

01964



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
División de Estudios de Posgrado

Programa de prevención primaria con Adolescentes de alto riesgo de Adicción al Alcohol, Tabaco e Inhalación de Solventes en una Secundaria Técnica.

T E S I S :

Que para Obtener el Grado de MAESTRIA EN PSICOLOGIA

Presenta:

Lic. Ma. de los Angeles Cruz Almanza

Dirección de Tesis :

Dra. Ma. Elena Medina Mora

Asesora Estadística :

Mtra. Corina Cuevas Renaud

Comité de Tesis :

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre

Mtro. Samuel Jurado C.

Dra. Aída Ma. Rodríguez

Dr. Juan José Sánchez Sosa

México, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

Los propósitos del presente trabajo fueron: 1) Probar un método de definición e identificación de Grupos de Alto Riesgo a través de la comparación de los alumnos identificados con la colaboración del Departamento de Coordinación Educativa, Orientación y Trabajo Social, de acuerdo a conducta inadecuada, aprovechamiento escolar, presencia de bebidas alcohólicas, tabaco, solventes, problemas familiares, así como la ausencia de estos problemas (bajo riesgo). Utilizando además Escalas como la de Ambiente Familiar, Ambiente Social e Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

El segundo objetivo fue: 2) la evaluación de un programa de intervención en un grupo de alto riesgo en sus efectos hacia la Percepción del Ambiente Familiar; Ambiente Social y Ansiedad Rasgo-Estado.

Para la selección de los grupos se tomaron a 56 adolescentes de una $R=120$, los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria simple, con indicadores para alto y bajo riesgo; estudiantes de secundaria, con un rango de edad de 13 a 16 años, residentes todos de Sto. Tomás Ajusto.

El estudio se llevo a cabo bajo dos diseños: Descriptivo y de Intervención El primero, con la intención de orientar una selección óptima de un grupo de "alto riesgo", y conocer sus diferencias; así como conocer a los sujetos de "bajo riesgo" con el fin de diseñar un "Programa de Intervención" adecuado a cada una de sus necesidades.

El Diseño de Intervención, fue el Preexperimental con pretest-postest, sometiendo a un programa de Prevención a aquellos adolescentes de "Alto Riesgo".

Los resultados que se obtuvieron en el análisis descriptivo e inferencial de la prueba t ; de las aplicaciones de ambos grupos antes de la intervención a través de la Escala de Ambiente Familiar y la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado resultaron poco sensibles hacia la diferenciación de riesgo; no así, en la Escala de Percepción del Ambiente Social, la cual se diferencio en el área familiar con un valor $t=-2.84$ y una $p=.006$ y el área de amigos con un valor $t=2.65$ y $p=.011$.

Entre la preevaluación y postevaluación del grupo de alto riesgo en cada una de las subescalas de la "Percepción del Medio Ambiente Familiar"; se denota significancia en la subescala de "cohesión", "énfasis moral religioso" y en la subescala de "control" ante el Programa de Prevención Primaria. En la subescala de cohesión con un puntaje $t=2.37$ y una $p=.025$; en énfasis moral religioso con un puntaje $t=2.20$ y una $p=.037$ y en control con un puntaje $t=2.96$ y una $p=.006$, pudiéndose así observar el efecto de dicho Programa, tanto en la descripción de como sentirse generalmente (A-Rasgo).

Al diferenciar estos grupos de riesgo se ha intentado fundamentar estrategias y la sistematización de datos.

La Escala de "Percepción del Ambiente Familiar" se ha considerado adecuado. Su utilización es una medida para trabajar con sujetos de alto riesgo y que de no intervenir oportunamente muy probablemente caerían en las adicciones u otros problemas afines.

A través de la Prevención Primaria como abordaje más adecuado ya que se enfoca hacia los factores de riesgo y hace planteamientos como el tener presente una preevaluación y postevaluación.

CON MUCHO CARIÑO A MIS PADRES:

JOEL Y MARCISA

A MIS HERMANOS:

MARGARITA, SANDRA Y MARCO ANTONIO

A MI ESPOSO Y GRAN COMPAÑERO:

LUIS DARIO

A ROCIO AVENDAÑO POR SU COLABORACION, AL CENTRO
DE ATENCION PRIMARIA DR. GERARDO VARELA MARISCAL.

A MIS AMIGAS:

BLANCA, MARY, SILVIA, MAGDA Y
ROSY

I N D I C E

PAGINA

RESUMEN

Introducción	1
------------------------	---

CAPITULO I

MARCO TEORICO

I. Antecedentes.	4
II. Familia	16
III. Percepción.	29
IV. Ansiedad.	33
V. Aspectos sociales	36
VI. Prevención y otros abordajes de las conductas adictivas	51
VII. Alto Riesgo	72
VIII Alcohol	79
IX. Tabaco.	84
X. Disolventes e inhalables.	89

CAPITULO II

METODOLOGIA

Objetivos	94
Hipótesis de trabajo.	95

	PAGINA
Definiciones conceptuales y operacionales	95
Variable independiente.	104
Variable dependiente.	104
Diseño de investigación	104
Población y muestra	105
Instrumentos	106
Escenario.	130
Procedimiento.	132
CAPITULO III	
RESULTADOS	152
CAPITULO IV	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	169
BIBLIOGRAFIA	177
ANEXOS	183

INTRODUCCION

Se ha considerado que tener conocimiento de los aspectos epidemiológicos suficientes acerca del consumo de alcohol, tabaco y solventes en adolescentes es relevante para entender y estructurar Programas de Intervención eficaces.

El tipo de drogas de mayor consumo; la funcionalidad escolar (en quienes es mayor el riesgo de consumo); (quienes se convierten en ingestores); el grupo y la relación con el consumo; el rango de edad en que se ubican y los patrones de consumo, son indicadores epidemiológicos que han permitido definir las pautas para la estructuración de los temas a abordar.

Los planteamientos en el área familiar como uno de los indicadores que se relacionan con el abuso del alcohol, tabaco y solventes; así como, la disponibilidad de estas sustancias, los trastornos afectivos, la comunicación, las desaveniencias matrimoniales en interacción con el adolescente y las adicciones han sido las bases para este estudio.

Algunas variables sociales que predicen el uso de drogas descritas como problemáticas, se retoman como planteamientos de concientización hacia el adolescente.

Las percepciones del Medio Ambiente Familiar y del Ambiente Social, se han considerado necesarias para describir su propio significado, así como de la ansiedad adyacente.

El conocer las características de quienes tienen un alto índice de probabilidades de caer en el abuso de alcohol, tabaco o solventes se plantea a través de la exposición de la conceptualización de alto riesgo.

Hacer una revisión del tipo de programas y técnicas que se han utilizado en el abordaje del adolescente de alto riesgo al abuso de alcohol, tabaco o solventes; lo que permitiría seleccionar un enfoque que retomara los aspectos epidemiológicos, una población específica y una forma de evaluar sus efectos; siendo así como se decide proponer a la Prevención Primaria, sintetizando un enfoque que produzca resultados adecuados. Y como parte final se desglosan de manera amplia los conceptos de alcoholismo, sus manifestaciones y sus efectos; el desarrollo del hábito de fumar, propiedades y sus efectos; la inhalación de solventes, manifestaciones conductuales y alteraciones producidas por el consumo. Quedando así plasmado este contenido en el capítulo I.

En el capítulo II, se maneja el contenido metodológico, donde puede observarse propiamente las etapas que comprende un plan de investigación.

En el capítulo III, se encuentran vertidos los resultados; es decir, las formas de tratamiento de datos, los cuales proporcionan respuestas a las hipótesis de trabajo.

Y en el capítulo IV, se puede encontrar la explicación de los resultados, la cual tiene como finalidad clarificar y explicar e interpretar, así como el hacer una consideración de las limitaciones y alternativas de los mismos. Hacer referencia a otras investigaciones y determinar si se fortalece lo que se ha investigado.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

I. ANTECEDENTES.

Los aspectos epidemiológicos del consumo de alcohol, tabaco e inhalantes son fenómenos complejos que deben tenerse presentes, con la finalidad de entender la situación de la problemática en el adolescente y el consumo de estas sustancias y manejar eficazmente el programa propuesto.

ALCOHOL.

En cuanto a estudios epidemiológicos relacionados con el consumo de alcohol se reporta lo siguiente:

Cabildo (1974), señala que gracias a diversas investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, se tiene una imagen de la magnitud y de algunas características de los problemas generados por el alcohol en nuestro país. Como el que el 5.7% de la población mayor de 20 años padece alcoholismo, lo que representa una cifra aproximada de 2 millones. Las tasas de complicaciones médicas causadas por esta dependencia son de las más altas del continente.

En relación con las diez principales causas de muerte registradas en los últimos reportes de la Secretaría de Salud, en 1990 la cirrosis hepática ocupó el 9º lugar a nivel nacional, con un volumen de 17,902 casos y una tasa de 22.03 por cada cien mil

habitantes, con una edad promedio a la muerte de 54.18 años y un promedio de años potenciales de vida perdidos de 19.44 años. El consumo de alcohol está frecuentemente asociado (INEGI, 1990) en los accidentes, el homicidio y lesiones infringidas intencionalmente por otras personas, como causas de muerte.

