo no caso dos pais adictos, quando esses são capazes de promover um contexto amoroso, afectuoso e de cuidado.

No âmbito da família, estudos evidenciam como factores que protegem o adolescente do uso de drogas: (a) a relevância dos vínculos familiares fortes (Hoffmann e Cerbone, 2002; Kandel et al., 1978; Swadi, 1999; Schenker e Minayo, 2003; Werner, Joffe e Graham, 1999); (b) o apoio da família ao processo de aquisição da autonomia pelo

adolescente (Tuttle et al., 2002); (c) o monitoramento parental aos diversos processos de crescimento e desenvolvimento (Brook et al., 1990; Chilcoat e Anthony, 1996; Patton, 1995; Swadi, 1999; Werner et al., 1999); (d) o estabelecimento de normas claras para os comportamentos sociais, incluindo-se o uso de drogas (Oetting e Donnermeyer, 1998).

Raramente os estudos sobre drogas dão realce às amizades entre os jovens como protectoras, uma vez que, em geral, todas as intervenções focalizam a superação das influências negativas das amizades e não o estabelecimento ou manutenção de influências positivas dos amigos (Tuttle et al., 2002). No entanto, sabe-se que grupos de amigos com objectivos e expectativas de realização na vida e movimentos que levam ao protagonismo juvenil e à solidariedade têm papel fundamental numa etapa existencial em que as influências dos pares são cruciais.

A escola é um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente, ressaltando-se uma certa mística e identidade do tipo de educando com o comportamento daqueles que o frequentam (Kandel et al., 1978). Por juntar em seu interior a comunidade de pares e por ter fortes instrumentos de promoção da auto-estima e do auto-desenvolvimento em suas mãos, o ambiente escolar pode ser um factor fundamental na potencialização de resiliência dos adolescentes.

No que concerne aos factores stressantes da vida, como morte, doenças ou acidentes entre membros da família e amigos, mudanças de escola ou de residência, separação, divórcio ou novos casamentos dos pais, problemas financeiros na família (Hoffmann e Cerbone, 2002), muitos estudos mostram que eles podem influenciar o uso abusivo de drogas quando associados a outros factores predisponentes, incluindo-se disposições individuais. No entanto, conforme as circunstâncias individuais e ambientais, eles permitem a elaboração e o crescimento interior dos jovens, constituindo-se em elementos de fortalecimento e de amadurecimento.

Os adolescentes são consumidores ávidos da mídia escrita e audiovisual. As mensagens recebidas desses meios, geralmente influenciam sua tomada de decisão a respeito de vários assuntos em sua vida. Entretanto, a reflexão crítica deles entre pares e com pais e educadores moderam o risco potencial da exposição e potencializam a comunicação e o amadurecimento em relação aos vários problemas, inclusive sobre o uso

de substâncias ilícitas. Por tudo o que foi dito até então, é preciso reflectir sobre a inocuidade, do ponto de vista protector, do slogan que se repete por toda parte “diga não às drogas”.

A falta de adesão dos jovens torna evidente a falha em reconhecer a inadequação das propostas moralistas e autoritárias que não se fundam na visão complexa dos factores de risco e de protecção analisados. É preciso não se esquecer que as drogas cumprem funções importantes para os adolescentes, tanto do ponto de vista pessoal quanto social. Pesquisas mostram que os comportamentos de enfretamento de risco são funcionais, intencionais, instrumentais e dirigidos para o desenvolvimento normal do adolescente. Fumar, beber, dirigir perigosamente ou exercer actividade sexual precocemente podem ser atitudes tomadas pelo jovem visando a ser aceito e respeitado pelos pares, conseguir autonomia em relação aos pais, repudiar normas e valores da autoridade convencional, lidar com ansiedade, frustração e antecipação do fracasso, afirmação rumo à maturidade e à transição da infância para um *status* mais adulto. Não há nada de perverso, irracional ou psicopatológico nesses objectivos. Eles são característicos do desenvolvimento psicossocial. A campanha “diga não às drogas”, por não oferecer alternativas à promoção de comportamentos saudáveis, revela-se moralmente cínica (Jessor, 1991; Shedler e Block, 1990) e teoricamente contraditória, na medida em que omite as normas sociais que favorecem o uso de drogas (Beman, 1995).

Martínez e Robles (2001) aludem que as variáveis mais citadas na literatura são:

- 1) O apego familiar (Carrasco e Luna, 1995; Dettman, 1994; FAD, 1996; Pérez-Gómez e Megía-Motta, 1998; Perotto e Baldivieso, 1994; Resnick et al., 1997; Wills, Vaccaro e McNamara, 1992);
- 2) A existência de normas de conduta claras tanto no meio familiar como no contexto escolar (Dettman, 1994; Gerevich e Bacskai, 1996; NIDA, 1997; Secades-Villa, 1996);
- 3) As relações familiares satisfatórias a favor da estabilidade e da coesão familiar (Gerevich e Bacskai, 1996; Newcomb e Felix-Ortiz, 1992; NIDA, 1997; Secades-Villa, 1996);

- 4) Alto apoio social (APTA, 1989; Hawkins et al., 1992; Newcomb e Felix-Ortiz, 1992);
- 5) Implicação em actividades religiosas e assistência em actividades da paróquia (Hawkins et al., 1992; Newcomb e Felix-Ortiz, 1992; Mathias, 1997; Resnick et al., 1997; Wit, Silverman, Goodstadt e Stoduto, 1995);
- 6) Valores positivos com respeito ao corpo e a vida (Carrasco e Luna, 1995; Dettman, 1994; Friedman e Bransfield, 1995);
- 7) Auto-aceitação (Gerevich e Bacskai, 1996; Lucas, 1988; Newcomb e Felix-Ortiz, 1992; Resnick et al., 1997).

Além das indicadas, incorporou-se no estudo feito por Martínez, García, Domingo e Machín (1996) uma possível variável protectora que parece ter certa relevância, “o medo às drogas” e a rejeição tanto às drogas como a dependência. Por conseguinte foi possível, segundo Friedman e Bransfield (1995), constatar como algumas variáveis que intervêm na génese da drogodependência tem mais ou menos peso em função de outras variáveis como o sexo e o lugar de residência. Wit et al. (1992) afirmam que os homens têm mais probabilidade de consumir drogas em comparação com as mulheres para o desenvolvimento da drogodependência. No entanto, Friedman e Bransfield (1995) aludem que as crianças do género masculino têm maior probabilidade de consumir drogas que as suas irmãs, compartilhando aparentemente as mesmas condições familiares, sugerindo que os rapazes dispõem de menos variáveis de protecção que as meninas.

Certas variáveis de protecção estão associadas a determinadas substâncias, não sendo generalizados os efeitos de uma delas a qualquer tipo de droga. Além disso, Newcomb e Felix-Ortiz (1992) dizem que as referidas variáveis operam de forma distinta segundo a idade dos indivíduos. No entanto, a maior parte dos estudos que falam sobre estas variáveis foram realizados nos Estados Unidos da América e têm a limitação de poderem ser generalizados para outros contextos.

2.5. PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NOS ADOLESCENTES

O conceito de prevenção no campo das drogodependências, refere-se a toda a medida ou actuação tendente a reduzir ou a evitar o consumo excessivo de uma

determinada substância e aos problemas derivados do seu uso. Podem ser encontradas na literatura diversas classificações dos tipos de intervenção segundo se considerem as distintas etapas nas quais encontra-se o fenómeno, aspectos mais operativos ou a população a que se dirige. Classicamente, distinguem-se três níveis de actuação:

- ✓ A prevenção primária: é a intervenção feita antes de se produzir a doença e tem como missão impedir a sua aparição.
- ✓ A prevenção secundária: é o conjunto das intervenções levadas a cabo depois que se tenha identificado a presença dos estádios da doença. Aqui faz-se o tratamento.
- ✓ A prevenção terciária: constitui o conjunto das acções dirigidas a deter a propagação e evolução da doença e das suas consequências. Promove a reabilitação.

Partindo de um marco conceptual, existem duas grandes concepções da prevenção que respondem a uma classificação operativa:

- ✓ A prevenção inespecífica, onde o problema que se pretende prevenir se inclui num enfoque global de promoção da saúde. Só se leva a cabo na etapa da educação primária, em que a criança tem entre 6 a 12 anos de idade
- ✓ A prevenção específica, que se leva a cabo a nível educacional quando a criança tem entre 12 e 16 anos de idade. São utilizados programas de formação e treinamento para prevenção de problemas concretos como o caso do consumo de drogas e as consequências derivadas do abuso da mesma.

A classificação aceite pelo NIDA (1977) é aplicada na prevenção de drogodependências e distingue os seguintes tipos de intervenção:

- ✓ *Universal*, que é dirigida a todos os adolescentes, incluindo programas preventivos escolares que procuram fomentar habilidades e clarificar valores;
- ✓ *Selectiva*, que é dirigida a adolescentes que se encontram numa situação de risco de consumo mais que a média;
- ✓ *Indicada*, é aquela que é dirigida ao subgrupo da comunidade que é consumidora ou que já tem problemas comportamentais.

Partindo de qualquer perspectiva teórica, considera-se a prevenção primária como a mais desejável, já que tem como objectivo atrasar ou evitar o início no consumo quando

este ainda não se tenha estabelecido. Por seu turno, Calafat (1995) defende também a necessidade de se levar a cabo prevenções específicas que de forma clara, concreta e explícita, influenciam no consumo de drogas. Por conseguinte, não se deve descartar a combinação de programas de intervenção gerais ou inespecíficos com outros mais específicos. Nesta linha, encontra-se a prevenção dirigida aos factores e risco que pretende não só modificar a influência destes, mas também potenciar e reforçar a presença, desde muito cedo, de factores de protecção que ajudam os indivíduos em situação de risco a não chegarem ao consumo de drogas.

2.5.1. Princípios da prevenção segundo o NIDA (1997)

1. Os programas de prevenção deveriam ser desenhados para realçar os factores de protecção e inverter ou reduzir os factores de risco.
2. Os programas de prevenção deveriam ter como objectivo todas as formas de abuso de drogas, incluindo o consumo de álcool, tabaco, marijuana e inalantes.
3. Os programas de prevenção deveriam incluir estratégias para resistir ao oferecimento de drogas, reforçar o compromisso pessoal contra o uso de drogas e incrementar a competência social, juntamente com o reforço de atitude contra o uso de drogas.
4. Os programas dirigidos aos adolescentes deveriam incluir métodos interactivos, como grupos de discussão de companheiros, mais que o ensino didáctico das técnicas isoladas
5. Os programas de prevenção deveriam incluir os pais e ou cuidadores que reforçam o que as crianças estão a aprender e que criem oportunidades para discutir na família questões sobre o uso de substâncias legais e ilegais, bem como a postura adotada pela família sobre o seu uso.
6. Os programas de prevenção deveriam ser a longo prazo, durante a etapa escolar, com repetidas intervenções para reforçar as metas de prevenção originais.
7. Os esforços de prevenção centrados na família têm um maior impacto que as estratégias que se centram unicamente nos pais ou nos filhos.

8. Os programas comunitários que incluem campanhas nos meios de comunicação e mudanças na política, são mais efectivos quando se aplicam conjuntamente com intervenções na escola e na família.
9. Os programas da comunidade necessitam de reforçar as normas contra o uso de drogas em todos os marcos de prevenção de abuso de drogas, incluindo a família, a escola e a comunidade.
10. A escola deveria oferecer oportunidades para atingir a todas as populações e também servir como importante cenário para sub populações específicas de risco de abuso de drogas.
11. A programação da prevenção deveria ser adaptada para tratar a natureza específica do problema do abuso de drogas, em cada comunidade.
12. O maior nível de risco da população alvo, o esforço preventivo deveria ser mais intensivo.
13. Os programas de prevenção deveriam ser específicos para a idade dos indivíduos aos quais é dirigido, bem como ao seu nível de desenvolvimento sendo sencíveis culturalmente.

De seguida apresenta-se alguns programas que são utilizados em Espanha que visam a prevenção do consumo de substâncias.

2.5.2. Programas de treinamento em habilidades sociais e pessoais

Em contraste com os programas que propõem um treino específico em habilidades de resistência, leva-se a cabo intervenções preventivas centradas na aprendizagem e treinamento de uma ampla variedade de habilidades gerais, habilidades sociais e manejo pessoal, para afrontar sucessos da vida quotidiana (Botvin, Baker, Filazzola e Botvin, 1990; Pentz, et al., 1989; Schinke e Blythe, 1981; Schinke e Gilchrist, 1984). Partindo desta perspectiva, o abuso de substâncias é considerado como uma conduta funcional, socialmente adquirida, resultado da interacção entre factores sociais e pessoais. Isto é, a conduta de uso de drogas, igualmente outras condutas, aprende-se através de processos como o modelado e o reforço social que, por sua vez, são influenciados por factores pessoais como as cognições, as atitudes e as crenças. Todas estas aproximações coincidem

em considerar a conduta de abuso de drogas como um défice de habilidades de afrontamento geral dos potenciais consumidores (Botvin, 1986; Botvin e Wills, 1985), embora postulem diferentes causas para este problema. Um aspecto fundamental destes programas é a ênfase que põem na aprendizagem de uma ampla gama de habilidades pessoais e sociais numa grande variedade de situações que podem estar, mais ou menos, vinculadas com o uso de substâncias. Desta maneira, são incluídas estratégias gerais como:

- ✓ A solução de problemas gerais e habilidades de tomada de decisões (exemplo, tormenta de ideias, tomada de decisões);
- ✓ As habilidades cognitivas gerais para resistir à influência dos outros e a dos meios de comunicação (por exemplo, a identificação de campanhas de publicidade persuasivas, formulação de contra argumentos);
- ✓ As habilidades para o fomento do auto-controlo e da auto-estima (por exemplo, auto-instruções, auto-reforço, princípios de mudança pessoal);
- ✓ As estratégias de afrontamento adaptativas para aliviar o stress e a ansiedade, através do uso de habilidades cognitivas ou técnicas de relaxamento condutual;
- ✓ As habilidades interpessoais gerais (por exemplo, inicio de interacções sociais, habilidades para conversar);
- ✓ As habilidades assertivas gerais, por exemplo realizar petições, dizer “não”, expressar sentimentos e opiniões (Calafat, Amengual, Mejías, Borrás e Palmera, 1989; Donaldson et al., 1994; Escámez e Baeza, 1993).

Em qualquer caso, estes tipos de programas são realizados dentro do ambiente escolar e combinam técnicas como a demonstração ao vivo, o ensaio conductual, as auto-instruções, o modelado, o reforço contingente, o feed back e uma prática intensiva das habilidades aprendidas através de tarefas de casa.

2.5.3. Programa de treinamento de habilidades vitais

Este programa, denominado "*Life Skills Training*" (LST) (treinamento em habilidades da vida), foi desenvolvido por Botvin e sua equipa (Botvin e Wills 1985, Botvin et al., 1990). O seu objectivo é o de ensinar aos adolescentes habilidades para resistir às influências sociais para o consumo de drogas, assim como habilidades gerais de

auto-manejo e habilidades interpessoais. Parte da proposta de que um método eficaz para diminuir consideravelmente o consumo destas substâncias no seio da população adolescente, consiste no desenvolvimento de habilidades de afrontamento social tais como a transferência de informação e o fomento de capacidades mais directamente relacionadas com a resistência as influências ao fumar, beber ou ao uso de drogas. No que tange as habilidades pessoais de auto-manejo o material dirige-se a:

- ✓ Favorecer o desenvolvimento de tomada de decisões e a solução de problemas;
- ✓ Ensinar habilidades que permitam a identificação, análise, interpretação e resistência das influências que procedem dos meios de comunicação;
- ✓ Proporcionar aos estudantes habilidades de auto-controlo para afrontar a ansiedade e a ira/frustração;
- ✓ Facilitar aos estudantes os princípios básicos que regem a mudança da conduta pessoal e a sua auto-melhoria.

As habilidades sociais incluem:

- ✓ Habilidades de comunicação;
- ✓ Habilidades sociais gerais;
- ✓ Habilidades que fazem referência às relações entre homens e mulheres;
- ✓ Habilidades assertivas, tanto verbais como não verbais

A informação e habilidades relacionadas com as drogas inclui-se material sobre:

- ✓ Consequências, a curto e a longo prazo, do consumo de drogas;
- ✓ Conhecimentos acerca dos níveis reais do consumo, tanto entre adolescentes como entre sujeitos adultos;
- ✓ Informação que reflecte a decrescente aceitação social da conduta de fumar e fazer uso de drogas;
- ✓ Exercícios para demonstrar os efeitos fisiológicos imediatos da conduta de fumar;
- ✓ Material referente às pressões exercidas pelos meios de comunicação;
- ✓ Técnicas utilizadas em publicidade para promover o consumo de drogas;
- ✓ Técnicas para resistir à pressão exercida pelo grupo de iguais.

Na aplicação deste programa utilizam-se técnicas como instruções, demonstrações, ensaios comportamentais, retroalimentação, reforço social e práticas extensivas em forma de tarefas comportamentais para casa (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin e Díaz, 1995). Todos os estudos, de uma maneira geral, mostraram que este programa (LST) pode reduzir consideravelmente tanto o consumo de tabaco como o de álcool e o de marijuana. Registam-se mudanças significativas nos conhecimentos e atitudes relacionadas com o consumo destas substâncias e importantes modificações na assertividade, na ansiedade social e na auto-estima dos adolescentes treinados.

2.5.4. Programa de treinamento de habilidades sociais e assertividade

O programa STARE (Students Taught Awareness and Resistance), baseado fundamentalmente no modelo de competência social do abuso de drogas, foi dirigido por Pentz e sua equipa (Pentz, Cormack, Flay, Hansen e Johnson, 1986, Pent et al., 1989). Dessta proposta, se considera que o consumo de substâncias na adolescência temperana é o resultado de influências sociais e escassas habilidades sociais assertivas para resistir à pressão social e a si mesmo. Considera-se que aqueles jovens que têm baixa competência social poderiam ter uma maior probabilidade em usar drogas como forma de afrontamento da ansiedade social, ao terem menos recursos para resistir a pressão social ante o consumo. Este modelo sustenta-se nos resultados de investigações que mostram fortes correlações entre o usos de drogas nos jovens e:

- ✓ O consumo por parte dos pais e colegas/amigos;
- ✓ Variáveis cognitivas como a baixa auto-eficácia;
- ✓ Problemas de conduta como o fracasso escolar, a delinquência ou a agressividade;
- ✓ O stress;
- ✓ Um apoio social pobre por parte dos adultos.

Este programa é organizado, de forma genérica, desde uma orientação cognitiva condutual e mais especificamente desde o treinamento em assertividade e auto-eficácia geral como meio para incrementar a competência social dos alunos. Tem cinco componentes centrais: programa escolar, dos meios de comunicação, de pais, órgão

coordenador e gestor de iniciativas locais e política sanitária local. As sessões que contêm este programa incluem:

- ✓ Introdução;
- ✓ Conhecimento das consequências do consumo e do não consumo de drogas;
- ✓ Aprendizagem de aspectos relevantes das substâncias aditivas;
- ✓ Aprender a dizer “não”;
- ✓ Resistir à pressão dos colegas e amigos;
- ✓ Potenciar a mudança positiva ao não consumo;
- ✓ Identificar as influências dos anúncios publicitários;
- ✓ Desenho de slogans anti-droga;
- ✓ Identificação das influências dos adultos;
- ✓ Projecção de vídeos com modelos competentes.

Este programa foi grandemente avaliado tanto por avaliadores internos como externos, e todos os estudos compararam os efeitos do programa com um grupo de controlo. Deste modo, as investigações demonstram a sua eficácia em reduzir ou retardar o consumo de drogas em jovens em idade escolar; na mudança das atitudes ante o álcool e outras drogas; estimular a participação dos pais, que são mais conscientes das actividades de prevenção na comunidade, e que consideram de algum modo a sua participação importante e falam com os seus filhos sobre as drogas; estimular os estilos de vida livres de droga dentro da comunidade (Johnson et al., 1990; Pentz et al., 1989). É ainda importante assinalar que a eficácia destas estratégias são introduzidas antes dos períodos de transição escolar.

2.5.5. Programa de treinamento em habilidades cognitivas condutuais

A proposta inicial deste programa foi realizada por Schinke e Gilchrist (1984) que, baseando-se na teoria da aprendizagem social, consideram o abuso de drogas como um problema de conduta. Estes autores partem da ideia de que aqueles jovens que aprendem sistematicamente as habilidades necessárias para uma óptima manipulação quotidiana, desenvolvem metas positivas e evitam riscos desnecessários. Tudo isto, parte de uma aproximação cognitiva-condutual, visto que os autores pretendem proporcionar aos adolescentes habilidades sociais necessárias para manusear os problemas da vida diária,

antecipando e prevenindo problemas futuros bem como otimizar a saúde mental, o funcionamento social a situação económica e o bem-estar físico.

As estratégias fundamentais utilizadas são: a tomada de decisões, a solução dos problemas e a comunicação interpessoal em variadas situações sociais. O programa consta de 8 sessões de 60 minutos de duração, incluindo a:

- ✓ Informação relevante e adequada sobre o consumo;
- ✓ Aprendizagem de estratégias de resolução de problemas para o manuseamento de um amplo leque de situações conflituvas;
- ✓ Aprendizagem de técnicas específicas para promover o controlo pessoal;
- ✓ Aprendizagem de técnicas de relaxação e habilidades de afrontamento para resistindo ao stress à ansiedade e à pressão;
- ✓ Treinamento em assertividade, modelagem e feedback, utilizando o reforço contingente e tarefas para casa, de modo a favorecer a generalização das distrezas aprendidas.

Os estudos de avaliação deste tipo de programas apresentam, de forma geral, a efectividade das aproximações que se valem das técnicas cognitivas-conductuais na prevenção do uso de drogas, dando lugar à mudança comportamental dos sujeitos e à modificação das suas atitudes, crenças e intenções consigo mesmo (Schinke e Gilchrist, 1984).

2.5.6. Enfoques psicossociais

Os programas que se levam a cabo partindo desta perspectiva, tiveram uma grande transcendência já que permitem a possibilidade de se levar a cabo tanto a prevenção primária no ambiente natural, como reduzir o consumo de certas substâncias na população escolar. Uma das principais limitações deste tipo de programas como nos apontam Botvin et al. (1990), é que os resultados parecem não se manterem a longo prazo. A maior parte dos estudos apontam para uma considerável diminuição dos efeitos positivos iniciais, entre o 2º e o 8º ano posteriores a aplicação do programa. Lamentavelmente, são poucos os estudos de prevenção em que se faz um acompanhamento exaustivo dos jovens

participantes desde a infância até a adolescência ou mesmo até a idade adulta, onde se pudesse determinar a verdadeira influência deste tipo de intervenção na prevenção do uso de drogas na população jovem. Uma outra limitação destas intervenções (Hawkins et al., 1992), é que podem ter uma influência no início do uso experimental das drogas, mas não parecem prevenir ou reduzir os padrões de uso mais regulares. Isto é, embora as estratégias de resistência à influência social sejam úteis para reduzir a prevalência do uso de drogas nos adolescentes, podem não ter um efeito significativo na prevalência do abuso temprano das mesmas. Apesar destas limitações, a perspectiva psicossocial continua a ser uma das aproximações mais defendidas na prevenção do uso e abuso de substâncias. Isto pelo facto de este tipo de programas oferecerem à juventude um grande número de recursos para manusearem os factores de risco como a pressão social ante o consumo e os déficits de habilidades no manuseamento quotidiano. Por conseguinte, é imprescindível que dentro do marco da intervenção, se inclua a preparação de toda a comunidade para facilitar a mudança, sobretudo para assegurar os seus efeitos a longo prazo.

2.6. O APOIO SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DAS REDES DE APOIO SOCIAL

Embora o conceito de apoio social venha recebendo atenção da comunidade científica, ainda não há uma medida válida para diferentes culturas e contextos (Zanini, Verolla-Moura e Queiroz, 2010). É cada vez maior o interesse pelo estudo dos efeitos do meio social sobre a saúde dos indivíduos. Por outro lado, também é conhecido que os laços sociais influenciam os comportamentos em relação à doença e à saúde, afectando as capacidades adaptativas em diversas situações (Schwarzer e Leppin, 1991).

Dentre as diferentes percepções englobadas na expressão “laços sociais”, dois conceitos se destacam: rede social e apoio social. As redes (*net works*) são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo, bem como suas características, por exemplo disponibilidade e frequência de contacto com amigos e parentes, ou como os grupos de pessoas com quem há contacto ou alguma forma de participação social, por exemplo grupos religiosos e associações sindicais (Bowling, 1997). Além desses dois aspectos, Hanson e Östergren (1987) adicionaram a “ancoragem social” (*social anchorage*), que descreve a percepção do grau de identificação ou vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence (por exemplo ambiente de

trabalho, área de moradia, família). A definição de apoio social não é consensual. Segundo Bowling (1997), Sherbourne e Stewart (1991) e Cohen e Wills (1985), trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. Cobb (1976) define apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Minkler (1985) ressalta que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controlo sobre suas vidas.

Às oportunidades oferecidas pela rede de relações de um indivíduo que lhe proporcionam sustentação (emocional, de informação, material, afectiva, etc.) diante de situações stressantes, de crise ou readaptação, chamamos apoio social (Sherbourne e Stewart, 1991). Estes autores diferenciam rede social e apoio social, descrevendo rede social como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contacto ou alguma forma de vínculo social, ao passo que apoio social pode ser considerado como algo que diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e é mensurável por meio da percepção individual do grau em que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afectivo). O apoio social refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social. A rede social pode ou não oferecer apoio de diferentes tipos e em graus diversos. Os efeitos benéficos da rede pessoal de apoio dependem da possibilidade de suprir os auxílios esperados pelo indivíduo. A rede social pode ser concebida como a estrutura social através da qual o apoio é fornecido (Zanini et al., 2010). Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) afirmam que apoio social pode ser entendido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”.

Vários estudos têm apontado a associação entre apoio social e níveis de saúde e/ou a presença de apoio social funcionando como agente “protector” diante do risco de doenças induzidas por stress (Matsukura, Marturano e Oishi, 2002; Schwarzer e Knoll, 2007). Assim, podemos postular que o apoio social pode contribuir para manter a saúde

das pessoas em momentos de stress, pois desempenha função moderadora ou mediadora, permitindo ao sujeito lidar melhor com as perdas e problemas no dia-a-dia. “Perceber que se tem alguém com quem contar sentir-se apoiado, emocionalmente ou materialmente, melhora a autoconfiança, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas, repercutindo positivamente sobre a saúde” (Zanini et al., 2010). A literatura mostra que o apoio social favorece a recuperação do indivíduo na medida em que a pessoa é capaz de entender este cuidado como acessível quando necessário, ou faz o indivíduo acreditar que é aceito pelo grupo de relações ao qual pertence (Pruitt e Zoellner, 2008; Schwarzer e Knoll, 2007).

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem duas formas de se avaliar o apoio social: o percebido e o recebido. O primeiro refere-se ao apoio social que o indivíduo percebe como disponível, caso necessite dele; o segundo descreve o apoio social tal como é recebido por alguém, ainda que não exista a avaliação da existência deste apoio (Schwarzer e Leppin, 1991). Existem algumas variáveis que interferem na forma de o sujeito perceber o apoio social dentre as quais podemos citar as variáveis sociodemográficas, a personalidade e as psicopatologias. Variáveis sociodemográficas como faixa etária, sexo, religião e estado civil já foram identificadas empiricamente como influenciadoras na percepção e recebimento do apoio social. Num estudo realizado por Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005), foi constatado que pessoas mais jovens, casadas, que não moram sozinhas e praticam actividades físicas, religiosas ou artísticas, sem transtornos mentais e com boa saúde física auto-referida têm maiores possibilidades de perceberem mais apoio social. No mesmo estudo foram demonstradas diferenças nos tipos de apoio recebidos por género. Os homens perceberam significativamente mais apoio afetivo/interação social positiva e apoio material, enquanto as mulheres relataram mais apoio emocional/informação. Além disso, o estudo de Griep et al. (2005) demonstra a existência de diferenças nas medidas de associação entre escolaridade, renda familiar, número de parentes, amigos íntimos e o número de doenças crónicas. Assim, quanto maior for a escolaridade, o número de parentes e amigos íntimos e menor número de doenças crónicas relatadas pelo indivíduo, maiores serão as possibilidades de este perceber a existência dum elevado apoio social. As características de personalidade também podem aumentar as possibilidades de acesso ao apoio social.

Algunos estudos demonstram que personalidades mais optimistas relatam mais apoio social (Srivastava, Richards, McGonigal e Butler, 2006), enquanto estilos atribucionais negativos tendem a perceber a existência de menor apoio social (Williams et al., 2008). Não obstante, a existência de psicopatologias pode gerar modificações de comportamento e percepções capazes de originar isolamento, uma visão distorcida da real disponibilidade de apoio social ao indivíduo. É relevante enfatizar que a falta de apoio social predispõe o indivíduo a contrair psicopatologia e nos casos em que esta já se encontra instalada, é um factor complicador para obtenção do apoio social, criando um processo negativo e vicioso que precisa ser quebrado para que esse indivíduo se reestruture e possa manter relações positivas com o seu meio.

O crescimento do interesse pelo tema trouxe a este uma conotação mais multidimensional, envolvendo outros aspectos e conferindo-lhe uma maior amplitude. É ainda complexo conseguir definir a qualidade e a natureza do apoio social que é disponibilizado pela rede, porém existem várias tentativas de criação de medidas que podem ser aplicadas de forma mais abrangente. Como exemplo, podemos citar os estudos de Schwarzer e Knoll (2007) que desenvolveram um conjunto de escalas de apoio social que inclui o apoio social recebido, o apoio social percebido e o efeito “buffer” do apoio social. Outra medida de apoio social que obteve grande aceitação na comunidade académica foi a medida desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991), a qual avalia cinco dimensões: material, afectiva, interacção social positiva, emocional e de informação.

A família desempenha um papel muito importante, em especial durante a infância e a adolescência. Por conseguinte, em algumas ocasiões não se pode ou não se é capaz de prover o dito apoio, e fracassa no momento de satisfazer as necessidades básicas da criança. Quando é necessário optar pela separação da criança da sua família, as *residências de protecção* constituem um dos recursos mais importantes. Dentro do contexto do acolhimento residencial, só se estudou o tema do apoio social, no entanto, trata-se de um factor crucial para este colectivo. Não se demonstrou apenas estar presente a etiologia das situações de mau-trato, mas também pode desempenhar um importante papel o amortizador de eventos stressantes aos quais se vêm submetidas as crianças (Smit e Laird, 1992), tales como os problemas familiares, a separação da sua família, a vida em instituições de acolhimento (lares), a saída e a adaptação a um novo contexto (quer seja

pelo regresso à sua família, a adopção ou seja a inserção em uma nova família ou o desenvolvimento de uma vida independente). Em qualquer caso, são muitas as dificuldades que as crianças, os adolescentes e os jovens devem afrontar, muito cedo, e contar com uma rede eficaz de apoio social pode ser a chave para superar com sucesso cada um desses passos. Por conseguinte, as redes destes jovens são, com frequência, limitadas e o ingresso numa instituição de protecção pode provocar a ruptura com os laços sociais importantes para a criança e/ou adolescente. Como assinala Van der Ploeg (1992), as intervenções encaminhadas ao desenvolvimento de apoio social no âmbito do acolhimento residencial são um dos maiores reptos dos profissionais da intervenção social. É importante, ao fazerem-se estudos sobre a criança adolescente e ao jovem, que se tenha em conta o papel da família, dos educadores, dos amigos, dos professores e doutras figuras, pertencentes à rede social e que desempenham no momento de eferecer confiança, ajuda e afecto.

2.7. O BEM-ESTAR E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

O estudo do bem-estar no seio da psicologia remota da década dos anos sessenta e o seu transcurso deu lugar às duas grandes tradições (Keyes, Shmotkin e Ryff, 2002): a hedonica, representada por uma sólida linha de investigação que se ocupou do estudo do bem-estar subjectivo, e a tradição “eudaemonica” centrada no bem-estar psicológico. A filosofia que impregna a primeira delas é resumida por Diener, um dos seus mais qualificados representantes: “a literatura sobre o bem-estar subjectivo trata do como e o porquê que as pessoas experimentam a sua vida de forma positiva, incluindo tanto juízos cognitivos como reacções afectivas” (Blanco e Díaz, 2005). O bem-estar subjectivo é uma componente importante da Psicologia Positiva e inscreve-se dentro de um marco fundamentalmente emocional que tomou diversas denominações: felicidade (Argyle, 1992; Diener, 2000; Fierro, 2000; Seligman, 2004), satisfação com a vida (Veenhoven, 1994), e afectos positivos ou negativos (Bradburn, 1969) que se desprendem nas condições que se desenvolve a nossa existência. Para Blanco e Díaz (2005) o bem-estar subjectivo é o resultado de um “balanço global” (nível de satisfação) o que faz a pessoa das suas oportunidades vitais (recursos sociais, recursos pessoais e aptidões individuais), do curso dos acontecimentos que enfrenta (privação-opulência, ataque-protecção, solidão-

companhia, etc.), e da experiência emocional derivada de tudo isto. “ A satisfação com a vida é o grau em que uma pessoa avalia a qualidade global da sua vida em conjunto de forma positiva.

O bem-estar subjectivo é um aspecto que pode favorecer a maneira como vemos a nós mesmos e as outras pessoas, o que pode resultar em maior prazer em vivenciar as situações quotidianas e o relacionamento com os nossos pares. O bem-estar subjectivo, ou a felicidade, não é apenas a ausência de depressão, mas, também, a presença de um número de emoções e estados cognitivos positivos (Joseph, Linley, Harwood, Lewis e McCollam, 2004). O bem-estar psicológico é uma tradição mais recente, e centrou o seu interesse no desenvolvimento pessoal, no estilo e na maneira de afrontar os rectos vitais, no esforço e no afã em conseguir alcançar as nossas metas. Seis foram as dimensões propostas por Ryff em (1989) e reiteradas posteriormente por Ryff e Keyes (1995): a autonomia, os objectivos vitais, a auto aceitação, as relações positivas com os outros, domínio ambiental e o crescimento pessoal.

O conceito de bem-estar está relacionado com o conceito de satisfação com a vida. A satisfação com a vida refere-se à ponderação das atribuições positivas e negativas do indivíduo face à própria vida, através da qual formula um juízo de valor sobre a qualidade da sua própria existência (Diener, 1984). O bem-estar subjectivo é composto pelas componentes afectiva e cognitiva (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Bohlander, 1999). A componente afectiva é identificada como um equilíbrio entre os afectos positivo e negativo (Krause, Ingersoll-Dayton, Ellison e Wulf, 1999; Ranzjin e Luszcz, 2000). Os afectos positivos são emoções prazenteiras tais como fruição e a felicidade, enquanto os afectos negativos são sentimentos desagradáveis ou emoções tais como a tristeza e o medo. Já a componente cognitiva é considerada como uma avaliação entre as metas desejadas e as alcançadas, e tem sido identificada como satisfação com a vida (Chatters, 1988), compreendida como um processo de julgamento e avaliação geral da própria vida. Dentre as variáveis psicossociais, as estratégias de enfrentamento apresentam uma contribuição significativa para o bem-estar subjectivo das pessoas. São mecanismos que os indivíduos utilizam para minimizar os efeitos do stress, resolvendo ou manejando o problema com o objectivo de voltar à normalidade de funcionamento pessoal o mais rápido possível (Aldwin, Sutton e Lachman, 1996).

As estratégias de enfrentamento podem ter efeitos amortecedores de condições adversas experimentadas pelo sujeito. Por exemplo, há quem retire benefícios na exposição a eventos stressantes ao vivenciar um aumento do sentimento de controlo, aumento da auto-estima, maior capacidade empática, aumento da proximidade com outras pessoas, mudanças nos valores e maior auto-entendimento e sabedoria (Aldwin et al., 1996). Os recursos de enfrentamento tanto são características individuais quanto estão associados ao apoio social percebido pelo indivíduo (Abril, 1998). O apoio ou suporte social manifesto através do uso de equipamentos comunitários, redes sociais e relações íntimas, por exemplo, também permite satisfazer necessidades (instrumentais e expressivas) em situações quotidianas e de crise (García, 2002). Assim, o apoio social relaciona-se com o bem-estar psicológico e a saúde mental (Jung, 1997; Krause e Borawski-Clark, 1995), estando negativamente correlacionado com depressão e stress (Newson e Schultz, 1996) e com a sintomatologia física, associando-se com a redução de riscos de mortalidade (Felton e Shinn, 1992), e sendo preditor significativo dos recursos pessoais de enfrentamento dos problemas (Newson e Schultz, 1996).

Segundo Erikson (1996), o bem-estar está vinculado com o contacto social e as relações interpessoais, com o enraizamento nos contactos comunitários, com os padrões activos de amizade e a participação social (Allardt, 1996), com o casamento, com a família e o contacto social (Diener, 1994), com os recursos sociais (Veenhoven, 1994), com as relações positivas com os demais (Keyes et al., 2002), com as experiências como a paternidade (Ryff, Schmutte e Lee, 1996), e com o funcionamento social. Foi possivelmente Eric Allardt quem com mais ênfase defendeu esta posição, que permite uma consideração mais completa das condições necessárias para o desenvolvimento humano. Um enfoque sobre as necessidades básicas concentra-se nas condições sem as quais os seres humanos não podem sobreviver, evitar a miséria, relacionar-se com outras pessoas e evitar o isolamento: ter condições necessárias para a sobrevivência; amar, que é a necessidade de se relacionar com outras pessoas e formar identidades sócias; ser, uma pessoa com necessidade de integrar-se na sociedade e viver em harmonia com a natureza.

Este também é o marco no qual inscrevemos a proposta sobre o bem-estar social: a necessidade de ter em consideração o individual e o social, o mundo dado e o mundo intersubjectivamente construído, a natureza e a história, por utilizar os termos de

Vygotski; ambas as faces da existência estão relacionadas com a saúde cívica e o capital social (Putnam, 2000), com a saúde física (Cabañero et al., 2004), e muito especialmente com a saúde mental (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Para Keyes (1998) o bem-estar social é “a valorização que fazemos das circunstâncias e o funcionamento dentro da sociedade” e está composto pelas seguintes dimensões:

1. Integração social: define-se como “a avaliação da qualidade das relações que mantemos com a sociedade e com a comunidade”.

2. Aceitação social: desde o ponto de vista do bem-estar e da saúde, a integração não é mais que o ponto de partida. É imprescindível estar e sentir-se pertencente a um grupo, a uma comunidade, mas é necessário que a dita pertença disfrute, pelo menos, de duas qualidades: a confiança, a aceitação e as atitudes positivas ante os outros (atribuição de honestidade, bondade, amabilidade, capacidade) e aceitação dos aspectos positivos e negativos da nossa própria vida. Ambos são indicadores da saúde mental.

3. Contribuição social: também é que essa confiança nos outros e em nós mesmos esteja acompanhada do sentimento de utilidade, “de que és um membro vital da sociedade, que se tem algo útil a oferecer ao mundo”, e que o que uma pessoa possui é valorizado. A confiança em nós mesmos, Bandura (1997) lhe deu o nome de autoeficácia, e um apelido: o exercício do controlo. Com ele alude “as crenças na nossa capacidade para organizar e levar cabo acções capazes de alcançar determinados objectivos”. Contribuição é sinónimo de utilidade, benefício, eficácia e aportação ao bem comum.

4. Actualização social: esta dimensão centra-se na concepção de que a sociedade e as instituições que a conformam são entes dinâmicos, movem-se numa determinada direcção com a finalidade de conseguir metas e objectivos dos que podemos beneficiar-nos (confiança no progresso e na mudança social). Todavia mais: a actualização social carrega implicitamente a firme crença de que a sociedade controla, sabe onde vai, e traça intencionalmente o horizonte para onde quer chegar no futuro. As pessoas mais saudáveis, desde o ponto de vista mental, confiam no futuro da sociedade, no seu potencial de crescimento e de desenvolvimento, na sua capacidade para produzir o bem-estar.

5. Coerência social: se a actualização está relacionada com a confiança depositada na sociedade, a coerência refere-se à capacidade que temos para entender a sua dinâmica. É

“a percepção da qualidade, organização e funcionamento do mundo social, e inclui a preocupação por enteirar-se do que ocorre no mundo”. As pessoas saudáveis não só se preocupam por conhecer o tipo de mundo em que vivem, mas também a sensação de que são capazes de entender o que acontece ao seu redor. Vemos um sentido do que passa e encontramos uma lógica nos acontecimentos que nos rodeiam.