Castro (1979) encontró en cuanto al uso de alcohol, tabaco y marihuana; los subgrupos demográficos más afectados son los estudiantes de preparatoria, sexo masculino, menores de 14 años de edad o 15 años. Las drogas como los inhalantes y los sedantes afectan a los estudiantes que asisten a las escuelas situadas en los estratos bajos y/o marginados; mientras que las drogas como el alcohol y la marihuana afectan principalmente a los estudiantes que asisten a las escuelas situadas en estratos medios y altos.

La Secretaría de Salud en su Programa Nacional contra el abuso de bebidas alcohólicas (1985), puso de manifiesto que el 5.7% de la población mayor de 20 años padece de alcoholismo, lo que representa una cifra de 1.7 millones de alcohólicos en México.

La Organización Mundial de la Salud a través de una investigación transcultural que realizó en Zambia, Canadá, Escocia y México (zona suburbana y otra semirural del sur de la Ciudad de México), encontró que dos tercios de la población mayores de 18 años son bebedores que ingieren alcohol de 1 a 2 veces por semana y llegan a la embriaguez menos de 12 veces al año (64% de los hombres).

La Secretaría de Salud (1981) informó que de 6 millones y medio de alcohólicos, 50% de los cuales tienen de 12 a 28 años y están en edad productiva, la conducta de estos enfermos afecta como promedio a cinco personas o más (padres, hermanos, esposa e hijos); 75,000 adolescentes se agregan anualmente a las primeras etapas de la enfermedad, de los mexicanos de 15 a 60 años de edad, es decir, uno de cada diez es alcohólico, en este mismo año, más de 10,000 personas murieron por cirrosis hepática en nuestro país, siendo la tasa de mortalidad en el alcohólico de 2.5 veces mayor que en el resto de la población; las muertes por accidentes en los alcohólicos son siete veces más altas que en la población general. La tasa de mortalidad entre alcohólicos es muy alta, siendo cuatro veces mayor entre el hombre en relación a la mujer; cabe agregar que el 80% de los divorcios tienen su origen en el alcoholismo y se calcula que el 25% de estudiantes de nivel superior consumen bebidas alcohólicas.

En 1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia informó a la legislatura en turno, que cada año 75,000 adolescentes empiezan a consumir regularmente alcohol.

La encuesta de Casillas Cuervo (1980), realizada con estudiantes de primer ingreso de algunas carreras seleccionadas y, posteriormente en la Facultad de Estudios Profesionales de Cuautitlán. Este estudio revela que los patrones de ingestión fueron divididos en tres categorías: a) no bebedores (que no acostumbraban beber alcohol regularmente); 2) bebedores ocasionales (que consumen alcohol con frecuencia menor de una vez

al mes) y 3) bebedores habituales (aquellos que beben alcohol varias veces al mes, cada semana, varias veces por semana o diario). Para los fines de esta presentación, los datos más interesantes son los siguientes: la proporción de consumidores de alcohol fue: 27.6% de no bebedores, 45.6% de bebedores ocasionales y 26.7% de bebedores habituales. Las mujeres (11.9%) reportaron ser los grupos de no bebedores y de bebedores ocasionales y en el grupo de bebedores habituales (32.5%) ser los hombres. Las principales ocasiones en las que se bebe alcohol son las reuniones sociales, tanto para los bebedores ocasionales (76.5%), como para los bebedores habituales (65.0%), pues estos últimos informaron ingerir alcohol con mayor frecuencia (58.6%) en las fiestas.

De acuerdo con lo reportado en la literatura mexicana Casillas (1982), encontró que el universitario empieza a beber muy joven. Hacia los 18 años, el 80% de la población ya ha experimentado el alcohol. También se confirmó que las fiestas y otras reuniones sociales, así como la presión de sus mismos grupos de pares, son elementos importantes que propician el consumo de alcohol.

Mata y cols. (1985), señalan que el consumo de las drogas suele presentarse en mayor proporción en sujetos entre los 14 y 17 años de edad, de sexo masculino, bajo nivel educativo, no mantienen una actividad cotidiana definida y que provienen de una familia desintegrada de escasos recursos económicos.

Mass Condes y cols. (1986), compararon una muestra de estudiantes de secundaria entre los 14 y 18 años de edad con una muestra de jóvenes no estudiantes que habitaban en la misma zona y que tenían un año sin estudiar. En general se encontró que los jóvenes que asisten a la escuela cumplen con los patrones de bebedores sociales, mientras que los jóvenes que no van a la escuela consumen mucho más. En cuanto al consumo de inhalantes, los jóvenes escolares reportan un 2% su uso, en tanto que la población que no asiste a la escuela reporta un 23% de uso de marihuana, 21% de inhalantes y 9% de alucinógenos.

Vazquez Mendoza y cols. (1989), realizaron un estudio comparativo de detección de factores de riesgo en alcoholismo en estudiantes de secundaria con el objeto de observar la frecuencia de factores de riesgo para alcoholismo en dos poblaciones con características similares, identificar las diferentes causas que motivaron la ingesta de alcohol, en estos grupos de adolescentes; la edad de inicio y de mayor consumo de bebidas alcohólicas de la población en estudio, en la Ciudad de México y León, Guanajuato.

Encontraron antecedentes familiares de la misma patología, 60.52% de los estudiantes de León y en el D.F., fue de 29.88%; con disfunción familiar en el D.F. el porcentaje fue de 11.49% y en la ciudad de León el 19.07%; desintegración familiar en México fue de 10.34% y en León de 7.89%; desinformación con respecto a alcoholismo el 70.39% en la Ciudad de León y 32.18% en el D.F.; presencia domiciliar de bebidas alcohólicas el 46.71% en la Cd. de León y 19.54% en el D.F.; los frecuentes festejos sociales el

17.76% en la Cd. de León y 56.32% en la Cd. de México lo señaló; ver televisión después de las 20:00 horas en la Cd. de México fue el 86.20%.

En Santo Tomás Ajusco se llevó a cabo un estudio sobre alcoholismo en la población de 15 años y más, bajo el enfoque de riesgo (Enfermería de Postécnico en Salud Mental, 1991), se estudió una muestra probabilística aleatoria simple de 100 habitantes de 15 años y más sin importar el sexo, cuya residencia fuese la región de Santo Tomás Ajusco, D.F. En este estudio los factores de riesgo fueron los antecedentes familiares de alcoholismo con una tasa de 71 en 100 habitantes; el sexo masculino con una tasa de 48 en 100 habitantes; la religión católica con una tasa de 40 en 100 habitantes y una escolaridad baja con una tasa de 41 en 100 habitantes, y los factores que resultaron estadísticamente significativos fueron, el sexo masculino y los antecedentes familiares de alcoholismo.

La tasa por 100 habitantes de familias desintegradas fue de 50. La ocasión en la que consumen bebidas alcohólicas por fiestas sociales reveló una tasa de 70 en 100 habitantes; el tipo de bebidas que se consume es el brandy con una tasa de 95 en 100 habitantes.

Natera (1981), comentó que en un estudio realizado en las salas de urgencias del D.F., se detectó en 1976 en 13 hospitales que el 86.9% de los pacientes atendidos lo fueron por problemas con el alcohol. En 1977, el porcentaje fue de 73.9% y en 1978, incluyendo únicamente a 7 hospitales la cifra fue de 77%. Lo que

es importante hacer notar, es que, independientemente del número de casos que estos porcentajes implican, el porcentaje mayor de casos atendidos en salas de urgencias fue de pacientes con problemas relacionados con el alcohol, ya sea por exceso de consumo, por presentar síndrome de supresión o por intoxicación de mezcla de alcohol y otras drogas.

Los grupos estudiados opinan que tanto los hombres como las mujeres se inician en el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 15 años y pareciera ser que es más común en los hombres que en las mujeres.

Mata (1985), llevó a cabo un estudio con jóvenes que consumían drogas, en el Centro de Atención Padierna este estudio tomó los primeros 50 casos remitidos, encontrando las siguientes características: sujetos masculinos que representaban el 92%, con edades entre los 14 y 17 años de edad el 58%; el 30% provienen de la clase baja trabajadora y el 36% de la clase media baja: relata un bajo nivel de escolaridad ya que se puede decir que el 78% no alcanza el nivel secundaria: el 45% proviene de familias estructuradas pero disfuncionales (relaciones negativas entre sus miembros) y el 39% provienen de familias no estructuradas y disfuncionales, desprendiéndose de ello que el 86% de los sujetos cuentan con una familia desintegrada. De acuerdo al promedio de edad para cada droga, encontró que la marihuana y el alcohol fueron las drogas que solió consumirse a más temprana edad.

El 78% se inició por curiosidad.

TABACO.

Los reportes epidemiológicos en cuanto al consumo de tabaco señalan que:

Entre los jóvenes, en particular los comprendidos entre los 10 y 14 años de edad, está aumentando el uso del tabaco. Este uso a menudo inicia una dependencia que dura toda la vida y que es muy difícil superar. La mayoría de los fumadores empedernidos han empezado a fumar antes de los 18 años de edad (Population Reports, 1980).

Masironi (1979), comenta que en los países donde el hábito de fumar es frecuente, el porcentaje de defunciones por esa causa entre las personas de menor de 65 años de edad es la siguiente: cáncer de pulmón en un 90%, bronquitis en un 75% y afecciones cardiovasculares en un 25%.

Mahler (1980), señala que alrededor de 1,000,000 de personas mueren cada año víctimas del tabaquismo.

Tapia Juayek (1980), señala que quienes consumen un alto número de cigarros tienden a sufrir de cáncer pulmonar, entre 15 y 30 veces más a la de los no fumadores.

Se ha encontrado asociación con la úlcera gástrica y duodenal, cáncer de la boca, lengua, labios, laringe, esófago y vejiga.

Bernstein (1979), señala que su práctica llega a causar dependencia, ya que sus componentes causan adicción y cuando se abandona su uso se produce un síndrome de abstinencia o supresión. Dependencia psicológica como un deseo continuo de tomar droga en dosis relativamente constante.

Puente Silva (1983), señala que para muchas personas la dependencia psicológica es más difícil de romper; ya que se tienen ciertas situaciones placenteras o gratificantes asociadas a la conducta de fumar.

Rusell (1974), señala la existencia de reforzadores positivos y negativos que permiten la persistencia del hábito de fumar. Reforzadores positivos, rebeldía y curiosidad, actitudes de oposición que acompañan a la etapa adolescente, facilidad para disponer de los cigarrros y ejemplo de los padres.

En el D.F., Tapia Juayek (1980), señala que se consumen diariamente alrededor de 39 millones de cigarrros (Programa Nacional Contra el Tabaquismo, 1986). En los últimos 10 años, el consumo nacional ha aumentado 11.2%.

Puente Silva (1986), comenta que el tabaco oscila entre el tercer y quinto lugar entre los productos mayormente anunciados por televisión dirigidos a jóvenes y mujeres y que México cuenta con una legislación mínima sobre tabaquismo, en 1984 en el Diario Oficial de la Ley General de Salud, reconoce que el tabaquismo es una conducta de alto riesgo.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, 1989), manifiesta que se ha comprobado que la mitad de las muertes provocadas por el tabaco se deben a cardiopatía coronaria y el 85% o más de los accidentes coronarios mortales en hombres menores de 45 años puede atribuirse al fumar.

La Clínica del Tabaquismo de este mismo Instituto (INER, 1989), reporta que los pacientes varió entre 15 a 74 años, con respecto a la edad de inicio se encontró que el 44% a los 16 años comenzo su consumo.

Y de acuerdo a la información proporcionada por la OMS el hábito de consumo de cigarrillos está aumentando entre la juventud e incrementándose la posible duración del hábito y el daño potencial orgánico y social en el mundo.

Teniendo así un panorama general de aspectos trascendentales que marca una serie de indicadores como el poco o nulo contacto familiar; la prevalencia del consumo de inhalantes entre la población escolar de 14 a 18 años en la ciudades de más de 100,000 habitantes; que cada año 75,000 adolescentes empiecen a consumir regularmente alcohol; antecedentes familiares de la misma patología con una tasa de 71 en 100 habitantes en Santo Tomás Ajusco y disfunción familiar; aspectos reportados que no sólo se enfocan hacia lo que se ha encontrado en estudios con adolescentes, sino también a los problemas relacionados, los cuales dieron fundamentos para su reflexión en el trabajo con los adolescentes de alto riesgo.

DISOLVENTES.

En los estudios de escuelas (Castro, 1978) al comparar el consumo de disolventes con el de otras drogas y en estudios en hogares (Medina Mora, 1978), encontraron que los disolventes ocupaban el segundo lugar de preferencia, para después de 1978 el consumo de inhalantes ocupaba el primer lugar, Medina Mora (1979).

En un grupo de menores mexicanos, estudiantes y en menores que trabajan en la calle, realizada por Medina Mora y cols. (1982), de los resultados en la investigación de la inhalación deliberada de disolventes revelan que el riesgo del consumo es mayor si los individuos son de sexo masculino, si tienen baja escolaridad, o abandonan la escuela, si empiezan a edad temprana a trabajar, si la madre, hermanos o amigos consumen alcohol o drogas, si tienen poco o nulo contacto familiar o si han emigrado de zonas rurales.

Medina Mora (1979), al realizar un estudio; entre los usuarios detectados a través del modelo de búsqueda intensiva de casos, se encontró que las drogas de mayor consumo eran las de tipo no médico, principalmente marihuana (95.2%) y los disolventes (30.6%).

De la Garza (1977) y Medina Mora (1977, 1978), señalan otros resultados que se derivan de la búsqueda de casos y de estudios epidemiológicos, y han sugerido que entre los niños y los adolescentes hay dos tipos de usuarios de drogas; los que usan varias drogas simultáneamente, con predominio de la marihuana; y

los inhaladores de solventes. Los primeros parecen ser más estables y vivir en comunidades suburbanas de nivel socioeconómico bajo. Contrariamente, los usuarios de solventes son menos estables, tal vez porque pasan la mayor parte del tiempo intoxicados y viven en las calles, además tienden a reunirse y a vivir en áreas pequeñas circunscritas, en donde pueden ocuparse ocasionalmente en hacer trabajos sencillos, como lavar coches, vender, cargar bultos, etc. Siendo raro que éstos consuman marihuana. Los estudios de seguimiento han demostrado que la mayor parte de los usuarios de solventes se convierten en ingestores de alcohol y muy pocos consumen marihuana.

Cohen (1977), señala entre las características propias de los solventes que son de fácil adquisición; bajo costo; no está penado legalmente su uso y son efectivos exaltadores del ánimo.

Castro, Valencia (1979), señalan que de 1976 a 1978, los porcentajes de su uso en la población estudiantil han aumentado para algunas drogas. Observándose que el uso de marihuana e inhalantes se ha elevado de manera importante.

Medina Mora (1987) señala que la inhalación de solventes es común entre los jóvenes que se reúnen en grupos. La prevalencia del consumo de inhalantes entre la población escolar de 14 a 18 años, en aquellas ciudades de más de 100,000 habitantes, que en 1976 asistían a escuelas secundarias y preparatorias de la República Mexicana, es similar a la encontrada en las encuestas en hogares.

En los años 76 y 78 en la población escolar de 14 a 18 años, encontraron que aumentó significativamente el consumo experimental.

Castro y cols. (1986), repitieron un estudio nacional en el que se empleó la misma metodología seguida en 1976, permitiendo reconocer las tendencias 10 años después; se encontró un aumento significativo en el uso experimental (de 0.8% en 1976 a 4.4% en 1986), pero no en el uso regular. Para 1986, solamente el 0.9% de los estudiantes informó haber usado inhalantes un mes antes al estudio. Nuevamente los disolventes ocuparon el primer lugar en cuanto a extensión del consumo, en comparación con otras drogas.

En el D.F. de acuerdo a las estimaciones del programa ADEFAR en 1987 (D.D.F., 1989) se reportaron que existían aproximadamente 200,000 farmacodependientes con un rango de edad entre 18 y 24 años.

Resumiendo lo anterior, ante los inhalantes se puede decir que predomina el consumo en varones que en mujeres, que se ubican en la edad adolescente y que el consumo experimental se ha elevado.

II. FAMILIA.

Se considera necesario el revisar aspectos en relación a la funcionalidad familiar; la relación del adolescente y su familia en cuanto a la presencia y obtención de drogas e investigaciones en torno a esta área y el consumo de alcohol y solventes, ya que

permitirán entender los objetivos del presente trabajo: 1) encontrar diferencias en la percepción del ambiente familiar en los adolescentes de alto y bajo riesgo; así como el tomar estos reportes como reflexión en el trabajo de grupo con el grupo de adolescentes.

DEFINICION.

La familia es una "unidad dinámica de intercambio en el orden material, afectivo y social; intercambio que se considera en dos niveles fundamentales: Psicodinamismo de la Estructura Familiar, Social y Psicodinamismos derivados de la Funcionalidad Familiar" (Bagu, 1975).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Ackerman (1988), proporciona una consideración amplia y profunda de las tareas y fines psicológicos de la familia como:

- Previsiones que mantengan la vida y brinden protección ante peligros externos, lo cual puede realizarse mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

- Provisión de unión social o matriz de los lazos afectivos en las relaciones familiares.

- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; la cual proporciona integridad y fortaleza psíquica para enfrentar nuevas experiencias.

- Ejercitación para integrarse y responsabilizarse en roles sociales.

- Fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

- Moldeamiento de los roles sexuales que preparará el camino para la maduración y realización sexual.

Bagu (1975), señala en el Modelo de Relaciones, al individuo como elemento de la estructura familiar. La familia, por su parte, es un elemento de la estructura social la que a su vez moldea tanto a la familia como el propio individuo.

Por su parte, el individuo requiere mucho afecto y correspondencia de los adultos por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas (From, Horkheimer, Parsons, 1986).

Levi y Merani (1958), señalan la influencia del padre y la madre diferentes en calidad e importancia de acuerdo a la edad de sus niños. El valor de la presencia paterna se manifiesta posterior a la de la madre, pero reviste igual importancia; por lo que la armonía psicoevaluativa del niño exige la intervención de ambos padre asumiendo cada uno de ellos una función propia insustituible e integrativa.

Wall (1963), señala que la relación en el interior del grupo familiar depende sobre todo del sexo, edad y categoría.

Para asegurar la salud mental del individuo, es importante desarrollar en el niño el sentimiento de seguridad.