Keyes (1998) apoia-se de maneira especial na integração social e na actualização social. A actualização tem direccionado o seu olhar mais além: na confiança que desperta a sociedade, como geradora de um progresso e de um nível de bem-estar do qual todos podemos sair beneficiados. Assim é como se pode ler um dado que aparece com frequência nas investigações e que Veenhoven (1994) resume: a satisfação com a vida, é maior nas nações economicamente mais prósperas, onde impera uma maior igualdade social, onde se respeitam ao máximo os direitos humanos e as liberdades políticas, onde o acesso ao conhecimento está mais garantido. Trata-se, segundo Sen (1996), de sociedades que se movem numa direcção que produz um bem-estar de que todos se sentem partícipes, ou de sociedades que permitem consegui-lo, que garantem a liberdade para o bem-estar.

Entretanto, não se pode ocultar a sólida presença de um quarto factor (Anomia e Limitações) na arquitetura do bem-estar social. Quando falta a confiança na sociedade (actualização), a capacidade e o interesse por conhecer a lógica do seu desenvolvimento (coerência), confiança nos outros e em nós mesmos (aceitação), acaba por abrir-se um abismo debaixo dos nossos pés, que pode ter graves repercussões sobre a saúde. É importante assinalar a significativa robustez que oferece o factor Anomia e Limitações com a prática totalidade das dimensões do bem-estar. Globalmente falando, trata-se provavelmente do resultado mais interessante e mais inquietante. De entrada, reproduz com a fidelidade as duas grandes concepções teóricas da anomia. A primeira tem como marco a organização moral da sociedade, a moral de progresso em concreto. A segunda tem como protagonista a anomia como estado subjectivo, defenido pela falta de confiança e respeito por nós mesmos e aos outros (aceitação).

Quando nos sentimos incapazes de encontrar sentido no mundo em que vivemos, quando se espalha a impressão de que as coisas ocorrem sem seguir um plano estabelecido e não percebemos que a sociedade progrida e seja capaz de criar bem-estar, pode parecer

aceitável um certo pessimismo para afrontar os obstáculos e contingências que se interpõem na nossa vida, em geral, e particularmente na consecução dos objectivos que traçamos, de sorte que sempre há que esperar que um azar incontrolado desmorone os planos que havíamos defenido. Ao contrário, como nos diz Blanco e Díaz (2005), no seu estudo sobre o bem-estar social, uma boa calorosa e próxima rede de relações sociais pode ornamentar a nossa vida de optimismo e de confiança no futuro e fazer-nos, paulatina e socialmente, mais activos e solidários, ou o que vem a ser o mesmo, psicologicamente mais sãs: “ as pessoas sãs sentem-se parte da sociedade”, confiam nela e nos outros como fonte de bem-estar.

A tradição de estudar o ajustamento da personalidade do adulto em termos de auto-percepção de competência pessoal e de atendimento às normas sociais, remonta a uma preocupação da comunidade científica, mas é recente o renascimento do interesse pelo assunto dentro de uma perspectiva reconhecida como psicologia positiva (Neri, 2002; Seligman e Csikzentmihalyi, 2000). Nesta perspectiva, a literatura especializada assume que o ajustamento pessoal tem como indicadores o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico. Para Diener (1984), que usa indiscriminadamente os adjectivos subjectivo e psicológico, o bem-estar subjectivo é indicado por satisfação com a vida, por afectos positivos e negativos e por senso de felicidade.

Ryff e Keyes (1995) discriminam entre bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico. Esta autora delineou um modelo composto por seis dimensões: *autonomia* (ter um self determinado e independente, capaz de realizar auto-avaliações, com base em critérios pessoais e capaz de seguir as próprias opiniões); *propósito de vida* (ter objectivos na vida e senso de direcção, administrando o passado e o presente com metas significativas à vida); *domínio do ambiente* (ser capaz de administrar actividades complexas da vida, nos âmbitos profissional, familiar e pessoal); *crescimento pessoal* (ser capaz de manter continuamente o próprio processo de desenvolvimento, estar aberto às novas experiências, tendência à auto-realização); *auto-aceitação* (ser capaz de aceitação de si e dos outros com uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos acontecimentos anteriores) e *relações positivas com outros* (manter relações de satisfação, de confiança e de afectividade com outras pessoas). O senso de bem-estar psicológico é determinado pela interacção entre as oportunidades e as condições de vida a maneira como as pessoas

organizam o conhecimento sobre si e sobre os outros e as formas como respondem às demandas pessoais e sociais. A consciência sobre a existência de um processo de constante deslocamento de metas em relação a objectivos mais elevados favorece o ajustamento e a maturidade individual.

Keyes et al. (2002) realizaram estudos investigando os construtos de bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico. Os autores acreditavam que os construtos são conceitualmente relacionados, mas empiricamente separados e que as combinações desses relatos de bem-estar subjectivo e psicológico diferem, conforme aspectos socio-demográficos e de personalidade. Os resultados mostraram uma correlação estatisticamente significativa apenas para a idade e o nível de escolaridade. As pessoas com baixo bem-estar subjectivo e elevado bem-estar psicológico, tendem a ter maior grau de escolaridade do que aquelas com a combinação de baixo bem-estar subjectivo e baixo bem-estar psicológico. Em contraste, as pessoas com elevado bem-estar subjectivo e baixo bem-estar psicológico, tendem moderadamente a um menor grau de escolaridade do que aquelas com a combinação de baixo bem-estar subjectivo e baixo bem-estar psicológico.

Um estudo de Cha (2003) buscou examinar o bem-estar subjetivo de 350 estudantes universitários da Coreia, assim como a sua relação com construtos de personalidade, auto-estima, auto-estima coletiva e optimismo. A análise fatorial das medidas de bem-estar subjetivo, indicou três factores: satisfação de vida, afecto positivo e afecto negativo. Os estudantes mostraram resultados semelhantes aos de outros países, contradizendo os estudos de Diener, Suh, Smith e Shao (1995), e os estudos de Pavot e Diener (1993), que indicavam que os estudantes coreanos apresentavam valores mais baixos, referentes à satisfação de vida e bem-estar afectivo quando comparados a estudantes de outras nações. Além disso, todos os constructos referentes à personalidade mostraram-se significativamente correlacionados com satisfação de vida, afecto positivo e afecto negativo.

Arteche (2003) focaram seu trabalho em avaliações sobre o bem-estar subjetivo de 193 adolescentes, divididos em três grupos: o primeiro, formado por 58 adolescentes trabalhadores em regime regular; o segundo, por 58 adolescentes trabalhadores em regime educativo, e o terceiro, por 77 adolescentes que não trabalhavam. Os resultados indicaram

bons níveis de bem-estar nos três grupos, e mostraram que o trabalho, na adolescência, pode ser positivo, principalmente, para os adolescentes que realizam um trabalho educativo. Lever (2004) teve como objetivo comparar o bem-estar subjetivo de três grupos socioeconómicos (extremamente pobres, moderadamente pobres e não pobres). Para isso, contou com a participação de 918 participantes residentes no México. Os seus resultados indicavam diferenças estatísticas significativas em todos os factores do bem-estar subjetivo em relação ao grupo socioeconómico a que os indivíduos pertenciam. E, por fim, a pesquisadora também encontrou diferenças relacionadas ao sexo e à idade. Queroz e Neri (2005) concluíram nos seus estudos que as variáveis idade e nível de escolaridade exercem influência nas combinações de bem-estar, no qual se torna nítido que a idade que o indivíduo possui e o nível de escolaridade estão relacionados, de acordo com valores de cada grupo social. No seu estudo, um elevado bem-estar é claramente vinculado à escolaridade e à idade: pois, aquelas pessoas que possuem alto nível de escolaridade são, provavelmente, mais prósperas na vida e têm melhor percepção da qualidade de sua vida.

Analisando a relação resiliência-homem, a psicologia positiva estuda o homem numa perspectiva integradora, pondo em relevo a interação entre o indivíduo o meio e as relações que estabelece com os demais e com as instituições facilitadoras do seu desenvolvimento. Partindo dessa perspectiva, o indivíduo é concebido como um agente activo que constrói a sua própria realidade. Para cumprir este objectivo, é necessário compreender o funcionamento óptimo em múltiplos níveis, incluindo o experimental, o pessoal, o relacional, o institucional, o social e o global, sendo, para tal, imprescindível estudar a dinâmica das relações entre estes processos aos níveis mencionados e a capacidade humana de dar ordem e significado em resposta à inevitável adversidade, tendo em linha de conta que o significado da boa vida, em todas as suas possíveis manifestações, pode emergir destes processos. O bem-estar também se encontra relacionado com a inteligência emocional. Estudos realizados por Carmeli, Yitzhak-Halevy e Weisberg (2009) detetaram que os empregados que pontuavam mais alto em inteligência emocional, experimentavam maior bem-estar psicológico.

A automotivação é um importante preditor do bem-estar psicológico, é um agente facilitador da elaboração e da concretização das metas futuras e mantém o optimismo nas diversas fases da vida. Segundo que Queroz e Neri (2005) em inteligência emocional, os

homens são mais automotivados do que as mulheres e há uma leve tendência dos homens também serem mais autoconscientes, independentemente da idade. Portanto, o conhecimento de si mesmo pode contribuir para o fortalecimento na construção de recursos internos e estes poderão promover o bem-estar na medida que o indivíduo tem condições de administrar os próprios sentimentos e comportamentos.

Ao longo dos últimos 100 anos, a comunidade científica constrói caminhos para definir melhor a inteligência e para estabelecer a natureza das suas interfaces com aspectos orgânicos, sociais, educacionais, psicológicos e culturais. Os seus esforços refletem-se em três grandes tendências, a psicométrica, a desenvolvimentalista e a cognitivista. A primeira prioriza as diferenças individuais quanto à capacidade de o indivíduo chegar a respostas precisas e corretas em situações de solução de problemas. A segunda enfatiza a maneira como os processos cognitivos se organizam, se estruturam ou mudam durante o desenvolvimento do ser humano. No enfoque do processamento da informação tenta-se compreender a inteligência humana em termos de processos mentais que colaboram para o desempenho de tarefas cognitivas, de modo especial a seleção, a codificação, o armazenamento e a evocação da informação (Almeida, Roazzi e Spinillo, 1989).

Vários autores argumentam que esses modelos clássicos não dão conta da complexidade do funcionamento humano, que não se expressaria apenas na solução de problemas académicos e do domínio do trabalho, mas também nos âmbitos social, emocional e do autoconhecimento. Entre eles destacam-se Gardner (1994), Goleman (1995), Bar-on (2002) e Mayer, Caruso e Salovey (2002). Gardner definiu competência intelectual como um conjunto de habilidades que capacitam o indivíduo a resolver problemas ou dificuldades, a criar produtos eficazes e a gerar novos problemas. Segundo Gardner (1994) a inteligência não é uma competência simples, mas complexa e multideterminada que pode ser descrita em termos de, pelo menos, sete dimensões que ele denomina de inteligências múltiplas: linguística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-cinestésica e pessoal. A inteligência pessoal divide-se em dois subtipos, a interpessoal e a intrapessoal. A primeira baseia-se na capacidade de perceber distinções nos outros, particularmente diferenças em estados de ânimo, motivações, intenções e temperamentos. Já a inteligência intrapessoal seria a capacidade de conhecimento de si

mesmo, uma habilidade de discriminar emoções e sentimentos, utilizando esse conhecimento para orientar o próprio comportamento.

O conceito de inteligência emocional adquiriu popularidade com a publicação do livro de Goleman em 1995. Nesse campo, Hedlund e Sternberg (2002) afirmam que existem duas posições opostas. A primeira postula uma noção mais restrita, segundo a qual inteligência emocional é a capacidade de perceber e entender as informações emocionais. A inteligência emocional seria uma capacidade cognitiva ou aptidão (processamento adaptativo de informações emocionais) distinta de variáveis da personalidade. Aptidão é vista como a capacidade de reconhecer significados e de utilizar conhecimentos para raciocinar e resolver problemas (Mayer et al., 2002). Os que seguem a segunda posição assumem que a inteligência emocional inclui quase tudo que está associado com o êxito, em especial habilidades não cognitivas tais como a assertividade e o controle de impulsos, que são em parte sobrepostas aos traços da personalidade. A esse respeito, além do modelo de Goleman (1995), há o modelo misto de Bar-On (2002) que admite a existência de aptidões mentais, como por exemplo a solução de problemas e de aptidões de personalidade, como por exemplo o otimismo. O próprio Goleman (1995) primeiro enfatizou na inteligência emocional as relações e as experiências cotidianas e a influência delas sobre o sucesso na solução dos problemas da vida diária. Depois, em 1999 definiu-a como capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, de automotivar-se e de administrar as emoções nos âmbitos individual e interpessoal.

Mayer e Salovey (1997) definem a inteligência emocional como sendo “a capacidade de perceber e exprimir a emoção, assimilá-la ao pensamento, compreender e raciocinar com ela e saber regulá-la em si próprio e nos outros”. A inteligência emocional é um aspecto da cognição social que visa o interesse da pessoa pelo processo emocional. É a capacidade para argumentar sobre emoções em si mesmo e nos outros é ainda a capacidade para usar as emoções de modo a facilitar o pensamento (Aguirre, Sergi e Levy, 2008; Mayer et al., 2002, 2008). Em ambos conceitos existe a indispensabilidade das emoções e sentimentos para a racionalidade. Eles demonstram que as emoções transmitem informação importante, influenciam a nossa maneira de pensar e as nossas preferências, ajudam-nos na tomada de muitas das decisões no dia-a-dia.

2.8. PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA POSITIVA NO ESTUDO DO BEM-ESTAR SUBJECTIVO E AS ACTITUDES ANTE O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADICTIVAS DOS ADOLESCENTES

Tradicionalmente, os campos da psicologia e da educação destacaram a identificação e a forma de remediar os déficits dos adolescentes. Com a aparição da psicologia positiva (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon e King, 2001), o foco de atenção começou a situar-se mais nas suas fortalezas, nas dimensões positivas do seu desenvolvimento psicossocial, com ênfase na criação de ambientes ótimos que favoreçam o seu bem-estar físico e psicológico (Elmore e Huebner, 2010). Estudos realizados por Wood, Froh e Geraghty (2010), e Ho, Cheung e Cheung (2010), indicam que o bem-estar é o motor do desenvolvimento humano, e estabelece uma relação entre o sentido da vida, o optimismo e a qualidade de vida das pessoas. Sun e Shek (2012) constataram que os adolescentes com alto nível de desenvolvimento positivo, estavam mais satisfeitos com a vida e tinham menos problemas de conduta, com alto nível de satisfação e baixo nível de problemas de conduta influenciando-se entre si.

Embora seja evidente, esta tendência actual em potenciar na investigação o conhecimento das fortalezas mais que as debilidades, nem por isso se pode ignorar o afeiçoamento de muitos adolescentes pelo consumo de substâncias adictivas, conduta contraposta ao bem-estar e que pode afectar a sua saúde física e mental (Alfonso et al., 2009; García del Castillo, Dias, Díaz-Pérez e García del Castillo-López, 2012; López e Rodríguez-Arias, 2010; Pérez e Lucio-Gómez, 2010; Ruiz e Ruiz-Risueño, 2011; Salamó et al., 2010). Por esta razão, ao longo da fundamentação teórica argumentaremos conjuntamente a favor de um desenvolvimento positivo e na busca de recursos para contrariar as condutas negativas, susceptíveis de prejudicar a qualidade de vida dos adolescentes. Partimos da existência de um razoável acordo internacional em considerar a qualidade de vida como um construto multidimensional que integra aspectos de saúde, emocionais e de bem-estar social percebidos pela pessoa (WHOQOL Group, 1995). Durante muito tempo, a Psicologia deu ênfase às questões relacionadas à doença, não se atendo às discussões sobre a saúde e o bem-estar (Diener, 1984). É nessa lacuna de investigações que se situa a Psicologia Positiva. Nesta corrente, a felicidade pode ser definida como a predominância da frequência de ocorrência de experiências emocionais

positivas sobre as negativas, ou seja, afectos positivos mais frequentes do que os negativos. Para Sheldon e King (2001) a Psicologia Positiva é o estudo científico das forças e virtudes próprias do indivíduo. Para Seligman (2004) trata-se do estudo de sentimentos, emoções, instituições e comportamentos positivos que têm como objetivo final a felicidade humana.

A Psicologia Positiva teve início com os estudos de Terman, Jung e Watson na década de 1930 sobre superdotados, sucesso no casamento e paternidade. No entanto, o estudo sobre a felicidade e sobre as emoções positivas se iniciou por volta da década de 1950, quando a Organização das Nações Unidas passou a ter interesse ativo na mensuração dos níveis de vida de várias comunidades mundiais, o que hoje se designa por expressões correlatas, tais como bem-estar, condições de vida ou qualidade de vida (Pereira, 1997). O movimento batizado de Psicologia Positiva surgiu nos Estados Unidos em 1998, a partir da iniciativa de Martin Seligman que, com a colaboração de outros pesquisadores, começou a desenvolver pesquisas quantitativas, visando promover uma mudança no foco actual da Psicologia ou de abordagens actuais. Essa perspectiva propõe, basicamente, a modificação do foco da Psicologia de uma reparação dos aspectos ruins da vida para a construção de qualidades positivas (Caprara e Steca, 2006; Rijavec, Brdar e Miljkovic, 2006; Seligman, 2004). Segundo Seligman (2004) a Psicologia Positiva se sustenta sobre três pilares principais, a saber: o estudo da emoção positiva; o estudo dos traços ou qualidades positivas, principalmente forças e virtudes, incluindo habilidades como inteligência e capacidade atlética; e por fim, o estudo das chamadas instituições positivas, como a democracia, a família e a liberdade -que dão suporte às virtudes que, por sua vez, oferecem apoio às emoções positivas. Em relação às boas e más qualidades, partindo da ideia de que seriam positivas as emoções que favorecem a interação e negativas aquelas que a prejudicam, a psicologia positiva define que as boas qualidades são as características humanas que favorecem as emoções positivas e o comportamento de interação, de forma que as más qualidades seriam o oposto, as características humanas que favorecem as emoções negativas, bem como o comportamento que prejudica a interação (Seligman 2004).

A Psicologia Positiva pretende debruçar-se sobre as experiências positivas (como emoções positivas, felicidade, esperança e alegria), características positivas individuais

(como caráter, forças e virtudes), e instituições positivas (como organizações baseadas no sucesso e potencial humano, sejam locais de trabalho, escolas, famílias, hospitais, comunidades ou sociedades) (Larrauri, 2006; Marujo, Neto, Caetano, e Rivero, 2007; Park e Peterson, 2007; Seligman, 2004). Essa corrente resgata o caráter preventivo que há muito fora abandonado por uma Psicologia exclusivamente focalizada na doença. Por meio do estudo das características humanas positivas, a ciência aprenderá a prevenir doenças físicas e mentais e os psicólogos, por sua vez, aprenderão a desenvolver qualidades que ajudem indivíduos e comunidades a bem mais do que resistir ou sobreviver, mas efetivamente a florescer (Csikszentmihalyi, 2006; Passareli e Silva, 2007; Seligman, 2000; Serbena e Raffaelli, 2003). De acordo com essa nova visão, o conhecimento das forças e virtudes poderia propiciar o florescimento (*flourishing*) das potencialidades das pessoas, comunidades e instituições. Segundo Paludo e Koller (2007), o florescimento tem sido um termo bastante utilizado na Psicologia Positiva. Trata-se de uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos. A Psicologia Positiva, enquanto área do saber psicológico, não promove uma novidade, não cria uma nova realidade, mas é um exercício teórico e metodológico no sentido de mudar a visão que se lança aos fenômenos investigados pela psicologia, numa proposta que evidencia os aspectos positivos e salutareos do desenvolvimento humano, nos contornos de uma compreensão que prioriza a prevenção (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Diener, 1984; Seligman, 2004; Seligman, Park, Steen e Peterson, 2006), e o desabrochar de aspectos positivos que possam ter valor adaptativo. Enquanto corrente surgida nos Estados Unidos, a sua repercussão no cenário latinoamericano ainda é tímida quando comparada aos países europeus (Delle Fave, 2006; Marujo et al., 2007; Scorsolini-Comin e Santos, 2009), foram encontrados poucos estudos na perspectiva da psicologia positiva, bem como de conceitos correlatos como resiliência, religiosidade, espiritualidade, otimismo e esperança.

2.9. RESILIÊNCIA, VULNERABILIDADE E AUTO-ESTIMA

2.9.1. Conceito de resiliência

O termo resiliência foi *importado* das Ciências Exactas, sendo conhecido há pouco tempo na área de Ciências Sociais e Humanas. Um material é denominado resiliente,

quando a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar não gera nele deformações permanentes. Com esse conceito, é possível fazer-se uma analogia ao termo utilizado pela física e pela psicologia: a relação tensão/pressão com deformação não-permanente do material, corresponderia à situação que ocorre entre uma situação de risco/stress/experiências adversas/respostas finais de adaptação. Infelizmente, a definição de resiliência, em psicologia, não é tão clara e precisa como na física, pois múltiplos factores devem ser considerados no estudo dos fenómenos humanos (Barreira e Nakamura, 2006; Yunes e Szymanski, 2001). É importante notar, no entanto, que esta *importação* do conceito deve ser adaptada para a Psicologia. Uma pessoa em desenvolvimento, que sofre um stressor não volta à forma original, porque a experiência do evento se soma às suas experiências anteriores. Este diferencial desvela-se após a retirada do stressor. Se a pessoa for frágil, ficará mais vulnerável, se for mais forte e contar com factores de protecção, mostrará a sua resiliência.

Segundo García (2001) existem três tipos de resiliência: académica, social e emocional. Esta divisão arbitrária e apenas didáctica pode não abarcar todos os tipos de resiliência, uma vez que este é, ainda, um tópico recente de pesquisa e muito há que ser estudado a respeito. As áreas de resiliência mencionadas podem, no entanto, ser evidenciadas no quotidiano das pessoas. A resiliência académica pode ser observada pelo bom desempenho escolar e interesse nas tarefas escolares e culturais. Portanto, engloba a escola como lugar onde as habilidades para resolver problemas podem ser adquiridas com a ajuda dos agentes educacionais. A resiliência social aparece no bom relacionamento interpessoal, competência social, capacidade de empatia e senso de pertença dos indivíduos, supervisão dos pais e amigos, relacionamentos íntimos, ou seja, modelos sociais que estimulem a aprendizagem de resolução de problemas. A resiliência emocional pode ser identificada em indivíduos com senso de auto-eficácia, auto-estima e confiança em suas potencialidades, bem como no conhecimento das suas limitações. A resiliência emocional capacita a pessoa a lidar com mudanças e adaptações, obtendo um repertório de abordagens para a solução de problemas (Angst, 2009).

Pessoas expostas a situações de risco que não desenvolvem a capacidade de resiliência, são vistas como mais vulneráveis a estes eventos, evidenciam alterações aparentes no desenvolvimento físico ou psicológico quando submetidas a stressores e a

riscos. Tais alterações ficam evidentes na trajetória de adaptação desta pessoa, podendo torná-la susceptível e propensa a apresentar sintomas e doenças. É importante salientar que as pessoas podem ser ora vulneráveis ora resilientes, diante de um mesmo tipo de evento. Podem, ainda, ser vulneráveis em algumas áreas do seu desenvolvimento e resilientes em outros. Muitos factores interagem no aumento da vulnerabilidade ou na redução dos efeitos do *stress* sobre a pessoa. Alguns mecanismos mediadores podem influenciar na resposta da pessoa a uma situação de risco. Estes mecanismos são chamados de factores de protecção e têm sido identificados como aqueles que reduzem o impacto de risco e de reacções negativas em cadeia. Segundo Barreira e Nakamura (2006), as características individuais como auto-estima e auto-eficácia, habilidades de dar e receber em relações humanas, disciplina, responsabilidade, receptividade, interesse, tolerância ao sofrimento e muitas outras são algumas delas. As oportunidades apresentadas às pessoas em situação de risco, também podem influenciar na forma como elas lidam com o *stress*, reduzindo seu impacto e as reacções negativas em cadeia, apresentando fortalecimento (*empowerment*) para vencer momentos críticos da vida, aproveitando oportunidades. Os factores de protecção mais importantes mencionados na literatura são: características de personalidade, coesão familiar e sistemas externos de apoio (Masten e Garnezy, 1985).

A resiliência académica pode ser aumentada pelo fortalecimento de habilidades de resolução de problemas, aprendizagem de novas estratégias, capacitação de professores para auxiliar estudantes mais vulneráveis. A resiliência emocional pode ser promovida pela auto-estima e auto-eficácia, oferecimento de oportunidades de sucesso e capacitação no desenvolvimento de competência social. A resiliência social pode ser desenvolvida pela promoção de relações de amizade, participação em grupos de trabalho e desportivos e desenvolvimento do senso de pertença ao grupo.

A avaliação de resiliência deve consistir num processo cuidadoso através do tempo. A maioria dos resultados obtidos são produto de estudos longitudinais nos quais foram avaliados os eventos de risco aos quais as pessoas estavam expostas, às características de personalidade, tais como empatia, competência, *locus* de controlo; as relações familiares, tais como vínculos, coesão, conflitos; e as redes de apoio social externo à família, como grupos religiosos, sociais, comunitários, entre outros (Werner, 1989, Werner e Smith,

1992). Acredita-se, segundo Resende et al. (2010), que pessoas com um nível maior de bem-estar subjectivo são indivíduos mais resilientes, ou seja, apresentam maior capacidade de enfrentar as adversidades, transformando-se e superando-as. É de extrema importância compreender que a resiliência não é adquirida, e sim aprendida de diversas formas, sendo uma delas a realização de programas voltados a diferentes populações. A vulnerabilidade diz respeito à predisposição individual para o desenvolvimento de psicopatologias ou de comportamentos ineficazes em situações de crise. São, por conseguinte, respostas mal adaptadas que resultam em consequências negativas ao desenvolvimento psicológico. A vulnerabilidade refere-se a todos aqueles elementos que agravam as situações de risco ou impedem que os indivíduos respondam, de forma satisfatória, ao stress (Zimmerman e Arunkumar, 1994)

2.9.2. Factores relacionados à resiliência

É importante salientar que a resiliência não pode ser considerada um escudo protector que fará com que nenhum problema atinja essa pessoa, tornando-a rígida e resistente a todas as adversidades. Não existe uma pessoa que é resiliente, mas sim, a que está resiliente. Esse é um processo dinâmico, e as influências do ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto (Assis, Pesce e Avanci, 2006; Pinheiro, 2004). Grotberg (2005) identifica factores resilientes e os divide em quatro categorias: “*eu tenho*”, e “*eu posso*”, “*eu sou*” e “*eu estou*”. Veja-se o Quadro 1.

Mota, Benevides-Pereira, Gomes e Araújo (2006) afirmam que a resiliência envolve factores de protecção e factores de risco. Os factores de protecção são as influências que modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas. Relações parentais satisfatórias, disponibilidade de fontes de apoio social, auto-imagem positiva, crença ou religião, etc, são considerados factores de protecção. Carvalho, Morais, Koller e Peccinini (2007), dividem os factores de protecção em três classes: atributos pessoais, laços afectivos do sistema familiar, e contextos sociais que dão suporte durante a adversidade, como a escola e o local de trabalho. Os factores de risco

são variáveis que aumentam a probabilidade de desadaptação do sujeito, diante de uma situação de perigo (Sapienza e Pedromônico, 2005).

Quadro 1. Factores encontrados em pessoas resilientes (Grotberg, 2005)

Eu tenho:	Eu posso:
Pessoas do entorno em quem confio e que me querem incondicionalmente;	Falar sobre coisas que me assustam ou inquietam;
Pessoas que me põem limites para que eu aprenda a evitar os perigos ou problemas;	Procurar a maneira de resolver os problemas;
Pessoas que me mostram, por meio de sua conduta, maneira correcta de proceder;	Controlar-me quando tenho vontade de fazer algo errado ou perigoso;
Pessoas que querem que eu aprenda a desenvolver-me sozinho;	Procurar o momento certo para falar com alguém;
Pessoas que me ajudam quando estou doente, ou em perigo, ou quando necessito aprender.	Encontrar alguém que me ajude quando necessito.
Eu sou:	Eu estou:
Uma pessoa pela qual os outros sentem apreço e carinho;	Disposto a me responsabilizar por meus actos;
Feliz quando faço algo bom para os outros e lhes demonstro meu afecto;	Certo de que tudo sairá bem
Respeitoso comigo mesmo e com o próximo.	

Vários autores enfatizam que os factores de risco não são uma sentença (por exemplo, que todas as pessoas em situação de pobreza não serão resilientes), e que os factores de protecção reduzem o impacto dos factores de risco, reduzindo as reacções negativas em exposição à situação de risco, estabelecendo a auto-estima e criando oportunidades para reverter os efeitos do stress (Pesce, Assis, Santos e Oliveira, 2004; Sapienza e Pedromônico, 2005; Yunes, Garcia e Albuquerque, 2007).

Outro factor associado à resiliência é a auto-eficácia. Esse é um termo utilizado por Bandura, sendo a crença nas habilidades individuais de organizar e exercitar os recursos para administrar situações visando o futuro. A resiliência e a auto-eficácia percebida actuam como forma de o sujeito obter uma melhor qualidade de vida na superação da adversidade, envolvendo o contexto, a cultura e a responsabilidade colectiva, sendo capaz de responder de diferentes formas ante um fracasso (Barreira e Nakamura, 2006).

O conceito de *coping* também está directamente ligado à resiliência, sendo que, este caracteriza-se como o conjunto de estratégias utilizadas para a adaptação de circunstâncias

adversas pelas pessoas. Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998) afirmam que o termo pode ser entendido de forma processual entre o indivíduo e o ambiente, tendo a função de administração de situações stressoras, sendo que o indivíduo deve avaliar e interpretar o fenómeno que é por ele percebido. Pessoas que utilizam estratégias de *coping* podem ser consideradas resilientes.

2.9.3. A auto-estima

Por auto-estima entende-se a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa de si e engloba o auto-julgamento em relação à competência e valor. É o juízo pessoal de valor revelado através das atitudes que um indivíduo tem consigo mesmo, sendo uma experiência subjetiva acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis (Coopersmith, 1967).

A baixa auto-estima caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios; a alta auto-estima expressa um sentimento de confiança e competência; a média auto-estima flutua entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento (Branden, 2000; Rosenberg, 1989).

Estudos que avaliam a importância da auto-estima proliferam nos países desenvolvidos, destacando-se dentre os indicadores de saúde mental e nas análises sociais de crescimento e progresso (Mruk, 1995). A violência familiar, o abuso de drogas, a gravidez precoce, o fraco desempenho escolar, a delinquência, o suicídio, as agressões escolares, a depressão e a prostituição são alguns dos problemas, ditos contemporâneos, associados à baixa auto-estima (Assis e Avanci, 2003; Gomes, 1994; Mecca, Smelser e Vasconcellos, 1989; Rosenberg, 1956/ 1989; Tamayo e Cunha, 1983).

Embora a importância da auto-estima para o bem-estar social e individual seja reconhecida internacionalmente, há escassez de estudos em Angola sobre a temática, especialmente em bases populacionais. Um dos obstáculos a uma abordagem epidemiológica da auto-estima é a falta de instrumentos diagnósticos consolidados cientificamente em amostras angolanas, o que impede o conhecimento desse “atributo” em contextos de investigação. Neste trabalho apresentámos a escala de auto-estima concebida por Rosenberg (1956/1989), em língua inglesa, na sua versão em português. De modo

geral, a escala em estudo avalia a atitude e o sentimento positivo ou negativo por si mesmo. Engloba questões de satisfação pessoal, auto-depreciação, percepção de qualidades, competência, orgulho por si, auto-valorização, respeito e sentimento de fracasso.

Um dos factores de protecção estudado é a auto-estima que contribui para preservar o próprio bem-estar biológico, psicológico e social. O ter-se uma auto-estima saudável, é considerado como factor protector na vida, e é indispensável na adolescência, já que ao ter-se uma auto-estima baixa pode converter-se num factor de risco para o início e o abuso de bebidas alcoólicas. Além da auto-estima, também pode-se considerar que o apoio social é uma variável importante, facilitadora de resultados positivos para o bem-estar subjectivo. Indivíduos que têm altos níveis de apoio social e estão satisfeitos com a qualidade de sua rede de relações têm maior senso de bem-estar (Caprara e Steca, 2005).

2.10. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

1. Analisar o consumo de substâncias aditivas dos adolescentes angolanos.
2. Analisar as relações entre a auto-estima, a inteligência emocional, e o apoio social com a resiliência dos adolescentes angolanos.
3. Analisar a predição da percepção de bem-estar subjectivo dos adolescentes angolanos a partir da sua auto-estima, inteligência emocional, apoio social e resiliência.
4. Analisar a predição das actitudes ante o consumo de substâncias aditivas dos adolescentes angolanos a partir da sua auto-estima, inteligência emocional, apoio social e resiliência.
5. Propor programas de intervenção, com base na psicologia positiva, que visem a prevenção do consumo de álcool e tabaco nos adolescentes angolanos, tornando-os mais resilientes, encontrando mais factores de protecção dentro e fora da família e que proporcionem uma melhor qualidade de vida.

2.11. HIPÓTESES

1. Os rapazes angolanos, diferentemente das meninas, fazem mais uso de bebidas alcoólicas e do consumo de cigarro.
2. Os adolescentes que vivem em instituições sociais, são mais resilientes e percebem uma qualidade de vida mais baixa que os que vivem com a família biológica.
3. A inteligência emocional, o apoio social e a auto-estima são factores facilitadores da resiliência dos adolescentes.
4. A inteligência emocional, o apoio social, a auto-estima e a resiliência são factores protectores contra a tendência ao consumo de substâncias aditivas nos adolescentes.
5. A atitude ante o consumo de substâncias aditivas relaciona-se negativamente com o bem-estar subjectivo dos adolescentes angolanos.
6. A inteligência emocional, o apoio social, a auto-estima e a resiliência estão positivamente relacionados com o bem-estar subjectivo dos adolescentes.
7. A resiliência relaciona-se positivamente com a percepção subjectiva da qualidade de vida, e negativamente com a actitude ante o consumo de drogas dos adolescentes angolanos.

CAPÍTULO III

MÉTODO:

- 3.1. PARTICIPANTES.
- 3.2. INSTRUMENTOS.
- 3.3. PROCEDIMENTO.
- 3.4. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS.
- 3.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS.
- 3.6. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.

3.1. PARTICIPANTES

O universo de estudo para este trabalho foi um conjunto de adolescentes de Angola com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade. Destes, tomou-se uma amostra, por conveniência, de 2739 adolescentes (1347 rapazes e 1390 meninas), dos quais 2509 vivem com algum membro familiar e 230 vivem em instituições oficiais (lares). Estes adolescentes pertencem a três províncias de Angola: Benguela (840), Huíla (659) e Luanda (1240). De toda a amostra, 2210 adolescentes (80.7%) residem no meio urbano e 659 (19.3%) em meio rural.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo a idade e o género dos adolescentes

Idade	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
14 años	174	6.3	224	8.2	398	14.5
15 años	209	7.6	210	7.7	419	15.3
16 años	256	9.3	259	9.5	515	18.8
17 años	292	10.7	313	11.4	605	22.1
18 años	418	15.3	384	14.0	802	29.3
Total	1349	49.30	1390	50.7	2739	100.0

Desde a Tabela 1 pode-se ver que o maior percentual de adolescentes pertencentes a amostras tanto ao que tange ao género masculino como ao feminino encontram-se na faixa etária dos 18 anos. Sendo a menos representativa aqueles que têm 14 anos de idade em ambos os sexos.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo o nível académico e o género

Nível escolar	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível 5	41	1.5	40	1.5	81	3.0
Nível 6	71	2.6	84	3.1	155	5.7
Nível 7	146	5.3	128	4.7	274	10.0
Nível 8	214	7.8	225	8.2	439	16.0
Nível 9	420	15.3	429	15.7	849	31.0
Nível 10	151	5.5	169	6.2	320	11.7
Nível 11	145	5.3	132	4.8	277	10.1
Nível 12	161	5.9	183	6.7	344	12.6
Total	1349	49.3	1390	50.7	2739	100.0

Ao observar-se a Tabela 2 pode-se ver que os adolescentes mais representados na amostra deste trabalho de investigação encontram-se a estudar a 9ª classe do ensino básico, enquanto que as menos representadas encontram-se na 5ª classe.

3.2. INSTRUMENTOS

Para se atingir os objectivos preconizados para a pesquisa utilizou-se como instrumentos para a recolha de dados os seguintes:

3.2.1. *Questionário sociodemográfico.* É um questionário no qual se incluem variáveis tais como idade, sexo, escolaridade, local de residência (zona rural, zona urbana), tipo de escola (pública, privada), convivência com a família ou em instituições, associativismo, vínculo com o desporto, o melhor confidente consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco. Um dos instrumentos que nos serviu de inspiração foi o questionário apresentado por Salamó et al. (2010). Estes autores no seu trabalho buscaram padrões de consumo de álcool em que os participantes se classificavam em uma das seguintes categorias: nunca provei álcool, provei mas não sou consumidor, sou consumidor. A partir destas variáveis classificaram os adolescentes em não consumidores (os que nunca provaram ou aqueles que o pudessem ter feito não se definiam como consumidores) e os consumidores. Um outro factor Salamó et al. (2010) chamaram de influência social. Perguntava-se sobre o nível de experimentação de álcool do seu melhor amigo, utilizando-se as categorias: nunca provaram álcool, provou mas não é consumidor, não é consumidor. Também no seu questionário perguntava se o pai mãe ou irmão eram consumidores de álcool. Consideramos neste instrumento ser pertinente direccionar perguntas sobre o consumo do tabaco.

3.2.2. *Escala de Auto-estima.* A Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da auto-estima global. Rosenberg (1965) refere-se à auto-estima como a avaliação que a pessoa efectua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor que engloba uma componente predominantemente afectiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. É uma escala formada originariamente por 10 items, cinco positivos e cinco invertidos (exemplos: A vezes sinto-me realmente inútil; Tenho uma actitude positiva em relação a mim mesmo). Foi traduzida, adaptada e validada em numerosos

idiomas e em más de 50 nações. Na literatura especializada, há autores que defendem a sua estrutura unidimensional (Schmitt e Allik, 2005), e outros consideram que ela está formada por duas dimensões, estima positiva e estima negativa (Avanci, Assis, Santos e Oliveira, 2007). Também existem trabalhos que indicam que, devido a forma de redacção dos itens, uns em positivo e outros invertidos, se incorpora um artefacto estatístico o efeito de método (Santos e Maia, 2003; Tomás e Oliver, 1999), o qual levou a alguns autores a considerar unicamente os itens redactados em positivo (Oliver, Sancho, Galiana, Tomás e Gutiérrez, em prensa). Esta última é a opção que aqui tomamos, a partir da versão portuguesa oferecida por Avanci et al. (2007).

Todas as escalas aplicadas na presente investigação presentou-se aos participantes com cinco alternativas de resposta, desde (1) *totalmente em desacordo*, até (5) *totalmente de acordo*.

3.2.3. Escala de Apoio Social. Para avaliar o apoio social, utilizou-se a MSPSS-AA (Zimet, Dahlem, Zimet e Farley, 1988), em versão de Ramaswamy, Aroian e Templin (2009). É composta de doze itens, e avalia três dimensões: Apoio da Escola (Support from School Personnel), Apoio dos Amigos (Support from Friends), e Apoio da Família (Support from Family). São exemplos de itens desta escala os seguintes: “tenho um professor conselheiro que me tenta ajudar; eu tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas; eu posso falar sobre os meus problemas com a minha família, a minha família é uma verdadeira fonte de conforto para mim.”

3.2.4. Escala de Inteligência Emocional. A escala de inteligência emocional que foi utilizada na presente investigação é a da versão de Wong e Law (2002). Consta de dezasseis itens e mede quatro dimensões: Avaliação da Ego-emoção (Self-emotion appraisal), Avaliação das emoções de outros (Others' emotion appraisal), Uso da emoção (Use of emotion), e Controlo da Emoção (Regulation of emotion). Algumas perguntas relacionadas com os seus itens são: “Eu tenho um bom senso do porquê eu tenho certos sentimentos na maioria das vezes”, “Eu tenho boa percepção das minhas próprias emoções”, “Eu realmente entendo o que eu sinto”, “Eu sempre sei se estou ou não contente”... “Eu tenho bom controlo de minhas próprias emoções”

3.2.5. Escala de Resiliência. A escala de resiliência utilizada no presente estudo foi a da versão de Smith et al. (2008), designada de Brief Resilience Scale (BRS) é unidimensional e está composta por seis itens (exemplos: Tenho tendência de desistir rapidamente ante as dificuldades; No demoro muito tempo em recuperar-me de um evento stressante). Para os nossos objectivos, utilizamos unicamente quatro itens, com a intenção de evitar o efeito de método dos itens invertidos, similar ao referido anteriormente em relação a escala de auto-estima.

3.2.6. Escala de Satisfação com a Vida. Para avaliar a satisfação com a vida foi utilizada a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985; Pavot e Diener, 1993, 2008; versão portuguesa de Neto, 1993) proposta por Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera, Carral e Queirós (2005). Esta escala integra cinco itens, pedindo-se aos sujeitos para avaliar esses itens. Exemplos: Estou satisfeito com a minha vida; Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.

3.2.7. Escala de Atitude ante o Consumo de Substâncias Adictivas. Este instrumento foi elaborado tendo como base as ideias de Escámez e García (1990), e de Ortega, Mínguez e Pagán (1993). Com este instrumento pretendeu-se medir os efeitos prazenteiros do consumo de drogas, a dependência das drogas, a pressão social para o consumo de drogas, o prejuízo das drogas para a saúde, e a tolerância/aceitação social ante o consumo de drogas (exemplos: As bebidas alcoólicas fazem com que eu me sintam bem; Se fumasse poderia deixar o tabaco quando eu quisesse; É conveniente fumar para não ser rejeitado pelos amigos; Prefiro não estar em lugares onde se consumem drogas; Não é necessário provar as drogas para saber que prejudicariam a minha saúde).

3.3. PROCEDIMENTO

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos. Os pais/responsáveis foram informados e consultados sobre a permissão para participação dos seus educandos na pesquisa, bem como as instituições que mantêm formalmente a guarda dos adolescentes em abrigos/lares. Visitamos as escolas e instituições sociais com o objectivo de aclarar a finalidade da pesquisa, bem como o de apresentar os objectivos solicitando a devida autorização dos seus responsáveis.

Direccionou-se cartas às direcções províncias da educação e às direcções dos lares, de modo a solicitarmos permissão para a aplicação dos questionários. Vide Anexo 7.1.

Foi imprescindível a criação de uma equipa de trabalho. Esta estava constituída por sete estudantes universitários que receberam formação sobre os procedimentos a ter em conta para poderem aplicar os questionários.

Os participantes foram informados sobre a natureza do estudo. Este procedimento visa a garantia da compreensão das características do estudo e dos direitos do participante, especialmente o carácter voluntário da participação. Portanto, teve-se uma conversa com os adolescentes participantes, durante a qual se explicou-se os objectivos do trabalho, os seus procedimentos, a atitude a adoptar, sublinhando-se o carácter anónimo dos questionários

Os questionários foram aplicados nas escolas sem a presença dos professores, o mesmo aconteceu nas instituições (lares) em que os responsáveis pelos adolescentes estiveram ausentes com a finalidade de não interferir na opinião de cada participante. O tempo médio para o preenchimento foi de 30 minutos. A amostra de adolescentes institucionalizados foi abordada nos lares/instituições sociais nos quais os participantes residam.

À excepção da Escala de Auto-estima de Rosenberg, e a de Satisfação pela Vida que já dispõem de versões em português, os restantes instrumentos foram traduzidos para a língua portuguesa para a sua aplicação e adaptação a esta investigação. Procedeu-se a uma dupla tradução, ou seja foram traduzidos do espanhol para o português e vice-versa. O mesmo aconteceu com os que estavam em língua inglesa.

Para evitar o efeito de posição serial, prepararam-se duas versões (A e B) dos instrumentos com uma ordem diferente. A metade da amostra aplicou-se os questionários da versão A, apresentados na seguinte ordem: questionário sociodemográfico, auto-estima, apoio social, satisfação com a vida, actitudes ante o consumo de substâncias, inteligência emocional e resiliência. A outra metade da amostra se lhe aplicou a versão B, com a seguinte ordem de apresentação: questionário sociodemográfico, actitudes ante o consumo de substâncias, satisfação com a vida, inteligência emocional, auto-estima, resiliência e apoio social.

Depois de recolhidos os questionários preenchidos, procedeu-se a sua codificação, lançamento dos dados e respectivas análises a partindo do programa SPSS versão 19.

3.4. VARIÁVEIS ESTUDADAS

- Idade: 14-18 anos.
- Género: (1) Homens, (2) Mulheres.
- Nível de escolaridade: (1) até a 6ª classe, nível primário; (2) 7ª a 9ª classe, primeiro ciclo de ensino básico; (3) 10ª a 12ª classe, segundo ciclo de ensino básico (considerados como técnicos médios).
- Residência (com quem vive): (1) casa de família, (2) instituições sociais (lares).
- Zona em que vive: (1) urbana, (2) rural.
- Tipo de escola: (1) pública, (2) privada.
- Factor da Auto-estima.
- Factores deduzidos da Escala de Apoio Social: (1) Apoio da Escola, (2) apoio dos Amigos, (3) apoio da Família.
- Factores deduzidos da Escala de Inteligência Emocional: (1) avaliação das emoções próprias, (2) avaliação das emoções de outros, (3) uso da emoção, (4) controlo emocional.
- Factor da Resiliência.

Factor da Satisfação com a Vida.

- Factores derivados do questionário de Consumo de álcool e tabaco: (1) O consumo de drogas não prejudica a saúde, (2) Pressão social para o consumo de drogas, (3) O consumo de drogas não gera dependência, (4) Efeitos prazenteiros do consumo de drogas, (5) Influência da família no consumo de drogas.

3.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As análises estatísticas realizadas nesta investigação foram as seguintes:

- Análises factoriais confirmatórias (Confirmatory Factor Analysis-CFA) de cada um dos instrumentos utilizados, para comprovar a adequação dos modelos aportados pelos seus autores a amostra estudada nesta investigação.
- Análises de fiabilidade dos factores (coeficientes alpha de Cronbach).
- Análises descritivas das variáveis estudadas (média, desvio padrão).
- Análises de correlações entre as diferentes variáveis estudadas.
- Análises diferenciais (provas t e ANOVAS de um factor), para conhecer as diferenças nas variáveis estudadas, segundo as fontes de variação consideradas. No caso das ANOVAS, utilizaram-se comparações a posteriori para determinar as diferenças entre os distintos grupos que constituem cada variável, a partir da prova HSD de Tukey e a de Games Howell (quando os grupos apresentam varianças não homogéneas).
- Análises preditivas (mediante Modelos de Equações Estruturais o path analysis) do bem-estar subjectivo (satisfação com a vida) e as atitudes ante o consumo de substâncias aditivas (álcool tabaco) dos adolescentes.

3.6. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação está relacionado com os objectivos e hipóteses traçadas. Vamos procurar saber em que medida a auto-estima, a inteligência emocional e o apoio social predizem a resiliência e se a resiliência prediz o bem-estar subjectivo e as atitudes ante o consumo de substâncias dos adolescentes. Por outro lado, vamos procurar saber se as variáveis de identificação social são diferenciadoras na resiliência e se há alguma relação entre esta e a atitude ante o consumo de substâncias aditivas por parte dos adolescentes.

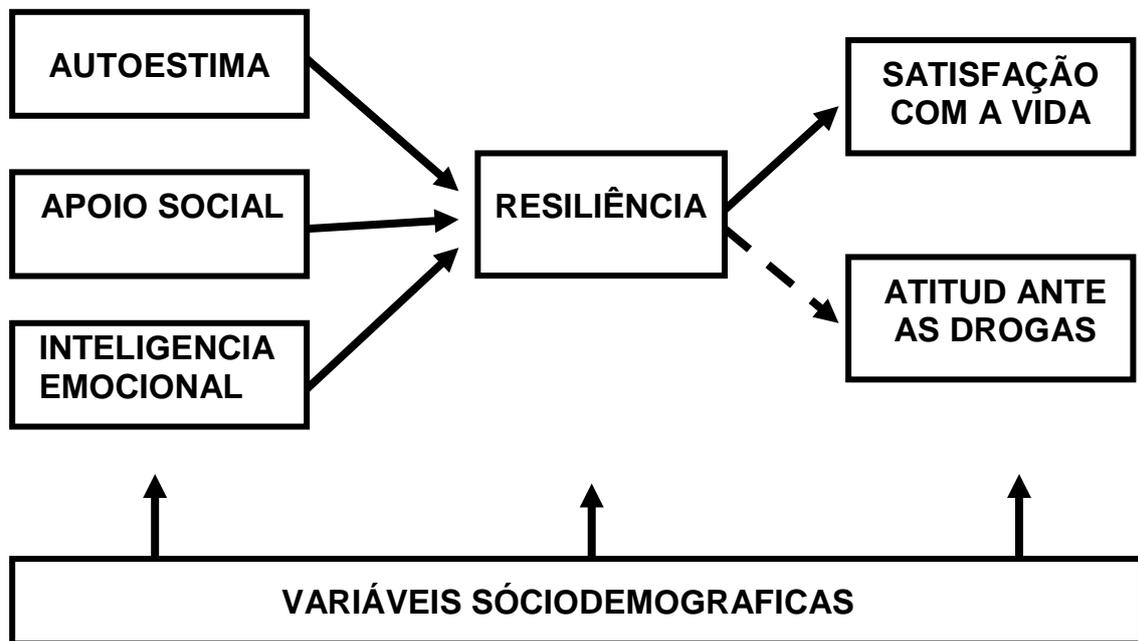


Fig. 1. Desenho de Investigação

CAPÍTULO IV

RESULTADOS:

- 4.1. RESULTADOS FACTORIAIS DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.
- 4.2. ESTATÍSTICAS DESCRIPTIVAS DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS.
- 4.3. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS.
- 4.4. RESULTADOS DIFERENCIAIS SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.
- 4.5. PREDICÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA E DAS ATITUDES DOS ADOLESCENTES ANTE O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADICTIVAS.

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos nesta investigação, divididos em cinco apartados

- (1) No primeiro apartado, mostraram-se as propriedades psicométricas dos instrumentos administrados aos adolescentes angolanos, com o objectivo de comprovar a sua validade e fiabilidade. Para isso, realizamos diversas análises factoriais confirmatórias, baseando-nos nos modelos já existentes, e comprovando assim a validade dos instrumentos para serem aplicados a esta amostra. Também apresentamos a consistência interna (coeficiente Alpha de Cronbach) dos factores que compõem cada um dos instrumentos empregues no estudo.
- (2) No segundo apartado, se oferecem os resultados das análises descritivas das variáveis estudadas.
- (3) No terceiro apartado, expõem-se os resultados das análises de correlações, descrevendo as relações entre as diferentes variáveis estudadas.
- (4) No quarto, mostramos os resultados diferenciais, com o objectivo de ver se existem diferenças em função do género, da idade dos adolescentes, bem como do lugar onde residem (em casa de familiares, ou em instituições-lares).
- (5) Por último, no quinto apartado, apresentamos o resultado do Modelo de Equações Estruturais (path análise) postas a prova para conhecer as relações entre as variáveis estudadas, com a predição do bem-estar subjectivo e as atitudes ante o consumo de substâncias aditivas dos adolescentes angolanos, assim como a possível mediação da variável resiliência nestas relações.

Para se levar a cabo a análise, utilizou-se os modelos de análises factorial confirmatória (CFA, confirmatory factor analysis; Bollen, 1989; Hayduk, 1987; Hoyle e Panter, 1995; Loehlin, 1987), mediante o programa EQS 6.1 (Bentler e Wu, 1995). Os modelos confirmatórios foram estimados mediante máxima verosimilitude com correcções robustas de Satorra-Bentler nos erros estándares e estatísticos e índices de ajuste, dada a falta de normalidade das variáveis (Finney e DiStefano, 2006). O ajuste das análises factoriais confirmatórias foram avaladas utilizando diversos critérios, tal e como se recomenda na literatura (Hu e Bentler, 1999; Tanaka, 1993). Concretamente, os

estatísticos e índices de ajuste utilizados são: a) estadístico χ^2 (Kaplan, 2000; Kline, 1998; Ullman, 1996); b) Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990) maior de .90 (e idealmente maior de .95; Hu e Bentler, 1999); c) Goodness-of-Fit Index (GFI), cujos valores superiores a .90 indicam um bom ajuste; d) Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), com valores menores de .08 considerados como indicadores de um bom ajuste; e d) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; Steiger e Lind, 1980) cujos valores são aceitáveis quando são iguais ou menores a .05. Hu e Bentler (1999) assinalam que um conjunto de pelo menos .95 conjuntamente com RMSEA de, pelo menos, .06 indicam um bom ajuste do modelo hipotetizado aos dados.

4.1. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS

Esta parte dos resultados centra-se no estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos, concretamente na determinação da sua estrutura factorial, assim como da fiabilidade ou consistência interna dos factores encontrados.

4.1.1. Propriedades psicométricas da Escala de Auto-estima. Apesar de que inicialmente Rosenberg (1965), e posteriormente autores como Avanci et al. (2007) considerarem que a Escala de Auto-estima se compõe de dois factores (estima positiva e estima negativa), também há outros autores que consideram que a auto-estima sozinha pode ter uma dimensão, e que uma pessoa terá melhor ou pior auto-estima segundo esta seja alta ou baixa. Adicionalmente, também existem trabalhos referenciados pela literatura especializada que indicam que, devido a forma de redacção dos itens, uns em positivo e outros em negativo, se incorporam na escala um artefacto estatístico ou efeito de método, o qual levou a alguns autores a considerar unicamente os itens redatados em positivo. Por todas estas questões aqui assinaladas, submetemos os três modelos (um factor geral, dois factores, e um factor mais o efeito de método) a comprovação mediante análises factoriais confirmatórias na nossa amostra de adolescentes, e se obteve os resultados expostos na Tabela 3.

Estos resultados indicam que o primeiro modelo, segundo o qual se considera a Auto-estima como um factor global, mostra uns índices de ajuste aos dados da nossa amostra considerados não satisfatórios ($\chi^2_{35} = 1120.71$, $p < .01$, GFI = .900, AGFI = .842,

CFI = .517, SRMR = .098, RMSEA = .106). Melhores ajustes mostram os índices relativos ao segundo modelo, em que se considera que a Auto-estima formada por um factor positivo e outro factor negativo ($\chi^2_{34} = 339.41$, $p < .01$, GFI = .972, AGFI = .955, CFI = .864, SRMR = .059, RMSEA = .057). No obstante, os melhores índices de ajuste do modelo aos dados lhes oferece a consideração da auto-estima formada por um factor de auto-estima global mais um factor de método ($\chi^2_{30} = 149.05$, $p < .01$, GFI = .987, AGFI = .976, CFI = .947, SRMR = .028, RMSEA = .038).

Tabela 3. Índices de ajuste dos três modelos provados na Escala de Auto-estima

Modelos factoriais	χ^2	gl	p	GFI	AGFI	CFI	SRMR	RMSEA
Auto-estima 1	1120.71	35	<.001	.900	.842	.517	.098	.106
Auto-estima 2	339.41	34	<.001	.972	.955	.864	.059	.057
Auto-estima 3	149.05	30	<.001	.987	.976	.947	.028	.038

Notas: $p < .001$; Modelo 1= um factor de auto-estima global; Modelo 2= 1 factor de auto-estima positiva + 1 factor de auto-estima negativa; Modelo 3 = 1 factor de auto-estima global + 1 factor de método.

A observação destes resultados, preferimos optar por considerar para os nossos cálculos unicamente os itens positivos da Escala de Rosenberg, cujas saturações estandarizadas mostramos na Tabela 4.

Tabela 4. Saturações estandarizadas dos itens do factor de Auto-estima

<i>Auto-estima.</i>	
1. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.....	.418
3. Eu acho que eu tenho várias e boas qualidades.....	.642
4. Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.....	.479
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.....	.487
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.....	.472

O coeficiente alfa de Cronbach (consistência interna) deste factor é de $\alpha = .715$

4.1.2. Propriedades psicométricas da Escala de Apoio Social. Submetemos a uma análise factorial confirmatória a Escala de Apoio Social de Zimet et al. (1988), versão de Ramaswamy et al. (2009), obtendo satisfatórios índices de ajuste aos dados: $\chi^2_{51} = 257.24$, $p < .001$, GFI = .965, AGFI = .946, CFI = .984, SRMR = .034, RMSEA = .038, ratificando-se os três factores anunciados pelos seus autores. A consistência interna dos três factores que compõe a Escala de Apoio Social é a seguinte: Apoio social da escola ($\alpha = .809$), Apoio social dos amigos ($\alpha = .747$), e Apoio social da família ($\alpha = .742$).

Tabela 5. Saturações estandarizadas dos itens que compõem a Escala de Apoio Social

<i>Factor 1: Apoio social da escola.</i>	
1. Tenho um professor conselheiro que me tenta ajudar.....	.741
2. Eu adquiro a ajuda emocional e apoio eu preciso do professor conselheiro.....	.805
3. Eu posso falar sobre meus problemas com o professor conselheiro.....	.736
4. O professor conselheiro está disposto em me ajudar a tomar decisões.....	.741
<i>Factor 2: Apoio social dos amigos.</i>	
5. Os meus amigos realmente me tentam ajudar.....	.719
6. Eu posso contar com os amigos quando as coisas derem errado.....	.722
7. Eu tenho os amigos com quem eu posso compartilhar as alegrias e tristezas.....	.733
8. Eu posso falar sobre os meus problemas com os meus amigos.....	.695
<i>Factor 3: Apoio social da família.</i>	
9. Se eu tiver necessidade a minha família está a minha volta (ao meu lado).....	.669
10. Eu posso falar sobre os meus problemas com a minha família.....	.669
11. A minha família é uma real fonte de conforto para mim.....	.804
12. Os meus familiares preocupam-se com os meus sentimentos.....	.654

4.1.3. Propriedades psicométricas da Escala de Inteligência Emocional. Submetida a uma análise factorial confirmatória o modelo de Inteligência Emocional oferecido por Wong e Law (2002), obteve-se satisfatórios índices de ajuste do modelo aos dados: $\chi^2_{98} = 377.33$, $p < .001$, GFI = .963, AGFI = .949, CFI = .981, SRMR = .038, RMSEA = .032, o qual ratifica a composição desta escala por quatro factores, tal como propõem os seus autores. As saturações estandarizadas obtidas com a nossa amostra de estudo são as que se apresentam na Tabela 6.

Tabela 6. Saturações estandarizadas dos itens que compõem a Escala de Inteligência Emocional

<i>Factor 1: Avaliação das emoções próprias.</i>	
1. Eu tenho um bom senso do porquê eu tenho certos sentimentos na maioria das vezes..	.548
2. Eu tenho boa percepção das minhas próprias emoções.....	.664
3. Eu realmente entendo o que eu sinto.....	.660
4. Eu sempre sei se estou ou não contente.....	.555
<i>Factor 2: Avaliação das emoções de outros.</i>	
5. Eu sempre conheço as emoções dos meus amigos pelo seu comportamento543
6. Eu sou um bom observador das emoções dos outros.....	.584
7. Eu sou sensível aos sentimentos e as emoções dos outros.....	.566
8. Eu tenho bom entendimento das emoções das pessoas ao meu redor.....	.639
<i>Factor 3: Uso das emoções.</i>	
9. Eu sempre estabeleci metas para mim e então tento o meu melhor para as alcançar.....	.530
10. Eu sempre me falo, eu sou uma pessoa competente.....	.507
11. Eu sou uma pessoa ego-incentivada.....	.539

12. Eu sempre me encorajaria para que eu tentasse o meu melhor.....	.670
<i>Factor 4: Controlo emocional.</i>	
13. Eu consigo controlar o meu temperamento e dificuldades racionalmente.....	.631
14. Eu sou bastante capaz de controlar minhas próprias emoções.....	.756
15. Eu sempre posso me tranquilizar depressa quando eu estiver muito bravo.....	.548
16. Eu tenho bom controle de minhas próprias emoções.....	.772

A consistência interna dos quatro factores que compõem a Inteligência Emocional é seguinte: Avaliação das emoções próprias ($\alpha = .748$), Avaliação das emoções de outros ($\alpha = .729$), Uso das emoções ($\alpha = .784$), e Controlo Emocional ($\alpha = .725$).

4.1.4. Propriedades psicométricas da Escala de Resiliência. A análise factorial confirmatória da Escala de Resiliência ofereceu-nos os seguintes índices de ajuste: $\chi^2_2 = 0.45$, $p = .79$, GFI = 1.000, AGFI = .999, CFI = 1.000, SRMR = .004, RMSEA = .001), o qual confirma que os seus quatro itens se agrupam numa única dimensão ou factor, com um coeficiente de consistência interna de $\alpha = .705$.

Tabela 7. Saturações estandarizadas dos itens que compõem a Escala de Resiliência

<i>Resiliência.</i>	
1. Eu sofro demasiado quando vivo momentos stressantes.....	.391
2. É difícil para mim recuperar-me quando me acontece algo mau.....	.539
3. Normalmente passo mal inclusive ante os pequenos problemas.....	.589
4. Necessito de muito tempo para recuperar-me dos problemas na minha vida.....	.676

4.1.5. Propriedades psicométricas da Escala de Satisfação com a Vida. A escala de Satisfação com a Vida (SWLS, de Pavot e Diener, 1993), cuja estrutura unidimensional foi também ratificada por numerosos autores em diferentes culturas, apresenta aqui esta mesma estrutura com um bom ajuste do modelo aos dados: $\chi^2_5 = 25.26$, $p < .001$, GFI = .993, AGFI = .979, CFI = .990, SRMR = .023, RMSEA = .038.

Tabela 8. Saturações estandarizadas dos itens da Escala de Satisfação com a Vida

<i>Satisfação com a vida</i>	
1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.....	.391
2. As minhas condições de vida são excelentes.....	.587
3. Estou satisfeito com a minha vida.....	.720
4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.....	.621
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.....	.471

O coeficiente alfa de Cronbach (consistência interna) deste factor é de $\alpha = .735$

4.1.6. Propriedades psicométricas da Escala de Atitude ante o Consumo de Substâncias Adictivas. Considerando que não encontramos na literatura especializada que este questionário disponha de análises factoriais confirmatórias em estudos prévios, submetemos a prova o modelo conceptual oferecido pelos seus autores (Escámez e García, 1990; Ortega et al., 1993). Para isso, dividimos a amostra de adolescentes em duas sub-amostras ao azar, com o 50% de participantes em cada uma delas. Começamos por provar o modelo em uma das sub-amostras, obtendo os seguintes índices de ajuste aos dados: $\chi^2_{220} = 1584.81$, $p < .001$, GFI = .875, AGFI = .844, CFI = .761, SRMR = .094, RMSEA = .068. Estes resultados indicam que o ajuste do modelo para os nossos dados é pobre. Seguidamente eliminamos os 5 itens que não aportavam uma saturação satisfatória, com o qual o ajuste foi muito mais satisfatório: $\chi^2_{125} = 312.45$, $p < .001$, GFI = .969, AGFI = .957, CFI = .956, SRMR = .033, RMSEA = .033.

O modelo obtido com a primeira subamostra foi submetido a validação na segunda subamostra, e aportou uns índices de ajuste muito satisfatório: $\chi^2_{125} = 219.97$, $p < .001$, GFI = .978, AGFI = .970, CFI = .978, SRMR = .029, RMSEA = .023.

Tabela 9. Saturações estandarizadas dos itens que compõem a Escala de Atitudes ante o Consumo de Substâncias

Factor 1: <i>As drogas não prejudicam a saúde.</i>	
12. Estou convencido de que se bebesse bebidas alcoólicas não prejudicaria a minha saúde.....	.540
14. Fumar de vez em quando não é prejudicial a saúde.....	.439
16. Estou convencido de que o consumo de drogas não é tão prejudicial como dizem os meus pais e professores.....	.619
22. Mesmo que fumasse drogas, não me prejudicariam.....	.555
Factor 2: <i>Pressão social para o consumo de drogas.</i>	
7. Acredito que consumir álcool me ajuda a ter amigos.....	.704
8. É conveniente fumar para não ser rejeitado pelos amigos.....	.735
9. Fumar me ajudaria a sentir-me adulto.....	.749
10. Os meus amigos me rejeitariam se eu não tomasse drogas.....	.579
11. Bebendo álcool se consegue ter mais amigos.....	.651
Factor 3: <i>As drogas não geram dependência.</i>	
5. Embora eu beba posso deixar quando quiser.....	.839
6. Se eu fumasse poderia deixar quando quisesse.....	.761
Factor 4: <i>Efeito prazenteiro do consumo de drogas.</i>	

1. Consumir bebidas alcoólicas ajuda-me a resolver os problemas pessoais (timidez, desgostos etc.).....	.758
2. Bebidas alcoólicas fazem com que eu me sinta bem.....	.793
3. Consumiria alguns medicamentos mesmo sem receita médica para me sentir bem....	.417
21. É normal um jovem beber com os seus amigos para sentirem-se bem.....	.420
Factor 5: <i>Influência da família sobre o consumo de drogas.</i>	
17. Se algum membro da minha família bebesse muito álcool teríamos problemas.....	.512
19. Prefiro não estar em lugares onde se consomem drogas.....	.532
20. Se as relações familiares fossem melhores os jovens bebiam menos bebidas alcoólicas.....	.422

Os coeficientes de consistência interna dos cinco factores que compõem o Questionário de Atitudes dos Adolescentes ante a Droga foram: As drogas não prejudicam a saúde ($\alpha = .730$); Pressão social para o consumo de drogas ($\alpha = .803$); As drogas não geram dependência ($\alpha = .772$), Efeito prazenteiro do consumo de drogas ($\alpha = .731$), Influência da família sobre o consumo de drogas ($\alpha = .716$).

4.2. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS

Neste apartado, começaremos por expor as características dos adolescentes estudados, segundo as variáveis sociodemográficas contempladas nos instrumentos aplicados, e seguidamente mostraremos os resultados descritivos dos factores ou dimensões que compõem as escalas e questionários aplicados aos participantes neste estudo.

4.2.1. Características dos adolescentes angolanos estudados. Tal como já nos expressamos ao descrever a amostra, participaram 2739 adolescentes angolanos com idades compreendidas entre os 14 a 18 anos de idade, 1347 rapazes e 1390 meninas, pertencentes as províncias de Benguela, Huíla e Luanda. Destes 80.7% residem no meio urbano e 19.3% no meio rural. Do total da amostra 91.6% vivem com algum membro familiar, enquanto que 8.4% vivem em residências oficiais ou lares. Estes adolescentes encontram-se a estudar nos níveis de escolaridade que vão da 5ª à 12ª classe. Quanto a composição familiar, encontrou-se uma grande diversidade, desde aqueles que alegam ter um irmão até aos que dizem ter 27 irmãos, sendo unicamente 94 adolescentes (3.4%) os que não se referem ter irmãos. As maiores frequências indicam a existência de dois à sete

irmãos na família.

A determinação das habilitações literárias, tanto do pai como da mãe, constituiu um grande problema, devido a grande quantidade de dados que faltaram, razão pela qual não se teve em conta esta variável nas posteriores análises de dados.

Ante a pergunta de que se tomam bebidas alcoólicas os familiares com quem vivem, responderam um 13.3% que o pai e a mãe, 18.9% o pai, 16.2% a mãe, 11.6% os irmãos, 7.5% todos e 42.6% ninguém.

Com respeito ao consumo de álcool e tabaco dos adolescentes e do seu melhor amigo, os resultados são os da Tabela 10.

Tabela 10. Consumo de álcool e tabaco dos adolescentes e do seu melhor amigo/a

	Nunca provei bebidas alcoólicas	Bebo mas não sou consumidor	Sou um consumidor
Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, como te consideras?	1388 (50.7%)	1123 (41%)	228 (8.3%)
	Nunca provou bebidas alcoólicas	Bebe mas não é consumidor	É consumidor
Quanto ao consumo de bebidas, como consideras o teu melhor amigo/a?	1265 (46.2%)	1137 (41.5%)	337 (12.3%)
	Nunca fumei	Fumo mas não sou viciado	Sou viciado
Quanto ao consumo de cigarros, como te consideras?	2381 (86.9%)	214 (7.8%)	144 (5.3%)
	Nunca fumou	Fuma mas não é viciado	É viciado
Quanto ao consumo de cigarros, como consideras o teu melhor amigo/a?	2253 (82.3%)	312 (11.4%)	174 (6.4%)

Perguntou-se aos adolescentes se pertenciam a alguma associação juvenil, 1067 equivalente a (39%) responderam que sim, e 1672 equivalente a (61%) disseram que não. Também se lhes perguntou se participam em actividades extra-escolares, destes 859 (31.4%) responderam que não, enquanto que 1380 (50.4%) responderam um pouco, e 500 (18.3%) disseram que participam muito. Especificamente, ante a prática de actividades desportivas, 618 (22.6%) responderam que não praticam, 1615 (59%) dizem participar as vezes, para recreação, e 506 (18.5%) manifestam estar ligados a um clube desportivo.

Comparando estes dados com os anteriores, cabe pensar que alguns adolescentes referem a sua participação em actividades desportivas, embora não seja como actividades extra-escolares.

Também perguntamos aos adolescentes com quem geralmente mais conversam sobre os seus problemas. O leque de respostas é bastante amplo: 10.3% dizem que com o pai, 33.1% com a mãe, 24.4% com os irmãos, 2.3% com os avós, 2.6% com os tios, 22.6% com os amigos, e um 4.8% não citaram a ninguém.

4.2.2. Resultados descritivos dos instrumentos utilizados. Desde a Tabela 11, se podem observar os resultados descritivos das variáveis Auto-estima, Apoio Social, Inteligência Emocional, Resiliência, Satisfação com a vida e Atitudes ante o consumo de álcool e tabaco.

Tabela 11. Estatísticas descritivas das variáveis estudadas

Factores	Media	DP	α
<i>Auto-estima</i>			
Auto-estima	3.83	0.71	.715
<i>Apoio Social</i>			
Apoio da Escola	3.35	1.05	.809
Apoio dos Amigos	3.97	0.81	.747
Apoio da Família	3.96	0.83	.742
<i>Inteligência Emocional</i>			
Avaliação das emoções próprias	3.81	0.73	.748
Avaliação das emoções de outros	3.50	0.79	.729
Uso da Emoção	3.78	0.72	.784
Controlo Emocional	3.66	0.83	.725
<i>Resiliência</i>			
Resiliência	2.85	0.84	.705
<i>Satisfação com a Vida</i>			
Satisfação com a vida	3.40	0.78	.753
<i>Atitudes ante o Consumo de Álcool e Tabaco</i>			
As drogas não prejudicam a saúde	2.00	0.86	.730
Pressão social para o consumo de drogas	1.69	0.76	.803
As drogas não geram dependência	2.88	1.31	.772
Efeito prazenteiro do consumo de drogas	1.91	0.74	.731
Influência da família no consumo de drogas	3.60	0.98	.716

DP = Desvio padrão.

A partir dos resultados obtidos e tal como nos mostra a Tabela 11, se pode

comprovar que as pontuações obtidas pelos adolescentes que compõem a amostra na variável Auto-estima é superior a média (3.83). Quanto a dispersão (desvio padrão) ela é de 0.71.

No que tange ao Apoio Social pode-se ver os valores da média em cada uma das suas variáveis são todos superiores ao valor da média possível. A dispersão das pontuações, é razoavelmente baixa exceptuando-se no apoio da escola (DP = 1.05).

As pontuações alcançadas na variável Inteligência Emocional, a sua média varia de 3.50 a 3.81, apresentando valores a nível do desvio padrão de 0.72 a 0.83.

Respectivamente a Resiliência, pode-se ver que a média é de 2.85 e o DP=0.84 e no respeitante a Satisfação com a vida esta teve uma média de 3.40 sendo 0.78 os valores do desvio padrão.

Finalmente, no respeitante as Atitudes ante o Consumo de Álcool, cabe assinalar que dos cinco factores apenas dois, As drogas não geram dependência (teve uma média de 2.88), a influência da família no consumo das drogas (teve uma média de 3.60), com valores abaixo da média encontram-se os factores: As drogas não prejudicam a saúde teve uma média de 2.00, A pressão social para o consumo de drogas com uma média de 1.69 e O efeito prazenteiro do consumo das drogas com uma média de 1.91.

Na última coluna da Tabela 11 estão expostos os coeficientes de alpha de Crombach correspondentes a cada um dos factores, dos diferentes instrumentos utilizados na presente investigação. Pode-se observar que a consistência interna de todos os factores é superior a .70, limite habitualmente recomendado pela literatura especializada.

4.3. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS

Desde as Tabelas 12 e 13 se podem ver os resultados das correlações entre as variáveis estudadas. Pode-se constatar, que, a variável auto-estima se correlaciona significativamente com quase todas as demais variáveis, dos diferentes instrumentos utilizados neste estudo. Apenas não se correlaciona, significativamente com a resiliência e as drogas não geram dependência. O apoio da escola, apenas não se correlaciona significativamente com as drogas não geram dependência, o efeito prazenteiro das drogas

e com a influência da família no consumo de drogas. O apoio dos amigos, só não se correlaciona com a variável as drogas não geram dependência.

Tabela 12. Correlações bivariadas entre as variáveis estudadas (I)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Auto-estima.	1	.20**	.36**	.36**	.34**	.23**	.38**	.27**
2. Apoio da Escola		1	.16**	.26**	.17**	.09**	.11**	.18**
3. Apoio dos Amigos			1	.31**	.24**	.23**	.24**	.15**
4. Apoio da Família				1	.26**	.18**	.23**	.23**
5. Aval. Emoções Próprias					1	.35**	.40**	.40**
6. Aval. Emoções de Outros						1	.36**	.28**
7. Uso da Emoção							1	.39**
8. Controlo Emocional								1
9. Resiliência	-.03	-.16**	-.05*	-.06**	-.11**	-.11**	-.08**	-.09**
10. Satisfação com a Vida	.34**	.22**	.22**	.37**	.26**	.15**	.24**	.28**
11. Drogas não prejud. saúde	-.14**	.06**	-.12**	-.10**	-.08**	-.03	-.07**	.01
12. Pressão social cons. drogas	-.15**	.07**	-.15**	-.08**	-.09**	-.06**	-.09**	.01
13. Drogas não dependência	-.01	-.01	.02	.02	.07**	.06**	.03	.03
14. Efeito prazenteiro drogas	-.13**	-.01	-.07**	-.13**	-.07**	-.02	-.10**	-.06**
15. Influênc família no consumo	.17**	-.01	.15**	.11**	.20**	.17**	.21**	.07**

* A correlação é significativa ao nível 0.05. ** A correlação é significativa ao nível 0.01 (bilateral)

Tabela 13. Correlações bivariadas entre as variáveis estudadas (II)

Variáveis	9	10	11	12	13	14	15
1. Auto-estima.	-.03	.34**	-.14**	-.15**	-.01	-.13**	.17**
2. Apoio da Escola	-.16**	.22**	.06**	.07**	-.01	-.01	-.01
3. Apoio dos Amigos	-.05*	.22**	-.12**	-.15**	.02	-.07**	.15**
4. Apoio da Família	-.06**	.37**	-.10**	-.08**	.02	-.13**	.11**
5. Aval Emoções Próprias	-.11**	.26**	-.08**	-.09**	.07**	-.07**	.20**
6. Aval Emoções de Outros	-.11**	.15**	-.03	-.06**	.06**	-.02	.17**
7. Uso da Emoção	-.08**	.24**	-.07**	-.09**	.03	-.10**	.21**
8. Controlo Emocional	-.09**	.28**	.01	.01	.03	-.06**	.07**
9. Resiliência	1	-.13**	-.17**	-.14**	-.03	-.13**	-.04
10. Satisfação com a Vida		1	.03	.05*	.02	-.01	.03
11. Drogas não prejudicam saúde			1	.53**	.16**	.44**	-.02
12. Pressão social consumo drogas				1	.17**	.56**	-.04*
13. Drogas não dependência					1	.20**	.15**
14. Efeito prazenteiro drogas						1	.01
15. Influência família no consumo							1

* A correlação é significativa ao nível 0.05. ** A correlação é significativa ao nível 0.01 (bilateral)

No entanto, pode-se observar que, se correlaciona significativamente mas de modo negativo com a resiliência, com as drogas que não prejudicam a saúde, com a Pressão

social, com o efeito prazenteiro das drogas e com a influência da família no consumo de drogas. No que tange ao apoio da família, este apenas não é significativo com a variável as drogas não geram dependência. No entanto, pode-se divisar que o apoio da família estabelece uma correlação significativa mas negativa com a resiliência, com as drogas não são prejudiciais a saúde, com a Pressão social do consumo de drogas e com o efeito prazenteiro das drogas.

A avaliação das emoções próprias estabelece uma correlação significativa estatisticamente com todas as demais variáveis. Deve-se aqui ressaltar que esta correlação apesar de ser significativa é negativa com a resiliência, com as drogas não prejudicam a saúde, com a Pressão social do consumo de drogas e com o efeito prazenteiro das drogas. A variável avaliação das emoções dos outros só não estabelece uma correlação estatisticamente significativa com as drogas não prejudicam a saúde e com o efeito prazenteiro das drogas. As correlações apesar de serem significativas são negativas com a resiliência com a Pressão social do consumo das drogas e com o efeito prazenteiro das drogas. O uso das emoções estabelece uma correlação estatisticamente significativa com quase todo as demais exceptuando a variável as drogas não geram dependência. Esta correlação é significativa mas negativa com a resiliência com as drogas não prejudicam a saúde, com a Pressão social do consumo de drogas e com o efeito prazenteiro das drogas. No controlo emocional a correlação não é significativa com as drogas não prejudicam a saúde, com a Pressão social no consumo de drogas e com as drogas não geram dependência. Também se pode visualizar que estas correlações são negativas a resiliência e com o efeito prazenteiro das drogas.

A resiliência unicamente não estabelece uma correlação significativa com a auto-estima, com as drogas não geram dependência e com a influência da família no consumo de drogas. A variável satisfação com a vida estabelece uma correlação estatisticamente significativa com a maioria das demais variáveis. Esta correlação não é significativa com as drogas não prejudicam a saúde, com as drogas não geram dependência, com o efeito prazenteiro das drogas e com a influência da família no consumo de drogas. A variável a drogas não prejudicam a saúde unicamente não estabelece uma correlação estatisticamente significativa com o controlo emocional, com a satisfação com a vida e com a influência da família no consumo das drogas. De se referenciar que na sua maioria

as correlações são negativas no apoio da escola, no controlo emocional, na satisfação com a vida, na Pressão social do consumo de drogas, as drogas não geram dependência e no efeito prazenteiro das drogas.

A variável Pressão social do consumo de drogas estabelece uma correlação significativa com todas as outras variáveis menos com a variável referente ao controlo emocional. De modo geral estas correlações são quase todas negativas exceptuando a correlação que estabelece com ao apoio da escola. A correlação que a variável drogas não geram dependência estabelece com as demais variáveis são na sua maioria não significativas estatisticamente. Ela correlaciona-se, estatística e significativamente, com o efeito prazenteiro das drogas, com a influência da família no consumo das drogas, com a avaliação das próprias emoções e com a avaliação das emoções dos outros. A variável efeito prazenteiro estabelece uma correlação estatisticamente significativa com a maioria das demais variáveis. Esta correlação não é significativa com o apoio da escola, com a avaliação das emoções dos outros e com a satisfação com a vida e com o efeito prazenteiro das drogas. A maior parte destas correlações são negativas.

A variável influência da família só não estabelece uma correlação estatisticamente significativa com cinco das demais variáveis, sendo elas o apoio da escola, a resiliência, a satisfação com a vida, as drogas não prejudicam a saúde e com o efeito prazenteiro das drogas.

4.4. RESULTADOS DIFERENCIAIS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ESTUDADAS

Nesta parte, mostramos os resultados diferenciais das variáveis dependentes com todas as suas dimensões, a partir das variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra. Para elas foram aplicadas provas t para a comparação entre dois grupos (género, residência) e as Anovas de um factor para as comparações quando existem três ou mais grupos (idade, nível académico). Neste último caso, foram aplicadas as provas a posteriori para a comparação entre grupos, empregando a prova HSD de Tukey e a prova de Games Howell (para varianças não homogéneas).