En la interacción padres-hijos se espera que tanto el padre como la madre actúen de un modo específico y se ajusten al rol que desempeñan dentro de la sociedad (Linton, 1945, citado en Andrade, 1979). Lo anterior conllevaría una disminución en la probabilidad del surgimiento de conflicto familiar.

Benedik (1986), señala que en la familia se dan una serie de relaciones de interacción que partiendo de las diferencias de personalidad tienden a superarse en una interacción de autoridad y amor; donde el mor es la emoción fundamental que regulariza las relaciones interpersonales dentro de la familia.

Alberti (1987), desde el punto de vista de la Teoría Sistémica dice que es un sistema abierto en interacción con otros sistemas que conforman un sistema macrosocial; viéndose ésta afectada por los demás sistemas con los cuales interactúa. En la familia se observan una serie de procesos por los que se considera un sistema en continua transformación donde es importante señalar su homeostasis y coherencia, siendo de esta manera un sistema activo y autorregulado.

From, Horkheimer y Parsons (1986), reconocen que un funcionamiento importante que cumple la familia, es la satisfacción de las necesidades psicológicas de los individuos y necesidades básicas.

Estas necesidades son las de afecto, seguridad y adecuada correspondencia emocional. Observándose que la actitud de las personas maduras y experiencias que han aprendido a vivir en condiciones difíciles tienden a ser altamente estables en todas las sociedades.

La trama de las relaciones familiares puede estar influida por un ambiente social amistoso, protector u hostil y peligroso.

Un ambiente social peligroso puede hacer que una familia se desintegre y le provoque problemas.

Si la atmósfera familiar está llena de cambios bruscos, pueden surgir profundos sentimientos de frustración acompañados de resentimiento y hostilidad entre sus miembros. El intercambio de sentimientos entre los miembros de la familia, gira fundamentalmente alrededor del amor u odio. En el niño este proceso de identificación puede ser positivo o negativo. Una identificación positiva implica que las elecciones y las actuaciones del hijo estén orientados en la misma dirección y en el mismo sentido que las del padre.

La identificación negativa implica una elección o actuación opuesta a las efectuadas por el padre. Cabe mencionar que cuando la identificación es negativa, el niño buscará fuera de la familia una figura cuya imagen se puede identificar; por ejemplo, los profesores, con los padres de sus amigos, amigos u otras personas.

Fromm, Horhkeimer y Parsons (1986), han señalado que en el fondo de numerosos trastornos afectivos infantiles, se halla con frecuencia un mundo familiar en el que cada miembro descuida, exagera o desconoce el papel que le toca desempeñar. La armonía de la familia presionada por los acontecimientos externos puede perturbarse por la autoridad del padre, el desafecto de la madre o por la injusticia de los hermanos.

Fliegel (1972), señala que los padres demasiados severos, represivos o excesivamente cuidadosos en la crianza de sus hijos, provocan a menudo un estado de rebelión contra la autoridad, la cual lleva a los hijos a desestimar y condenar deliberadamente todo lo que hay de bueno en esa autoridad; puesto que llegan a considerarse a los padres como tiranos antes que protectores.

Un padre estricto y propenso a maltratar a su hijo o una madre regañona y muy ansiosa; crearán frecuentemente hijos rebeldes que no respetarán el consejo y órdenes de sus progenitores ni el de aquellos que consideren sus sustitutos en las etapas posteriores de la vida. A tales hijos se les podrá dificultar aprender de las experiencias de sus antepasados; por ser estos representantes de las tradiciones para someterse al grado de subordinación individual que la vida en sociedad inevitablemente reclama.

Worwood (1986), señala que la familia disfuncional, quien tiene como característica la incapacidad de sus miembros para discutir el origen de sus problemas, incapacidad para hablar sobre cualquier problemática existente. Los miembros de la

familia juegan "roles" o papeles rígidos en donde la comunicación se restringe y las declaraciones se adecúan a los roles que se juegan. Los miembros no tienen libertad para expresar sus experiencias, problemas, deseos, necesidades, sentimientos que deberían limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia, como negar aspectos principales de la realidad o permanecer, la rigidez en los "roles" o papeles.

La estabilidad de la familia o de alguno de sus miembros depende de un patrón de equilibrio e intercambio emocional en que uno de sus miembros influirá en la conducta de los demás; una desviación de la interacción emocional en una familia alterará los procesos de interacción entre sus miembros (Ackerman, 1986).

EL ADOLESCENTE, SU FAMILIA, EL ALCOHOL, TABACO Y SOLVENTES.

Huberty (1975), afirma que la adolescencia es una época en la cual se forma la identidad y durante la misma se necesita apoyo familiar, además señala que las primeras drogas que se consumen, se obtienen dentro del hogar.

Hirs e Imhof (1979), encontraron antecedentes familiares del abuso de drogas en varias generaciones anteriores.

Kendell (1978), observó que el "uso indebido de drogas" parece ser un fenómeno de la adolescencia ligado al proceso normal para problemas del crecimiento, con la experiencia de nuevas formas de comportamiento; la obtención de la confianza en sí mismo, el desarrollo de las relaciones cercanas con las

personas que no son de la familia y el uso frecuente de drogas ilegales, parecen estar más condicionadas por el tipo de relaciones padre-adolescente que por otros factores; así mismo concluye que el uso indebido de drogas es básicamente un fenómeno familiar.

Mendez (1985), encontró en algunos estudios que el uso de drogas varía en los jóvenes, desde conductas aparentemente normales hasta conductas disfuncionales, acompañadas de gran variedad de problemas psicológicos; como deserción escolar, delincuencia, abandono del hogar y vagancia, entre otros.

El Centro de Adaptación Humana (1988), señala que los menores de edad ingieren bebidas alcohólicas para ocultar o substituir su temor, timidez, angustia, sensación de rechazo, inconformidad e inhibición. Afirma que el factor básico en el problema de las adicciones son las desaveniencias matrimoniales, la falta de amor, el egoísmo, machismo, falta de preparación y la nula responsabilidad de los padres.

Ziegler-Driscoll (1977), reportan que de un total de 62 pacientes alcohólicos que participaron en una investigación con sus familias de origen, el 68% de ellos fueron dependientes a drogas, el 63% de pacientes abusadores de drogas y 68% abusaban del alcohol. En ambos grupos los padres abusaban del alcohol. Una diferencia entre los grupos estudiados (alcohol y drogodependencia) fue que un padre de familia representaba el 28% consumidor de alcohol y el 17% drogodependencia. Ambos grupos familiares fueron altamente reactivos al problema de abuso de

sustancias y que fueron en un momento altamente dependiente a las figuras paternas.

El 64% de las familias de origen tenía una figura paterna ausente o periférica, el rol del hijo parental del paciente identificado fue altamente notable.

Cabildo y cols. (1980), llevaron a cabo un estudio con estudiantes de Preparatoria y Vocacional, concluyendo que el uso de sustancias intoxicantes se inicia con la manifestación del adolescente cuando formula la propaganda y las situaciones sociales de las grandes ciudades; pero sólo se manifiesta esta conducta cuando depende realmente de personas mal estructuradas y con ambientes familiares pocos adecuados.

Mendell (1985), señala que la relación que mantenga el adolescente con sus padres y sus padres entre sí, es de gran importancia ya que el riesgo de involucrarse en la formacodependencia es menor en un hijo con padres con una relación equilibrada y atenta, en comparación de los jóvenes con padres negligentes, demasiado tolerantes, totalitarios u hostiles.

Soto (1982), dice "si el joven se observa incapaz de resolver los problemas que le plantea la vida es posible que recurra a la ingestión de drogas como una forma de escape a los problemas que no puede resolver".

Ackerman (1988), señala que la familia es la unidad básica de desarrollo, experiencia, realización o fracaso, así como también de enfermedad y salud.

Huberty (1976), afirma que en la formación del carácter individual y el desarrollo de la sociabilidad, la familia desempeña un papel primordial y en ella las nuevas generaciones forman sus hábitos de convivencia. De esta forma la familia es quien transmite y regula la herencia cultural, las costumbres, modelos personales y sentimientos morales que conducen hacia la armonía del grupo familiar.

La delincuencia y abuso de drogas es más frecuente, entre los hijos de parejas separadas y la incidencia de alcoholismo, resulta también alta entre padres separados o formalmente divorciados. Los problemas conyugales preceden a una alta proporción de los primeros ingresos a hospitales psiquiátricos (Azrin, Naster y Jones, 1973).

Se ha señalado en diferentes fuentes que una de las suposiciones de tipo epidemiológico más aplicables al análisis del desarrollo de problemas de comportamiento es aquello que sugiere que todo tipo de padecimiento físico o psicológico, evoluciona a lo largo de una historia natural. Esta historia generalmente se inicia en periodos prepatogénicos entre los que prácticamente no hay indicios que predigan un deterioro en las relaciones. Posteriormente suelen aparecer algunos indicios detectables con relaciones factibles que pueden utilizarse como variables predictoras de dicho deterioro (Sánchez-Sosa, 1985).

La serie de experiencias que tenga el adolescente con su familia; le darán la pauta de las diversas formas de interacción, sentimientos hacia esas formas y diversas consecuencias dadas por

los mismos padres, dentro de una flexibilidad razonable. Experiencias de primordial importancia para la adaptación y funcionamiento psicológico del adolescente.