4.4.1. Resultados diferenciais segundo o género. Na Tabela 14, mostramos uma síntese de resultados das análises diferenciais realizadas, considerando como variável independente o género dos adolescentes e como variáveis dependentes todas as procedentes das escalas utilizadas no estudo.

Tabela 14. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo o género dos adolescentes

Factores	Media		t	p
	Homens	Mulheres		
Auto-estima.	3.82	3.84	-0.55	.582
Apoio da Escola	3.38	3.33	1.09	.274
Apoio dos Amigos	3.89	4.05	-5.44	.000***
Apoio da Família	3.96	3.96	-0.01	.988
Aval Emoções Próprias	3.85	3.78	2.44	.015*
Aval Emoções de Outros	3.44	3.56	-4.19	.000***
Uso da Emoção	3.79	3.78	0.49	.625
Controlo Emocional	3.70	3.62	2.60	.009**
Resiliência	2.93	2.77	5.03	.000***
Satisfação com a Vida	3.37	3.42	- 1.44	.150
Drogas não prejudicam saúde	2.02	1.99	0.71	.477
Pressão social consumo drogas	1.74	1.65	3.15	.002**
Drogas não dependência	2.93	2.83	2.02	.043*
Efeito prazenteiro drogas	1.91	1.92	-0.49	.621
Influência família no consumo	3.58	3.63	-1.39	.164

*: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001

Depois de analisar as diferenças entre o género e as variáveis advindas dos instrumentos utilizados podemos dizer partindo dos valores da média que as mulheres sentem mais apoio dos amigos e fazem uma melhor avaliação das emoções dos outros. Já os homens avaliam melhor as suas próprias emoções, apresentam maior controlo emocional, são mais resilientes, e sentem mais a Pressão social no consumo de drogas.

4.4.2. Resultados diferenciais segundo com quem vivem os adolescentes. É na Tabela 15 onde se apresentam os resultados das comparações feitas aos adolescentes que vivem com a família e os que vivem em instituições oficiais (lares). Tendo em conta as variáveis obtidas dos distintos questionários podemos dizer que os que vivem nos lares sentem mais apoio da escola enquanto que os que vivem com a família sente-se mais apoiados pela sua família e são mais resilientes.

Tabela 15. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo com quem vivem os adolescentes

Factores	Media		t	p
	Com família	Em lar		
Auto-estima.	3.84	3.80	0.76	.447
Apoio da Escola	3.33	3.65	-4.39	.000***
Apoio dos Amigos	3.98	3.93	0.92	.359
Apoio da Família	3.97	3.82	2.67	.007**
Aval Emoções Próprias	3.82	3.76	1.31	.192
Aval Emoções de Outros	3.51	3.42	1.72	.086
Uso da Emoção	3.79	3.70	1.79	.073
Controlo Emocional	3.68	3.66	0.12	.905
Resiliência	2.87	2.73	2.35	.019*
Satisfação com a Vida	3.39	3.43	-0.72	.471
Drogas não prejudicam saúde	2.00	2.08	-1.44	.150
Pressão social consumo drogas	1.68	1.78	-1.91	.057
Drogas não dependência	2.89	2.75	1.55	.121
Efeito prazenteiro drogas	1.92	1.91	0.06	.951
Influência família no consumo	3.61	3.62	-0.16	.870

*: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001

4.4.3. Resultados diferenciais segundo o meio em que vivem os adolescentes. Dos resultados diferenciais expostos na Tabela 16 podemos constatar que os adolescentes que vivem no meio rural sente um maior apoio da escola, enquanto que os que vivem no meio urbano avaliam mais as emoções dos outros, são mais resilientes e aceitam mais o efeito prazenteiro das drogas.

Tabela 16. Resultados diferenciais segundo o meio em que vivem os adolescentes

Factores	Media		t	p
	Urbano	Rural		
Auto-estima.	3.84	3.80	1.18	.236
Apoio da Escola	3.32	3.51	-3.82	.000***
Apoio dos Amigos	3.99	3.92	1.70	.088
Apoio da Família	3.96	3.95	0.19	.852
Aval Emoções Próprias	3.83	3.76	1.92	.055
Aval Emoções de Outros	3.52	3.42	2.71	.007**
Uso da Emoção	3.79	3.76	1.00	.317
Controlo Emocional	3.66	3.70	-1.12	.261
Resiliência	2.88	2.76	2.98	.003**
Satisfação com a Vida	3.41	3.36	1.33	.185
Drogas não prejudicam saúde	2.01	1.98	0.73	.467
Pressão social consumo drogas	1.68	1.74	-1.59	.113

Drogas não dependência	2.90	2.79	1.81	.071
Efeito prazenteiro drogas	1.93	1.83	2.78	.005**
Influência família no consumo	3.61	3.60	0.25	.800

*: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001

4.4.4. Resultados diferenciais segundo o associativismo dos adolescentes. Os resultados diferenciais advindos da comparação das variáveis estudadas segundo o associativismo dos adolescentes pode-se constatar que os associados sentem mais o apoio da escola, têm um maior controlo emocional, estão mais satisfeitos com a vida e sentem mais a Pressão social do consumo de drogas.

Tabela 17. Resultados diferenciais segundo o associativismo dos adolescentes

Factores	Não associado	Associado	t	p
Auto-estima.	3.84	3.83	0.40	.690
Apoio da Escola	3.32	3.42	-2.58	.010*
Apoio dos Amigos	3.98	3.96	0.85	.395
Apoio da Família	3.98	3.93	1.36	.173
Aval Emoções Próprias	3.83	3.80	0.82	.410
Aval Emoções de Outros	3.52	3.48	1.37	.177
Uso da Emoção	3.78	3.80	-0.70	.481
Controlo Emocional	3.64	3.71	-2.10	.035*
Resiliência	2.88	2.82	1.77	.078
Satisfação com a Vida	3.37	3.44	-2.43	.015*
Drogas não prejudicam saúde	1.98	2.03	-1.42	.156
Pressão social consumo drogas	1.63	1.78	-5.05	.000***
Drogas não dependência	2.91	2.83	1.70	.089
Efeito prazenteiro drogas	1.85	1.95	-1.83	.067
Influência família no consumo	3.63	3.58	1.27	.213

*: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001

4.4.5. Resultados diferenciais segundo a idade dos adolescentes. Segundo os dados que mostram a tabela dos resultados das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo a idade dos adolescentes (14-15 anos, 16-17 anos e 18 anos), se constata que esta variável resulta significativamente diferenciadora em seis das variáveis dependentes estudadas. Assim, os resultados aqui expostos leva-nos a dizer que quanto maior é a idade mais alta é a auto-estima, sentem mais apoio da escola e fazem melhor o uso das emoções. No entanto, quanto menor é a idade dos adolescentes maior é a satisfação com a vida, mais alegam que as drogas não prejudicam a saúde e sentem menos a influência da família no consumo das drogas.

Tabela 18. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo a idade dos adolescentes

Factores	Medias			F	p	Difer. entre:
	14-15	16-17	18			
Auto-estima.	3.78	3.82	3.90	5.45	.004**	1-3, 2-3
Apoio da Escola	3.27	3.38	3.41	3.82	.022*	1-3
Apoio dos Amigos	3.99	3.95	3.99	0.57	.564	
Apoio da Família	3.95	3.93	4.00	1.82	.162	
Aval Emoções Próprias	3.82	3.82	3.82	0.01	.998	
Aval Emoções de Outros	3.51	3.49	3.50	0.06	.994	
Uso da Emoção	3.71	3.76	3.90	14.75	.000***	1-3, 2-3
Controlo Emocional	3.63	3.67	3.70	1.46	.232	
Resiliência	2.83	2.84	2.89	1.19	.304	
Satisfação com a Vida	3.50	3.38	3.32	10.94	.000***	1-2, 1-3
Drogas não prejudicam saúde	2.03	2.03	1.94	3.49	.030*	2-3
Pressão social consumo drogas	1.70	1.71	1.66	1.00	.367	
Drogas não dependência	2.89	2.88	2.86	0.18	.834	
Efeito prazenteiro drogas	1.91	1.93	1.90	0.50	.603	
Influência família no consumo	3.68	3.57	3.58	3.41	.033*	1-2

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001 (1) 14-15 anos; (2) 16-17 anos; (3) 18 anos.

4.4.6. Resultados diferenciais segundo o nível académico. A Tabela 19 mostra os resultados das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo o nível académico (baixo, médio e alto). Aqui, se constata que esta variável resulta significativamente diferenciadora na maioria das distintas variáveis dependentes estudadas excepto na variável apoio da família, avaliação das emoções próprias e controlo emocional.

Inferindo sobre os resultados podemos dizer que quanto mais alto é o nível de escolaridade dos adolescentes mais alta é a sua auto-estima, sentem mais o apoio dos amigos, fazem melhor o uso das emoções, são mais resilientes, são os que mais dizem que as drogas não geram dependência e sentem a influência da família no consumo de drogas.

Já os de nível mais baixo, são os sentem mais o apoio da escola, sentem-se mais satisfeitos com a vida, são os que mais alegam que as drogas não prejudicam a saúde, sentem mais a pressão social do consumo de drogas e sentem mais os efeitos prazenteiros das drogas.

Tabela 19. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo o nível académico dos adolescentes

Factores	Medias			F	p	Difer. entre:
	1(baixo)	2(médio)	3(alto)			
Auto-estima.	3.77	3.80	3.90	6.48	.002**	1-3, 2-3
Apoio da Escola	3.68	3.41	3.18	27.99	.000***	Todos
Apoio dos Amigos	3.79	3.96	4.03	8.13	.000***	1-2, 1-3
Apoio da Família	3.91	3.94	3.99	1.48	.228	
Aval Emoções Próprias	3.83	3.82	3.81	0.05	.946	
Aval Emoções de Outros	3.37	3.47	3.57	7.97	.000***	1-3, 2-3
Uso da Emoção	3.68	3.72	3.92	24.92	.000***	1-3, 2-3
Controlo Emocional	3.72	3.69	3.62	2.71	.066	
Resiliência	2.52	2.83	2.97	27.70	.000***	Todos
Satisfação com a Vida	3.56	3.45	3.27	21.26	.000***	1-3, 2-3
Drogas não prejudicam saúde	2.31	2.05	1.84	34.25	.000***	Todos
Pressão social consumo drogas	2.05	1.71	1.56	40.62	.000***	Todos
Drogas não dependencia	2.72	2.84	2.98	4.97	.007**	1-3, 2-3
Efeito prazenteiro drogas	2.11	1.91	1.87	10.24	.000***	1-2, 1-3
Influência família no consumo	3.41	3.56	3.73	14.65	.000***	1-3, 2-3

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; (1) primário; (2) primeiro ciclo do ensino básico; (3) segundo ciclo do ensino básico (técnicos médios)

4.4.7. Resultados diferenciais segundo a província onde vivem os adolescentes.

Desde a Tabela 20 se pode visualizar os resultados obtidos a partir das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo província onde residem os adolescentes (Benguela, Luanda e Huila). Pode-se observar que esta variável resulta significativamente diferenciadora em doze das suas variáveis dependentes estudadas. Gostaríamos de referenciar que Luanda é a capital de Angola, a província de Benguela situa-se na região centro sul de Angola e a província da Huíla está situada a sul de Angola.

Dos resultados expostos nesta tabela podemos dizer que os adolescentes que vivem em Benguela, sentem mais o apoio da escola e da família. São os que têm um maior controlo emocional, sentem mais a pressão social do consumo de drogas, são os que mais sentem os efeitos prazenteiros das drogas. Os adolescentes de Luanda sentem mais o apoio dos amigos, avaliam mais as emoções dos outros, são mais resilientes, são os que mais sentem que as drogas não prejudicam a saúde e sentem mais a influência da família no consumo de drogas. Os adolescentes da Huíla são os que fazem melhor avaliação das

próprias emoções e se sentem mais satisfeitos com a vida.

Tabela 20. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo a província onde vivem os adolescentes

Factores	Medias			F	p	Difer. entre:
	Benguela	Huíla	Luanda			
Auto-estima.	3.86	3.83	3.82	0.74	.475	
Apoio da Escola	3.47	3.35	3.28	8.14	.000***	1-3
Apoio dos Amigos	3.90	3.95	4.03	7.03	.001**	1-3
Apoio da Família	4.00	3.99	3.91	4.16	.016*	1-3
Aval Emoções Próprias	3.83	3.87	3.78	3.24	.039*	2-3
Aval Emocções de Outros	3.48	3.40	3.56	9.53	.000***	2-3
Uso da Emoção	3.80	3.73	3.80	2.55	.078	
Controlo Emocional	3.73	3.72	3.59	9.80	.000***	1-3, 2-3
Resiliência	2.82	2.78	2.92	7.18	.001**	1-3, 2-3
Satisfação com a Vida	3.46	3.48	3.31	13.58	.000***	1-3, 2-3
Drogas não prejudicam saúde	2.02	1.92	2.03	3.49	.030*	2-3
Pressão social consumo drogas	1.78	1.75	1.59	17.98	.000***	1-3, 2-3
Drogas não dependência	2.87	2.80	2.92	1.84	.159	
Efeito prazenteiro drogas	1.96	1.92	1.88	3.38	.034*	1-3
Influência família no consumo	3.51	3.63	3.65	5.26	.005**	1-3

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001 (1) Benguela; (2) Huíla; (3) Luanda.

4.4.8. Resultados diferenciais segundo a participação dos adolescentes em actividades extra-escolares. Desde os dados constantes na Tabela 21 resultantes das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo a participação dos adolescentes em actividades extra-escolares (Não, Um pouco, Muito), se constata que esta variável resulta significativamente diferenciadora em sete das suas variáveis dependentes estudadas.

Depois de analisados os resultados podemos observar que os adolescentes que participam muito em actividades extra-escolares são os que têm uma auto-estima mais alta e sentem mais o apoio da escola e da família; Fazem melhor o uso das emoções e estão mais satisfeitos com a vida.

Aqueles adolescentes que participam pouco nas actividades extra-escolares são os que apresentam maior controlo emocional. Já os que não participam nas actividades extra-escolares são os mais resilientes.

Tabela 21. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo a participação dos adolescentes em actividades extra-escolares

Factores	Medias			F	p	Difer. entre:
	Não	Um pouco	Muito			
Auto-estima.	3.76	3.86	3.89	7.09	.001**	1-2, 1-3
Apoio da Escola	3.16	3.43	3.49	22.17	.000***	1-2, 1-3
Apoio dos Amigos	3.96	4.00	3.92	1.76	.171	
Apoio da Família	3.88	3.99	4.01	6.30	.002**	1-2, 1-3
Aval Emoções Próprias	3.79	3.83	3.83	0.59	.555	
Aval Emoções de Outros	3.49	3.50	3.52	0.20	.817	
Uso da Emoção	3.72	3.79	3.87	6.97	.001**	1-2, 1-3
Controlo Emocional	3.60	3.70	3.69	3.68	.025*	1-2
Resiliência	2.93	2.82	2.83	4.61	.010*	1-2
Satisfação com a Vida	3.40	3.43	3.46	8.96	.000***	1-2, 1-3
Drogas não prejudicam saúde	1.99	2.00	2.03	0.27	.761	
Pressão social consumo drogas	1.66	1.69	1.74	1.81	.164	
Drogas não dependência	2.95	2.87	2.79	2.44	.087	
Efeito prazenteiro drogas	1.93	1.92	1.88	0.60	.547	
Influência família no consumo	3.67	3.57	3.58	2.74	.064	

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001 (1) Não; (2) Um pouco; (3) Muito.

4.4.9. Resultados diferenciais segundo a participação dos adolescentes em actividades desportivas. Segundo os dados constantes na Tabela 22 referentes aos resultados das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo a participação dos adolescentes em actividades em actividades desportivas (não, recreação, clube) se constata que esta variável resulta significativamente diferenciadora em sete das suas variáveis dependentes estudadas.

Desde a Tabela 22 podemos depreender que os adolescentes que praticam desporto por recreação recebem mais apoio dos amigos, avaliam mais as emoções próprias, fazem melhor o uso das emoções e sentem mais a influência da família no consumo de drogas.

No entanto os adolescentes que praticam desporto nos clubes avaliam mais as suas emoções próprias, são mais resilientes, são os que mais dizem que as drogas não são prejudiciais a saúde.

Finalmente os que não praticam desporto são os que mais sentem a pressão social no que se refere ao consumo de drogas.

Tabela 22. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo a participação dos adolescentes em actividades desportivas

Factores	Medias			F	p	Difer. entre:
	Não	Recreac.	Club			
Auto-estima.	3.80	3.84	3.84	0.97	.376	
Apoio da Escola	3.45	3.34	3.31	3.00	.050	
Apoio dos Amigos	3.90	4.01	3.95	3.88	.021*	1-2
Apoio da Família	3.93	3.96	3.98	0.45	.637	
Aval Emoções Próprias	3.73	3.84	3.84	5.02	.007**	1-2, 1-3
Aval Emoções de Outros	3.48	3.51	3.51	0.32	.725	
Uso da Emoção	3.72	3.81	3.78	3.16	.043*	1-2
Controlo Emocional	3.64	3.67	3.68	0.34	.707	
Resiliência	2.77	2.86	2.93	4.56	.010*	1-3
Satisfação com a Vida	3.37	3.39	3.44	1.09	.334	
Drogas não prejudicam saúde	2.12	1.96	1.99	8.23	.000***	1-2, 1-3
Pressão social consumo drogas	1.79	1.65	1.70	8.02	.000***	1-2
Drogas não dependência	2.85	2.89	2.88	0.30	.741	
Efeito prazenteiro drogas	1.95	1.90	1.91	1.14	.320	
Influência família no consumo	3.46	3.65	3.63	9.29	.000***	1-2, 1-3

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001 (1) No practico; (2) A veces, recreación; (3) Ligado a un club

4.4.10. Resultados diferenciais segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de álcool. Na Tabela 23 se pode observar os dados resultantes das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de álcool (não bebo, bebo mas não sou consumidor, sou consumidor). Aqui, se constata que esta variável resulta significativamente diferenciadora em treze das suas variáveis dependentes estudadas.

Dos resultados constantes na Tabela 23 podemos mencionar que os adolescentes que não bebem têm uma auto-estima mais alta, sente-se mais apoiados pela família, têm um maior controlo emocional, estão mais satisfeitos com a vida e sentem mais a influência da família no consumo de drogas.

No entanto, aqueles que bebem mas que dizem não ser consumidores são os que sentem mais o apoio dos amigos, avaliam mais as emoções dos outros, são mais resilientes, são os que mais defendem que as drogas não geram dependência e são os que mais sentem a influência da família no consumo das drogas.

Finalmente cabe-nos dizer que os adolescentes que são consumidores alegam que têm mais apoio da escola, têm maior controlo emocional, são os que mais dizem que as

drogas não prejudicam a saúde, sentem mais a pressão social no consumo de drogas e são os que mais sentem os efeitos prazenteiros das drogas.

Tabela 23. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de álcool

Factores	Médias			F	p	Difer. entre:
	Não bebo	Não cons.	Consum.			
Auto-estima.	3.87	3.82	3.67	7.85	.000***	1-3, 2-3
Apoio da Escola	3.43	3.23	3.51	13.60	.000***	1-2, 2-3
Apoio dos Amigos	3.94	4.05	3.79	11.56	.000***	Todos
Apoio da Família	4.02	3.89	3.90	8.09	.000***	1-2, 1-3
Aval Emoções Próprias	3.83	3.82	3.73	1.65	.191	
Aval Emoções de Outros	3.46	3.55	3.48	3.49	.030*	1-2
Uso da Emoção	3.77	3.81	3.72	1.73	.176	
Controlo Emocional	3.73	3.57	3.73	12.92	.000***	1-2, 2-3
Resiliência	2.81	2.91	2.82	5.11	.006**	1-2
Satisfação com a Vida	3.45	3.32	3.45	7.84	.000***	1-2
Drogas não prejudicam saúde	1.96	1.99	2.28	13.15	.000***	1-3, 2-3
Pressão social consumo drogas	1.70	1.62	1.96	18.48	.000***	Todos
Drogas não dependência	2.67	3.15	2.85	42.36	.000***	Todos
Efeito prazenteiro drogas	1.84	1.96	2.14	19.91	.000***	Todos
Influência família no consumo	3.56	3.72	3.26	23.07	.000***	Todos

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001 (1) Não bebo; (2) Bebo, mas não consumidor; (3) Consumidor.

4.4.11. Resultados diferenciais segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de cigarros. Na Tabela 24 se pode ver os resultados das ANOVAS realizadas considerando como variável independente os três grupos segundo como se consideram os adolescentes quanto ao consumo de álcool (não fumo, fumo mas não sou viciado, sou viciado). Constata-se que esta variável resulta significativamente diferenciadora em onze das suas variáveis dependentes estudadas. Os adolescentes que não fumam são os que apresenta uma auto-estima mais alta, têm mais apoio dos amigos e da família, são os que mais citam a família como principal fonte influência no consumo drogas. Os adolescentes que dizem que fumam mas não são consumidores são os que mais dizem que as drogas não geram dependência. Já aqueles que assumem serem viciados são os que sentem mais apoio da escola mencionam receber, têm maior controlo emocional, estão mais satisfeitos com a vida, dizem que as drogas não prejudicam a saúde, sentem mais a Pressão social sobre os consumo das drogas, e sentem o efeito prazenteiro das drogas.

Tabela 24. Resultados diferenciais das variáveis estudadas, segundo cómo se consideram os adolescentes quanto ao consumo de tabaco

Factores	Medias			F	p	Difer. entre:
	Não fumo	Fumo	Viciado			
Auto-estima.	3.86	3.73	3.53	16.18	.000***	Todos
Apoio da Escola	3.35	3.34	3.58	3.44	.032*	1-3
Apoio dos Amigos	3.99	3.98	3.69	8.89	.000***	1-3, 2-3
Apoio da Família	3.98	3.87	3.79	4.92	.007**	1-3
Aval Emoções Próprias	3.82	3.84	3.70	1.90	.149	
Aval Emoções de Outros	3.50	3.54	3.45	0.54	.581	
Uso da Emoção	3.79	3.69	3.76	2.05	.129	
Controlo Emocional	3.67	3.52	3.74	4.20	.015*	1-2, 2-3
Resiliência	2.86	2.82	2.76	1.23	.291	
Satisfação com a Vida	3.40	3.26	3.48	3.95	.019*	1-2, 2-3
Drogas não prejudicam saúde	1.96	2.23	2.45	31.52	.000***	1-2, 1-3
Pressão social consumo drogas	1.66	1.73	2.18	32.99	.000***	1-3, 2-3
Drogas não dependência	2.85	3.26	2.84	10.04	.000***	1-2, 2-3
Efeito prazenteiro drogas	1.87	2.15	2.33	39.61	.000***	1-2, 1-3
Influência família no consumo	3.64	3.54	3.10	21.29	.000***	1-3, 2-3

Notas: *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001 (1) Não Fumo; 2 Fumo, mas não viciado; (3) Viciado.

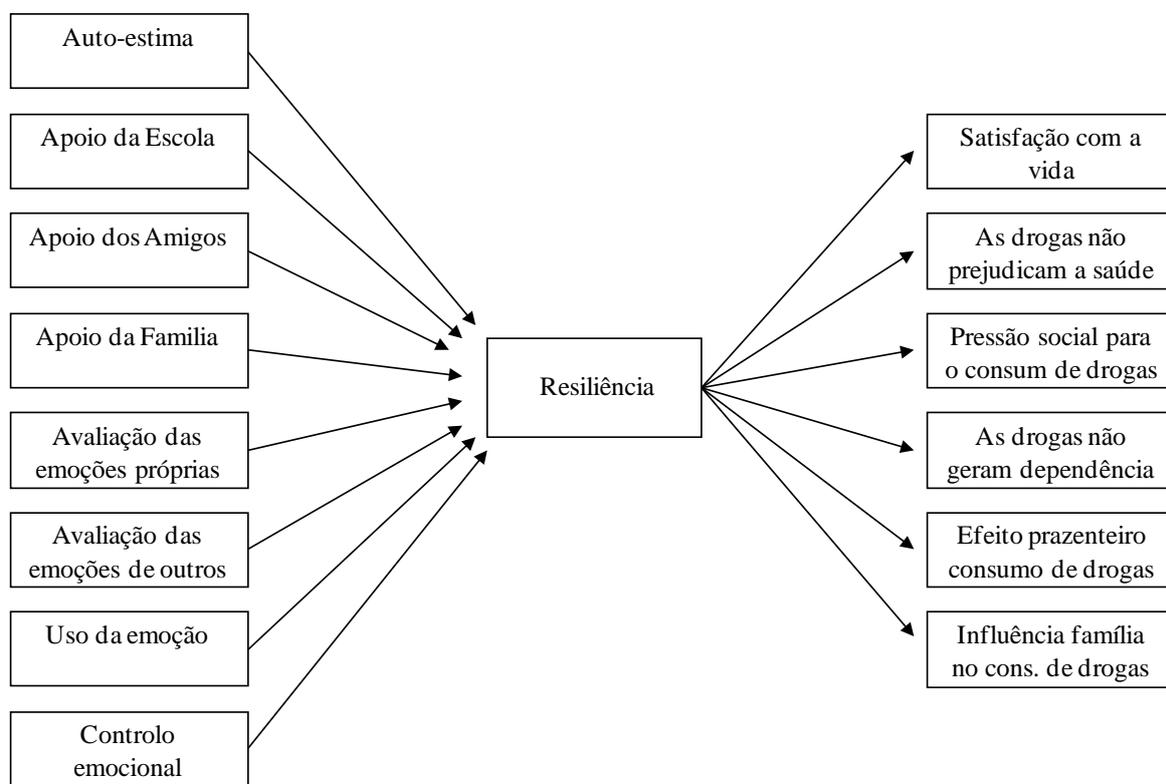
4.5. PREDIÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA E DAS ACTITUDES DOS ADOLESCENTES ANTE O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADICTIVAS.

Para calcular a predição da satisfação com a vida e as actitudes dos adolescentes ante o consumo de substâncias mediante path análise, considerou-se os mesmos índices assinalados nas propriedades psicométricas dos instrumentos através de CFAs, isto é, os índices χ^2 , GFI, AGFI, CFI, SRMR e RMSEA.

Propôs-se um modelo de equações estruturais (path análise) para predizer a percepção de bem-estar subjectivo (satisfação com a vida) e as atitudes ante o consumo de substâncias adictivas dos adolescentes angolanos, a partir da sua auto-estima, o apoio social e a inteligência emocional, actuando como variável mediadora a resiliência.

Este modelo hipotético inicial delineava que a auto-estima, o apoio social e a inteligência emocional estariam positivamente relacionados com a resiliência, a qual teria capacidade predictiva sobre a satisfação com a vida e as actitudes ante o consumo de droga dos adolescentes angolanos.

Fig. 2. Modelo hipotético para a predição da satisfação com a vida e as atitudes dos adolescentes ante o consumo de drogas

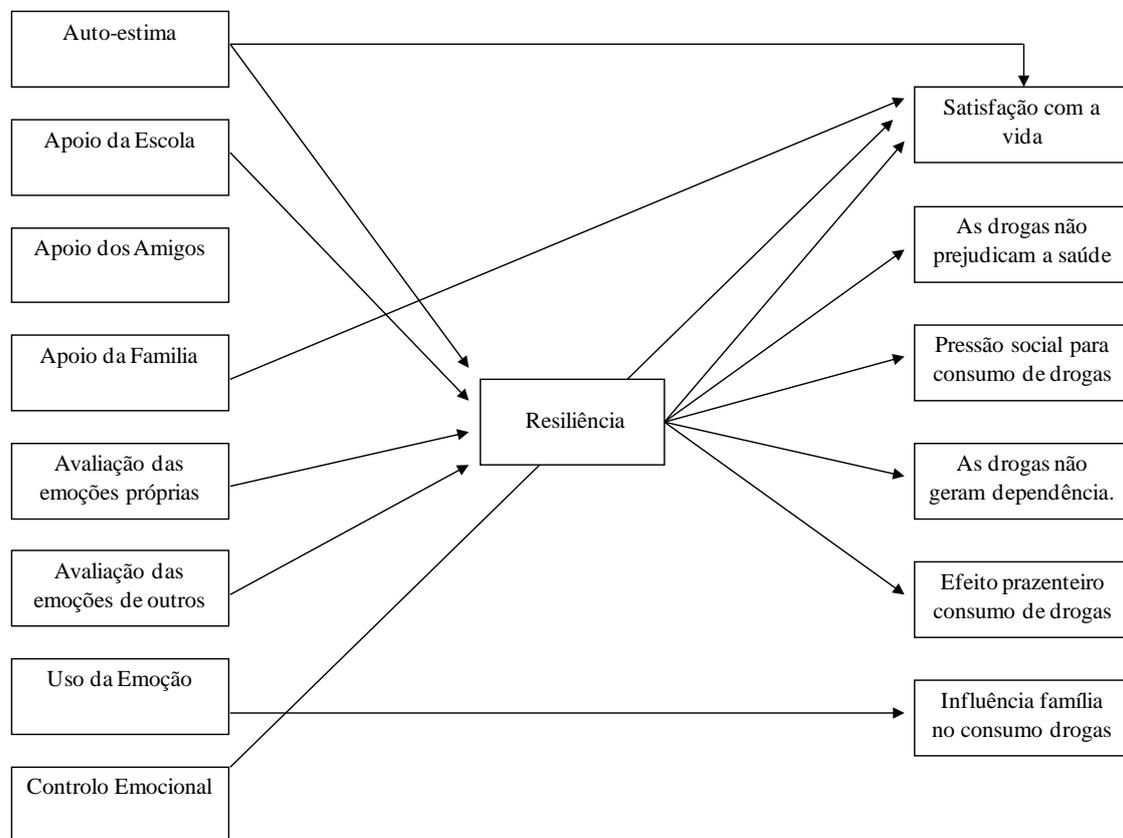


Dado que nas hipóteses havíamos traçado que os adolescentes que vivem em residências ou instituições teriam uma maior resiliência em relação aqueles que vivem com as suas famílias, o modelo geral a-priori se pôs a prova sobre a submostra daqueles que vivem com a família, por ser a mais numerosa, obtendo-se os seguintes índices de ajuste do modelo aos dados: $\chi^2_{53} = 1059.54$, $p < .01$, GFI = .951, AGFI = .888, CFI = .819, SRMR = .088, RMSEA = .083, estes resultados não podem ser considerados como satisfatórios. A partir daqui, provou-se um novo modelo, em que se eliminaram as relações não significativas, com o qual se obtiveram uns índices de ajuste muito mais satisfatórios: $\chi^2_{57} = 390.64$, $p < .01$, GFI = .978, AGFI = .953, CFI = .932, SRMR = .048, RMSEA = .048.

Os resultados deste modelo mostram que a auto-estima se encontra directamente relacionada com a resiliência e a satisfação de vida dos adolescentes. Das variáveis do apoio social, o apoio da escola relaciona-se negativamente com a resiliência, o apoio dos amigos não apresenta relações significativas com nenhuma das variáveis, e o apoio da família encontra-se positiva e significativamente relacionada com a satisfação com a vida.

Quanto as variáveis que compõem a inteligência emocional, a avaliação das emoções próprias e a avaliação das emoções de outros aparecem negativamente relacionadas com a resiliência; O uso das emoções apresenta uma relação directa com a influência da família sobre o consumo de droga dos adolescentes, e o controlo emocional se relaciona directamente com a satisfação com a vida. Por outro lado, todas as relações significativas da resiliência com a satisfação com a vida e as actitudes ante o consumo de droga dos adolescentes são negativas.

Fig. 3. Solução estandarizada para o modelo proposto das relações entre auto-estima, apoio social, inteligência emocional, resiliência, satisfação com a vida e actitudes ante a droga, para a amostra dos adolescentes que vivem com a família.

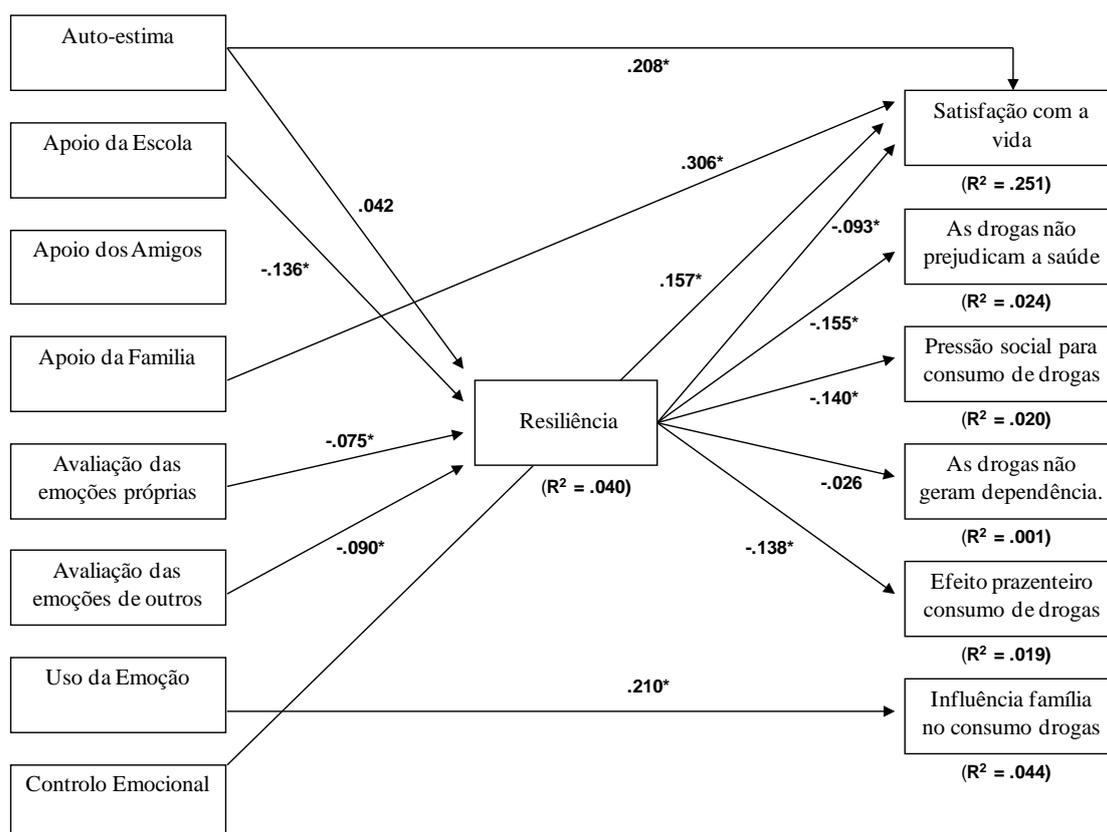


Nota: Todas as relações estruturais assinaladas são estatisticamente significativas ($p < .05$). Por razões de clareza expositiva, não se mostram as correlações entre as variáveis exógenas e os erros.

Uma vez comprobado que este modelo se ajustava aos dados da subamostra de adolescentes que vivem com a família, aplicou-se a subamostra daqueles que vivem em instituições oficiais (lares), oferecendo também um ajuste satisfatório do modelo aos dados: $\chi^2_{57} = 92.18, p < .01, GFI = .946, AGFI = .886, CFI = .944, SRMR = .078, RMSEA$

= .052. Depois de comprovar o ajuste dos modelos nas sub-amostras, se procedeu o desenvolvimento de um modelo multiamostra partindo da igualdade de relações em ambos casos, obtendo satisfatórios índices de ajuste: $\chi^2_{162} = 515.94$, $p < .01$, GFI = .972, AGFI = .958, CFI = .936, SRMR = .084, RMSEA = .040.

Fig. 4. Solução estandarizada para o modelo multamostra das relações entre auto-estima, apoio social, inteligência emocional, resiliência, satisfação com a vida e atitudes ante a droga dos adolescentes angolanos



Nota: Todas as relações estruturais assinaladas com * são estatisticamente significativas ($p < .05$). Por razões de clareza expositiva, não se mostra as correlaciones entre as variáveis exógenas e os erros.

Como mostra a Fig. 4, a auto-estima, o apoio social e a inteligência emocional, unicamente mostram uma capacidade preditiva de 4.0% da resiliência dos adolescentes, sendo a variável de maior predição o apoio da escola ($\beta = -.136$) em sentido negativo. Com respeito a satisfação com a vida dos adolescentes, prediz em 25.1%, as variáveis com maior capacidade preditiva foram: a auto-estima ($\beta = .208$), o apoio social da família ($\beta = .306$), o controlo emocional ($\beta = .157$), e a resiliência ($\beta = -.093$) em sentido negativo.

Finalmente, quanto as atitudes dos adolescentes ante o consumo de droga, a resiliência prediz o factor “o consumo de droga não prejudica a saúde” ($\beta = -.155$), a “Pressão social para o consumo de droga” ($\beta = -.140$) e os “efeitos prazenteiros do consumo de droga” ($\beta = -.138$). Finalmente, o uso da emoção mostra capacidade preditiva sobre o factor “influência da família sobre o consumo de drogas” ($\beta = .210$).

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

5.1. DISCUSSÃO.

5.2. CONCLUSÕES.

5.3. LIMITAÇÕES DO TRABALHO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES.

5.4. PROPOSTAS DE APLICAÇÃO DOS RESULTADOS.

5.1. DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresenta-se uma discussão a volta dos resultados obtidos relacionando-os com os aspectos apresentados na fundamentação teórica, desde as diferentes teorias que enfatizam o consumo de substâncias na adolescência, factores de risco e protecção que concorrem para a ingestão de álcool e tabaco, bem como aspectos relacionados com o bem-estar dos adolescentes.

Uma primeira corrente por nós defendida é a Psicologia Positiva, que se situa nas fortalezas, nas dimensões positivas do desenvolvimento psicossocial, com a criação de ambientes óptimos que favoreçam o bem-estar físico e psicológico de sujeito (Elmore e Huebner, 2010). Wood et al. (2010) e Ho et al. (2010) indicam que o bem-estar é o motor do desenvolvimento humano e estabelece uma relação entre o sentido da vida, o optimismo e a qualidade de vida das pessoas. Apesar de a psicologia positiva se apoiar nas mais fortalezas do que nas debilidades, não se pode ignorar o afeiçoamento de muitos adolescentes pelo consumo de substâncias aditivas, conduta contraposta ao bem-estar e que pode afectar a sua saúde física e mental (Alfonso et al., 2009; García del Castillo et al., 2012; López e Rodríguez-Arias, 2010; Pérez e Lucio-Gómez, 2010; Ruiz e Ruiz-Risueño, 2011; Salamó et al., 2010).

Para Seligman (2004), a Psicologia Positiva trata do estudo de sentimentos, emoções, instituições e comportamentos positivos, que têm como objetivo final a felicidade humana. Ela sustenta três pilares: o estudo da emoção positiva; o estudo dos traços ou qualidades positivas, principalmente forças e virtudes, incluindo habilidades como inteligência e capacidade atlética; e, por fim, o estudo das chamadas instituições positivas, como a democracia, a família e a liberdade – que dão suporte às virtudes que, por sua vez, oferecem apoio às emoções positivas. A psicologia positiva evidencia os aspectos positivos e salutareos do desenvolvimento humano, nos contornos de uma compreensão que prioriza a prevenção (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Diener, 1984; Seligman, 2004; Seligman et al., 2006) e o florescimento de aspectos positivos que possam ter valor adaptativo.

Analisando a relação resiliência-homem, a psicologia positiva estuda o homem numa perspectiva integradora, pondo em relevo a interacção entre o indivíduo e as

relações que estabelece com os demais e com as instituições facilitadoras do seu desenvolvimento. Existem, segundo Garcia (2001), três tipos de resiliência: acadêmica, social e emocional. A acadêmica pode ser observada pelo bom desempenho escolar e interesse nas tarefas escolares e culturais. Circunscreve a escola, como lugar, onde as habilidades para resolver problemas podem ser adquiridas com a ajuda dos agentes educacionais. A resiliência social aparece no bom relacionamento interpessoal, na competência social, na capacidade de empatia e no senso de pertença dos indivíduos, na supervisão dos pais e amigos, nos relacionamentos íntimos, ou seja, nos modelos sociais que estimulem a aprendizagem de resolução de problemas. A resiliência emocional pode ser identificada em indivíduos com senso de auto-eficácia, auto-estima e confiança nas suas potencialidades, bem como no conhecimento de suas limitações, capacita a pessoa a lidar com mudanças e adaptações, obtendo um repertório de abordagens para a solução de problemas (Angst, 2009). Pessoas expostas a situações de risco que não desenvolvem a capacidade de resiliência, são vistas como mais vulneráveis a estes eventos. É importante salientar que as pessoas podem ser, ora vulneráveis ora resilientes, diante de um mesmo tipo de evento.

Alguns eventos de risco podem ser as características da personalidade tais como a empatia, a competência, o *locus* de controlo; as relações familiares, tais como os vínculos, a coesão, os conflitos; e as redes de apoio social externo à família, como grupos religiosos, sociais, comunitários, entre outros (Werner, 1989, Werner e Smith, 1992). Para Resende et al. (2010) as pessoas com um nível maior de bem-estar subjectivo são indivíduos mais resilientes, ou seja, apresentam maior capacidade de enfrentar as adversidades, transformando-se e superando-as. Mota et al. (2006) afirmam que a resiliência envolve factores de protecção e factores de risco. Os factores de protecção são as influências que modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa, a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas. Relações parentais satisfatórias, disponibilidade de fontes de apoio social, auto-imagem positiva, crença ou religião, etc., são considerados factores de protecção. Carvalho et al. (2007) dividem os factores de protecção em três classes: atributos pessoais, laços afectivos do sistema familiar e contextos sociais que brindem o suporte durante a adversidade, como a escola e o local de trabalho.

Os factores de risco são variáveis que aumentam a probabilidade de desadaptação do sujeito, diante de uma situação de perigo (Sapienza e Pedromônico, 2005). Um dos factores de protecção estudado é a auto-estima, que contribui para preservar o próprio bem-estar biológico, psicológico e social. Além da auto-estima, o apoio social é uma variável importante, facilitadora de resultados positivos para o bem-estar subjectivo. (Caprara e Steca, 2005). O sistema familiar joga um papel fundamental para explicar o aparecimento de diferentes condutas desadaptativas nos filhos. Os pais, intencionalmente ou não, são a influência mais poderosa na vida dos seus filhos. A de outros contextos sociais - meios de comunicação, grupo de iguais, a escola, os vizinhos, instituições religiosas, etc.- passam pelo filtro da família, que pode tanto ampliar como diminuir os seus efeitos e influências, sejam elas positivas ou negativas. Muito, especialmente no caso das drogas institucionalizadas, a atitude mais ou menos critica dos pais ante elas, assim como as suas pautas de consumo, podem desviar ou reforçar o efeito dos meios de comunicação ou do grupo de iguais como agentes desencadeantes.

Indo de encontro ao nosso primeiro objectivo, que nos leva a “*analisar o consumo de substâncias aditivas nos adolescentes angolanos*”, e partindo dos dados contidos na Tabela 10, podemos dizer que apesar de 50,7% alegarem que nunca provaram e 8,3% dizer que não são consumidores, é bastante preocupante saber que 41% dos adolescentes assumem que bebem mas não são consumidores. Por conseguinte, é visível constatar que, praticamente, as mesmas cifras se repetem em relação ao seu melhor amigo. Estes resultados corroboram os apresentados na literatura científica como nos pontam Flay et al. (1989), Botvin e Wills (1985) e Botvin (1986), que a conduta de drogas aprende-se através de processos como o modelado e o reforço social, que são influenciados por factores pessoais como as cognições, as atitudes e as crenças; com o que concluíram Hawkins et al. (2002), que o consumo de drogas se relacionava com factores de risco na comunidade, na família, na escola, no indivíduo e nos iguais. Por conseguinte, Andrade e Betancourt (2008) dizem que a medida que os jovens percebam como aceitável o consumo de substâncias e estejam de acordo que são comuns entre os jovens da sua idade maior probabilidade haverá em se envolverem nelas.

Com o nosso segundo objectivo tivemos a intenção de *analisar as relações entre a auto-estima, a inteligência emocional e o apoio social com a resiliência dos adolescentes*

angolanos. Dos dados constantes nas tabelas nº 12 e 13 podemos dizer que no presente estudo a auto-estima tem uma relação positiva, e estatisticamente significativa, com a inteligência emocional e o apoio social. Entretanto, a relação que esta estabelece com a resiliência, é estatisticamente significativa, pero negativa.

Autores como Angst (2009) referem-se que a resiliência emocional pode ser identificada em pessoas com um senso de auto eficácia, auto-estima e confiança das suas potencialidades, bem como no conhecimento das suas limitações. No presente estudo consideramos que variáveis estranhas possam ter interferido no momento em que os adolescentes estavam a responder ao questionário por essa razão aparecem valores negativos. Acreditamos também que, pelo facto de que os itens estão na negativa podem ter confundido os adolescentes no momento de responderem.

Reconhecemos que, apesar da vulnerabilidade provocada pelas situações de risco, em especial na etapa da adolescência, existem uma série de factores, como o caso dos apoios e das redes de apoio social, advindas do meio em que os sujeitos se encontram, bem como a esfera emocional, que contribuem para que se tenha uma auto-estima alta e se adapte a realidade, buscando formas salutareas de convivência que contribuam, positivamente, para o seu desenvolvimento. Concordamos com Pinheiro (2004) e Assis et al. (2006) quando nos dizem que não existem pessoas resilientes, visto que este é um processo dinâmico e as influências do meio ambiente e do próprio sujeito relacionam-se reciprocamente, fazendo com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada num determinado contexto. Os adolescentes que têm objectivos definidos e investem no futuro, apresentam probabilidade menor de usar drogas, porque o uso interfere com os seus planos como nos aludem Kodjo e Klein (2002). Igualmente, a elevada auto-estima, os sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida, para Hoffmann e Cerbone (2002) podem servir de protecção aos jovens contra a dependência de drogas, quando combinada com outros factores protectores do seu contexto de vida.

Ao analisarmos a *percepção de bem-estar subjectivo dos adolescentes angolanos, a partir da auto-estima inteligência emocional apoio social e resiliência*, estamos a remeter-nos para o nosso terceiro objectivo. Desse modo, podemos constatar que existe uma

relação entre o bem-estar e as variáveis da auto-estima, inteligência emocional o apoio social. A relação existente entre a satisfação com a vida, ou seja o bem-estar e a resiliência, apesar de ser significativa, ela é negativa. Este é um indicador, no presente estudo, de que a resiliência não influencia no bem-estar dos adolescentes. Estes resultados contrariam o que inicialmente apresentamos no desenho de investigação de que a resiliência prediz o bem-estar das pessoas.

O bem-estar é um factor de protecção que pode ser entendido, segundo Chico (2006) e Lightsey (1996), como um precursor do estado em que se encontra o *eu* de um indivíduo, isto é, com a sua experiência interna para manifestar sentimentos de felicidade que o levam a mencionar o grau de satisfação que tem com o meio que o rodeia. Neste sentido, este factor permite estabelecer se o bem-estar está associado a substâncias aditivas na adolescência. Também Martinez e Robles (2001) referem que os jovens que percebem uma maior auto-satisfação (factor psicossocial) consomem menos álcool e tabaco, comparados com os que reportam menores níveis de satisfação pessoal. Andrade e Betancourt (2008) assinalam que um menor bem-estar subjectivo nos adolescentes relaciona-se com o risco do consumo de drogas. Para estas autoras, o bem-estar subjectivo está estreitamente relacionado com a auto-estima. Nesta mesma linha, González et al. (1996) reportam que a auto-estima é um factor de protecção contra o uso de drogas, ou seja que os jovens que apresentam uma alta auto-estima são mais resistentes e menos influenciáveis pela pressão dos seus colegas ou companheiros. Apesar da resiliência ter uma relação negativa, os resultados deste estudo respeitante a percepção de bem-estar subjectivo corroboram as investigações aqui citadas.

Um outro objectivo do presente estudo foi o de ***analisar a predição das atitudes ante o consumo de substâncias aditivas dos angolanos partindo da sua auto-estima, inteligência emocional, apoio social e resiliência.*** Dos resultados obtidos podemos dizer que, tanto a auto-estima como o apoio social e a inteligência emocional, predizem a resiliência dos adolescentes. O apoio da escola é a variável que maior prediz a resiliência só que em sentido negativo.

No que tange a satisfação pela vida (bem-estar), as variáveis que mais o predizem são a auto-estima, o apoio social da família e o controlo emocional.

Na atitude dos adolescentes ante o consumo de drogas, a resiliência aparece como factor que prediz que o consumo de drogas não prejudica a saúde, a pressão social para o consumo de drogas e os efeitos prazenteiros do consumo de drogas. Portanto, a auto-estima está directamente relacionada com a resiliência e com a satisfação pela vida. A nível da inteligência emocional, apenas o controlo emocional se relaciona, directamente, com a satisfação pela vida e em nada se relaciona com a resiliência.

Contrariamente ao que apresentamos como hipótese, foi possível identificar, partindo dos resultados das análises diferenciais que os adolescentes que vivem em instituições sociais (lares), quando comparados com os que vivem com a sua família biológica, são menos resilientes e sentem-se mais apoiados pela escola. Um dos factores de risco apontados na literatura por Koller e Lisboa (2007) são as instituições sociais, na qual, muitas vezes, as crianças e os adolescentes são direccionados. São consideradas como risco, visto estarem ausentes de aspectos afectivos vivenciados na família e por serem detentores de uma disciplina muita das vezes coerciva que não vela pelas particularidades individuais das pessoas aí inseridas, sendo notória a ausência de vínculos que unem pais e filhos. Portanto, podemos dizer, como nos aludem Bahr et al. (2005), que a falta de suporte parental, o uso de drogas pelos próprios pais, atitudes permissivas destes perante o consumo e incapacidade de controlar os filhos são factores predisponentes à iniciação ou continuação de uso de drogas.

A instituição familiar é considerada um dos elos mais fortes que pode levar ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além de também actuar como importante factor de protecção. A família, enquanto contexto social de referência, assume um papel determinante no desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos seus membros. Mesmo na adolescência, segundo Guimarães et al. (2009), em que filhos tendem a procurar uma maior autonomia e distanciamento por parte dos pais, a qualidade desta relação assume uma grande relevância, estando associada a uma melhor adaptação social dos adolescentes e a comportamentos de saúde mais sistemáticos. Assim, julgamos ser importante, o apoio percebido vindo da família, por parte dos adolescentes angolanos. Apesar de o grupo de pares assumir uma importância crescente no decurso da adolescência, a família parece manter um papel primordial no desenvolvimento destes (Brown, 2004; Meeus et al., 2005; Peixoto, 2004). Paiva e Rozani (2009) referem que os jovens que têm maior apoio e

suporte e se sentem compreendidos pela família, apresentam menor padrão do consumo de drogas. Para este autor, o afecto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas.

Além do apego familiar, a existência de normas, tanto do meio familiar como do escolar e do comunitário, as relações familiares satisfatórias a favor da estabilidade e da coesão familiar, um alto apoio social, a auto-aceitação, outro aspecto importante a ser considerado e abordado na literatura, e actua como factor protector, é o associativismo. Isto é, a implicação dos sujeitos em actividades religiosas e a assistência em actividades paroquiais (Hawkins et al., 1992; Newcomb e Felix-Ortiz, 1992; Mathias, 1997; Resnick et al., 1997; Wit et al., 1992), bem como os valores positivos com respeito ao corpo e a vida (Carrasco e Luna, 1995; Dettman, 1994; Friedman e Bransfield, 1995). Muitos dos adolescentes alvo da presente investigação estão vinculados a associações juvenis, na sua maioria de carácter religioso. Os dados daqui advindos dizem que os adolescentes que estão vinculados às associações juvenis, sentem-se mais satisfeitos com a vida, percebem que têm maior apoio da escola, têm maior controlo emocional e sentem mais a pressão social ante o consumo de drogas.

A prática de actividades extra-escolares e a desportiva são variáveis abordadas na literatura. Jessor et al. (1998) dizem que um baixo desempenho escolar, o fracasso escolar (Sikorski, 1996) e uma baixa participação em actividades extra-curriculares (Kaplan et al., 2003), afectam a participação dos adolescentes em condutas saudáveis. Para estes autores, o facto de se ter baixas aspirações académicas e um pobre rendimento escolar faz com que exista uma relação com o consumo de tabaco, já para Kosttelecky (2005) o baixo rendimento académico prediz o consumo de álcool, o que não acontece com a marijuana e outras drogas. A prática de actividade física foi concebida, quase sempre, como uma opção recomendável para prevenir o consumo de álcool e outras drogas (Nebot et al., 1991; Ordax et al., 2004; Rooney, 1984; Sánchez-Bañuelos, 1996). A participação em programas de actividade físico-desportiva pode orientar o sujeito na utilização e no aproveitamento activo do tempo livre, os quais se relacionam com condutas que protegem a saúde. Portanto, segundo nos aludem Arruza et al. (2008), Rijo et al. (2008) e Ruiz et al. (2008), o exercício físico e o desporto foram propostos como meios para a promoção da

saúde durante a infância e adolescência, e também pelas suas características e conotações, poderiam considerarem-se um lugar de encontro e relações com iguais, o que poderia acreditar-se ser um ambiente apropriado para estabelecer hábitos de vida saudáveis. Ser sedentário é um factor de risco para o consumo de álcool, de tal forma que os adolescentes activos mostram maior probabilidade de serem abstémicos, enquanto os adolescentes sedentários revelam maior probabilidade de serem bebedores habituais ou esporádicos (Ruiz-Juan e Ruiz-Risueño, 2011). Assim, a prática habitual da actividade físico-desportiva, pode ser um indicador de um estilo de vida saudável e associa-se a um menor risco de adopção de condutas nocivas.

5.2. CONCLUSÕES

Começaríamos por salientar alguns dos contributos obtidos com o presente trabalho. Em primeiro lugar, esta investigação permitiu a validação de um conjunto de instrumentos passíveis de serem utilizados com adolescentes em contexto escolar e familiar. Os estudos com a escala da Auto-estima, do Apoio Social, da Satisfação pela Vida, da Inteligência Emocional, da Resiliência e das Atitudes ante o Consumo de Substâncias, revelaram a sua validade e fidelidade permitindo a sua utilização em futuras investigações. Após análise factorial confirmatória das escalas, obteve-se satisfatórios índices de ajuste do modelo aos dados que ratificam os factores existentes tal como propõem os seus autores.

Os resultados do presente trabalho permitiram constatar, tendo em conta os objectivos traçados e as hipóteses levantadas, que:

- Grande parte dos adolescentes participa em actividades extra-escolares e estão vinculados a algumas associações juvenis, religiosas desportivas e políticas.
- Apesar de não serem viciados, uma boa parte dos adolescentes é consumidor de bebidas alcoólicas. Grande parte dos sujeitos, alvo da presente investigação, tem geralmente um ou mais membros da família e amigos que fazem uso de bebidas alcolicas.
- A relação entre a auto-estima e a inteligência emocional é positiva, o que, contribui para sentimentos de valor, orgulho, respeito e satisfação para com a vida, servindo de protecção contra a dependência de drogas.
- Existe uma relação entre o bem-estar subjectivo, a inteligência emocional e o apoio

social. Podemos dizer que quanto maior for percebida a auto-satisfação os adolescentes e jovens tendem a consumir menos álcool e tabaco.

➤ A predição das atitudes dos adolescentes ante o consumo de substâncias aditivas é a seguinte: a auto-estima está directamente relacionada com a resiliência e com a satisfação da vida dos adolescentes. O apoio da escola relaciona-se, negativamente, com a resiliência, enquanto o apoio da família encontra-se positivamente relacionado com a satisfação com a vida (bem-estar subjectivo), das variáveis que compõem a inteligência emocional concluímos que a avaliação das emoções próprias e a avaliação das emoções de outros aparecem negativamente relacionadas com a resiliência, o uso das emoções apresenta uma relação directa com a influência da família, sobre o consumo de droga nos adolescentes, e o controlo emocional relaciona-se directamente com a satisfação com a vida. Finalmente, cabe dizer que todas as relações significativas da resiliência com a satisfação com a vida e com as actitudes ante o consumo de droga nos adolescentes são negativas.

➤ Contrariamente ao aventado nas nossas hipóteses, aqueles adolescentes que vivem em instituições escolares são menos resilientes que os que vivem com a família biológica.

➤ A avaliação das emoções próprias e a avaliação das emoções dos outros, são os factores que mais se relacionam com a resiliência mas em sentido negativo; o apoio da escola estabelece uma relação com a resiliência em sentido negativo; a auto-estima relaciona-se positivamente com a resiliência.

➤ Relativamente a nossa última hipótese, a resiliência encontra-se negativamente relacionada com a actitude ante o consumo de drogas. Mas, contrariamente ao que inicialmente prevíamos, a resiliência encontra-se negativamente relacionada com a percepção subjectiva da qualidade de vida.

5.3. LIMITAÇÕES DESTE TRABALHO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Como na maioria dos trabalhos, este também apresenta as suas limitações. Neste sentido embora o tamanho da amostra seja amplo, os dados foram obtidos através de colaboradores (amostra por conveniência) e recolhidos mediante autoinformes dos

adolescentes, o qual pode incorporar um certo grau de desejabilidade social. Além disso, os dados utilizados neste estudo são transversais, pelo que não se pode estabelecer conclusões fundamentadas em relações de causa-efeito. Um desenho longitudinal poderia reforçar o estudo e proporcionar maior fiabilidade aos resultados e conclusões. É importante também assinalar que o modelo aqui submetido a comprovação mediante equações estruturais é somente uma das possibilidades, pois existem outros modelos que poderiam contribuir com novas explicações na interpretação das relações entre as variáveis estudadas. Por outro lado, no panorama dos resultados obtidos neste trabalho, sugere-se incluir na amostra de estudo grupos de adolescentes susceptíveis de terem padecido de eventos stressantes, de tal forma que possam encontrar-se mais próximos a uma consideração real de resiliência. Contudo, sugere-se que se continue a submeter a novas validações o questionário de actitudes dos adolescentes ante o consumo de drogas, e inserir modificações no instrumento procurando a redação dos itens em positivo, devido ao efeito de método que possam engendrar os itens invertidos.

A nosso juízo o facto de que no consumo de drogas influenciam diversos factores e que o próprio consumo está associado a causas multifacéticas faz com que os motivos e as consequências diferam ao mudar os valores de alguma variável implicada. Por isso, as investigações desta índole devem restringir-se a populações mais reduzidas com a finalidade de se ter amostras mais homogéneas, elemento que permitirá encontrar soluções mais acertadas para a população em questão.

Outro aspecto a assinalar é o facto de se abordar o estudo dos factores de risco e protecção desde um enfoque metodológico misto, contemplando a metodologia qualitativa, histórias de vida, entrevistas de profundidade, grupos focais com o objectivo de captar detalhes que não apenas a metodologia quantitativa por si só não é capaz de revelar.

Se considerarmos que a família, como enfatizamos na fundamentação teórica, constitui-se num factor de risco se forem consumidores, para a ingestão de álcool, deveríamos ter estudado se os adolescentes que são consumidores têm algum membro da família ou algum amigo que seja consumidor. Por outro lado, não estabelecemos nenhuma comparação entre os que fumam com relação ao consumo de álcool, pois este, é visto

como o principal factor de risco para o uso de bebidas alcoólicas.

Um outro aspecto que não foi contemplado no presente estudo, e que se enquadra dentro dos factores de risco, é a relação entre o consumo de substâncias com as aspirações académicas dos adolescentes. Carvajal e Granillo (2006), Kaplan et al. (2003), Martinez et al. (2001) e Palacios e Andrade (2007) assinalaram que os jovens com baixas aspirações académicas, um promedio escolar baixo e um menor compromisso escolar, têm maior probabilidade de se iniciarem no consumo de substâncias, principalmente o álcool.

5.4. PROPOSTAS DE APLICAÇÃO DOS RESULTADOS.

Desde uma perspectiva aplicada, e no marco da psicologia positiva, estes resultados podem ser valiosos e servir de base para desenvolver estratégias de intervenção encaminhadas na prevenção do consumo de substâncias aditivas por parte dos adolescentes e favorecer o seu bem-estar e crescimento positivo (Fergus y Zimmerman, 2005; Veselska et al., 2009), dando ênfase às variáveis que maior explicação ofereceram, considerando assim a direcção em que cada uma delas deve ser projectada. Encarando a prevenção do consumo de substâncias, a resiliência pode ser uma importante via para melhorar o comportamento e os processos internos dos indivíduos para que estes possam afrontar melhor todo o tipo de situações relacionadas com o consumo de drogas.

Apesar de que neste trabalho não se tenha encontrado relações significativas entre a satisfação com a vida dos adolescentes e as atitudes ante o consumo de drogas, a literatura existente convida a continuar investigando neste sentido, pelo valioso dos objectivos perseguidos a favor de uma maior e melhor qualidade de vida das crianças e jovens. Adicionalmente, este trabalho tratou de dar resposta as propostas de Lyubomirsky et al. (2005), Gadermann, Schonert-Reichl e Zumbo (2010) e Sun e Shek (2012), quando suplicam uma maior atenção ao estudo da adolescência, tendo em conta que as relações entre variáveis, tradicionalmente, tinham sido estudadas em população adulta. Outro aporte relevante deste trabalho foi a proposta de um modelo multidimensional. Embora já se tenha observado a importância destas variáveis em relação a satisfação com a vida (Chu, Saucier e Hafner, 2010) e o consumo de tabaco e outras substâncias adictivas (Downey, Johnston, Hansen, Birney e Stough, 2010; García del Castillo et al., 2012;

Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman e Stergar, 2007), aqui abordamos a sua análise de forma conjunta (path análisis).

Finalmente, tendo em conta a situação actual da investigação em Angola, os resultados deste trabalho deveriam ser tidos em conta como ponto de partida para avançar no conhecimento mais específico da realidade dos adolescentes angolanos, por um lado e por outro para encaminhar propostas de intervenção dirigidas tanto ao sistema familiar, como o escolar e o comunitário.

No contexto dos adolescentes, os estilos educativos seguidos tanto pela família como pelos educadores, ou pela escola deve preceder sempre que seja possível qualquer intervenção que se realize com a finalidade de prevenir o consumo de substâncias aditivas. O estilo educativo seguido é, em grande medida, o responsável do comportamento do adolescente. Deste modo, o estilo autorizado é o mais adequado a ser seguido pelos pais e pela escola com vista a evitar condutas que apliquem o consumo de álcool e tabaco nos adolescentes angolanos.

Apesar de existirem políticas por parte do Estado Angolano direccionadas às crianças adolescentes e jovens que visam minimizar o tempo de ócio, elaboração de actividades que os conduza a uma inserção social e conquista valores morais, socioculturais, bem como a terem um conhecimento da realidade angolana, existe uma falta de controlo e avaliação dessas políticas de modo a medir o impacto das actividades direccionadas a esta franja social.

Face ao exposto anteriormente, para a elaboração de projectos se deve ter em conta:

A nível das políticas do Estado Angolano devem ser criadas equipas que avaliem o impacto dos projectos que são direccionados aos adolescentes e jovens de modo a proceder as respectivas correções e actualizações;

A nível da escola e da família, devem ser utilizados o estilo autorizado, visto ser aquele em que se consegue um equilíbrio entre o afeto e o controlo do adolescente, entre a sua aceitação e a monitorização promovendo e reforçando um comportamento orientado em direcção ao não consumo de substâncias aditivas. Este deve ser o estilo educativo, que deve ser orientado aos pais e professores que interactivam com os adolescentes. Para isso, é imprescindível prepará-los quanto ao conhecimento desta forma de educar. Queremos

com isto dizer, que devem ser consideradas actividades que orientam os pais e os professores no modo de conquistar um equilíbrio entre o afecto que eferecem aos adolescentes e o controlo que realizam sobre eles, ensinando-lhes a estabelecer as normas e os limites permitidos no que tange a sua actuação, particularmente quanto a relação com o uso de substâncias aditivas.

Ao se programar as actividades de preparação das famílias e dos professores se deverá ter em conta, o conhecimento dos riscos a que se enfrenta o adolescente ante o consumo de substâncias aditivas tanto desde o ponto de vista biológico, como psicológico e na sua inserção social. Assim, é imprescindível a preparação dos pais e dos professores a nível de conhecimentos e sentimentos que permitam estabelecer uma relação emocional positiva ante a educação dos adolescentes, fundamentalmente orientando-os na prevenção do consumo de álcool e tabaco.

Torna-se mister a elaboração de um conjunto de estratégias educativas que determinam a activação e regulação do comportamento do adolescente desde a família á escola, por isso deve-se conseguir coerência entre o modo de actuação dos pais e dos professores com respeito a educação dos adolescentes. O uso de tais estratégias pressupõe:

- a) A planificação, a execussão e o controlo de uma sequência de acções que se correspondam com uma meta para educar os adolescentes;
- b) O uso felxível e de perfeição contínuo das acções, processos, tácticas aplicadas tanto pelos pais como pelos professores para conseguir que os adolescentes não consumam substâncias aditivas.

A preparação dos professores deverá ser diferente daquela que será dada aos pais por duas razões. Em primeiro lugar porque o vínculo afectivo e social que cada um deles estabelece com o adolescente é diferente, e, em segundo lugar, porque os professores além da responsabilidade de preparar os pais devem ter como base a sua preparação científica pedagógica como educadores. Por esta razão, se deverá incluir a preparação que irá receber o professor por parte do pessoal experto em Psicologia Positiva de como fazer uso desta para enfrentar os riscos de consumo de substâncias aditivas e a sua prevenção a adição nos adolescentes. As estratégias dirigidas a preparação dos pais, deverão ser conduzidos pelos professores da escola e se desenvolverá através de actividades realizadas

com os pais nas quais se evidenciará e se ensinará o estilo educativo autorizado para enfrentar os riscos de consumo de substâncias aditivas e a prevenção da adição nos adolescentes.

É fundamental ter em conta a preparação dos adolescentes para se enfrentarem aos factores de risco aos quais se vêm expostos e como proteger-se deles. Aos adolescentes as acções deverão ser dirigidas no conhecimento dos factores de risco e no conhecimento de si mesmos para poderem actuar de modo responsável ante a aparição de riscos relacionados especialmente com o consumo de substâncias aditivas. O conhecimento dos factores de risco refere-se ao entendimento dos prejuízos que representa o consumo de substâncias aditivas para o seu desenvolvimento pessoal e para a sua inserção social. O conhecimento de si mesmo estará relacionado com o modo de conseguir o bem-estar subjectivo, oferecendo-lhes nestes casos alternativas que permitam empregar o seu tempo livre, sentir-se úteis a sociedade e responder com a sua actuação ao estilo educativo autorizado que deve ser seguido pelos seus pais e pelos seus professores.

Estas acções, assinalados nos paragrafos anteriores, visam **evitar o consumo de substâncias aditivas nos adolescentes** e conformam um sistema complexo cujo obectivo expressa a intenção de afastar, ou seja, distanciar o adolescente do consumo de substâncias aditivas. Com as referidas acções *aspira-se conseguir uma franja de adolescentes que não consumam substâncias aditivas, saibam enfrentar os factores de risco para si mesmos e saibam orientar os seus colegas e amigos para que assumam uma atitude negativa ante o consumo de tais substâncias.*

CAPÍTULO VI

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraldes, J. A. & Argudo, F. M. (2009). Analysis of the motivation, attitude and participation in extracurricular physical activity. *Retos, 14*, 61-63.
- Abril, V. (1998). *Instrumentos de psicología comunitaria. Apoyo social y marketing social*. Valencia, España: Promolibro.
- Aguirre, F., Sergi, M. J. & Levy, C. A. (2008). Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy. *Schizophrenia Research, 104*, 255-264.
- Albertani, H.M.B., Scivoletto, S. e Zemel, M. L. (2004). Prevenção do uso indevido de drogas: Factores de risco e protecção. Inn SENAD (Ed). *Actualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas*. Ed. UFSC.
- Albuquerque, A. S. e Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*, 153-164.
- Aldwin, C., Sutton, K. & Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality, 64*, 837-871.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología, 25*, 330-338.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En, M. C. Nussbaum y A. Sen. (Comp.) *La calidad de vida*, cap. IV, México DF. Fondo de Cultura Económica.
- Almeida, L., Roazzi, A. e Spinillo, A. (1989). O estudo da inteligência humana: Divergências, convergências e limitações dos modelos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 5*, 217-230.
- Alvarenga, P. e Piccininni, C. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14* (3), 449-460.
- Andrada, G., Rodríguez, J. y González, P. (1995). *Consumo de alcohol en la juventud*. Madrid: Cuadernos INPA.

- Andrade, P. P. y Betancourt, O. D. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En, P. P. Andrade, M. J. Canas y O. D. Betancourt (Eds.). *Investigaciones psicosociales en adolescentes*, (pp. 181-227), México: UNICACH.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicol. Argum, Curitiba*, 27 (58), 253-260.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. e Bandeira, D. R. (1998) O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos em Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- APTA. (1989). Factores de protección del consumo de drogas en la adolescencia: estudio preliminar. *Adicciones. 1*, 28-36.
- Arellánez, H. J., Díaz, N. D., Wagner, E. F. y Pérez, I. V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Analisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3), 54-64.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Arruza, J. A., Arribas, S., Gil, D. L., Irazusta, S., Romero, S. & Cecchini, J. A. (2008). The impact of duration in sport and physical activity on the psychological well-being. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 8 (30), 171-183.
- Arteche, A. X. (2003). Bem-estar subjetivo: um estudo com adolescentes trabalhadores. *Psico-USF*, 8 (2), 193-201.
- Assis, S. G. (1999). *Traçando caminhos em uma sociedade violenta*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Assis, S. G. e Avanci, J. Q. (2003). *Labirinto de espelhos. A formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Assis, S. G., Pesce, R. P. e Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Assis, S. G. & Constantino, P. (2001). *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

- Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. e Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural da escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 397-405.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P. & Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention*, 26 (6), 529-551.
- Baker, J. G., Rosenthal, S. L., Leonhardt, D., Kollar, L. M., Succop, P. A., Burklow, K. A. & Biro, F. M. (1999). Relationship between perceived parental monitoring and young adolescent girls sexual and substance behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecologic*, 12 (1), 17-22.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción, fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: W.H. Freeman and Co.
- Bar-On, R. (2002). Inteligência social e emocional: Visões do emotional quotient inventory. Em, R. Bar-On e J. D. A. Parker (Orgs.), *Manual de inteligência emocional: Teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho* (pp. 266-283). Porto Alegre: Artmed.
- Barreira, D. D. e Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: Articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, 75-80.
- Baumrind, D. (1971). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, 4 (1), 99-102.
- Baurmind, D (1991). Parental styles and adolescent development. In R. Lerner, A. C. Petersen & J. Brooks- Gunn (Eds), *The encyclopedia on adolescence*. New York: Garland.

- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2002). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En J.R. Fernández-Hermida, y R. Secades, (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 117-140). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Mínguez, M. C., López, A., Vázquez, M. J. y Lorenzo, M. C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas*, 6 (1), 89-111.
- Beman, D. S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, 30 (117), 201-208.
- Ben-Ari, A. & Gil, S. (2004). Well-being among minority students: The role of perceived social support. *Journal of Social work*, 4 (2), 215-225.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P. M. & Wu, E. J. C. (1995). *EQS for Macintosh user's guide*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Bohlander, R. (1999). Differentiation of self, need fulfillment and psychological well-being in married men. *Psychological Reports*, 84, 1274-1280.
- Bokhorst, C. L., Sumter, S. R. & Westenberg, P. M. (2010). Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: Who is perceived as most supportive? *Social development*, 19 (2), 270-284.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation modelling with latent variables*. New York: Wiley.
- Botvin, G. J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health*, 56, 369-386.
- Botvin, G. J. & Wills, T. A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive behavioral approaches to substance abuse prevention. In, C. Bell & R. J. Battjes

- (Eds.), *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents* (NIDA Research Monograph 63). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Díaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middleclass population. *JAMA*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. D. & Botvin, E. M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63.
- Boyce Rodgers, K. & Rose, H. A. (2002). Risk and resiliency factors among adolescents who experience marital transitions. *Journal of Marriage and Family*, 64, 1024-1037.
- Bowling, A. (1997). Measuring social networks and social support. In, A. Bowling (Ed.), *Measuring health: A review of quality of life measurements scales* (pp. 91-109), 2nd. Ed., Buckingham: Open University Press.
- Braathen, E. T. & Svebak, S. (1992). Motivational differences among talented teenage athletes: The significance of gender, type of sport and level of excellence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 2 (3), 153-159.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Branden, N. (2000). *Auto-estima: Como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo, SP: Saraiva.
- Braverman, M. T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine & Tobacco Research*, 1 (supl. 1), 67-72.
- Brody, G. H. & Ge, X. (2001). Linking parenting processes and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 15 (1), 82-94.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology* (pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Bronfenbrenner U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Biocological perspectives on human development*. London: Sage.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M. & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (2), 111-267.
- Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*, 363-394. Hoboken, NJ: Wiley.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D. & Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation. *Child Development*, 64, 467-482.
- Bry, B. H., McKeon, P. & Pandina, R. J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (4), 273-279.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E. & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139-162.
- Buelga, S., Cava, M. J. y Musitu, G. (2012). Reputación social, ajuste psicosocial y victimización entre adolescentes en el contexto escolar. *Anales de Psicología*, 28 (1), 180-187.
- Burke, V., Milligan, R. A. K., Beilin, L. J., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E., y Gracey, M.P. (1997). Clustering of health-related behaviors among 18-year-old australians. *Preventive Medicine*, 26 (5), 724-733.
- Byrne D. G. & Mazanov, J. (2001). Self-esteem, stress and cigarette smoking in adolescents. *Stress Health* 17, 105-110.

- Cabañero, M. J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña., A. Rodríguez e I. Salazar (coord.) *Drogodependencias 4. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmera, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1 (2), 96-111.
- Camacho, Ì. e Matos, M. G. (2007). Práticas educativas parentais, fobia social e rendimento académico em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3 (2), 25-33.
- Canavaro, M. C. e Pereira, A. I. (2007) A percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: a versão portuguesa do *EMBU-C. RIDEP*, 2 (24), 193-210.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, (S.I), 10, 4.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (2006). Affective and interpersonal self-regulatory efficacy beliefs as determinants of subjective well-being. In A. Delle Fave (Ed.), *Dimensions of well-being: Research and intervention* (pp. 120-142). Milan, Italy: FrancoAngeli.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. e Nappo, A. S. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas).
- Carmeli, A., Yitzhak-Halevy, M. & Weisberg, J. (2009). The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 66-78.
- Carrasco T. J. y Luna M. (1995). ¿Por qué las personas se inician en el consumo de drogas? Propuesta de un modelo explicativo e implicaciones para el diseño de programas de prevención. *Psicología Conductual*, 3, 271-82.

- Carvajal, S. C. & Granillo, T. M. (2006). A prospective test of distal and proximal determinants of smoking initiation in early adolescents. *Addictive Behavior*, 31, 649-660.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. e Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (9), 2023-2033.
- Castro, J., Toro, J., Van Der Ende, J. & Anindell, W.A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39 (1),47-57.
- Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In, J. D. Hawkins (Ed.): *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 149-197). Nueva York: Cambridge University Press.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395.
- Cecconello, A. M., Antoni, C. D. e Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8 , 45-54.
- Cerezo, M. T.; Casanova, P. F.; Tore, M. J. y Carpio, M. V. (2011). Estilos educativos paternos y estrategias de aprendizaje en alumnos de Educación Secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 4. (1), 51-56.
- Cha, K. H. (2003). Subjective well-being among college students. *Social Indicators Research*, 62 (1), 455-477.
- Chatters, L. (1988). Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging*, 13, 184-190.
- Chico, L. E. (2006). Personality and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 38-44.

- Chilcoat, H. D. & Anthony, J. C. (1996). Impact of parenting monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 91-100.
- Chiolero, A., Wietlisbach, V., Ruffieux, C., Paccaud, F. & Cornuz, J. (2006). Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. *Preventive Medicine*, 42 (5), 348-353.
- Chu, P. S., Saucier, D. A. & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (6), 624-645.
- Chuang, Y. C., Ennet, S. T., Bauman, K. E. & Foshee, V. A. (2005). Neighborhood influences on adolescent cigarette and alcohol use: mediating effects through parent and peer behaviors. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (2), 29-41.
- Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T. & Torgrud, L. J. (2003). Confirmatory Factor Analysis of The Multidimensional Scale of Perceived Social Support in clinically distressed and student samples. *Journal of Personality Assessment*, 81 (3), 265-270.
- Cleveland, M. G., Gibbons F. X., Gerrard, M., Pomery, E. A. & Brody, G. H. (2005). The impact of parenting on risk cognitions and risk behavior: a study of mediation and moderation in a panel of African American adolescents. *Child Development*, 76 (4), 900-916.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D. & Asarnow, J. R. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48 (10), 1013-1022.

- Cook, T. D., Herman, M. R., Phillips, M. & Settersten, R. A. (2002). Some ways in which neighborhoods, nuclear families, friendship groups, and schools jointly affect changes in early adolescent development. *Child Development, 73*, 1283-1309.
- Comas D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. *Adicciones, 4*, 5-24.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema, 20* (3), 396-402.
- Costa, T. G. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia; Reflexão e Crítica, 13* (3), 465-473.
- Cramer, D., Henderson, S. & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 14* (6), 761-775.
- Crawford, A., Pentz, M. Chou, C., Li, C. & Dwyer, J. (2003). Parallel developmental trajectories of sensation seeking and regular substance use in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 179-192.
- Crives, M. N. S. e Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Saúde e Sociedade, 12*, 19-25.
- Crouter, A. C. & Head, M. R. (2002). Parental monitoring and knowledge of children. In M. Bornstein (ED.), *Handbook on parenting*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Csikszentmihalyi, M. (2006). Introduction. In: M. Csikszentmihalyi & I. S. Csikszentmihalyi (Eds.), *A life worth living: Contributions to Positive Psychology* (pp. 3-14). New York: Oxford University Press.
- Cunningham, M. & Swanson, D.P. (2010). Educational resilience in African American adolescents. *The Journal of Negro Education, 79* (4), 473-487.

- Daepfen, J. B., Smith, T. L., Danko, G. P., Gordon, L., Landi, N. A., Nurnberger, J. I. Jr., Bucholz, K. K., Raimo, E. & Schuckit, M. A. (2000). Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 171-5.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- De la Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
- Demaray, M. K. & Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39, 305-316.
- De Micheli, D. & Formigoni, M. L. (2002). Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? *Addictive Behaviors*, 27, 87-100.
- Delgado, J. y Martinez, J. (2010). Características psicossociales del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes de Chiapas, México. *Psicología Iberoamericana*, 18 (2), 27-36.
- Delle Fave, A. (2006). *Dimensions of well-being: Research and intervention*. Milan, Italy: Franco Angeli.
- Dettman, P. A. (1994). Nuestra mayor aportación al futuro: una juventud libre de drogas. En: *Seminario Internacional sobre la Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia*. Plenario 17, 101-18.
- Diego, M. A., Field, T. M. & Sanders, C. E. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38, 35-42.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Smith, H. & Shao, L. (1995). National differences in reported subjective well-being: why do they occur? *Social Indicators Research*, 34 (1), 7-32.
- DiFranza, J. R. & Guerrera, M. P. (1990). Alcoholism and smoking. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*, 51, 130-35.
- Donaldson, S. I., Graham, J. W. & Hansen, W. B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 195-216.
- Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Birney, J. & Stough, C. (2010). Investigating the mediating effects of emotional intelligence and coping on problem behaviours in adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 62, 20-29.
- Ducharne, M. A., Cruz, O., Marinho, S. e Grande, C. (2006). Questionário de Estilos Educativos Parentais (QEEP). *Psicologia e Educação*, 5 (1), 63-75.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Biglan, A. & Ary, D. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 50 (1), 57-71.
- Ellickson, P. L. & Morton, S. C. (1999). Identifying adolescents at risk for hard drug use: racial/ethnic variations. *Journal of Adolescent Health*, 25, 382-395.
- Elmore, G. M. & Huebner, E. S. (2010). Adolescents' satisfaction with school experiences: Relationships with demographics, attachment relationships, and school engagement behavior. *Psychology in the Schools*, 47 (6), 525-537.
- Emery, R. S. & Forehand, R. (1996). Parental divorce and children's well-being: a focus on resilience. In, L. R. Haggerty, N. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (eds). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions* (pp. 64-99). Cambridge, Cambridge University Press.