Si los padres no brindan los mecanismos necesarios y apoyo necesario en este período; es decir, si la interacción, respeto, valores y actitudes no son acordes con la demanda ambiental, el desarrollo del adolescente puede mostrar severos desórdenes en su comportamiento. Encontrándose que muchos de los problemas de conducta del adolescente se asocian de alguna manera con una pobre comunicación entre ellos y sus padres (Fow y Goldsmith, 1980).

Se ha observado que los adolescentes consumidores de alcohol presentan problemas de conducta; caracterizados por tener actitudes negativas hacia la escuela, bajo rendimiento escolar, interacciones pobres con sus padres, etc. (Barnes, 1984).

Goldsmith (1977), llevó a cabo una investigación para apreciar la relación entre el ambiente del hogar y la adaptación personal, mediante una escala de actitudes hacia la vida del hogar se obtuvieron mediciones de la "emoción familiar individual" de un grupo de alrededor de 500 adolescentes. Los individuos que obtuvieron los puestos más elevados en la escala, revelaron una firme actitud de aceptación y armonía para con la orientación y dirección impuestas por los padres y los propósitos y las actividades del grupo familiar.

No vacilaron en conversar abiertamente con sus padres acerca de sus problemas personales. Los diferentes miembros de la familia gozaban tanto de sus "hobbies" personales como con las actividades recreativas del grupo familiar.

De la Garza, Mendiola y Rabago (1976), al realizar una investigación en dos poblaciones marginales de la Ciudad de Monterrey en contacto por más de un año de 32 pacientes que consumían inhalantes, manifestaron consumirlos porque tenían problemas familiares, sentimientos de tristeza y familias gravemente desorganizadas.

Castro, et. al. (1985), reportaron los resultados de 3 estudios, un estudio de casos con 52 jóvenes a quienes se dividieron en 4 grupos, de acuerdo a su consumo de drogas, para investigar los factores familiares, psicológicos y sociales asociados a su consumo; y 2 estudios con diseño cuasiexperimental en grupos de inhaladores crónicos y sus controles, para investigar las alteraciones cognitivas asociadas al uso crónico de inhalantes. Concluyeron que algunas variables de tipo familiar y social predicen significativamente el uso de drogas en los jóvenes.

De la Garza (1982), comenta que las familias de los adictos presentan una estructura de poder más difusa y débil; y que como consecuencia hay control familiar menos rígido, con una menor necesidad de normas internas, que fácilmente son trasgredidas por los hijos.

Sánchez-Sosa (1982), informa sobre la problemática a nivel familiar, consumo de alcohol y otras drogas; desintegración familiar, el ejemplo nocivo y negativo hacia los hijos de parte del padre como una forma de resolver los problemas; el maltrato a los hijos, el aumento de la delincuencia entre los jóvenes y las carencias económicas para resolver gastos familiares básicos y pérdidas de amistades, el rechazo social, entre otros.

Wayne Byram (1984), trabajando con una muestra de 335 estudiantes de 7 a 12 grado escolar, para ver las diferencias entre negros y no negros e investigar las diferencias en el uso de alcohol y drogas en una área no metropolitana. Se midieron como variables independientes; las amistades que utilizaban alcohol, el tipo de personas que recibían como visitas las familias, la frecuencia de uso de alcohol por los vecinos adultos y el número de horas que consumían alcohol. Los resultados indicaron que los negros usaban alcohol cuando estaban sus padres y para los blancos cuando no estaban sus padres.

De esta manera se pretende que a través de los anteriores contenidos, el adolescente de alto riesgo, a través del Programa de Prevención clarifique las tareas y fines psicológicos de la familia: concientice el manejo de los afectos, reconozca la importancia de las figuras parentales; observe las relaciones con sus padres; vea como establece relaciones con la autoridad; el papel que le corresponde desempeñar; observe como discute los problemas; la comunicación; el manejo del alcohol, tabaco y solventes dentro del hogar; las generaciones anteriores y su consumo; el manejo de conductas disfuncionales como deserción

escolar, vagancia y las relaciones familiares; el manejo de los valores; las actividades recreativas y su autoestima.

De ahí que se considere uno de los elementos esenciales en cualquier programa de prevención, abordar el área familiar como uno de los indicadores manejados en las adicciones y que en el adolescente muy probablemente propiciará un mejor manejo de sus afectos, de su papel y de la comunicación en este ámbito.

III.

PERCEPCION.

Uno de los aspectos abordados en el presente trabajo es la Percepción del Medio Ambiente Social; por lo que se ha considerado necesario hacer una descripción amplia en torno al significado de la percepción.

Cada individuo crea "su mundo", lo interpreta, le da un significado, lo moldea y luego lo proyecta hacia el exterior, convenciéndose a sí mismo de que lo que ve "allá afuera" es realidad (Frauke, 1946).

Schneider y Polefka (1970), definen cinco características de la experiencia perceptual:

- 1.- Inmediatez: proceso perceptual que ocurre sin que medie el pensamiento y la interpretación del medio.
- 2.- Estructura: percepción total organizada a partir de un elemento del estímulo específico.

- 3.- Estabilidad: capacidad de identificar un estímulo como tal a pesar de cambios circunstanciales.
- 4.- Significación: el organismo percibe estímulos de acuerdo a la experiencia que tenga con éste y por la interacción que haya con otros estímulos.
- 5.- Selectividad: percibir sólo alguno de los estímulos a pesar de que este se encuentre en relación con otros en un momento dado y en circunstancias específicas.

Deben tomarse en cuenta cuatro propiedades de los estímulos que afectan algunas de las características del proceso perceptivo y son:

- 1).- Valor: definido en términos de los aspectos subjetivos que pueden adquirir los estímulos en función de la experiencia con ellos.
- 2).- Significado: definido en términos del umbral de reconocimiento del estímulo que adquiere propiedades de desencadenar respuestas emocionales.
- 3).- Familiaridad: se define en términos de la frecuencia de exposición al estímulo.
- 4).- Intensidad: se define de acuerdo a las propiedades físicas del estímulo y su relación con los umbrales de percepción.

Magaña (1988), señala que el ser humano requiere formarse impresiones de lo que ellos son, estas impresiones le permitirán tener una imagen de lo que es la gente, de lo que sienta hacia ella y de la forma en que pueda relacionarse con estos.

Asch (1946), señala que al formarnos impresiones de los demás tendemos a desarrollar un figura o forma; la cual la consideramos una imagen global o integral de lo que otra persona es y nos permite organizar en un todo unificado nuestras percepciones de los demás, incluyendo los aspectos discrepantes y contradictorios de su conducta.

Raven (1981), afirma que las personas no pueden desarrollarse independientemente de los demás, que necesita de ellos para superar en parte el sentimiento de aislamiento dentro de una sociedad y de esta manera el ser humano formará grupos en los que puede comparar y comprender mejor sus sensaciones y sus experiencias. Estos grupos pueden ofrecer al individuo una relación intensa que muchas veces conllevará una modificación en sus actitudes.

De 1957 a 1984 varios autores concuerdan (Strong, 1957; Rosenber, 1972; Hurlock, 1980; Hoyrocks, 1984) al señalar que el autoconcepto social que tiene una persona, puede no corresponder con las percepciones que las otras personas tienen de ella; sin embargo, éste tiene un efecto importante sobre la conducta, ya que el modo como un adolescente piensa que otros lo perciben, lo

llevará a ser del modo como se percibe a sí mismo. En este sentido, la actitud que tomarán los padres, maestros o amigos, podrá ser beneficiosa para acentuar lo positivo de la personalidad del adolescente, pues éste tomará una mejor actitud hacia sí mismo.

IV. ANSIEDAD.

Ante los planteamientos anteriores se parte del supuesto de una ansiedad adyacente en el adolescente de alto riesgo, de esta manera se considera importante hacer una descripción en torno a ésta, la cual fue evaluada a través de la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado.

La ansiedad es un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante y permite a la persona que tome medidas para enfrentarse con la amenaza. El miedo, señal parecida de alerta, se distingue normalmente de la ansiedad. En el miedo, la amenaza es conocida, externa, inmediata, definida y de origen no conflictivo. En la ansiedad, la amenaza es desconocida, interna, futura, vaga y de origen conflictivo.

Los estímulos que ponen en marcha el estado crónico de ansiedad se relacionan con estrés. Un acontecimiento externo, como la pérdida de un trabajo, o un conflicto interno, como el deseo de ser agresivo, puede llamarse estrés si la persona es incapaz de enfrentarse con él, o si la reactividad nerviosa es excesiva o prolongada. Por tanto, el hecho de que un acontecimiento provoque estrés o no, dependerá de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos que tenga un individuo para enfrentarse ante los estímulos estresores (Lazarus,).

Se considera que la ansiedad existe a tres niveles: neuroendócrino, visceromotor y consciente. Generalmente la persona está consciente de sus sentimientos desagradables, pero en general no conoce la causa de su ansiedad. Los sentimientos desagradables tienen dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y el sentir que si se está nervioso o asustado. La ansiedad también tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción.

La ansiedad cuando es sentida como un temor doloroso y desasosiego no formulado se le llama ansiedad libre flotante. Cuando la ansiedad produce una gran inquietud motora se llama agitación. La palabra tensión describe un sentimiento de desasosiego, inquietud y temor. El pánico es una ansiedad excesiva que produce una desorganización del funcionamiento del yo.

Como señal de alerta, la ansiedad probablemente puede salvar la vida más de una vez en el curso de la misma, previene las amenazas de lesión corporal, dolor, debilidad, posible castigo, o frustración de las necesidades sociales o corporales; de la separación de los seres queridos; de una amenaza al éxito o al estatus de una persona; y de las amenazas a la unidad o totalidad. De este modo sugiere los pasos necesarios para prevenir la amenaza o al menos para disminuir sus consecuencias.

La ansiedad es "normal" en el niño que se siente amenazado por la separación de los padres o por la pérdida de amor, en el adolescente en su primera cita. La ansiedad va asociada al

crecimiento, al camino, al hecho de experimentar algo nuevo y desconocido, o al encontrar la propia identidad y el significado en la vida. La ansiedad patológica, por otra parte, es una respuesta inadecuada a un estímulo dado ya sea en virtud de su intensidad o duración.

En general la ansiedad conduce a desaparecer o reducir la amenaza: esta acción puede ser constructiva en cuyo caso se puede hablar de mecanismos para enfrentarse a la ansiedad si la acción es en gran parte consciente, escogida de manera deliberada (como estudiar para un examen) o de mecanismos de defensa si la conducta es en gran parte determinada por fuerzas inconscientes (como la represión u olvido de un impulso o idea amenazante, expulsándolo de la conciencia).

De acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales la Ansiedad se encuentra definida como aprensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro, interno o externo (DSMIII-R, 1983).

Ansiedad se distingue del miedo por el hecho de limitarse a anticipar un peligro de naturaleza no aclarada; en tanto que este aparece como respuesta de un peligro o amenaza externa habitual conscientemente reconocible.

Las manifestaciones de la ansiedad y del miedo puede ser las mismas, incluyendo tensión muscular, hiperactividad autonómica, expectación aprensiva, vigilancia e investigación atenta del entorno.

La ansiedad puede concentrarse en un objeto, situación o actividad para ser evitadas (fobia); o ser inconcreta (ansiedad libre o flotante).

La ansiedad puede experimentarse durante períodos breves de inicio súbito y acompañado de síntomas físicas (crisis de angustia). Cuando la ansiedad se centra en los signos o síntomas físicos recibe el nombre de hipocondría.

V. ASPECTOS SOCIALES.

"... no parece correcto negarle responsabilidad personal al individuo por crearse y mantener un estado de dependencia de una sustancia tóxica. Sin embargo, debe reconocerse y denunciarse otro tipo de responsabilidad que comparte con el resto de su ambiente; el medio familiar, con sus crisis y actuales evasiones; el ambiente sociocultural, que incrementa el anonimato, el conformismo y la desconfianza; el ambiente económico, que difícilmente beneficia a la gente joven; sin olvidar la civilización misma con las demandas y las presiones que ejerce sobre el individuo hasta llevarlo a pretender encontrar la felicidad en el consumo pasivo de productos mágicos..." (BERGERET J: Young people, drugs... and others. Bull Narc, Vol. XXIII, 4, 1981).

ASPECTOS SOCIALES DE LAS CONDUCTAS ADOLESCENTES, INHALANTES, ALCOHOL Y TABACO.

La última reunión de expertos de la Organización Mundial de la Salud (1986), sobre las consecuencias adversas de la inhalación de solventes, mencionó las mismas consecuencias negativas de tipo social y de salud que se mencionan en estudios efectuados en diversos países del mundo, incluyendo México.

En el informe de dicha reunión se detallan los problemas sociales de los usuarios crónicos, a quienes se describe como pertenecientes a familias con malas relaciones interpersonales y con padres que frecuentemente consumen alcohol o drogas, quienes no tratan de evitar que sus hijos las consuman a pesar de saber que las están usando.

Castro, et. al. (1985), reportaron los resultados de 3 estudios, un estudio de casos con 52 jóvenes, a quienes se dividió en cuatro grupos de acuerdo a su consumo de drogas, para investigar los factores familiares, psicológicos y sociales asociados a su consumo; y dos estudios con diseño cuasiexperimental en grupo de inhaladores crónicos y sus controles, para investigar las alteraciones cognitivas asociadas al uso crónico de inhalantes.

Quienes concluyeron que algunas variables de tipo familiar y social predicen significativamente el uso de drogas en los jóvenes.

Estas variables son la vagancia y el ser integrante de pandillas y familias inestables o caóticas.

En todos las muestras de estudiantes que se han investigado de 1975 a la fecha en México Chao, Castro M. E. (1976), observaron, además de las variables de consumo, las variables psicosociales para conocer su relación con el consumo de drogas.

Las cuales fueron; su actitud el fenómeno de la farmacodependencia, su tipo de control sobre los estudios académicos, su disponibilidad de la droga, sus problemas relacionados con las drogas y los actos delictivos.

Respecto a la actitud de los estudiantes hacia el fenómeno de la farmacodependencia, se encontró que la mayoría acepta la posibilidad de que los maestros los ayuden y orienten respecto al problema del consumo de drogas; la mayoría está consciente de la peligrosidad y consecuencias negativas que acarrea el uso de drogas, pero no estuvieron de acuerdo con la creencia común de que el consumir drogas implica irresponsabilidad.

Un estudio comparativo entre estudiantes de México y de Canadá, Castro y cols. (1980), encontraron que para los canadienses la disponibilidad es un buen predictor del consumo de alcohol, del de heroína y del de tabaco y marihuana ($R^2=.42, .28, .37$ y $.38$, respectivamente). En cambio, en México las variables de disponibilidad resultaron ser poco predictoras del consumo. Estos resultados permiten decir que en México el estudiante que consume drogas lo hace debido a una serie de factores y no únicamente por tenerla disponible.

En cambio, tener una percepción lejana del medio ambiente familiar, dificultársele manejar la realidad (Castro, M. E. y Maya, 1982), la inconformidad social y el llevar a cabo actividades antisociales en pandilla (Castro M. E. y Chávez, 1986), resultaron estar significativamente asociados con el consumo de drogas.

El consumo diario de alcohol en México (Campillo, Medina-Mora, 1978), si se exceptúa a las personas dependientes, es relativamente más bajo que el consumo eventual. Sin embargo, el patrón predominante es que el mexicano, cuando bebe, lo hace en grandes cantidades en un tiempo reducido. Este patrón de consumo tiene graves consecuencias sociales; interrupciones de la vida familiar, delitos y accidentes.

Smart (1979), encontró que el tipo de variables que predicen con más éxito los problemas relacionados con el alcohol son variables sociales en relación con los padres y el grupo de pares, y que el patrón de consumo y las variables demográficas en sí mismas, explican muy poco el fenómeno.

Donovan y Jessor (1983), hicieron un interesante estudio de seguimiento sobre el problema de la bebida en la adolescencia y al principio de la vida adulta, encontrando que aquellos que en la adolescencia habían sido bebedores problema, no lo hicieron al iniciar su vida adulta; en cambio, aquellos cuya personalidad temprana, su percepción del ambiente y su conducta podrían ser descritos como problemáticos en la adolescencia, tuvieron una probabilidad mayor de convertirse en bebedores problema al

hacerse adultos. Esto indica que la personalidad y los elementos medioambientales en la adolescencia son más determinantes en un momento dado para explicar los problemas ocasionados por la bebida entre los adultos, que el simple patrón de bebida.

Lewis (1982) pregunta ¿cuáles serían los aspectos socioculturales que predisponen a los individuos a beber?, nos dice que se pueden dar varias explicaciones, la mayoría de las cuales tiene que ver con las propias raíces socioculturales, con las funciones sociales, como ya señalábamos antes, pero sobre todo, con la de beber en grupo.

Un trabajo llevado a cabo en la Sierra del Estado de Puebla, en la localidad de San Sebastián, Berruecos L. (1977), aporta datos sobre el consumo de alcohol entre la población rural. La muestra estudiada fue de 1714 personas que se dedican básicamente a la agricultura; étnicamente el grupo es nahua, y es eminentemente católico, por lo que celebra diversas festividades religiosas. Una de las actividades más importantes en las zonas rurales son las mayordomías, que implican un complejo sistema ceremonial, administrativo y social; estas actividades, que se desarrollan principalmente en las festividades del Santo Patrón, juegan un papel muy importante en la vida de la comunidad; el alcohol tiene un rol básico en estas celebraciones. Si bien, el consumo es elevado todo el año, durante las festividades alcanza su máxima expresión.

De la Fuente (1987), comenta como en muchos países se ha intentado reducir la oferta de las bebidas embriagantes restringiendo la promoción de su venta. En efecto, la publicidad aumenta las ventas y el consumo también fija modelos de ingestión. En principio, la publicidad trata de causar una impresión positiva de la función del alcohol en la vida social.

Hay quienes piensan que la propaganda antialcohólica en la televisión es una forma equitativa de contrarrestar la promoción. En realidad no es así, porque la gente ve la televisión para entretenerse y los programas educativos e informativos sobre la salud suelen ser comparativamente tediosos. En todo caso, es muy difícil que alcancen un nivel de penetración comparable al de la publicidad comercial, que usa una tecnología avanzada y está dirigida hacia valores artísticos y de mercado.

En el D.F. de acuerdo a las estimaciones del programa ADEFAR en 1987 (D.D.F., 1989) existían aproximadamente 2000,000 formacodependientes de los cuales la mayor parte se ubicó entre los 18 y 24 años de edad.