- Erikson, E. H. (1972). *Identity, youth and crisis*. New York, NY: Norton.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En, M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.
- Escámez, J. y García, R. (1990). Actitudes de los alumnos de E.G.B. ante las drogas. En, J. Escámez *et al.* (Eds.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 105-119). Madrid: Dykinson
- Escámez, J. y Baeza, C. (1993). Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación/cambio de actitudes. En, J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
- ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (2003). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. In, http://www.sedqa.gov.mt/pdf/information/reports_intl_espad2003.pdf
- ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (2011). The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. In, <http://www.emcdda.europa.eu/news/2011/fs-6>
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2002). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R., (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 22-56). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Espada, J. P. Pereira, J. R. y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20, 531-537.
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3, 61-81.
- FAD. (1996). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid.

- Feitosa, F., de Matos, M., del Prette, Z. & del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socio-económico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia, 13*, 129-138.
- Felton, B. & Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving “social support” beyond the individual level. *Journal of Community Psychology, 20*, 103-115.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1999). Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40* (4), 581-592.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.
- Finney, S. J. & DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in SEM. In, G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *Structural Equation Modeling: A second course* (pp. 269-314). Greenwich, CO: Information Age Publishing.
- Flay, B. R., Koepke, D., Thompson, S. J., Santi, S., Best, J. A. & Brown, K. S. (1989). Six year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health, 79*, 1371-1376.
- Fontaine, A. M., Campos, B. P. e Musitu, G. (1992). Percepção das interações familiares e conceito de si próprio na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica, 8*, 69-78.
- Ford, J. A. (2007). Substance use among college athletes: A comparison based on sport/team affiliation. *Journal of American College Health, 55* (6), 367-373.
- Franciscus, A. (2006). El alcohol y el hígado. *Alcohol and the liver, 1*, 1- 2.
- Friedman, A. S. & Bransfield, S. (1995). Early childhood risk and protective factors for substance use during early adolescence: Gender differences. *Journal of Child and Adolescent Substance, 4*, 1-23.

- Friedman, H. L. (1989). The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Social Science and Medicine*, 29 (3), 309-315, Section C.
- Furman, W. & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63, 103-115.
- Gadermann, A. M., Schonert-Reichl, K. A. y Zumbo, B. D. (2010). Investigating validity evidence of the Satisfaction with Life Scale adapted for children. *Social Indicators Research*, 96, 229-247.
- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F., Díez-Gañán, L., Tobías, A., Zorrilla, B. y Gandarillas, A. (2006). Clustering of behavioural risk factors and compliance with clinical preventive recommendations in Spain. *Preventive Medicine*, 42 (5), 343-347.
- García, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2, 128-130.
- García, A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18- 39.
- García del Castillo, J. A., Dias, P., Díaz-Pérez, J. y García del Castillo-López, A. (2012). The mediating role of self-regulation in cigarette smoking and alcohol use among young people. *Anales de Psicología*, 28 (1), 1-10.
- García del Castillo, J. A. y Dias, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 7 (2), 309-332.
- García, A. y Ezquiaga, E. (1991). Estudio descriptivo de una muestra de 433 drogodependientes que acudieron a un centro de salud mental. *Adicciones*. 167-180.
- García, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2, 128-130.
- Gardner. H. (1994). *Estruturas da mente: A teoria das inteligências múltiplas*. Porto Alegre: ArtMed.
- Garnezy, N., Masten, A.S. & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.

- Garnezy, N. & Rutter, M. (1988). *Stress, coping and development in children*. McGraw-Hill, Nova York.
- Garnefski, N. & Diekstra, R. F. W. (1996). Perceived social support from family, school and peers: Relationship with emotional and behavioral problems among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1657-1664.
- Gerevich, J. & Bacskai, E. (1996). Protective and risk predictors in the development of drug use. *Journal of Drug Education*, 26, 25-38.
- Goede, I., Branje, S. & Meeus, W. (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal Youth Adolescence*, 38, 75-88.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhando com inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gomes, R. A. (1994). Violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1), 156-167.
- González, B. R., Montoya, C. I., Casullo, M. y Bernabeu, V. J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 363-368.
- González, C. F., García, S. M. y González, G. S. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.
- Gordon Rouse, K. A., Ingersoll, G. M. & Orr, D. P. (1998). Longitudinal health endangering behavior risk among resilient and nonresilient early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 23, 297-302.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. e Lopes, C. (2005). Validade de constructo da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 21 (3), 703-714.
- Griffith, J. (1996). Relation of parental involvement, empowerment, and school traits to student academic performance. *Journal of Educational Research*, 90, 33 - 41.

- Grotberg, E. H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. Em, A. Melillo e E. N. S. Ojeda (Org.). *Resiliência: Descobrendo as próprias fortalezas* (pp. 15-22). Porto Alegre: Artmed.
- Guimarães, A., Hochgraf, P., Brasiliano, S. e Ingerman, Y. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 36*, 69-74.
- Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G. & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, 62* (6), 754-762.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Hanson, B. S. & Östergren, P. O. (1987). Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. *Social Science and Medicine, 25*, 849-859.
- Harden, K., Hill, J. E., Turkheimer, E. & Emery, R. E. (2008). Gene-environment correlation and interaction in peer effects on adolescent alcohol and tobacco use. *Behavior Genetics, 38*, 339-347.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science based prevention in communities. *Addictive Behaviors, 27*, 951-976.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *American Psychological Association, 112* (1), 64-105.
- Hawkins, J. D. & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention, 6*, 73-97.
- Hawley, D. & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life span and family perspectives. *Family Process, 35*, 283-298.

- Hayduk, L. A. (1987). *Structural equation modeling using LISREL: essentials and advances*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hecht, M. L. & Driscoll, G. (1994). A Comparison of selected communication, social, situational, and individual factors associated with alcohol and other drugs. *International Journal of the Addictions*, 29, 1225-1243.
- Hedlund, J. e Sternberg, R. J. (2002). Inteligências em excesso? Integrando as inteligências social, emocional e prática. Em, R. Bar-On e J. D. A. Parker (Orgs.), *Manual de inteligência emocional: Teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho* (pp. 111-131). Porto Alegre: Artmed.
- Hedman, L., Bjerg-Bäcklund, A., Perzanowski, M., Sundberg, S. & Rönmark, E. (2007). Factors related to tobacco use among teenagers. *Respiratory Medicine*, 101 (3), 496-502.
- Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 319-335.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction (FLZ^M). A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Social Psychology*, 16, 150-159.
- Ho, M. Y, Cheung, F. M. & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.
- Hoffmann, J. P. & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: a event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 255-264.
- Hoyle, R. H. & Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 159-176). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M. et al. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 403-420.
- Jackson, C., Henriksen, L. & Dickinson, D. (1999). Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (3), 362-367.
- Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D., Messer, L. & Robertson, S. B. (1998). A longitudinal study predicting patterns of cigarette smoking in late childhood. *Health Education and Behavior*, 25 (4), 436-447.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health* 12, 597-605.
- Jessor, R., Bos, J. V., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31 (6), 923-933.
- Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.
- Jiménez, J. L. y Revuelta, A. (1991). La familia del toxicómano: Un estudio comparativo. *Adicciones*, 133-140.
- Johnson, C. A., Pentz, M. A., Weber, M. D., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Baer, N. A. & Hansen, W. B. (1990). The relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (4), 4047-4056.
- Joseph, S., Linley, P. A., Hardwood, J., Lewis, C. A. & McCollam, P. (2004). Rapid assessment of well-being: The Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77 (4), 463-478.

- Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation well-being. *The Journal of General Psychology*, 724, 77-90.
- Justo, A. (2005). A influência do estilo parental no stress do adolescente. Dissertação de mestrado. Brasil. Consultado a 28 de Julio de 2011. www.bibliotecaiecatnpuccatnpinas.edu.br/tdebusccr/processaArauívo.ohp?codArauívo=428
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. In D. J. Lettieri, M. Sayers y H. W. Pearson (Eds.): *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives* (pp. 120-127). Rockville, MD: NidaResearch Monograph 30.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C. & Margulies, R.S. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 13-40.
- Kaplan, D. (2000). *Structural equation modeling: Foundations and extensions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kaplan, C. P., Zabkiewicz, M., Mcphee, S. J., Nguyen, T., Gregorich, S.E., Disogra, C., Hilton, J. F. & Jenkins, C. (2003). Health-compromising behaviors among Vietnamese adolescents: The role of education and extracurricular activities. *Journal of Adolescent Health*, 32, 374-383.
- Kessler, F., von Diemen, L., Seganfredo, A. C., Brandão, I., Saibro, P., Scheidt, B., et al. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), 19-26.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Kodjo, C. M. & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. *The Pediatric Clinics of North America*, 49, 257-268.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Koller, S. H. & Lisboa, C. (2007). Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 341-356.
- Kostelecky, K. L. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence*, 28, 665-669.
- Krause, N. & Borawski-Clark, E. (1995). Social class differences in social support among older adults. *The Gerontologist*, 35, 498-508.
- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Ellison, C. & Wulf, K. (1999). Aging, religious doubt and psychological well-being. *The Gerontologist*, 39, 525-533.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In, M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resiliency and development: Positive life adaptations* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic.
- Lambom, S., Mounts, N., Steinberg, L. & Dombusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049- 1065.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas).

- Larrauri, B. G. (2006). *Programa para mejorar el sentido del humor: porque la vida con buen humor merece la pena!* Madrid, España: Pirámide.
- Lever, J. P. (2004). Poverty and subjective well-being in México. *Social Indicators Research*, 68 (1), 1-33.
- Levisky, D. L. (1997). *Adolescência e violência: consequências da realidade brasileira*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Li, X., Feigelman, S. & Stanton, B. (2000). Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 27 (1),43-48.
- Lightsey, O. R. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in well-being. *The Counseling Psychologist*, 24 (4), 589- 735.
- Loehlin, J. C. (1987). *Latent variable models*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
- Lord, S. E., Eccles, J. S. & McCarthy, K. A. (1994). Surviving the junior high school transition, family processes, and self-perceptions as protective and risk factors. *Journal of Early Adolescence*, 11, 162-199.
- Lorente, F. O., Souville, M., Griffet, J. & Grélot, L. (2004). Participation in sports and alcohol consumption among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 29 (5), 941-946.
- Lucas, E. (1988). Logoterapy and its possibilities in the prevention of drug addictions. *Psicológico*, 15, 42-59.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Heterington (Ed.), *Handbook of child psychology*, (Vol. 4:

- Socialization, personality, and social development, (4^a ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Magaña, M. (2003). La adolescencia hoy. *Anales de Pediatría*, 58 (2), 95-96.
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P. & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- Marques, S., Pais-Ribeiro J. & Lopez, S. (2007). Validation of a Portuguese version of the Students' Life Satisfaction Scale. *Applied Research in Quality of Life*, 2, 83-94.
- Marín, F. J. & Olivares, A. (2009). Motivations for the physical and sport activity and their social environment in the secondary students from a public center and a private center in Granada. *Retos*, 16, 108-110.
- Markus, M. T., Lindhout, I. E., Boer, F., Hoogendijk, & Arrindell, W. A. (2003). Factor of perceived parental rearing styles; the EMBU-C examined in a sample of Dutch primery school children. *Personality and Individual Diffirences*, 3 (4), 503 -5 19.
- Martínez, G. J., Robles, L. L. & Trujillo, M. H. (2001). Diferencias sociodemograficas y de proteccion ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 461-475.
- Martínez, J. M. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13 (2), 222-228.
- Martínez, J. M., Robles, L. y Trujillo, H. M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 461-475.
- Marín, F. J. & Olivares, A. (2009). Motivations for the physical and sport activity and their social environment in the secondary students from a public center and a private center in Granada. *Retos*, 16, 108-110.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A. e Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia Positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 115-136.

- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in Developmental Psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Orgs.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum. V.8, 1-52
- Mathias, R. (1997). Protective factors can buffer high-risk youths from drug use. *Vol. 11*, 3. <http://165.112.78.61/>
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M. e Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 10 (5), 685-681.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. e Salovey, P. (2002). Seleccionando uma medida para inteligência emocional: Em defesa das escalas de aptidão. Em, R. Bar-On e J. D. A. Parker (Orgs.), *Manual de inteligência emocional: Teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho* (pp. 237- 251). Porto Alegre: Artmed.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In, P. Salovey & D. J. Sluyter (Org.), *Emotional development and emotional intelligence; educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence. New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63, 503-517.
- Mecca, A., Smelser, N. J. & Vasconcellos, J. (1989). *The social importance of self-esteem*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Meeus, W., Iedema, J., Maassen, G. & Engels, R. (2005). Separation-individuation revisited: On the interplay of parent-adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence, *Journal of Adolescence*, 28, 89-106.
- Mendoza-Berjano, R., Batista-Foguet, J. M., Sánchez-García, M. & Carrasco-González, A. M. (1998). The consumption of tobacco, alcohol and other drugs by adolescent Spanish students. *Gaceta Sanitaria*, 12(6), 263-271.
- Midanik, L. (1983). Familial alcoholism and problem drinking in a national drinking pactices survey. *Addictive Behaviors*, 8 (2), 133-141.

- Minkler, M. (1985). Building supportivities and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Out Reach Project. *Health Educational Quarterly*, 12, 303-314.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuestas de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17 (2), 105-120.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
- Moreira, C. (2008). Estilos educativos e posturas parentais face aos estudos, estratégias de estudo, metas académicas e auto-conceito de alunos do 7º ano de escolaridade. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto.
- Mota, D. C. G. A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L. e Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de chagas. *Aletheia*, 24, 57-68.
- Mott, J. Á, Crowe, P. A., Richardson, J. & Flay, B. (1999). Afterschool supervision and adolescent cigarette smoking: contributions of setting and intensity of after-school self-care. *Journal of Behavioral Medicine*, 22 (1), 35-58.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Ojeda, E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS/ OMS/Fundación Kellogg, Washington.
- Mruk, C. (1995). *Self Esteem: Research, theory, and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- National Institute of Health. (1998). Alcohol Alert. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 39. Em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa39.htm>.
- Nebot, M., Comin, E., Villalba, J. R. y Murillo, C. (1991). La actividad física de los escolares: Un estudio transversal. *Revista de Sanidad Pública*, 65, 325-331.

- Neiva-Silva, L. y Koller, S. H. (2005). *Institucionalización: factor de riesgo o de protección en relación al abuso de drogas entre niños y adolescentes en situación de callejera*: São Paulo, Casa do Psicólogo, Salvador. Editora Universidade Federal da Bahia.
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en la América latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 55-74.
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescent*, 22, 125-134.
- Newcomb, M. D. & Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and protective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-96.
- Newcomb, M. & McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 614- 628.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. & Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76 (5), 525-531.
- Newson, J. & Schultz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.
- Noller, P. (1994). Relationships with parents in adolescence: Process and outcome. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp.37-77). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Nunes, T. (1994). O ambiente da criança. *Cadernos de Pesquisa*, 89, 5-23.
- Oetting, E. R. & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse*, 33 (4), 995-1026.

- Oliver, A., Sancho, P., Galiana, L., Tomás, J. M. y Gutiérrez, M. (en prensa). Efecto de método asociado a los ítems en negativo en la versión en portugués de la escala de autoestima de Rosenberg. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*,
- Omar, A. (2008). Bienestar subjetivo y perspectivas de futuro como predictores de resiliencia en adolescentes. En, J. S. Moisen (Coordinador), *El claroscuro de la vida juvenil*, (p. 5-22) México: Artes Gráficas.
- Ordax, J., De Abajo, S. y Márquez, S. (2004). Relación entre actividad física y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales para la sa-lud en alumnos de ESO del municipio de Avilés. *European Journal of Human Movement*, 12, 46-69.
- Organização Mundial da Saúde-OMS. (2004). *Neurociências: Consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Autor.
- Orgaz, M. P., Segovia, M., López, F. y Tricio, M.A. (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*, 36 (6), 297-305.
- Ortega, P. Mínguez, R y Pagán, F. A. (1993). Actitudes hacia la droga en los alumnos de E.G.B. de la Región Murciana. *Anales de Psicología*, 9 (1), 7-18.
- Overle, E., Schonert-Reichl, K. A. & Zumbo, B. D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 889-901.
- Paiva, F. e Rozani, T. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 177-183.
- Palacios, D. J. e Andrade, P. P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 5-16.
- Pallock, L. & Lamborn, S. (2006). Beyond parenting practices: extenden kinship support and the academic adjustment of African American and European American teen. *Journal of adolescence*, 26, 81-828.
- Paludo, S. S. e Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9-20.

- Pardeck, J. T. (1991). A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. *Family Therapy, 1* (15), 121-132.
- Park, N. & Peterson, C. (2007). Methodological issues in Positive Psychology and the assessment of character strengths. In, A. D. Ong & M. H. M. van Dulmen (Eds.), *Oxford Handbook of methods in Positive Psychology*, (pp. 292-305). New York: Oxford University Press.
- Parker, J. G. & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102* (3), 357-389.
- Parra, J. (1994). Los adolescentes y su cultura del alcohol y de la noche. En, *Alcohol y adolescencia: Hacia una educación preventiva*. Madrid: CCS.
- Passareli, P. M. e Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Campinas), 24* (4), 513-517.
- Patton, L. H. (1995). Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatric Clinics of North America, 42* (2), 283-293.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment, 5* (2), 164-172.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 3* (2), 137-152.
- Peinado, A., Pereña, F y Portero, P. (1993). *La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica, XXII*, 235-244.
- Pelegriña, S., García-Linares, M & Casanova, P. (2003). Adolescents and their parent's perceptions about parenting characteristics. Who can better predict the adolescent's academic competence. *Journal of Adolescence, 26*, 651-665.
- Pentz, M. A., Cormack, C., Flay, B., Hansen, W. & Johnson, C. A. (1986). Balancing program and research integrity in community drug abuse prevention: Project STAR approach. *Journal of School Health, 56* (9), 389-393.

- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. & Johnson, C. A. (1989). A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Pereira, C. A. A. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bemestar subjetivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49 (4), 32-48.
- Pérez-Gómez, A. y Megía-Motta I. E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 10, 111-119.
- Pérez, M. y Lucio-Gómez, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10 (1), 79-96.
- Perkins, K., Gerlach, D., Broge, M., Grobe, J & Wilson, A. (2000). Greater sensitivity to subjective effects of nicotine in nonsmokers high in sensation seeking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 462-471.
- Peroto P. C. y Baldivieso L. E. (1994). *Riesgo de ser joven. Investigación: factores protectores y de riesgo en el consumo de drogas*. La Paz: CESE.
- Pérula, L. A, Ruiz, R., Fernández, J. A., Herrera, E., De Miguel, M. D. y Bueno, J. M. (1998). Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 331-341.
- Pesce, R. P, Assis, S. G., Santos, N. e Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: Um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Pettit, G. S., Bates, J. E. & Dodge, K. A. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: a seven-year longitudinal study. *Child Development*, 68 (5), 908-923.
- Petrides, K. V., Frederickson, N. & Furnham R. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behaviour at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.

- Pinheiro, D. P. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 67-75.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Observatorio español sobre drogas. Informe 2007*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pons, J. (1989). Autoconcepto, comunicación familiar y consumo de drogas en alumnos de Segundo Ciclo de E.G.B. [Tesis de Licenciatura]. Valencia: *Universitat de Valencia*.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 251-266.
- Pons, J. y Gil, M. (1998). Análisis estructural del consumo de bebidas alcohólicas en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 19 (7), 53-61.
- Pons, J. y Buelga, S. (1994). Familia y conductas desviadas: El consumo de alcohol. En, G. Musitu y P. Allat (Eds.) *Psicosociología de la familia*, Valencia: Albatros.
- Protinsky, H. & Shilts, L. (1990). Adolescent substance use and family cohesion. *Family Therapy*, 10, 173-175.
- Pruitt, L. D. & Zoellner, L. A. (2008). The impact of social support: an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2), 253-262.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C. e Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Queroz, N. e Neri, A. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299

- Raboteg-Saric, Z., Rijavec, M. & Brajsa-Zganec, A. (2001). The relation of parental practices and self-conceptions to young adolescent problem behaviors and substance use. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (3), 203-209.
- Rai, A. A., Stanton, B., Wu, Y., Li, X., Galbraith, J., Cottrell, L., Pack, R., Harris, C., Dálessadri, D. & Burns, J. (2003). Relative influences of perceived parental monitoring and perceived peer involvement on adolescent risk behaviors: an analysis of six cross-sectional data sets. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 108-118.
- Ramaswamy, V., Aroian, K. J. & Templin, T. (2009). Adaptation and psychometric evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Arab American adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 43, 49-56.
- Ramirez, J. R., Crano, W. D., Quist, R., Burgoon, M., Alvaro, E. M. & Grandpre, J. (2004). Acculturation, familism, parental monitoring, and knowledge as predictors of marijuana and inhalant use in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), 3- 11.
- Ranzjin, R. & Luszcz, M. (2000). Measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 263-278.
- Rassial, J. J. (1997). *A passagem adolescente: da família ao laço conjugal*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Reichert, C. B. e Wagner, A. (2007) Autonomia na adolescência e a sua relação com os estilos parentais. *Psico*, 38 (3), 292-299.
- Resende, M., Ferreira, A., Naves, G., Arantes, F., Roldão, D., Sousa, K. e Abreu, S. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22 (3), 591-608.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Baumen, K. E., Harris, K. M., Jones J. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *JAMA*, 278, 823-32.
- Rijavec, M., Brdar, I. & Miljkovic, D. (2006). Extrinsic vs. intrinsic life goals, psychological needs and life satisfaction. In, A. Delle Fave (Ed.), *Dimensions of well-being: Research and intervention* (pp. 91-105). Milan, Italy: FrancoAngeli.

- Rijo, A. G., Rivera, L. J. D., Cabrera, J. M. F., González, A. G., Lara, J. J. P. & Álvarez, G. S. (2008). Proposed new curriculum for the area of Physical Education in Primary Education.. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 8 (29), 93-108.
- Rodríguez, J., De Abajo, S. y Márquez, S. (2004). Relación entre actividad física y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales para la salud en alumnos de ESO del municipio de Avilés. *Motricidad*, 12, 46-69.
- Rodríguez, A. y Goñi, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo *Anales de Psicología*, 27 (2), 327-332.
- Rooney, J. F. (1984). Sports and clean living: A useful myth? *Drug Alcohol Depend*, 13 (1), 75-87.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original publicado em 1956).
- Ruiz-Juan, F. y Ruiz-Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles *Anales de Psicología*, 2 (2), 350-359.
- Ruiz, F., De la Cruz, E., Ruiz-Risueño, J. & García, M. (2008). Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. *Retos*, 14, 75-79.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719- 727.

- Salamó, A, Gras, M. E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 189-195.
- Sánchez, L. (2002). Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones*, 14 (1), 99-113.
- Sánchez, E. & Barrón, A. (2003). Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 3-11.
- Sánchez-Bañuelos, F. (1996). *La valoración del deporte y la educación física y su relación con la práctica del ejercicio físico orientado hacia la salud*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Santos, P. J. e Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sapienza, G. e Pedromônico, M. R. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schenker, M. e Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 707-717.
- Schenker, M. e Minayo, M.C.S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 299-306.
- Schinke, S. P. & Blythe, B. J. (1981). Cognitive-behavioral prevention of children's smoking. *Child Behavior Therapy*, 3, 25-42.
- Schinke, S. P. & Gilchrist, L. D. (1984). *Life skills counseling with adolescents*. Austin, TX: Pro-Ed.

- Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005) Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 632-642.
- Schor, E. L. (1996). Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 73 (2), 335-356.
- Schutte, N. S., Thorsteinsson, E. B., Hine, D. W., Foster, R., Cauchi, A. & Binns, C. (2010). Experiential and rational processing styles, emotional intelligence and wellbeing. *Australian Journal of Psychology*, 62, 14-19.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4), 243-252.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social Support and health: a theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 99-127.
- Scorsolini-Comin, F. e Santos, M. A. (2009). A Psicologia Positiva no contexto brasileiro: História, presente e perspectivas futuras. Em, S. N. Jesus, I. Leal e M. Rezende (Eds.), *Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde* (pp. 862-878). Faro, Portugal: Universidade do Algarve.
- Secades-Villa R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Seligman, M. E. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist Association*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. E. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Seligman, M. E. P., Park, A. C., Steen, T. & Peterson, C. (2006). A balanced psychology and a full life. In, F. A. Huppert, N. Baylis & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (2nd ed., pp. 285-304). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, N. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P., Duckworth, A.L., & Steen, T. (2005) Positive psychology in clinical practice. *Annual Review, Clinical Psychology*. Referencia electrónica: <http://arjournals.annualreviews.org/>
- Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. En, M. Nussbaum y A. Sen (comps.): *La calidad de vida* (pp. 54-83). México: F.C.E.
- Serbena, C. A. e Raffaelli, R. (2003). Psicologia como disciplina científica e discurso sobre a alma: Problemas epistemológicos e ideológicos. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 31-37.
- Shanahar, L., McHale, S. M., Crouter, A. C. & Osgood, D. W. (2007). Warmth with mothers and fathers from middle childhood to late adolescence: Within- and between-families comparisons. *Developmental Psychology*, 43, 551-563.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45 (5), 612-630.
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Shope, J. T., Waller, P. F., Trivellore, E., Raghunathan, C. D. & Patil, S. M. (2001). Adolescent antecedents of high-risk driving behavior into young adulthood: substance use and parental influences. *Accident Analysis and Prevention*, 33 (1), 649-658.
- Siebenbruner, J., Englund, M. M., Egeland, B. & Hudsons, K. (2006). Developmental antecedents of late adolescence substance use patterns. *Development and Psychopathology*, 26 (2), 95-101.

- Sikorski, J. B. (1996). Academic underachievement and school refusal. In, R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.). *Handbook of adolescent healthrisk behavior* (pp. 393-411). New York and London: Plenum Press.
- Silveira, X. S. e Silveira, E. D. (1999). A família e as drogas. In E. M. Seidl, L. F. Costa & M. F. O. Sudbrack (Orgs.), *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas.
- Simons, J. S. & Carey, K. B. (2002). Risk and vulnerability for marijuana use problems: The role of affect dysregulation. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, 72-75.
- Simons, R. L. & Johnson, C. (1996). The impact of marital and social network support on quality of parenting. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Orgs.), *Handbook of social support and the family* (pp. 269-287). New York, NY: Plenum.
- Simons-Morton, B. G. (2002). Prospective analysis of peer and parent influences on smoking initiation among early adolescents. *Prevention Science, 15* (8), 111-115.
- Simons-Morton, B. G. & Haynie, D. L. (2003). Psychosocial predictors of increases smoking stage among sixth graders. *American Journal of Health Promotion, 22* (5), 125-137.
- Simons-Morton, B. G., Chen, R., Abroms, L. & Haynie, D. L. (2004). Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health Psychology, 23* (6), 612-621.
- Smit, M. & Laird, E. (1992). The availability of social support after residential care. In, J. D. van der Ploeg, P.M. van der Bergh, M. Klomp, E.J. Knorth & M. Smit (eds.): *Vulnerable youth in residential care. Part I: Social competence, social support and social climate*. (pp. 193-206). Apeldoorn: Garant Publishers.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*, 194-200.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyckx, K., & Goossens, L. (2006). Parenting and adolescent problem behavior: An integrated model with adolescent self-disclosure

- and perceived parental knowledge as intervening variables. *Developmental Psychology*, 42, 305-318.
- Srivastava, S., Richards, M. J., McGonigal & Butler, G. (2006). Optimism in close relationships: how seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (1), 143-153.
- Steiger, J. H. & Lind, C. (1980). *Statistically based tests for the number of common factors*. Paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA.
- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001) Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M. & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.
- Sun, R. C. & Shek, D. T. (2012). Positive youth development, life satisfaction and problem behaviour among Chinese adolescents in Hong Kong: A replication. *Social Indicators Research*, 105 (3), 541-559.
- Sussman, S., Unger, J. B. & Dent, C. W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 209-224.
- Talbott, L. L., Martin, R. J., Usdan, S. L., Leeper, J. D., Umstattd, M. R., Cremeens, J. L., & Geiger, B. F. (2008). Drinking likelihood alcohol problems, and peer influence among first-year college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 433-440.
- Tamayo, A. e Cunha, P. (1983). Autoconceito, sexo e frequência de atividade sexual pré-marital. *Ciência e Cultura*, 35 (7), 245-264.

- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K. A. Bollen (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Tarter, R. E., Sambrano, S. & Dunn, M. G. (2002). Predictor variables by developmental stages: a center for substance abuse prevention multisite study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (4S), S3-S10.
- Tec, N. (1974). Parent-child drug abuse: generational continuity or adolescent deviancy. *Adolescence*, 9, 351-364.
- Terry, T. & Huebner, S. (1995). The relationship between self-concept and life satisfaction in children. *Social Indicators Research*, 35, 39-52.
- Tomás, J. M. & Oliver, A. (1999). Rosenberg's self-esteem scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 84-98.
- Tornaría, M. L. G., Vandemeulebroecke, L. y Colpin, H. (2001). *Pedagogia familiar*. Montevideo: Trilice.
- Torossian, S. D. (2002). *A construção das toxicomanias na adolescência: travessias e ancoragem*. Santa Cruz do Sul: Edunisc.
- Tuttle, J, Melnyk B. M. & Loveland-Cherry, C. (2002). Adolescent drug and alcohol use: Strategies for assessment, intervention, and prevention. *The Nursing Clinics of North America*, 37, 443-460.
- Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. En B. Tabachnick y L. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (3rd ed., pp. 709-812). New York: Harper Collins.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD.: U.S. Department of Health.
- Valois, R. E., Zullig, K. J., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviours among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25, 353-366.
- Van der Ploeg, J. D. (1992). Social competence and social support in residential care. In, J. D. van der Ploeg, P. M. van der Bergh, M. Klomp, E. J. Knorth & M. Smit (eds.):

- Vulnerable youth in residential care. Part I: Social competence, social support and social climate.* (pp. 19-34). Apeldoorn: Garant Publishers.
- Vargas, C. y Trujillo, H.M. (2006). Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicología Conductual*, 14, 41-62.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorsselaer, S., Bogt, T. & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (5), 605- 609.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 287-291.
- Villatoro, V. J. Medina-Mora, M. Hernández, V. M., Fleiz, B. C., Amador, B. N. y Bermúdez, L. P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28, 38-51.
- Villatoro, J. Medina-Mora, M., Rojano, C., Amador, N. Bermudez, P. et al. (2004). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF: Medicion otoño 2003. *Reporte Estadístico INP-SEP*. México.
- Wallace, Jr, J. M. (1999). The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. *Pediatrics*, 103, 1122-1127.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 47-51.
- Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. NY: Cornell University Press.

- Werner, M. J., Joffe, A. & Graham, A. V. (1999). Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. *Pediatrics*, *103*, 1099-1112.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*, 1403-1409.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A. & Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *45* (8), 1454-1467.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Howard, S., Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J., O'Connor, D. B., Lewis, C. A., Ferguson, E., Sheehy, N., Grealy, M. A. & O'Carroll, R. E. (2008). Type D personality mechanism of effect: the role of health related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, *64* (1), 63-69.
- Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D. & Ainette, M. G. (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20* (3), 265-278.
- Wills, T. A. & Dishion, T. J. (2004). Temperament and adolescent substance use: A transactional analysis of emerging self-control. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 69-81.
- Wills, T. A. & Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 986-997.
- Wills, T. A. Vaccaro, D. & McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: a test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, *20*, 349-74.
- Wit, D. J., Silverman, G., Goodstadt, M. & Stoduto, G. (1995). The construction of risk and protective factor indices for adolescent alcohol and other drug use. *The Journal of Drug Issues*, *25*, 837-63.

- Wong, C. S. & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274.
- Wood, A. M., Froh, J. J. & Geraghty, A.W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 890-905.
- Wright, D. R. & Fitzpatrick, K. M. (2004). Psychosocial correlates of substance use behaviors among African American youth. *Adolescence*, 39 (156), 653-667.
- Yunes, M. A. M., e Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. Em, J. Tavares (Org.). *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M., Garcia, N. M. e Albuquerque, B. M. (2007). Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 444-453.
- Zanini, D. S., Verolla-Moura, A. e Queiroz, I. P. (2010). Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 14 (1), 195-202.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8, 1-18.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. United States of America*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E. & Drane, W. J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescent substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.

Zweig, J. M., Phillips, B. S. & Lindberg, L. D. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health, 31*, 343-353.

CAPÍTULO VII

ANEXOS:

- 7.1. CARTA ENVIADA ÀS INSTITUIÇÕES PARA SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.
- 7.2. QUESTIONÁRIOS APLICADOS A AMOSTRA.

7.1. CARTA ENVIADA ÀS INSTITUIÇÕES PARA SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.

Antes da aplicação dos questionários foram dirigidas cartas às Direcções Provinciais da Educação e as Instituições Sociais (lares) com a finalidade de se obter a respectiva autorização.

À
DIRECÇÃO PROVINCIAL
DA EDUCAÇÃO DE BENGUELA

BENGUELA

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

Exmos. Senhores,

Os melhores cumprimentos.

Eu, Isabel Maria Romero Fernandez de Carvalho Docente da Universidade Katyavala Bwila e Professora do ISCED/Benguela e a realizar a tese de Doutoramento em Psicologia Evolutiva e da Educação, na Universidade de Valência em Espanha, orientada pelo Professor Doutor Melchor Gutiérrez, intitulada “*Factores de risco e de protecção para os adolescentes em situação de vulnerabilidade ante o consumo de substâncias aditivas em Angola*”, com o objectivo de investigar os eventos de risco e de protecção dos adolescentes que frequentam a escola e vivem com a família comparativamente com os que se encontram noutros ambientes ecológicos (adolescentes institucionalizados), assim como identificar em que medida o contexto sociocultural poderá influenciar na resiliência ao consumo de drogas e na satisfação pessoal dos mesmos. O referido estudo prevê a participação de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade.

Para o efeito, venho solicitar a superior autorização dessa Direcção Provincial, a fim de aplicar os necessários questionários nas diferentes escolas da província de Benguela, abrangendo as do meio rural ou urbano, públicas ou privadas.

Os adolescentes serão informados sobre sua participação voluntária, podendo a qualquer momento, os participantes do inquérito (os alunos e as escolas) solicitar informações sobre os procedimentos deste estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas, preservando a identidade dos participantes.

Com este trabalho de investigação espero contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre o processo de desenvolvimento dos adolescentes angolanos nos diferentes contextos de vida, aos recursos internos e apoios externos que possuem, assim como a relação destes com o consumo de Drogas e a Satisfação que sentem pela vida.

Agradecendo a vossa prestimosa colaboração, coloco-me à vossa disposição para eventuais esclarecimentos adicionais.

Muito obrigada.

Benguela, aos 30 de Junho de 2010

A solicitante

Isabel M. Romero Fernandez de Carvalho

7.2. QUESTIONÁRIOS APLICADOS A AMOSTRA.

Estimado jovem: Queremos avaliar em que medida tu te sentes bem com a tua vida. Coloca um **X** a frente do quadrado que corresponde a tua resposta. Nenhuma resposta é certa ou errada, por isso não deixes nenhuma questão por responder. Este questionário é anónimo. **Obrigado pela tua colaboração.**

Idade ____ Homem Mulher Habilitações Literárias: _____

Onde Mora: zona rural zona urbana Província _____ Município _____

Com quem Moras: _____ Quantos irmãos tens: _____

Habilitações Literárias dos pais: Pai _____ Mãe _____

Pertences a alguma associação juvenil? Não Sim
Qual? _____

Praticas desporto? Não Às vezes para recreação Estou ligado a um clube

A tua escola organiza actividades extra-escolares? Não Sim

Tens participado nas actividades extra-escolares? Não Um Pouco Muito

Com quem mais conversas sobre os teus problemas? Pai Mãe Irmão
 Avó Tios Prefiro os amigos Ninguém

Os familiares com quem vives bebem bebidas alcoolicas? Pai e Mãe Pai Mãe
 irmãos Todos

Na tua opinião com que idade se deve começar a beber bebidas alcoolicas? _____

E a idade para se começar a fumar? _____

Quanto ao consumo de bebidas alcoolicas como te consideras?

Bebo mas não sou consumidor sou um consumidor nunca provei bebidas alcoolicas

Quanto ao consumo de bebidas alcolicas como consideras o teu melhor amigo/a?

Bebe mas não é consumidor é consumidor nunca provou bebidas alcoolicas

Quanto ao consumo de cigarros como te consideras?

Fumo, mas não sou viciado sou viciado nunca fumei

Quanto ao consumo de cigarros como consideras o teu melhor amigo/a?

Fuma, mas não é viciado é viciado nunca fumou

Em cada uma das seguintes expressões, rodeia com um círculo a alternativa que mais se aproxime a tua opinião, ou seja ao que tu pensas:

AE

	(1) Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo Totalmente	
1	No conjunto, eu estou satisfeito comigo.....	1	2	3	4	5
2	Às vezes eu acho que não presto para nada.....	1	2	3	4	5
3	Eu acho que eu tenho várias e boas qualidades.....	1	2	3	4	5
4	Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas..	1	2	3	4	5
5	Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.....	1	2	3	4	5
6	Às vezes, eu me sinto inútil.....	1	2	3	4	5
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.....	1	2	3	4	5
8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.....	1	2	3	4	5
9	Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.....	1	2	3	4	5
10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.....	1	2	3	4	5

APSOC

1	Tenho um professor conselheiro que me tenta ajudar.....	1	2	3	4	5
2	Eu adiro a ajuda emocional e apoio eu preciso do professor conselheiro.	1	2	3	4	5
3	Eu posso falar sobre meus problemas com o professor conselheiro.....	1	2	3	4	5
4	O professor conselheiro está disposto em me ajudar a tomar decisões.....	1	2	3	4	5
5	Os meus amigos realmente me tentam ajudar.....	1	2	3	4	5
6	Eu posso contar com os amigos quando as coisas derem errado.....	1	2	3	4	5
7	Eu tenho os amigos com quem eu posso compartilhar as alegrias e tristezas.....	1	2	3	4	5
8	Eu posso falar sobre os meus problemas com os meus amigos.....	1	2	3	4	5
9	Se eu tiver necessidade a minha família está a minha volta (ao meu lado)..	1	2	3	4	5
10	Eu posso falar sobre os meus problemas com a minha família.....	1	2	3	4	5
11	A minha família é uma real fonte de conforto para mim.....	1	2	3	4	5
12	Os meus familiares preocupam-se com os meus sentimentos.....	1	2	3	4	5

SWLS

1	Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.....	1	2	3	4	5
2	As minhas condições de vida são excelentes.....	1	2	3	4	5
3	Estou satisfeito com a minha vida.....	1	2	3	4	5
4	Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.....	1	2	3	4	5
5	Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada....	1	2	3	4	5

CONS

	(1) Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo nem discordo		
	(4) Concordo	(5) Concordo Totalmente			
1	Consumir bebidas alcoolicas ajuda-me a resolver os problemas pessoais (timidez, desgostos etc).....	1	2	3	4 5
2	Bebidas alcoólicas fazem com que eu me sinta bem.....	1	2	3	4 5
3	consumiria alguns medicamentos mesmo sem receita médica para me sentir bem.....	1	2	3	4 5
4	Não é conveniente que eu beba bebidas alcoólicas mesmo durante as refeições.....	1	2	3	4 5
5	Embora eu beba posso deixar quando quiser.....	1	2	3	4 5
6	Se eu fumasse poderia deixar quando quisesse.....	1	2	3	4 5
7	Acredito que consumir álcool me ajuda a ter amigos.....	1	2	3	4 5
8	É conveniente fumar para não ser rejeitado pelos amigos.....	1	2	3	4 5
9	Fumar me ajudaria a sentir-me adulto.....	1	2	3	4 5
10	Os meus amigos me rejeitariam se eu não tomasse drogas.....	1	2	3	4 5
11	Bebendo álcool se consegue ter mais amigos.....	1	2	3	4 5
12	Estou convencido de que se bebesse bebidas alcoólicas não prejudicaria a minha saúde.....	1	2	3	4 5
13	Quando os jovens da minha idade fumam prejudicam a sua saúde.....	1	2	3	4 5
14	Fumar de vez em quando não é prejudicial a saúde.....	1	2	3	4 5
15	O uso de medicamentos sem necessidade podem prejudicar a minha saúde.....	1	2	3	4 5
16	Estou convencido de que o consumo de drogas não é tão prejudicial como dizem os meus pais e professores.....	1	2	3	4 5
17	Se algum membro da minha familia bebesse muito álcool teríamos problemas.....	1	2	3	4 5
18	Considero conveniente conhecer e provar todas as drogas.....	1	2	3	4 5
19	Prefiro não estar em lugares onde se consomem drogas.....	1	2	3	4 5
20	Se as relações familiares fossem melhores os jovens bebiam menos bebidas alcoólicas.....	1	2	3	4 5
21	É normal um jovem beber com os seus amigos para sentirem-se bem.....	1	2	3	4 5
22	Mesmo que fumasse drogas, não me prejudicariam.....	1	2	3	4 5
23	Não é necessário provar os drogas para saber que prejudicariam a minha saúde.....	1	2	3	4 5

(1) Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo Totalmente
-------------------------	--------------	-------------------------------	--------------	-------------------------

IEM

1	Eu tenho um bom senso do porquê eu tenho certos sentimentos na maioria das vezes.....	1	2	3	4	5
2	Eu tenho boa percepção das minhas próprias emoções.....	1	2	3	4	5
3	Eu realmente entendo o que eu sinto.....	1	2	3	4	5
4	Eu sempre sei se estou ou não contente.....	1	2	3	4	5
5	Eu sempre conheço as emoções dos meus amigos pelo seu comportamento.....	1	2	3	4	5
6	Eu sou um bom observador das emoções dos outros.....	1	2	3	4	5
7	Eu sou sensível aos sentimentos e as emoções dos outros.....	1	2	3	4	5
8	Eu tenho bom entendimento das emoções das pessoas ao meu redor.....	1	2	3	4	5
9	Eu sempre estabeleci metas para mim e então tento o meu melhor para as alcançar.....	1	2	3	4	5
10	Eu sempre me falo, eu sou uma pessoa competente.....	1	2	3	4	5
11	Eu sou uma pessoa ego-incentivada.....	1	2	3	4	5
12	Eu sempre me encorajaria para que eu tentasse o meu melhor.....	1	2	3	4	5
13	Eu consigo controlar o meu temperamento e dificuldades racionalmente...	1	2	3	4	5
14	Eu sou bastante capaz de controlar minhas próprias emoções.....	1	2	3	4	5
15	Eu sempre posso me tranquilizar depressa quando eu estiver muito bravo.	1	2	3	4	5
16	Eu tenho bom controle de minhas próprias emoções.....	1	2	3	4	5

RES

1	Eu tenho tendência em recuperar-me rapidamente depois de viver situações difíceis.....	1	2	3	4	5
2	Eu sofro demasiado quando vivo momentos stressantes.....	1	2	3	4	5
3	Não demoro muito tempo para me recuperar de situações stressantes.....	1	2	3	4	5
4	É difícil para mim recuperar-me quando me acontece algo mau.....	1	2	3	4	5
5	Normalmente passo mal inclusivé ante os pequenos problemas.....	1	2	3	4	5
6	Necessito de muito tempo para recuperar-me dos problemas na minha ida.	1	2	3	4	5

CAPÍTULO VIII

RESUMEN DE LA TESIS EN CASTELLANO:

ÍNDICE.