El desarrollo psicosocial del individuo se ve afectado directamente por la familia en la cual se desenvuelve. En la medida que esta posea una estructura viable que le permita proveer un sentido de pertenencia a sus miembros, dar apoyo y seguridad, facilite la socialización, favorecerán la gestación de salud de sus integrantes.

Pacheco (1977), menciona como es de suponerse, que la familia es el punto de partida, pero es también consecuencia de los condicionantes de la estructura social en la que está inserta.

Wayne, R. (1989), examinó la naturaleza y los problemas relacionados con el alcohol en 2,119 adolescentes con edades de entre 13 y 19 años, residentes urbanos y rurales de Nueva Escocia. Dividió los problemas en tres categorías: consecuencias sociales, síntomas de dependencia temprana y vandalismo o violencia.

Un número significativo de sujetos del área rural se compararon con los urbanos, reportados con problemas con el alcohol, la policía, el dinero; mientras que un número significativo del área rural consumían alcohol por las fiestas. Encontrándose así un apareamiento del medio ambiente rural con el consumo de alcohol.

Alan, D. (1987), revisó las diferencias del uso de alcohol en colegiales, presentado en la literatura de 1975 a 1986 con respecto a: las diferentes motivaciones de consumo, consecuencias y patrones; evidencias de convergencia histórica (diferencias en el transcurso del tiempo); patrones desarrollados hacia el uso de alcohol en transición y durante los años de colegial y: el impacto relativo de las influencias medioambientales sobre los patrones de consumo. Concluyendo que en un grado considerable de la literatura se marcan muchas diferencias, donde el hombre toma más a menudo, las cantidades de consumo son mayores en los

hombres con más consecuencias negativas y que son más propensos al consumo.

Para uno y otro sexo el período crítico de la adolescencia indica que los cambios en los patrones de consumo son asociados con estos períodos de transición.

Robert, E. (1985), al hacer un estudio con 104 jóvenes bebedores ocasionales, con una media de edad de 17.3 años; 30 jóvenes señalados como delincuentes (J.D.S.) cuya problemática no se relacionaba con el consumo excesivo de alcohol y 31 jóvenes controles con convicciones concernientes a sus actitudes y medio ambiente social, conducta de consumo y sus problemas.

Mostraron que los jóvenes delincuentes y los consumidores ocasionales diferían de los controles; pero no significativamente en cada grupo en sus actitudes, conductas de consumo y sus problemas, otro uso de drogas y previas actividades criminales.

Sin embargo, los consumidores ocasionales difieren de los delincuentes en aspectos medioambientales. Los altos niveles de consumo y los problemas con el alcohol en los consumidores ocasionales y los jóvenes delincuentes revelan gran cantidad de problemas los dos grupos.

Se propuso que la conducta desviada en esos dos grupos puede ser el resultado de procesos similares que pueden ser modificados por factores del medio ambiente social.

En una revista la "Psychiatric-Clinics" (1990) discute aspectos clínicos en la intervención con adolescentes que abusan de sustancias, incluyendo alcohol y abuso de otras drogas. Señalando que la intervención con esta población es complicada por muchos factores; incluyendo el área social del adolescente, la naturaleza particular del comportamiento químico presentado; el trato medioambiental.

El tratamiento es complicado por las tareas del desarrollo normal de esta edad, particularmente de las posibles consecuencias y adopción de conductas de alto riesgo. El tratamiento se inicia con la historia completa de la ingerencia de la droga, no debiendo ser negligente.

Desarrollando así una transferencia en el tratamiento, pudiéndose usar en la clínica en conjunción con el apoyo al paciente cuando éste se resiste a descontinuar el uso de la droga.

Geoffrey, W. (1989), discute los factores situacionales que influyen en los patrones de consumo de alcohol en Nueva Zelanda y otros lugares en términos de la teoría conductual.

La cual enfatiza la importancia de los factores medioambientales, además de los cognitivos, motivacionales, factores fisiológicos, como determinantes primarios del consumo.

El consumo en términos de la relatividad entre las consecuencias (costos y beneficios) y las consecuencias de actividades alternativas.

Donde la salud y los costos sociales del consumo se señalan o remueven del contexto del consumo.

Zucker Robert (1987), presenta un punto de vista hacia estudios de adolescentes bebedores y el medio de las drogas, enfocado a los descubrimientos relacionados con el medio ambiente de la persona y su interacción; así como los efectos hacia el uso de la droga y el medio ambiente durante diez años.

Un especial interés en cuales son los aspectos diferentes del medio ambiente (fisiológicos, pobreza y la relación con los padres dentro del proceso).

Al hacerse una revisión extensiva de poblaciones preadolescentes y la evidencia de exposiciones tempranas a las drogas, las cuales juegan un rol en el medio ambiente y las diferencias individuales se discuten.

Sugiriendo el camino del estudio de los factores de riesgo, que pueden agregarse o desaparecer con el tiempo y así elaborar prevención como respuesta.

Soueif, et. al. (1990), administraron un cuestionario estandarizado a 14,656 estudiantes del sexo masculino de secundaria, quienes representaban el 4% de la población de estudiantes de secundaria de Egipto. Estudiantes que fumaban tabaco y sustancias psicotrópicas, narcóticos y alcohol. Encontrándose una fuerte asociación entre la exposición cultural y la toma de drogas; los usuarios tendieron más que los no usuarios a ver el consumo de droga de acuerdo a su utilidad.

Los no usuarios mostraron vulnerabilidad a la ideología sobre la droga.

O'Doherty (1987), revisó eventos de la vida investigando lo relacionado a la adicción (alcohol, heroína y otras drogas, además del tabaco.

Este autor hace un examen de los datos de los estudiantes, los cuales sugieren que puede darse una relación entre eventos de la vida y el curso de la adicción. Sin embargo, muchos cuadros son confusos y a menudo inconsistentes no habiendo una fuerte evidencia entre los eventos y la emergencia de conductas. Los caminos metodológicos y los problemas conceptuales no son muy claros en varias áreas.

Señalando que es necesario tener control, se necesitan tener métodos más definidos de datos retrospectivos y considerar las posibilidades de investigación prospectiva, una necesidad para revisar aspectos dinámicos de la interacción medio ambiente-dependencia, necesidad de encontrar eventos como parte de la estructura en algún grado y la necesidad de una integración y estabilidad teórica.

Newcomb (1987), evaluó 12 factores de riesgo psicosociales en 2,926 sujetos (intoxicación temprana de alcohol, percepción del uso de drogas en adultos y pobre aprobación del uso de drogas) quien encontró en el 50% de la varianza el uso de drogas generalmente, factores de riesgo relacionados con el uso y abuso de cigarrillos, alcohol, cannabis, cocaína, drogas fuertes y uso de sustancias compuestas. Sugiriendo los resultados que la

exposición diferente a las drogas y el impacto de los factores de riesgo en la toma de conductas puede relacionarse con el estatus de los grupos (sexo, edad, grupo étnico, tipo de escuela) en el uso de drogas. Observándose así un modelo multicausal en el involucramiento de las drogas por jóvenes.

Morales (1984), al revisar la literatura concerniente al abuso de sustancias por jóvenes mexicanos-americanos desde seis puntos de vista determinantes biológico, cultural, psicológico, dinámica familiar y estructura medio ambiental. Hace referencia al uso de alcohol por la influencia cultural-histórica en la cultura mexicana conceptualizada al inicio como una ritualización usada en ritos religiosos de los aztecas.

Al realizarse la base de datos cruzados culturalmente realizada con adolescentes que usaban drogas con México-Americanos bis grupos de jóvenes Anglos, los datos indicaron que los jóvenes México-Americanos no tuvieron altas tasas de consumo, excepto una minoría.

En los jóvenes mexicano-americanos los patrones de uso de drogas puede ser menos relacionado con factores culturales y más relacionados con factores de pobreza.

Chassin, L., et. al. (1984), al realizar con una muestra de corte secuencial de 4,211 jóvenes de 6 a 11 grados, se propuso investigar las siguientes variables: parientes y padres fumadores, actitudes alrededor del fumar de padres e hijos, motivación al consumo de padres e hijos y apoyo y restricciones de padres e hijos.

Un año después, se aplicaron cuestionarios a 2,670 sujetos de la muestra original. Indicando los resultados que la adolescencia es una etapa en la que se tiene una orientación muy pobre. Sin embargo, esta situación no está a expensas de la influencia parental y un segundo descubrimiento importante concierne al curso del desarrollo del adolescente alrededor de las desviaciones.

Las actitudes de los padres y los hijos se relacionan con el uso inicial del tabaco pero no con la transición regular del fumar. Esto sugiere que se dan distintas etapas en la adquisición del fumar. En suma, el incremento en el fumar tiene consecuencias que mueven al adolescente, además en la dirección del proceso de desviación (ejemplos, amigos adicionales que fuman, percepción de poco apoyo parental). Estos descubrimientos sugieren un modelo bidireccional de la relación entre la percepción del medio ambiente social y el fumar en el adolescente.