8.1. INTRODUCCIÓN.

8.2. MÉTODO.

8.3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

8.4. LIMITACIONES DE L TRABAJO Y SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGAC.

8.5. PROPUESTAS DE APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.

“Factores de riesgo y protección para los adolescentes en situación de vulnerabilidad ante el consumo de sustancias adictivas en Angola”

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

- 1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO
- 1.2. POLÍTICAS ANGOLANAS DE ASISTENCIA Y PROTECCIÓN A LOS ADOLESCENTES
- 1.3. RELEVANCIA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- 2.1. LA ADOLESCENCIA, LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL
 - 2.1.1. A adolescencia*
 - 2.1.2. Estilos educativos*
 - 2.1.3. Influencia de los estilos educativos en el consumo de alcohol entre los adolescentes*
- 2.2. EL PAPEL EDUCATIVO DE LOS PADRES EN LA ETIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL
- 2.3. VARIABLES PREDITORAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES
- 2.4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCION PARA EL USO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA
 - 2.4.1. Factores de riesgo*
 - 2.4.2. Factores de protección*
- 2.5. PREVENCIÓN DEL USO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES
 - 2.5.1. Principios de prevención según el NIDA*
 - 2.5.2. Programas de entrenamiento en habilidades sociales y personales*
 - 2.5.3. Programa de entrenamiento en habilidades vitales*
 - 2.5.4. Programa de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad*
 - 2.5.5. Programa de entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales*
 - 2.5.6. Enfoques psicosociales*
- 2.6. EL APOYO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL
- 2.7. EL BIENESTAR Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

2.8. PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA POSITIVA EN EL ESTUDIO DEL BIENESTAR
SUBJETIVO Y LAS ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
ADICTIVAS DE LOS ADOLESCENTES

2.9. RESILIENCIA, VULNERABILIDAD Y AUTOESTIMA

2.9.1. Concepto de resiliencia

2.9.2. Factores relacionados con la resiliencia

2.9.3. La autoestima

2.10. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.11. HIPÓTESIS

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. Cuestionario sociodemográfico

3.2.2. Escala de Autoestima

3.2.3. Escala de Apoyo Social

3.2.4. Escala de Inteligencia Emocional

3.2.5. Escala de Resiliencia

3.2.6. Escala de Satisfacción con la Vida

3.2.7. Escala de Actitudes ante el Consumo de Sustancias Adictivas

3.3. PROCEDIMIENTO

3.4. VARIABLES ESTUDIADAS

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

3.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.1.1. Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima

4.1.2. Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social

4.1.3. Propiedades psicométricas de la Escala de Inteligencia Emocional

4.1.4. Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia

4.1.5. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida

4.1.6. Propiedades psicométricas de la Escala de Consumo de Sustancias

4.2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

4.2.1. Características de los adolescentes angolanos estudiados

4.2.2. Resultados descriptivos de los instrumentos utilizados

4.3. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

4.4. RESULTADOS DIFERENCIALES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ESTUDIADAS

4.4.1. Resultados diferenciales según el género

4.4.2. Resultados diferenciales según con quien viven los adolescentes

4.4.3. Resultados diferenciales según el medio en que viven los adolescentes

4.4.4. Resultados diferenciales según el asociacionismo de los adolescentes

4.4.5. Resultados diferenciales según la edad de los adolescentes

4.4.6. Resultados diferenciales según el nivel académico de los adolescentes

4.4.7. Resultados diferenciales según la provincia donde viven los adolescentes

4.4.8. Resultados diferenciales según la participación en actividades extraescolares de los adolescentes

4.4.9. Resultados diferenciales según la participación en actividades deportivas

4.4.10. Resultados diferenciales según como se consideran los adolescentes en cuanto al consumo de alcohol

4.4.11. Resultados diferenciales según como se consideran los adolescentes en cuanto al consumo de cigarros

4.5. PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DE LAS ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES HACIA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN

5.2. CONCLUSIONES

5.3. LIMITACIONES DEL TRABAJO Y SUGERENCIAS PARA EL FUTURO

5.4. PROPUESTAS DE APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO VII. ANEXOS.

CAPÍTULO VIII. RESUMEN DE LA TESIS EN CASTELLANO.

8.1 INTRODUCCIÓN

Contextualización del objeto de estudio.

Las primeras transiciones psicológicas y sociales de la adolescencia surgen por la necesidad de independencia, autonomía, sentido de vida, aceptación de los padres, etc. Todos estos factores contribuyen a comportamientos de riesgos durante esta etapa y el uso de sustancias es el más perjudicial (Fergusson y Horwood, 1999). El contexto de uso de sustancias incluye el medio social, la escuela y ambientes domésticos para cada adolescente, también la comunidad. El consumo de drogas durante la adolescencia se diferencia de su uso en otras etapas de desarrollo (Kessler et al., 2003). Esta etapa del ciclo vital es especialmente vulnerable a la iniciación en el consumo de alcohol y de tabaco. Omar (2008) señala que hay una evidencia incontestable de que los adolescentes de hoy pueden vivir experiencias más negativas (drogas, suicidios, violencia y otras de similar envergadura) que los jóvenes de generaciones anteriores. Salamó et al. (2010) ponen de relieve que el alcohol se convierte en la sustancia psicoactiva más consumida entre los adolescentes a nivel mundial. En Europa, más del 90 % de los jóvenes entre los 15 y 16 años lo prueban. Estos datos han sido también corroborados por los informes de la ESPAD (2011).

Se sabe que son numerosos y graves los efectos del consumo tanto del alcohol como del tabaco sobre la vida de los jóvenes, pudiendo afectar su salud física y mental (Cortés et al., 2008; Magaña, 2003). Para Espada et al. (2003) y Steinberg y Morris (2001), la adolescencia es un período crítico y desde siempre ha atraído el interés de los científicos, en especial porque la prevalencia del consumo de sustancias parece ser más notoria en la población en edad escolar. Sin embargo, a pesar de la importancia de estos temas, en Angola existe una gran escasez de trabajos que lo aborden.

Actualmente, en Angola la tasa de consumo de sustancias está aumentando significativamente. Un estudio realizado por Embajadores de Lucha contra las Drogas revela que más del 40% de los jóvenes de la capital de Angola (Luanda) hacen uso de las drogas, siendo la más consumida el alcohol, y dentro de ese 40%, el 12 % consume diazepam. Las discotecas, según la policía, son el principal foco de venta y consumo de drogas. Fuentes policiales indican que a nivel de país se registra un crecimiento del

consumo de drogas con mayor incidencia en el consumo de alcohol. Esta situación está preocupando a las entidades gubernamentales y a la sociedad civil angoleña, que procuran realizar proyectos dirigidos a los adolescentes y jóvenes con el fin de reducir su tiempo de ocio mal empleado, tratando de reconducirlo hacia un ocio activo y saludable.

En este contexto, la exposición y convivencia con las drogas constituyen un doble desafío. Para el adolescente, el desafío está representado por el fácil acceso a la transgresión y la fuga de los conflictos propios de esta fase. Para la sociedad, el desafío está representado por la invitación a la creación de recursos políticos y legales capaces de ofrecer nuevas formas de visibilidad, identificación e inserción social de esos jóvenes, así como servicios y profesionales capacitados para atender sus demandas.

Fundamentación teórica.

Tradicionalmente, los campos de la psicología y la educación han destacado la identificación y forma de remediar los déficits de los adolescentes. Sin embargo, con la aparición de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon y King, 2001), el foco de atención se ha comenzado a situar más en sus fortalezas, en las dimensiones positivas de su desarrollo psicosocial, con énfasis en la creación de ambientes óptimos que favorezcan su bienestar físico y psicológico (Elmore y Huebner, 2010). Estudios realizados por Wood et al. (2010) y Ho et al. (2010) indican que el bienestar es el motor del desarrollo humano y establecen una relación entre el sentido de la vida, el optimismo y la calidad de vida de las personas. Sun y Shek (2012) encontraron que los adolescentes con alto nivel de desarrollo positivo estaban más satisfechos con la vida y tenían menos problemas de conducta, con alto nivel de satisfacción y bajo nivel de problemas de conducta influyéndose entre sí.

Aunque es evidente esta tendencia actual a potenciar en la investigación el conocimiento de las fortalezas más que las debilidades, no por ello se puede ignorar la afición de muchos adolescentes por el consumo de sustancias adictivas, conducta contrapuesta al bienestar y que puede afectar su salud física y mental (Alfonso et al., 2009; García del Castillo et al., 2012; López y Rodríguez-Arias, 2010; Pérez y Lucio-Gómez, 2010; Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011; Salamó et al., 2010). Por ello, a lo largo de esta fundamentación teórica argumentaremos conjuntamente en favor de un desarrollo positivo

y en la búsqueda de recursos para contravenir las conductas negativas, susceptibles de perjudicar la calidad de vida de los adolescentes. Partimos de la existencia de un razonable acuerdo internacional en considerar la calidad de vida como un constructo multidimensional que integra aspectos de salud, emocionales y de bienestar social percibidos por la persona (WHOQOL Group, 1995).

El bienestar subjetivo incluye juicios cognitivos tales como satisfacción con la vida, y respuestas emocionales ante los diferentes eventos como sentimiento de emociones positivas (Pavot y Diener, 2008). A lo largo de las tres últimas décadas, este constructo ha sido objeto de creciente interés entre los teóricos de diferentes orientaciones, tanto sociológicas como psicológicas, considerando la satisfacción con la vida como uno de sus elementos importantes (Diener, 2000; Marques, Pais-Ribeiro y Lopez, 2007; Rodríguez y Goñi, 2011). La satisfacción con la vida se define como la percepción subjetiva de la calidad de vida de una persona basada en las preferencias individuales de múltiples dominios de la vida y de la satisfacción en esos dominios. Goza de gran consideración en el campo de la psicología positiva porque está íntimamente relacionada con un amplio rango de beneficios personales, conductuales, psicológicos y sociales (Henrich y Herschbach, 2000; Lyubomirsky et al., 2005). Además, este constructo está considerado como una variable psicológica que puede ampliar nuestra comprensión de las dificultades de los adolescentes y del afrontamiento ante determinados retos del desarrollo (Terry y Huebner, 1995) como el consumo de sustancias adictivas. Los adolescentes con altos niveles de satisfacción con la vida tienen, en general, temperamento extrovertido, locus de control interno, activa capacidad de afrontamiento, autoconcepto positivo y perspectivas de futuro, así como tendencia a participar en actividades significativas de contenido prosocial. Por el contrario, niveles bajos de satisfacción con la vida se relacionan con resultados negativos tales como la conducta agresiva (Valois, Zullig, Huebner y Drane, 2001) y el abuso de sustancias adictivas (Zullig, Valois, Huebner, Oeltman y Drane, 2001).

La mayor parte de la investigación sobre bienestar subjetivo en general y satisfacción con la vida en particular, se ha desarrollado en población adulta, y han sido menos los trabajos destinados a analizar la satisfacción con la vida en niños y adolescentes (Gadermann et al., 2010). Además, dado que el bienestar subjetivo ha sido

consistentemente identificado como un significativo factor psicológico asociado con el crecimiento positivo, la salud y el bienestar, es importante incrementar la comprensión de la satisfacción con la vida en adolescentes porque permite a los investigadores relacionar el bienestar subjetivo con características del desarrollo contemporáneo tales como el ajuste social y la salud física y mental (Overle, Schonert-Reichl y Zumbo, 2011). Teniendo en cuenta la limitada investigación que existe en este sentido, hemos diseñado el presente trabajo para ampliar la comprensión del bienestar subjetivo en la adolescencia, analizando la importancia de recursos personales y sociales positivos tales como la autoestima, el apoyo social, la inteligencia emocional y la resiliencia sobre el bienestar de los adolescentes, entendido éste como la satisfacción con la vida junto a las actitudes de evitación del consumo de drogas (desarrollo saludable).

Los investigadores han encontrado un importante número de características y recursos que pueden influir en la protección contra los riesgos del uso de sustancias, tanto a nivel individual como de los amigos, la familia, la escuela o la comunidad, y favorecer el bienestar psicológico (Sánchez y Barrón, 2003). Entre tales recursos, uno importante es la autoestima (Byrne y Mazanov, 2001) entendida como la evaluación que el individuo hace de sí mismo. La autoestima expresa una actitud de aprobación o de repulsa de sí y engloba el auto-juicio en relación a competencia y valor. Este juicio afecta a la manera en que el individuo se relaciona o desenvuelve en esferas como la familiar, la social y la académica (Avanci et al., 2007; Buelga, Cava y Musitu, 2012). Una baja autoestima se caracteriza por el sentimiento de incompetencia, de inadecuación a la vida y de incapacidad para superar desafíos, mientras que la autoestima elevada expresa un sentimiento de confianza y competencia (Branden, 2000). Tener baja autoestima puede colocar a un adolescente en riesgo para desarrollar resultados no deseables. Tener una alta autoestima, por el contrario, puede ser una cualidad que puede proteger al joven de los resultados negativos asociados con la exposición al riesgo (Fergus y Zimmerman, 2005).

En la última década, numerosos estudios se han centrado en el papel que la autoestima puede jugar en relación con la promoción de conductas saludables o con la evitación de las no saludables (Veselska et al., 2009). Se ha encontrado una asociación de esta variable con la iniciación y el consumo de tabaco y otras sustancias adictivas (Kokkevi et al., 2007; Wild et al., 2004). La autoestima positiva o elevada resulta esencial

en el desarrollo mental saludable así como factor protector de conductas sociales inadecuadas. Por el contrario, la autoestima negativa o baja autoestima puede jugar un papel importante en el desarrollo de un amplio rango de desórdenes mentales y problemas sociales tales como depresión, ansiedad, violencia, conductas de riesgo y uso de sustancias adictivas (Buelga et al, 2012; Mann, Hosman, Schaalma y de Vries, 2004).

Las repercusiones del consumo de alcohol y tabaco, sobre todo en la etapa de crecimiento, son considerables, provocando consecuencias tanto físicas como psicológicas. Por ello, son numerosos los estudios que tratan de detectar los posibles factores de protección y riesgo de consumo, encontrándose, entre otros, rasgos de personalidad, baja autoestima, locus de control externo, baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos, actitudes, creencias y expectativas (Alfonso et al., 2009; Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011). Para comprender mejor cómo los adolescentes se enfrentan a los problemas de salud, sin duda es importante identificar los factores que pueden promover la resiliencia, tales como el optimismo, el afrontamiento activo y el apoyo social (Braverman, 1999; Smith et al., 2008). Haggerty, Sherrod, Gamezy y Rutter (2000) y Sapienza y Pedromônico (2005) destacan que el apoyo social y la autoestima sirven de protección contra los efectos de experiencias estresantes.

Son varias las interpretaciones que últimamente se viene haciendo de la resiliencia. Puede entenderse como proceso de, capacidad para, o resultado de la adaptación exitosa frente a circunstancias desafiantes o amenazantes, es la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso o experiencias traumáticas. También es considerada como una característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual. Generalmente, la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontar con éxito experiencias traumáticas y evitar trayectorias negativas asociadas con riesgos. La teoría de la resiliencia relacionada con la exposición a riesgos de los adolescentes, se centra más en las fortalezas que en los déficits (psicología positiva), en la comprensión del desarrollo de la salud a pesar de la exposición al riesgo (Fergus y Zimmerman, 2005). Los adolescentes resilientes tienen entre ellos mismos, su familia, su grupo de iguales y su entorno, factores de protección que les ayudan a defenderse ante las fuerzas negativas y estresantes a las que están expuestos en su vida diaria (Boyce Rodgers y Rose, 2002). Otros estudios (Buckner,

Mezzacappa y Beardslee, 2003; Gordon Rouse, Ingersoll y Orr, 1998) han encontrado que los adolescentes resilientes tenían mayor autoestima y era menos probable que se vieran implicados en conductas de riesgo en comparación con sus iguales menos resilientes. Según Becoña, Mínguez, López, Vázquez y Lorenzo (2006), los adolescentes que no consumen alcohol tienen una mayor puntuación en resiliencia.

Otro factor que influye positivamente sobre el desarrollo de los adolescentes es el apoyo social, entendido como la relación humana en que se intercambian recursos socioemocionales (comprensión, consuelo, aceptación, consejo), instrumentales (bienes y servicios en tareas de la vida cotidiana) o recreativas (compañía en diversión o recreación). No es un fenómeno simple, se presenta como un conjunto de factores en interacción. Es dinámico, cambia con el tiempo y a medida que cambian las situaciones de la vida. Por tanto, el apoyo social se ha definido como el conjunto de actividades y comportamientos, relaciones, interacciones y cualidades de las relaciones sociales (Cohen, 2004). La familia, los amigos, los vecinos, componen el sistema de apoyo social informal y constituyen las principales fuentes de apoyo de los adolescentes (Feitosa, de Matos, del Prette y del Prette, 2005). Contar con un buen apoyo social favorece la percepción de satisfacción con la vida, de tener alta autoestima y bienestar psicológico, y a su vez tener una actitud no violenta (Clara, Cox, Enns, Murray y Torgrudc, 2003). Está ampliamente documentado que el apoyo social se encuentra asociado con la salud y el bienestar y que constituye un buen aliado para mejorar el afrontamiento de los problemas de salud y conductas negativas (Ben-Ari y Gil, 2004).

Diversas investigaciones han demostrado el impacto de los padres, amigos, profesores y compañeros de clase tanto sobre las conductas conflictivas, problemas emocionales y desajuste escolar, como en favor del desarrollo positivo de los adolescentes (Bokhorst, Sumter y Westenberg, 2010; Cook, Herman, Phillips y Settersten, 2002; Demaray y Malecki, 2002; Garnefski y Diekstra, 1996). Ya en 1985 Cohen y Wills afirmaban que el apoyo social está relacionado con el bienestar porque ofrece emociones positivas, sentido de valía personal y de predicción de la vida, y funciona como amortiguador del estrés, refuerzo de la autoestima, autoeficacia y capacidad de resolución de problemas, por lo que se interpreta que tiene efectos positivos sobre el bienestar. No obstante, aunque algunas investigaciones han explorado las asociaciones entre el apoyo

social y el bienestar en los adultos, aún queda bastante por aclarar sobre las relaciones globales y las asociaciones entre los diferentes tipos de apoyo social y el bienestar en los adolescentes (Chu et al., 2010).

Así mismo, muy relacionado con el objeto de estudio que aquí nos ocupa está la inteligencia emocional. Ésta se ha conceptualizado como un conjunto de habilidades concernientes a la regulación, gestión, control y uso de las emociones en la toma de decisiones (Mayer, Salovey y Caruso, 2008), y en relación con la promoción de la salud y el funcionamiento psicosocial adaptativo. La evaluación de la inteligencia emocional de los adolescentes ofrece una ventana para predecir, comprender y atenuar los problemas de conducta (Downey et al., 2010; Petrides, Frederickson y Furnham, 2004). Niveles elevados de inteligencia emocional han mostrado estar asociados con el bienestar subjetivo (Austin, Saklofske y Egan, 2005), mientras que bajos niveles de inteligencia emocional han sido predictores de conductas psicológicamente desajustadas. Más específicamente, la capacidad de gestión de las propias emociones está negativamente asociada con la manifestación de conductas problemáticas. Por ello, esta capacidad de gestionar las emociones se considera el primer paso hacia la reducción de problemas de conducta, siendo a su vez un factor protector en la reducción de las emociones negativas (Schutte et al., 2010).

Últimamente se ha incrementado la investigación en la que se viene prestando atención al papel que los procesos de autocontrol pueden jugar en la escalada del consumo de sustancias adictivas durante la adolescencia (Brody y Ge, 2001; Wills, Walker, Mendoza y Ainette, 2006; Wills y Dishion, 2004). Existe un importante cuerpo teórico sobre la regulación emocional en el que se sugiere la relevancia del autocontrol emocional en aspectos del desarrollo de los adolescentes tales como la competencia social; sin embargo, se le ha prestado menor atención a esta variable en la investigación sobre el uso de sustancias adictivas, a pesar de disponer de evidencias que sugieren que la regulación emocional puede ser un factor importante en el uso y abuso de sustancias por parte de los adolescentes (Simons y Carey, 2002). Los resultados de las investigaciones muestran que la regulación emocional es bastante relevante para predecir el uso de sustancias y sugieren que varios aspectos de la regulación de la emoción tienen componentes comunes que contribuyen a un mejor o peor control emocional (Wills y Stoolmiller, 2002; Wills et al,

2006). García del Castillo et al. (2012) y García del Castillo y Dias (2007) destacan la importancia de la autorregulación, señalando que produce un efecto de coping, es decir, similar a la resiliencia, en cuanto a la resistencia a tomar alcohol o fumar.

Objetivos de la investigación

1. Analizar el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes angoleños.
2. Analizar las relaciones entre autoestima, inteligencia emocional y apoyo social con la resiliencia de los adolescentes angoleños.
3. Analizar la predicción de la percepción de bienestar subjetivo de los adolescentes angoleños a partir de su autoestima, inteligencia emocional, apoyo social y resiliencia.
4. Analizar la predicción de las actitudes ante el consumo de sustancias adictivas de los adolescentes angoleños a partir de su autoestima, inteligencia emocional, apoyo social y resiliencia.

Hipótesis

1. Los adolescentes varones angoleños hacen más uso de las bebidas alcohólicas y consumen más tabaco que las mujeres.
2. Los adolescentes que viven en instituciones sociales son más resilientes y poseen una calidad de vida más baja que los que viven con su familia biológica.
3. La inteligencia emocional, el apoyo social y la autoestima son factores facilitadores de la resiliencia en los adolescentes.
4. La inteligencia emocional, el apoyo social, la autoestima y la resiliencia son factores protectores contra la tendencia al consumo de sustancias adictivas en los adolescentes.
5. La actitud ante el consumo de sustancias adictivas se relaciona negativamente con el bienestar subjetivo de los adolescentes angoleños.
6. La inteligencia emocional, el apoyo social, la autoestima y la resiliencia están positivamente relacionadas con el bienestar subjetivo de los adolescentes.

7. La resiliencia se relaciona positivamente con la percepción subjetiva de calidad de vida y negativamente con la actitud ante el consumo de drogas en los adolescentes angoleños.

8.2. MÉTODO

Participantes

El universo de estudio para este trabajo ha sido el conjunto de adolescentes de Angola con edades comprendidas entre 14 y 18 años de edad. De ellos, hemos tomado una muestra, por conveniencia, de 2739 adolescentes (1347 varones y 1390 mujeres), de los cuales 2509 viven con algún miembro familiar y 230 viven en instituciones oficiales (lares). Estos adolescentes pertenecen a tres provincias de Angola: Benguela (840), Huíla (659) y Luanda (1240). De toda la muestra, 2210 adolescentes (80.7%) residen en medio urbano y 659 (19.3%) en medio rural.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. En él se incluyen variables como la edad, sexo, nivel de escolaridad, lugar de residencia (zona rural o urbana), tipo de escuela (pública o privada), convivencia con la familia o en instituciones de amparo filial, asociación, vínculo con el deporte, mejor confidente, consumo de bebidas alcohólicas o tabaco. Uno de los instrumentos que sirvió de base para la construcción de este cuestionario sociodemográfico fue el cuestionario presentado por Salamó et al. (2010).

Escala de Autoestima (RSES; Rosenberg, 1965). Es una escala formada originariamente por 10 items, cinco positivos y cinco invertidos (ejemplos: A veces me siento realmente inútil; Tengo una actitud positiva en relación a mí mismo). Ha sido traducida, adaptada y validada en numerosos idiomas y en más de 50 naciones. En la literatura especializada, hay autores que defienden su estructura unidimensional (Schmitt y Allik, 2005), y otros consideran que está formada por dos dimensiones, estima positiva y estima negativa (Avanci et al., 2007). Adicionalmente, también existen trabajos que indican que, debido a la forma de redacción de los items, unos en positivo y otros invertidos, se incorpora un artefacto estadístico o efecto de método (Santos y Maia, 2003; Tomás y Oliver, 1999), lo cual ha llevado a algunos autores a considerar únicamente los

items redactados en positivo (Oliver, Sancho, Galiana, Tomás y Gutiérrez, en prensa). Esta última es la opción que aquí hemos tomado, a partir de la versión portuguesa ofrecida por Avanci et al. (2007).

Todas las escalas aplicadas en la presente investigación se han presentado a los participantes con cinco alternativas de respuesta, desde (1) *totalmente en desacuerdo*, hasta (5) *totalmente de acuerdo*.

Escala de Apoyo Social (MSPSS-AA; Zimet et al., 1988). Se ha utilizado la versión de Ramaswamy et al. (2009). Está compuesta por 12 items agrupados en tres factores: Apoyo del personal de la escuela, apoyo de los amigos, y apoyo de la familia (ejemplos: Tengo un profesor orientador que trata de ayudarme; Puedo hablar sobre mis problemas con mis amigos; Mi familia es realmente una fuente de confort para mí).

Escala de Inteligencia Emocional (Wong y Law, 2002). Consta de 16 items y mide cuatro dimensiones: Evaluación de las emociones propias, evaluación de las emociones de otros, uso de las emociones, y control emocional (ejemplos: Tengo buena percepción de mis propias emociones; Soy sensible a los sentimientos y emociones de otros; Soy una persona auto-incentivada; Soy bastante capaz de controlar mis propias emociones).

Escala de Resiliencia (Smith et al., 2008). Es una escala unidimensional y está formada por seis items (ejemplos: Tengo tendencia a desistir rápidamente ante las dificultades; No tardo mucho tiempo en recuperarme de un evento estresante). Para nuestros objetivos hemos utilizado únicamente cuatro items, con la intención de evitar el efecto de método de los items invertidos, similar al referido anteriormente en relación con la escala de autoestima.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Pavot y Diener, 1993, 2008). Está compuesta por cinco items, cuyo objetivo es proporcionar un índice general de satisfacción con la vida referido a la percepción de bienestar subjetivo de los adolescentes (ejemplos: Estoy satisfecho con mi vida; En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea).

Cuestionario de Actitudes hacia el Consumo de Drogas. Instrumento elaborado a partir de los trabajos de Escámez y García (1990) y de Ortega et al. (1993). Con este instrumento se pretende medir los efectos placenteros del consumo de drogas, la

dependencia de las drogas, la presión social para el consumo de drogas, el perjuicio de las drogas para la salud, y la tolerancia/aceptación social ante el consumo de drogas (ejemplos: Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien; Si fumara me podría dejar el tabaco cuando quisiera; Es conveniente fumar para no ser rechazado por los amigos; Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas; No es necesario probar las drogas para saber que perjudicarían mi salud).

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó permiso a las autoridades del Ministerio de Educación para desarrollar la investigación. Seguidamente se contactó con las autoridades de los centros educativos que habían manifestado su disposición a colaborar, a los cuales se explicó en qué consistía la investigación y se les solicitó permiso para llevarla a cabo. Finalmente, se habló con los alumnos y se les facilitó una carta dirigida a los padres o tutores responsables de los menores de edad, solicitando permiso para su participación en el estudio. Todos los alumnos que participaron lo hicieron voluntariamente, tras devolver el consentimiento firmado de sus padres o tutores. Previo a la aplicación de los instrumentos, se procedió a traducirlos al portugués, excepto la escala de autoestima y la de satisfacción con la vida, de las cuales ya se contaba con versiones publicadas en ese idioma. La aplicación de los instrumentos se realizó en el horario habitual de clase, sin la presencia de los profesores, para garantizar en mayor medida el anonimato de las respuestas.

Análisis estadísticos

Los datos han sido analizados a tres niveles. Por una parte, se ha procedido a calcular las propiedades psicométricas de los instrumentos administrados a los participantes, con el objetivo de comprobar su validez y fiabilidad. Para ello, se han realizado diversos Análisis Factoriales Confirmatorios (AFCs), basándose en modelos ya existentes, y comprobando así la validez de los instrumentos para ser aplicados a esta muestra. También se ha calculado la consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach) de los factores que componen cada uno de los instrumentos empleados en el estudio. Por otro lado, se han calculado las correlaciones entre las variables estudiadas. Finalmente, se ha desarrollado un Modelo de Ecuaciones Estructurales con variables observables (path análisis) puesto a

prueba para calcular la predicción del bienestar subjetivo y las actitudes hacia el consumo de sustancias adictivas de los adolescentes, así como el posible efecto mediador de la resiliencia.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación está basado en los objetivos e hipótesis de trabajo. Se pretende averiguar en qué medida la autoestima, la inteligencia emocional y el apoyo social predicen la resiliencia y si ésta presenta capacidad predictiva sobre el bienestar subjetivo y las actitudes ante el consumo de sustancias de los adolescentes.

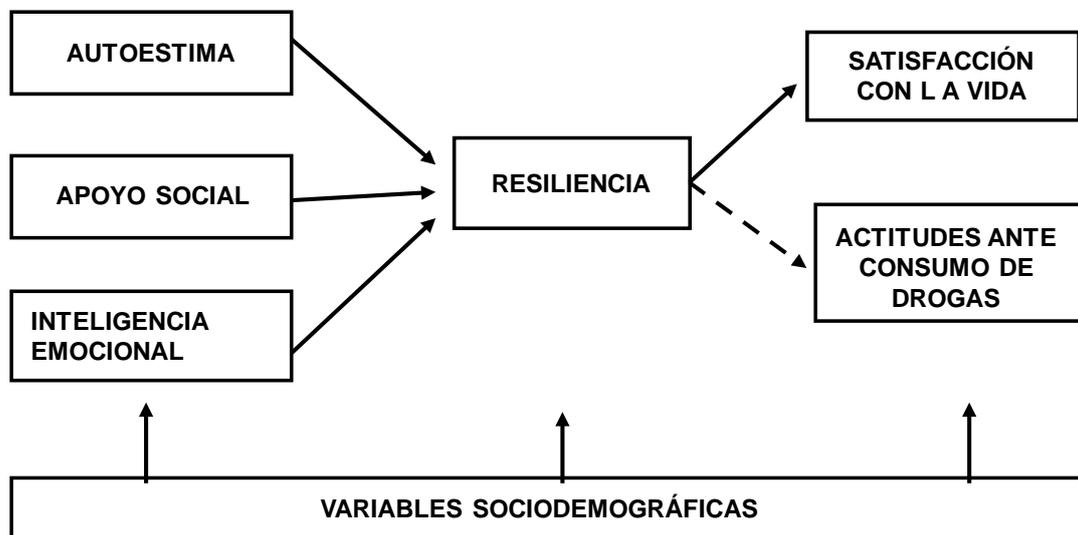


Figura 5. Diseño de la investigación

8.3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resultados

Características de los adolescentes angoleños. Ante la pregunta de si pertenecen a alguna asociación juvenil, 1067 (39%) responden que sí, y 1672 (61%) dicen que no. En cuanto a si participan en actividades extraescolares, 859 (31.4%) responden que no, 1380 (50.4%) un poco, 500 (18.3%) con mucha participación. Específicamente, ante la práctica de actividades deportivas, 618 (22.6%) no practican, 1615 (59%) participan a veces, en

recreación, y 506 (18.5%) están ligados a un club deportivo. Comparando estos datos con los anteriores, cabe pensar que algunos adolescentes refieren su participación en actividades deportivas, aunque no sea como actividades extraescolares.

Con respecto al consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes y de su mejor amigo, los resultados son los siguientes:

Tabla 25. Consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes y de su mejor amigo/a

	Nunca he tomado bebidas alcohólicas	Tomo pero no soy consumidor	Soy consumidor/a
En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, cómo te consideras?	1388 (50.7%)	1123 (41%)	228 (8.3%)
	Nunca ha tomado bebidas alcohólicas	Toma pero no es consumidor/a	Es consumidor/a
En cuanto al consumo de bebidas, cómo consideras a tu mejor amigo/a?	1265 (46.2%)	1137 (41.5%)	337 (12.3%)
	Nunca he fumado	Fumo pero no estoy viciado/a	Estoy viciado/a
En cuanto al consumo de cigarros, cómo te consideras?	2381 (86.9%)	214 (7.8%)	144 (5.3%)
	Nunca ha fumado	Fuma pero no está viciado/a	Está viciado/a
En cuanto al consumo de cigarros, cómo consideras a tu mejor amigo/a?	2253 (82.3%)	312 (11.4%)	174 (6.4%)

Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados.

Escala de autoestima. Tras someter a comprobación mediante análisis factoriales confirmatorios en nuestra muestra de adolescentes tres modelos de esta escala (1) un factor general, (2) dos factores, y (3) un factor más el efecto de método, se ha comprobado que los mejores índices de ajuste a los datos los ofrece la consideración de la autoestima formada por un factor de autoestima global más un factor de método ($\chi^2_{30} = 149.05$, $p < .01$, GFI = .987, AGFI = .976, CFI = .947, SRMR = .028, RMSEA = .038), razón por la cual, para nuestros cálculos, hemos considerado únicamente los 5 ítems redactados en positivo.

Escala de Apoyo Social. Hemos sometido a un análisis factorial confirmatorio la Escala de Apoyo Social de Zimet et al. (1988), versión de Ramaswamy et al. (2009),

obteniendo satisfactorios índices de ajuste a los datos: $\chi^2_{51} = 257.24$, $p < .001$, GFI = .965, AGFI = .946, CFI = .984, SRMR = .034, RMSEA = .038, ratificándose los tres factores anunciados por sus autores: Apoyo social de la escuela, apoyo social de los amigos y apoyo social de la familia.

Escala de Inteligencia Emocional. Sometido a un análisis factorial confirmatorio el modelo de Inteligencia Emocional ofrecido por Wong e Law (2002), se han obtenido satisfactorios índices de ajuste del modelo a los datos: $\chi^2_{98} = 377.33$, $p < .001$, GFI = .963, AGFI = .949, CFI = .981, SRMR = .038, RMSEA = .032, lo cual ratifica la composición de esta escala por cuatro factores, tal como proponen sus autores: Evaluación de las emociones propias, evaluación de las emociones de otros, uso de las emociones, y regulación de las emociones o control emocional.

Escala de Resiliencia. El análisis factorial confirmatorio de la Escala de Resiliencia ha aportado los siguientes índices de ajuste: $\chi^2_2 = 0.45$, $p = .79$, GFI = 1.000, AGFI = .999, CFI = 1.000, SRMR = .004, RMSEA = .000), lo cual confirma que sus cuatro items con redacción directa se agrupan en una sola dimensión o factor.

Escala de Satisfacción con la Vida. La escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, de Pavot e Diener, 1993), cuya estructura unidimensional ha sido también ratificada por numerosos autores en diferentes culturas, muestra aquí esta misma estructura con un buen ajuste del modelo a los datos: $\chi^2_5 = 25.26$, $p < .001$, GFI = .993, AGFI = .979, CFI = .990, SRMR = .023, RMSEA = .038.

Cuestionario de Actitudes de los Adolescentes ante el Consumo de Sustancias Adictivas. Dado que no hemos encontrado en la literatura especializada que este cuestionario disponga de análisis factoriales confirmatorios en estudios previos, sometimos a prueba el modelo conceptual ofrecido por sus autores (Escámez y García, 1990; Ortega et al. 1993). Para ello, dividimos la muestra de adolescentes en dos submuestras al azar, con el 50% de participantes en cada una de ellas. Comenzamos probando el modelo en una de las submuestras, obteniendo los siguientes índices de ajuste a los datos: $\chi^2_{220} = 1584.81$, $p < .001$, GFI = .875, AGFI = .844, CFI = .761, SRMR = .094, RMSEA = .068. Estos resultados indican que el ajuste del modelo para nuestros datos es pobre. Seguidamente eliminamos los 5 items que no aportaban una saturación

satisfactoria, con lo cual el ajuste fue mucho más satisfactorio: $\chi^2_{125} = 312.45$, $p < .001$, GFI = .969, AGFI = .957, CFI = .956, SRMR = .033, RMSEA = .033. Seguidamente, el modelo obtenido con la primera submuestra se sometió a validación en la segunda submuestra, y aportó unos índices de ajuste muy satisfactorio: $\chi^2_{125} = 219.97$, $p < .001$, GFI = .978, AGFI = .970, CFI = .978, SRMR = .029, RMSEA = .023, aportando cinco dimensiones: (1) Las drogas no perjudican la salud, (2) Presión social para el consumo de drogas, (3) Las drogas no generan dependencia, (4) Efecto placentero del consumo de drogas, y (5) Influencia de la familia sobre el consumo de drogas.

Resultados descriptivos de las variables estudiadas.

Tal como muestra la Tabla 26, las puntuaciones obtenidas por los adolescentes en autoestima son superiores a la media (3.83). En lo que respecta al apoyo social, los valores de cada una de sus dimensiones son todos superiores a la media esperada. Las puntuaciones alcanzadas en inteligencia emocional, resiliencia y satisfacción con la vida siguen un patrón similar a las comentadas anteriormente, siendo los valores de resiliencia los más bajos. Finalmente, en lo que respecta al consumo de alcohol, cabe señalar que de los cinco factores únicamente el factor “las drogas no generan dependencia” (2.88) y la “influencia de la familia en el consumo de drogas” (3.60) alcanzaron medias superiores a la esperada. Los otros tres factores mostraron valores iguales o inferiores a 2.00. La consistencia interna de los factores muestra valores de α superiores a .70.

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

Factores	Media	DT	α
<i>Autoestima</i>			
Autoestima	3.83	0.71	.715
<i>Apoyo Social</i>			
Apoyo de la Escuela	3.35	1.05	.809
Apoyo de los Amigos	3.97	0.81	.747
Apoyo de la Familia	3.96	0.83	.742
<i>Inteligencia Emocional</i>			
Evaluación de las emociones propias	3.81	0.73	.748
Evaluación de las emociones de otros	3.50	0.79	.729
Uso de la Emoción	3.78	0.72	.784

Control Emocional	3.66	0.83	.725
<i>Resiliencia</i>			
Resiliencia	2.85	0.84	.705
<i>Satisfacción con la Vida</i>			
Satisfacción con la vida	3.40	0.78	.753
<i>Consumo de Alcohol y Tabaco</i>			
Las drogas no perjudican la salud	2.00	0.86	.730
Presión social para el consumo de drogas	1.69	0.76	.803
Las drogas no generan dependencia	2.88	1.31	.772
Efecto placentero del consumo de drogas	1.91	0.74	.731
Influencia de la familia en el consumo de drogas	3.60	0.98	.716

Correlaciones entre las variables estudiadas.

El apoyo de la escuela apenas se correlaciona significativamente con las drogas no generan dependencia, con el efecto placentero de las drogas y con la influencia de la familia en el consumo de drogas. El apoyo de los amigos correlaciona significativamente, pero de modo negativo con la resiliencia, con las drogas no perjudican la salud, con la presión social, con el efecto placentero de las drogas y con la influencia de la familia en el consumo de drogas. En lo que respecta al apoyo de la familia, ésta correlaciona en sentido negativo con la resiliencia, con las drogas no perjudican la salud, con la presión social para el consumo de drogas y con el efecto placentero de las drogas, y en positivo con la satisfacción con la vida y con la influencia de la familia en el consumo de sustancias.

La evaluación de las emociones propias muestra una correlación negativa con la resiliencia, con las drogas no perjudican la salud, con la presión social para el consumo de drogas y con el efecto placentero de las drogas, mientras que la correlación es positiva con la satisfacción con la vida de los adolescentes y con el factor “influencia de la familia en el consumo de sustancias”. La evaluación de las emociones de otros correlaciona positivamente con la satisfacción con la vida y la influencia de la familia en el consumo, y negativamente con las demás variables (resiliencia, presión social para el consumo de drogas, y las drogas no perjudican la salud). El mismo comportamiento presenta la variable de inteligencia emocional denominada “Uso de la emoción”. Por último, el control emocional o regulación de las emociones correlaciona positivamente con la

satisfacción con la vida y la influencia de la familia en el consumo, y negativamente con la resiliencia y con el efecto placentero de las drogas.

Tabla 27. Correlaciones entre las variables estudiadas

Variables	9	10	11	12	13	14	15
1. Autoestima.	-.03	.34**	-.14**	-.15**	-.01	-.13**	.17**
2. Apoyo de la Escuela	-.16**	.22**	.06**	.07**	-.01	-.01	-.01
3. Apoyo de los Amigos	-.05*	.22**	-.12**	-.15**	.02	-.07**	.15**
4. Apoyo de la Familia	-.06**	.37**	-.10**	-.08**	.02	-.13**	.11**
5. Eval Emociones Propias	-.11**	.26**	-.08**	-.09**	.07**	-.07**	.20**
6. Eval Emociones de Otros	-.11**	.15**	-.03	-.06**	.06**	-.02	.17**
7. Uso de la Emoción	-.08**	.24**	-.07**	-.09**	.03	-.10**	.21**
8. Control Emocional	-.09**	.28**	.01	.01	.03	-.06**	.07**
9. Resiliencia	1	-.13**	-.17**	-.14**	-.03	-.13**	-.04
10. Satisfacción con la Vida		1	.03	.05*	.02	-.01	.03
11. Drogas no perjudican la salud			1	.53**	.16**	.44**	-.02
12. Presión social consumo drogas				1	.17**	.56**	-.04*
13. Drogas no generan dependencia					1	.20**	.15**
14. Efecto placentero de las drogas						1	.01
15. Influencia familia en consumo							1

* La correlación es significativa al nivel 0.05. ** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Resultados diferenciales en función de las variables sociodemográficas estudiadas.

En esta parte de la investigación mostramos los resultados diferenciales de las variables dependientes con todas sus dimensiones a partir de todas las variables sociodemográficas que caracterizan a la muestra, haciendo hincapié únicamente en los resultados estadísticamente más significativos.

Resultados diferenciales según el género. Las mujeres dicen tener más apoyo de los amigos y hacen una mejor valoración de las emociones de los otros. Los varones, por el contrario, valoran mejor sus propias emociones, presentan mejor control emocional, son más resilientes y sienten más la presión social para el consumo de drogas.

Resultados diferenciales según con quién viven los adolescentes. Los adolescentes que viven en los hogares de amparo filial (lares) sienten más apoyo de la escuela que los

que viven con la familia, mientras que quienes viven con la familia se sienten más apoyados por su familia y son más resilientes.

Resultados diferenciales según el medio en que viven los adolescentes. Los adolescentes que viven en el medio rural sienten un mayor apoyo de la escuela en tanto que los que viven en el medio urbano valoran más las emociones de los otros, son más resilientes y valoran más el efecto placentero de las drogas.

Resultados diferenciales según la participación de los adolescentes en organizaciones juveniles. Los adolescentes que se encuentran asociados a determinadas organizaciones juveniles sienten más el apoyo de la escuela, tienen un mayor control emocional, están más satisfechos con la vida y perciben una mayor presión social para el consumo de drogas.

Resultados diferenciales según la edad de los adolescentes. Cuanto mayor es la edad de los adolescentes, más elevada es su autoestima, sienten más apoyo de la escuela y hacen mejor uso de sus emociones. Por el contrario, la edad menor se encuentra asociada a una mayor satisfacción por la vida, el convencimiento de que las drogas no perjudican la salud, y perciben menos la influencia de la familia en el consumo de drogas.

Resultados diferenciales según el nivel de escolaridad. Esta variable resulta significativamente diferenciadora en la mayoría de las variables dependientes estudiadas excepto la variable apoyo de la familia, valoración de las emociones propias y control emocional. Cuanto mayor es el nivel de escolaridad de los adolescentes, más alta es la autoestima, sienten más apoyo de los amigos, hacen mejor uso de las emociones, son más resilientes, son los que más afirman que las drogas no generan dependencia y perciben la influencia de la familia en el consumo de drogas. Los adolescentes de nivel escolar más bajo son quienes perciben mayor apoyo de la escuela, se sienten más satisfechos con la vida, son los que más alegan que las drogas no perjudican la salud, sienten más la presión social para el consumo de drogas y sienten más los efectos placenteros de las drogas.

Resultados diferenciales según la provincia donde viven los adolescentes. Para comprenderlo mejor, debemos recordar que Luanda es la capital de Angola, la provincia de Benguela se sitúa en la región centro-sur y la provincia de Huila está situada al sur de Angola. De los resultados obtenidos se deduce que los adolescentes que viven en

Benguela sienten más apoyo de la escuela y de la familia, son los que tienen un mayor control emocional, sienten más la presión social para el consumo de drogas, y son los que más sienten el efecto placentero del consumo de drogas. Los adolescentes de Luanda sienten más el apoyo de los amigos, valoran más las emociones de los otros, son más resilientes, son los que más sienten que las drogas no perjudican la salud y sienten más la influencia de la familia en el consumo de drogas. Por último, los adolescentes de Huila son los que hacen mejor valoración de las emociones propias y se sienten más satisfechos con la vida.

Resultados diferenciales según la participación de los adolescentes en actividades extraescolares. Los datos indican que los adolescentes que participan con frecuencia en actividades extraescolares son los que tienen una mayor autoestima, sienten más apoyo de la familia y la escuela, hacen mejor uso de las emociones y están más satisfechos con la vida. Por el contrario, los adolescentes que participan poco en actividades extraescolares son los que presentan mayor control emocional. Los que no participan en actividades extraescolares son los más resilientes.

Resultados diferenciales según la participación de los adolescentes en actividades deportivas. Los adolescentes que practican actividades deportivas de carácter recreativo reciben más apoyo de los amigos, valoran más las emociones propias, hacen mejor uso de las emociones y sienten más la influencia de la familia en el consumo de drogas. Los adolescentes que se encuentran vinculados a clubes deportivos valoran más sus emociones propias, son más resilientes y son los que se muestran más convencidos de que las drogas no perjudican la salud. Finalmente, los que no practican deportes son los que más sienten la presión social para el consumo de drogas.

Resultados diferenciales en función de cómo se consideran los adolescentes en cuanto al consumo de alcohol. Los adolescentes que no beben tienen una autoestima más elevada, perciben más el apoyo de la familia, tienen un mayor control emocional, están más satisfechos con la vida y sienten más la influencia de la familia en el consumo de drogas. En cuanto a quienes beben pero no se consideran consumidores son los que sienten más apoyo de los amigos, valoran más las emociones de los otros, son más resilientes, son los que más defienden que las drogas no generan dependencia y son los

que más perciben la influencia de la familia en el consumo de drogas. Finalmente, los adolescentes que se consideran consumidores alegan que tienen más apoyo de la escuela, tienen mayor control emocional, son los que más creen que las drogas no afectan a la salud, perciben más la presión social para el consumo de drogas y son los que más sienten los efectos placenteros de las drogas.

Resultados diferenciales en función de cómo se consideran los adolescentes en cuanto al consumo de tabaco. Los adolescentes que no fuman son los que presentan una autoestima más elevada, tienen más apoyo de los amigos y de la familia, y son los que más citan a la familia como principal fuente de influencias en el consumo de drogas. Los adolescentes que fuman pero que no tienen hábito, son los que más dicen que las drogas no generan dependencia. Los que se consideran habituados son los que más sienten el apoyo de la escuela, tienen mayor control emocional, están más satisfechos con la vida, dicen que las drogas no perjudican la salud, sienten más la presión social en el consumo de drogas y sienten el efecto placentero de las drogas.

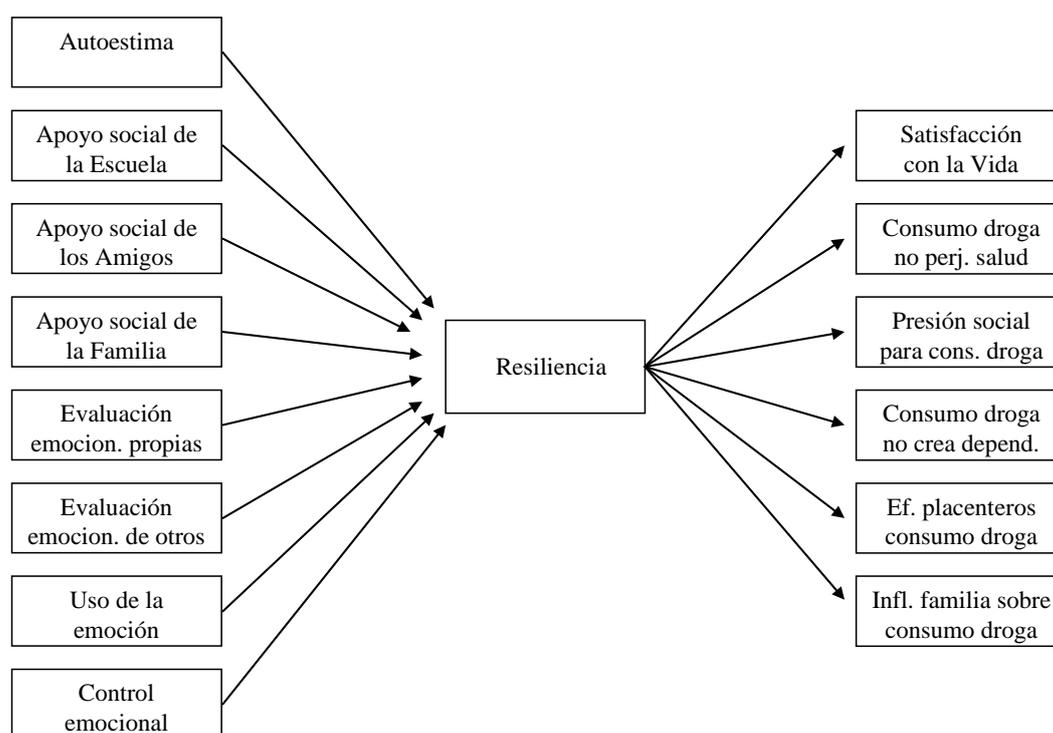
Predicción de la satisfacción con la vida y de las actitudes de los adolescentes hacia el consumo de sustancias adictivas.

Se propuso un modelo de ecuaciones estructurales (path análisis) para predecir la percepción de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida) y las actitudes ante el consumo de sustancias adictivas de los adolescentes angoleños, a partir de su autoestima, el apoyo social y la inteligencia emocional, actuando como variable mediadora la resiliencia (Figura 6).

Este modelo hipotético inicial planteaba que la autoestima, el apoyo social y la inteligencia emocional estarían positivamente relacionados con la resiliencia, la cual tendría capacidad predictiva sobre la satisfacción con la vida y las actitudes ante el consumo de droga de los adolescentes angoleños. Dado que en las hipótesis habíamos planteado que los adolescentes que viven en residencias o instituciones (lares) tendrían una mayor resiliencia que los que viven con sus familias, el modelo general a-priori se puso a prueba sobre la submuestra de quienes viven con la familia, por ser más numerosa, obteniendo los siguientes índices de ajuste a los datos: $\chi^2_{53} = 1059.54$, $p < .01$, GFI = .951,

AGFI = .888, CFI = .819, SRMR = .088, RMSEA = .083, resultados que no pueden considerarse satisfactorios.

Fig. 6. Modelo hipotético para la predicción de la satisfacción con la vida y las actitudes de los adolescentes ante el consumo de drogas

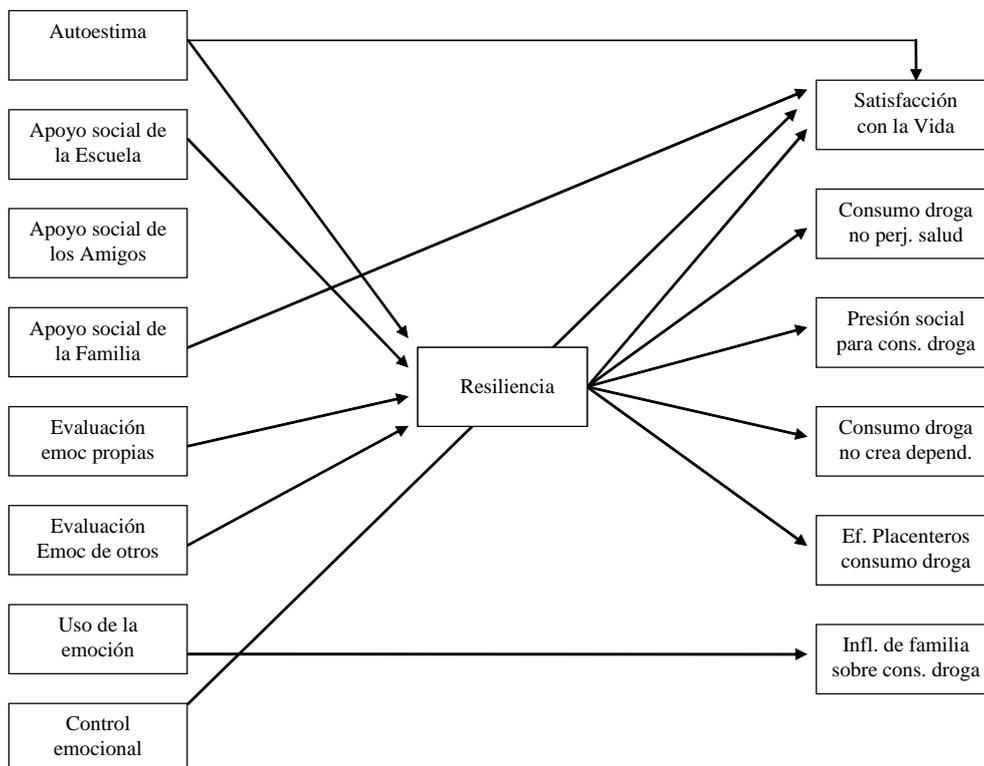


A partir de aquí, se probó un nuevo modelo, en el que se eliminaron las relaciones no significativas, con el cual se obtuvieron unos índices de ajuste mucho más satisfactorios: $\chi^2_{57} = 390.64$, $p < .01$, GFI = .978, AGFI = .953, CFI = .932, SRMR = .048, RMSEA = .048 (Figura 7).

Los resultados de este modelo muestran que la autoestima se encuentra directamente relacionada con la resiliencia y la satisfacción con la vida de los adolescentes. De las variables del apoyo social, el apoyo de la escuela se relaciona negativamente con la resiliencia, el apoyo de los amigos no presenta relaciones significativas con ninguna de las variables, y el apoyo de la familia se encuentra positiva y significativamente relacionada con la satisfacción con la vida. En cuanto a las variables que componen la inteligencia emocional, la evaluación de las emociones propias y la evaluación de las emociones de otros aparecen negativamente relacionadas con la resiliencia, el uso de las emociones

presenta una relación directa con la influencia de la familia sobre el consumo de droga de los adolescentes, y el control emocional se relaciona directamente con la satisfacción con la vida. Por otro lado, todas las relaciones significativas de la resiliencia con la satisfacción con la vida y las actitudes ante el consumo de droga de los adolescentes son negativas.

Fig. 7. Solución estandarizada para el modelo propuesto de las relaciones entre autoestima, apoyo social, inteligencia emocional, resiliencia, satisfacción con la vida y actitudes ante la droga, para la muestra de los adolescentes que viven con la familia

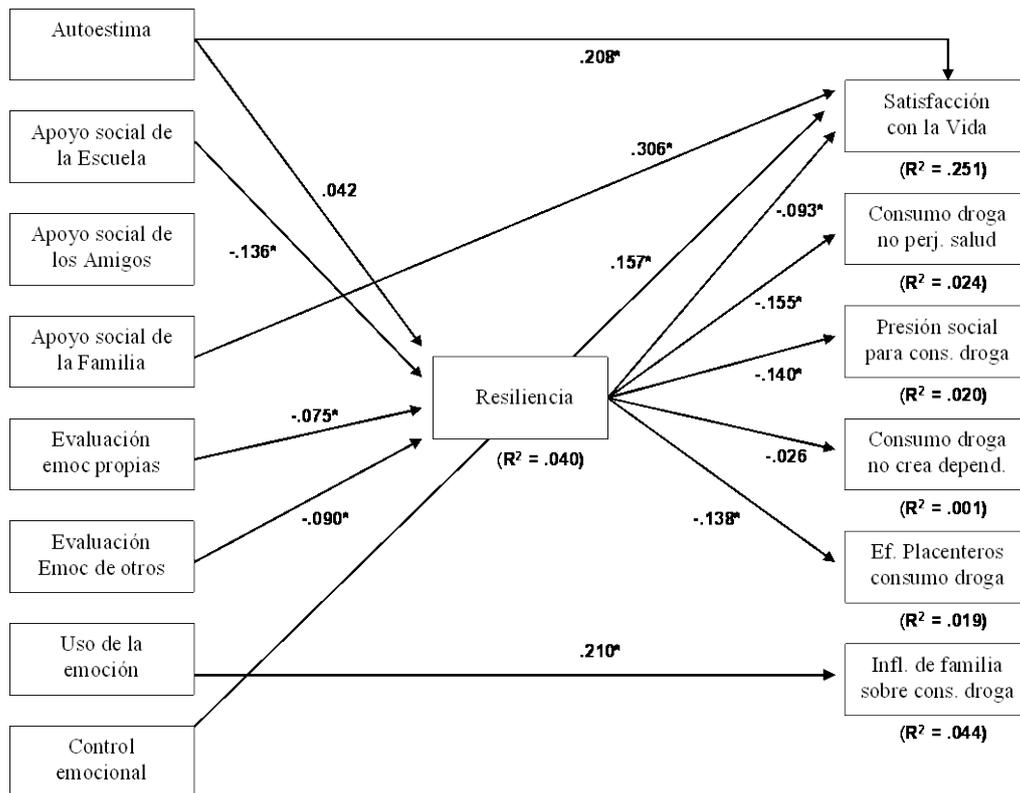


Nota: Todas las relaciones estructurales señaladas son estadísticamente significativas ($p < .05$). Por razones de claridad expositiva, no se muestran las correlaciones entre las variables exógenas y los errores.

Una vez comprobado que este modelo ajustaba a los datos de la submuestra de adolescentes que viven con la familia, se aplicó a la submuestra de los que viven en instituciones oficiales (lares), ofreciendo también un ajuste satisfactorio: $\chi^2_{57} = 92.18$, $p < .01$, GFI = .946, AGFI = .886, CFI = .944, SRMR = .078, RMSEA = .052. Tras comprobar el ajuste de los modelos a los datos en las dos submuestras, procedimos a desarrollar un modelo multimuestra partiendo de la igualdad de relaciones en ambos

casos, obteniendo satisfactorios índices de ajuste: $\chi^2_{162} = 515.94$, $p < .01$, GFI = .972, AGFI = .958, CFI = .936, SRMR = .084, RMSEA = .040 (Figura 8).

Fig. 8. Solución estandarizada para el modelo multimuestra de las relaciones entre autoestima, apoyo social, inteligencia emocional, resiliencia, satisfacción con la vida y actitudes ante la droga de los adolescentes angoleños



Nota: Todas las relaciones estructurales señaladas con * son estadísticamente significativas ($p < .05$). Por razones de claridad expositiva, no se muestran las correlaciones entre las variables exógenas y los errores.

Discusión

El enfoque desde el cual abordamos el presente estudio es el marco de la Psicología Positiva. Tradicionalmente, los campos de la psicología y la educación han destacado la identificación y forma de remediar los déficits de los adolescentes. Sin embargo, con la aparición de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon y King, 2001), el foco de atención ha comenzado a situarse más en sus fortalezas, en las dimensiones positivas de su desarrollo psicosocial, con énfasis en la creación de ambientes óptimos que favorezcan su bienestar físico y psicológico (Elmore y Huebner, 2010). Desde este punto de vista, el objetivo principal de este trabajo ha consistido en la

aplicación de modelos de ecuaciones estructurales para predecir la satisfacción con la vida de los adolescentes y sus actitudes hacia el consumo de drogas, a partir de la autoestima, el apoyo social, la inteligencia emocional y la resiliencia, actuando esta última como variable mediadora.

Las principales hipótesis de las cuales hemos partido han sido tres:

- (1) Que la autoestima, el apoyo social y la inteligencia emocional estarían relacionadas con la resiliencia de los adolescentes.
- (2) Que la resiliencia se relacionaría con la satisfacción con la vida y con las actitudes hacia el consumo de drogas.
- (3) Que las actitudes hacia las drogas y la satisfacción con la vida correlacionarían en sentido negativo.

En cuanto a la primera hipótesis, que suponía el efecto directo de la autoestima, la inteligencia emocional y el apoyo social sobre la resiliencia de los adolescentes, se ha visto cumplida únicamente en parte, ya que de los ocho factores que cabía esperar que se relacionasen con la resiliencia, únicamente la autoestima presenta un efecto directo y positivo, mientras que los efectos del apoyo social de la escuela, la evaluación de las emociones propias y la evaluación de las emociones de otros sobre la resiliencia son negativos. A pesar de que Cunningham y Swanson (2010) refieren que un elevado nivel de autoestima de los adolescentes, el apoyo social de los padres y el apoyo o asesoramiento de algún profesor de la institución educativa son los mejores recursos para la construcción de la resiliencia ante los eventos estresantes y problemas de conducta, los resultados con nuestra muestra de estudio no se manifiestan en este sentido. Es más, los datos indican que cuanto mayor es el apoyo de la escuela, menor es el nivel de resiliencia de los adolescentes, no influyendo en ello ni el apoyo de los amigos ni el de la familia. Por otro lado, también cabe destacar el efecto directo de la autoestima, el apoyo social de la familia y el control emocional sobre la satisfacción con la vida, y el efecto también directo del uso de la emoción sobre la influencia de la familia para evitar el consumo de drogas, resultados en línea con los aportados por la literatura tal como más adelante especificaremos.

En relación con la segunda hipótesis, según la cual se esperaba que la resiliencia se relacionaría de forma positiva con la satisfacción con la vida, los resultados han mostrado lo contrario, puesto que la relación entre ambas variables ha sido negativa. Según esto, cabría pensar que los adolescentes resilientes han conseguido construir tal recurso personal, pero eso no les lleva necesariamente a estar satisfechos con su vida. Sí se cumple, en mayor medida, la previsión de la relación negativa entre la resiliencia y las actitudes hacia el consumo de drogas de los adolescentes, tal como ya habían anunciado Becoña et al. (2006), Boyce Rodgers y Rose (2002), o Sapienza y Pedromônico (2005).

Con respecto a la tercera hipótesis, cabe señalar que no se ha cumplido en el sentido esperado, puesto que no ha resultado significativa ninguna de las relaciones encontradas entre satisfacción con la vida de los adolescentes y sus actitudes hacia el consumo de drogas. Sobre este aspecto, Zullig et al. (2001) encontraron relaciones entre la insatisfacción con la vida y el uso de sustancias adictivas, aunque no pudieron explicar si los adolescentes participaban en conductas de abuso de sustancias por su insatisfacción con la vida, o si estaban insatisfechos con la vida debido al abuso de sustancias, dejando esta cuestión como propuesta para futuras investigaciones. La diferencia de resultados entre el trabajo de Zullig y el nuestro puede deberse tanto al empleo de diferentes escalas de satisfacción con la vida, como a la forma de recoger los datos relacionados con el abuso de sustancias adictivas; en aquél mediante manifestación de consumo real y en éste a partir de actitudes hacia el consumo.

Llegados a este punto cabe hacer algunas consideraciones. Por un lado, las bajas puntuaciones en resiliencia manifestadas por la muestra de adolescentes, las escasas relaciones entre autoestima, apoyo social e inteligencia emocional con la resiliencia, y el hecho de aparecer efectos directos de algunas de estas variables sobre la satisfacción con la vida y las actitudes hacia el consumo de drogas de los adolescentes, induce a pensar que la resiliencia no cumple el papel de variable mediadora con el peso que se le había supuesto. Sin embargo, el hecho de que la resiliencia sí presente efectos sobre la satisfacción con la vida y las actitudes hacia el consumo de drogas, parece indicar la importancia de su presencia en este modelo explicativo. Ahora bien, queda por resolver si resulta apropiado considerarla como variable mediadora o por el contrario incorporarla en el paquete de recursos personales de los adolescentes, situarla al mismo nivel que el resto de las

variables y a partir de ahí estudiar las relaciones existentes con la satisfacción con la vida y las actitudes hacia las drogas. Una cuestión más que queda por resolver es la dirección de las relaciones entre satisfacción con la vida y actitudes hacia el consumo de drogas, tal como planteaban Zullic et al. (2001), debido a la falta de relaciones encontradas en el presente trabajo.

No obstante, a pesar de no haberse cumplido completamente el modelo teórico que habíamos hipotetizado, no por ello dejan de tener importancia los resultados aquí obtenidos, pudiendo destacar diversas coincidencias con los encontrados en otros trabajos. De tales coincidencias cabe destacar la relación positiva entre la autoestima y la resiliencia (Alfonso et al., 2001; Buckner et al., 2003; Gordon et al., 1998; Kumpfer, 1999), el efecto directo de la autoestima sobre la satisfacción con la vida (Byrne y Mazanov, 2001; Veselska et al., 2009), el efecto del apoyo de la familia sobre la satisfacción con la vida de los adolescentes (Ben-Ari y Gil, 2004; Bokhorst et al., 2010; Feitosa et al., 2005; Overle et al., 2011; Sánchez y Barrón, 2003), o el efecto directo del control emocional sobre la satisfacción con la vida (Austin et al., 2005; Schutte et al., 2010). Por otro lado, también coinciden nuestros resultados con los obtenidos por Becoña et al. (2006) en cuanto a la relación negativa entre la resiliencia y las actitudes en favor del consumo de drogas de los adolescentes.

Conclusiones

- A la vista de los resultados obtenidos cabe destacar, en primer lugar, que las características psicométricas de las escalas utilizadas han mostrando una apropiada adecuación a la muestra estudiada. Además, en cuanto a la fiabilidad de los instrumentos empleados, los coeficientes de consistencia interna han resultado satisfactorios para todos los factores, mostrando valores de α entre .705 y .809.
- Aunque algunos no están viciados, una buena parte de los adolescentes angoleños son consumidores de bebidas alcohólicas, y gran parte de ellos tienen uno o más miembros de la familia y amigos que también consumen bebidas alcohólicas.
- Los adolescentes masculinos son más resilientes, manifiestan mayor control emocional y consideran en mayor medida la presión social para el consumo de

drogas, mientras que las adolescentes femeninas perciben mayor apoyo de los amigos y se sienten con mayor capacidad de evaluar las emociones de otros.

- Los adolescentes angoleños que viven en instituciones (lares) son menos resilientes que los que viven con la familia, y perciben mayor apoyo social de la escuela.
- Los adolescentes que viven en el medio rural perciben mayor apoyo de la escuela, y quienes viven en el medio urbano se consideran más capaces de evaluar las emociones de otros, con mayor resiliencia, y valoran más el efecto placentero de las drogas.
- La edad también resulta diferenciadora en las percepciones de los adolescentes, de tal manera que los mayores manifiestan un mayor nivel de autoestima, con mayor apoyo de la escuela y con mayor capacidad para usar las emociones, mientras que los más jóvenes manifiestan una mayor satisfacción con la vida.
- Una de las variables sociodemográficas más significativas ha sido el nivel académico, destacando principalmente en la percepción de autoestima, del apoyo de los amigos, la evaluación de las emociones propias, el uso de la emoción y la resiliencia. La relación es inversa entre el nivel académico, la satisfacción con la vida, y la consideración de que las drogas no perjudican la salud, el sentimiento de presión social para el consumo. Sin embargo, tener un mayor nivel académico lleva a considerar que las drogas no generan dependencia y una mayor valoración de la influencia de la familia sobre el consumo de drogas.
- Las únicas variables que predicen la resiliencia de los adolescentes son el apoyo social de los amigos, la evaluación de las emociones propias y la evaluación de las emociones de otros. En todos los casos la predicción es negativa.
- La autoestima de los adolescentes predice directamente su satisfacción con la vida.
- El control emocional o regulación de la emoción de los adolescentes es un importante predictor directo de su satisfacción con la vida.
- El uso de la emoción por parte de los adolescentes predice la influencia de la familia sobre el consumo de drogas.

- La resiliencia de los adolescentes aparece inversamente relacionada con la satisfacción con la vida y con cuatro de las cinco dimensiones que componen las actitudes hacia el consumo de drogas de los adolescentes (el consumo de drogas no perjudica la salud, la presión social para el consumo de drogas, el consumo de drogas no crea dependencia, y los efectos placenteros del consumo de drogas).

8.4. LIMITACIONES DEL TRABAJO Y SUGERENCIAS PARA EL FUTURO

Como la mayoría de trabajos, éste también presenta sus limitaciones. En tal sentido, aunque el tamaño de la muestra es amplio, los datos fueron obtenidos a través de colaboradores (muestra incidental o por conveniencia), y recogidos mediante autoinformes de los adolescentes, lo cual puede incorporar un cierto grado de deseabilidad social. Además, los datos utilizados en este estudio son transversales, por lo que no se pueden establecer conclusiones fundamentadas en relaciones causa-efecto. Un diseño longitudinal podría reforzar el estudio y proporcionar mayor fiabilidad a los resultados y conclusiones. Es importante también señalar que el modelo aquí sometido a comprobación mediante ecuaciones estructurales es sólo uno de los posibles, existiendo otros modelos que podrían contribuir con nuevas explicaciones a la interpretación de las relaciones entre las variables estudiadas. Por otro lado, a la vista de los resultados obtenidos en este trabajo, se sugiere incluir en la muestra de estudio grupos de adolescentes susceptibles de haber padecido eventos estresantes, de tal forma que puedan encontrarse más próximos a una consideración real de la resiliencia. Por otro lado, se sugiere continuar sometiendo a nuevas validaciones el cuestionario de actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas, e introducir modificaciones en el instrumento procurando la redacción de items en positivo, debido al efecto de método que pueden estar generando los items invertidos.

Otro aspecto a considerar es el abordaje de los factores de riesgo y protección del consumo de drogas desde un enfoque mixto, contemplando también el uso de métodos cualitativos como las historias de vida o las entrevistas en profundidad, con objeto de captar detalles y explicaciones que la metodología cuantitativa, por sí sola, no es capaz de detectar.

Además, si consideramos que la familia puede constituir tanto un factor de riesgo como de protección ante el consumo de sustancias adictivas de los adolescentes, debería

tenerse en cuenta en los análisis la presencia o no de miembros de la familia que consumen alcohol y/o tabaco, y su posible influencia sobre los adolescentes. Por otro lado, también podría resultar de interés analizar las posibles relaciones entre el consumo de tabaco de los adolescentes y su adicción al alcohol y otras drogas.

Otro aspecto que no ha sido analizado en este trabajo es la relación entre el consumo de sustancias y las aspiraciones académicas de los adolescentes. Dado que Carvajal et al. (2006), Kaplan et al. (2003), Martínez et al. (2001) y Palacios y Andrade (2007) señalan que los jóvenes con bajas aspiraciones académicas y bajo compromiso escolar tienen mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de sustancias, principalmente el alcohol, podría resultar de interés contemplar esta variable en los análisis.

Por último, cabría relacionar las actitudes ante el consumo de sustancias adictivas con el consumo real de los adolescentes, incidiendo más específicamente en la cantidad y tipos de consumo, así como en los factores que pueden estar favoreciendo o impidiendo tanto el inicio como el consumo cotidiano.

8.5. PROPUESTAS DE APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Desde una perspectiva aplicada, y en el marco de la psicología positiva, estos resultados pueden ser valiosos y servir de base para desarrollar estrategias de intervención encaminadas a prevenir el consumo de sustancias adictivas por parte de los adolescentes y favorecer su bienestar y crecimiento positivo (Fergus y Zimmerman, 2005; Veselska et al., 2009), poniendo énfasis en las variables que mayor explicación han aportado y teniendo en cuenta la dirección en que cada una de ellas debe plantearse. De cara a la prevención del consumo de sustancias, la resiliencia puede ser una importante vía para mejorar el comportamiento y los procesos internos de los individuos para que éstos puedan afrontar mejor todo tipo de situaciones relacionadas con el consumo de drogas.

A pesar de que en este trabajo no se hayan encontrado relaciones significativas entre la satisfacción con la vida de los adolescentes y las actitudes hacia el consumo de drogas, la literatura existente invita a continuar investigando en este sentido, por lo valioso de los objetivos perseguidos en favor de una mayor calidad de vida de niños y jóvenes. Adicionalmente, este trabajo ha tratado de dar respuesta a las propuestas de Lyubomirsky

et al. (2005), Gadermann et al. (2010) y Sun y Shek (2012) cuando demandan una mayor atención al estudio de la adolescencia, teniendo en cuenta que las relaciones entre estas variables, tradicionalmente, habían sido estudiadas en población adulta. Otra aportación relevante de este trabajo ha sido la propuesta de un modelo multidimensional. Aunque ya se había observado la importancia de estas variables en relación con la satisfacción con la vida (Chu et al., 2010) y el consumo de tabaco y otras sustancias adictivas (Downey et al., 2010; García del Castillo et al., 2012; Kokkevi et al., 2007), aquí hemos abordado su análisis de forma conjunta (path análisis). Finalmente, teniendo en cuenta la situación actual de la investigación en Angola, los resultados de este trabajo deberían ser tenidos en cuenta como punto de partida y para avanzar en el conocimiento más específico de la realidad de los adolescentes angoleños, por una parte y, por otra, para encaminar propuestas de intervención dirigidas tanto al sistema familiar como al escolar y el comunitario.

En el contexto de los adolescentes, los estilos educativos seguidos por la familia y los educadores (la escuela) han de preceder siempre que sea posible cualquier intervención que se realice con el fin de prevenir el consumo de sustancias adictivas, siendo el estilo educativo seguido, en gran medida, el responsable del comportamiento de los adolescentes. Según los investigadores, el estilo autorizativo es el más adecuado a seguir por los padres y la escuela, por ser éste el que logra un equilibrio entre el afecto y el control del adolescente, entre su aceptación y monitorización, promoviendo y reforzando un comportamiento orientado hacia el no consumo de sustancias adictivas en los adolescentes angoleños.

A pesar de existir políticas del Estado angoleño orientadas para que los niños/as, adolescentes y jóvenes disminuyan el tiempo de ociosidad y aprendan a asumir un estilo de vida de ocio activo y saludable, así como programas y actividades que conduzcan a una inserción social, conquista de valores cívicos, morales y socioculturales, aún existe una falta de control y evaluación de estas políticas que permitan medir el impacto de las actividades dirigidas a esta población.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, para la elaboración de proyectos de intervención se debería tener en cuenta que:

(a) A nivel de las políticas de Estado en Angola, se deben crear equipos multidisciplinares que evalúen el impacto de los proyectos orientados a los adolescentes y jóvenes, contemplando procedimientos de corrección y actualizaciones.

(b) A nivel de la escuela y de la familia, se debe utilizar el estilo autorizativo, por haber demostrado ser el más efectivo en favor de un comportamiento orientado hacia el no consumo de sustancias adictivas. Por tanto, éste debe ser el estilo educativo que caracterice a los padres y maestros que interactúan con los adolescentes. Para ello, es imprescindible prepararlos en cuanto al conocimiento de esta forma de educar. Es decir, deben considerarse actividades que orienten a los padres y maestros hacia la conquista de un equilibrio entre el afecto que ofrecen a los adolescentes y el control que realizan sobre ellos, enseñándoles a establecer las normas y límites permitidos en lo referente a sus actuaciones, particularmente en cuanto a su relación con el uso de sustancias adictivas.

(c) Al programar las actividades de preparación de las familias y de los maestros se deberá tener en cuenta el conocimiento de los riesgos a que se enfrenta el adolescente ante el consumo de sustancias adictivas, tanto desde el punto de vista biológico como psicológico y de cara a su inserción social. Para ello, es imprescindible la preparación de los padres y maestros a nivel de conocimientos y sentimientos personales que permitan establecer una relación emocional positiva ante la educación de los adolescentes primordialmente orientándoles en la prevención del consumo de alcohol y tabaco.

(d) Es fundamental la elaboración de un conjunto de acciones educativas que determinen la activación y regulación del comportamiento del adolescente desde la familia y desde la escuela. Por ello, debe lograrse una coherencia entre los modos de actuación de los padres y maestros respecto a la educación de los adolescentes. El uso de tales acciones presupone:

- la planificación, ejecución y control de una secuencia de acciones que se correspondan con una meta u objetivo relacionado con la preparación de los padres y maestros para educar a los adolescentes;
- el uso flexible y de perfeccionamiento continuo de las acciones, procesos y tácticas que aplican tanto los padres como los maestros para lograr que el adolescente no consuma sustancias adictivas.

(e) La preparación de los maestros debe ser diferente a la de los padres por dos razones: En primer lugar, porque el vínculo afectivo y social que cada uno de ellos establece con el adolescente es diferente; y en segundo lugar, porque los maestros tienen además la responsabilidad de preparar a los padres tomando como base su preparación científica y pedagógica por su condición de educadores. Por esta razón, se debe incluir en la preparación que recibirá el maestro por parte del personal experto en psicología positiva, cómo usar ésta para enfrentar los riesgos en el consumo de sustancias adictivas y prevenir la adicción en los adolescentes.

(f) Es preciso también tener en cuenta la preparación de los adolescentes para enfrentarse a los factores de riesgo a los que se ven expuestos y cómo protegerse de ellos. Estas acciones tratarán de informarles sobre los factores de riesgo y sobre el conocimiento de sí mismos. El conocimiento de los factores de riesgo se refiere al entendimiento de los perjuicios que representa el consumo de sustancias adictivas para su desarrollo personal y su inserción social. El conocimiento de sí mismos estará relacionado con el modo de lograr el bienestar subjetivo, ofreciéndoles en estos casos alternativas que les permitan emplear su tiempo libre y sentirse útiles a la sociedad.

Todas las acciones señaladas en los párrafos anteriores tratan de evitar el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes y conforman un sistema complejo cuyo objetivo expresa la intención de alejar al adolescente del consumo de sustancias adictivas. Con tales acciones se aspira a *lograr un adolescente que no consuma sustancias adictivas, sepa enfrentarse ante los factores de riesgo para él mismo y sepa orientar a sus compañeros para que asuman una actitud con capacidad para decir “no” ante el consumo de tales sustancias.*