Mc. Alister, et. al. (1984) presentan un modelo de ecuación estructural de las causas para fumar en adolescentes, derivado de un paradigma general o metateoría que propone las influencias del medio ambiente social directamente en la conducta y pensar a través de la mediación de creencias acerca de las consecuencias en la conducta; esos dos factores como predictores que interactúan con la personalidad en la causa conductual. Cinco variables sociales medio ambientales, 4 factores en creencias y 3 características de personalidad se analizaron en 2,533 de 6 a 8 grados, hermanos fumadores, amigos fumadores y el papel que

juegan las creencias; en una porción de los amigos el efecto del fumar se mediatizó por el juego de las creencias, la influencia de los amigos sobre las creencias y la conducta se encontró parcialmente dependiente con sujetos con tendencias rebeldes y desobedientes.

Chassin, et. al. (1984), llevaron a cabo un estudio longitudinal, con estudiantes de 6 a 12 grado quienes llevaban dos años fumando, utilizaron 3 tipos de variables psicosociales: los factores de Ajzen y M. Fishbein's, el cual predice la transición de las actitudes, las creencias normativas, y las intenciones conductuales acerca del fumar; las variables distales de Jessor y S. L. Jessor's (1977), como la predicción de la transición del fumar más generalizado de la personalidad y los factores de percepción del medio ambiente.

Los resultados muestran tres clases de variables psicosociales como predictores significativos de transición hacia el fumar, además de las variables de Ajzen y Fishbein como las más importantes, mientras que las de Jessor y Jessor y las variables medio ambientales fueron más importantes para los no fumadores iniciales.

Cada categoría de variables tuvo una contribución independiente para la predicción de transición del fumar. La edad y las diferencias sexuales en la importancia relativa de variables predictoras fueron notables. Discutiéndose las implicaciones para el diseño de programas preventivos en el fumar, involucrando principalmente a factores de alto riesgo

sobre algún tipo específico de población.

Es así como se retoman planteamientos en torno a algunos indicadores en el área social con el objetivo de que el adolescente tenga presente a través del programa de prevención los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y solventes; la disponibilidad, las actividades en grupos; el grupo de pares; los elementos medioambientales en la adolescencia; las raíces socioculturales; el rol del tabaco y el alcohol en las celebraciones; la publicidad y el consumo; los condicionantes de la estructura social en la que está insertado; el impacto de las influencias medioambientales sobre los patrones de consumo; los costos sociales del consumo; la exposición temprana a estas sustancias; la relación entre eventos de la vida y el curso de la adicción; el estatus de los grupos en el uso de drogas; las creencias; los factores de riesgo y tipos específicos de población.

Así de acuerdo a la revisión bibliográfica y por los aspectos a tocarse en el programa de intervención, se consideró necesario hacer una medición con la escala de percepción del medio ambiente social con la intención de conocer este aspecto y observar los efectos por el programa.

VI. PREVENCIÓN Y OTROS ABORDAJES DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.

Habiendo abordado aspectos epidemiológicos, familiares, sociales y ansiedad; para poder concretar una intervención adecuada. Es necesario hacer un análisis en torno a los diversos abordajes.

De esta manera se reporta lo siguiente:

La investigación preventiva, en su teoría y práctica ha quedado relegada a un segundo plano, la eficacia de técnicas específicas de prevención están aún menos establecidas.

La respuesta ante todo lo planteado ha sido variada; desde la creación de los Centros de Integración Juvenil, cuyos objetivos son la integración del joven, en su triple aspecto; biológico, psicológico y social, no es aún suficiente para satisfacer las enormes necesidades de personas menores de 25 años.

En cuanto a técnicas grupales, éstas tienen su aplicación tanto en el frente externo de la labor asistencial, como en el frente interno del trabajo sobre la propia institución. Por lo que es importante destacar que, en el ámbito asistencial, existen buenos motivos, además de la obvia necesidad de compensar los deficientes recursos económicos y humanos, en relación con el número de pacientes que demandan tratamiento, para optar por las técnicas grupales de tratamiento, es un hecho bien estudiado que los adolescentes responden mejor a las técnicas grupales (Pavlovsky, 1968).

Martínez Bouquet, et. al., (1970), señala que la mayor parte de los pacientes farmacodependientes caen actualmente dentro de dicho período de la vida. En segundo lugar, una buena parte de la vida, valores y normas de los jóvenes farmacodependientes se desarrollan, como ya lo hemos señalado, dentro de grupo que tienden a reforzar su dependencia, y ésto sólo puede combatirse si les ofrecemos otro tipo de experiencia grupal, que fomente las actividades reflexivas y de verbalización. En lugar de la actuación para la descarga inmediata de tensiones.

Herman Leal y Gerardo Pacheco (1977), señalan que los centros de readaptación social, internados y correccionales, intentan readaptarlos en forma represiva, mediante programas que han sido concebidos en el escritorio y no mediante el conocimiento de su realidad. Estos programas se preparan en lugares diametralmente opuestos a aquellos en los que el grupo pandilla actúa y se relaciona.

En el Centro Local Cuauhtémoc, se han desarrollado una serie de enfoques teórico-técnicos para prevenir y tratar la farmacodependencia en diversos niveles. El modelo clínico se ha repetido a lo largo del trabajo cotidiano de prevención, tratando de sintetizar un enfoque que pueda producir mejores resultados, pudo formar un grupo de adolescentes, siendo una de sus perspectivas el tener un lugar donde verbalizar sus inquietudes propias de esta etapa de desarrollo y esclarecer las causas de la farmacodependencia, utilizó la técnica de círculo de comunicación que pretende el conocimiento integral de la persona, lo que permitió más adelante, tener sesiones de reflexiones con

contenidos más específicos y de aplicación concreta en su vida diaria.

Caplan (1964), señala que la prevención involucra las reducciones de la incidencia de un problema (prevención primaria) en la duración de un problema relacionado con el individuo (prevención secundaria), y el impedimento como resultado de un problema (prevención terciaria).

Bry (1983), ha llevado a cabo estudios pilotos que sugieren que los programas intensivos dirigidos a aumentar la atención en clase pueden lograr éxito en la disminución del abuso de drogas.

Botvin (1983), puso a prueba una estrategia preventiva de base amplia llamada Destrezas para la Supervivencia cuyo propósito principal fue el de promover el logro de destrezas personales y sociales, especialmente el de la capacidad para resistir las presiones de grupo. Un modelo cognoscitivo de la conducta a seguir fue utilizado para promover el desarrollo de estas destrezas.

A través de la estimación personal, establecimiento de metas a lograr, utilizando técnicas para el cambio de la conducta, reemplazando las declaraciones negativas sobre sí mismo por declaraciones positivas.

Enseñando la resistencia a la persuasión dañina, identificando la persuasión dañina y formulando argumentos en su contra. Trabajando en la disminución de la ansiedad, mediante el entrenamiento en la reducción de tensiones, el ensayo mental. Así

como destrezas sociales y de comunicación; destrezas en la comunicación verbal con invitaciones a paseos en función de pareja y destrezas para afirmar la personalidad de forma positiva.

Pentz (1983), ha citado una investigación demostrando la utilidad del adiestramiento en destrezas sociales con las personas que usan drogas (prevención secundaria y terciaria). Su propia investigación ha demostrado que el entrenamiento de destrezas sociales puede ser utilizado en forma eficiente con niños menores de trece años (en la etapa preadolescente).

El trabajo preventivo en las escuelas del Centro Local Cuauhtémoc se han enfocado a la planeación, capacitación, trabajo de campo y evaluación. Tuvieron como objetivo del proyecto el informar a los alumnos, orientar a los padres acerca del problema de la farmacodependencia y capacitar a los maestros para el manejo y/o análisis de los problemas que tengan con sus alumnos en ese ámbito.

Delimitaron primeramente el área donde iban a trabajar. Optando por acudir a las escuelas que estaban interesadas, cercanas al área geográfica, quienes expresamente solicitaron el servicio.

Trazaron las líneas generales y el contenido de las conferencias. Decidieron seguir indagando a nivel grupal los conocimientos de los alumnos, maestros y padres de familia sobre las causas de la farmacodependencia regularon las intervenciones de acuerdo con el nivel de información actitud ante el problema y

disponibilidad del tiempo y espacio físico.

Realizaron investigación bibliográfica sobre el tema, tuvieron observaciones técnicas del manejo grupal, por medio del Rol Playing, expusieron su conferencia y al término de ella dieron una retroalimentación.

Las que mejores resultados proporcionaron fueron el Phillips 666 y la dramatización de un problema que posiblemente podría llegar a convertirse en un farmacodependiente. Hicieron posteriormente una evaluación, revisaron los errores y aciertos que se tenían en el trabajo.

Klein y Goldstrom (1977) resumen los puntos de vista de la Asociación Nacional de Salud Mental en los Estados Unidos, declarando que cualquier actitud definida como prevención debiera tener cinco elementos esenciales.

- 1) Una condición específica evaluable.
- 2) Una población identificada que ésta en riesgo.
- 3) Una medida de incidencia en la población.
- 4) Un plan de intervención claramente definido.
- 5) Una medida de incidencia después de la intervención.

Revisando aspectos como: ¿qué es lo que se va a prevenir?, ¿cuál es la población identificada?, ¿qué métodos se deberán utilizar? para reducir la aceptación, el interés y la demanda en el ámbito social de las drogas que producen dependencia.

Proponiendo el desarrollo y el establecimiento de alternativas que reemplacen el comportamiento que implica el uso de drogas; a través de una mayor comprensión y toma de conciencia, modificando intereses y actitudes de las personas vulnerables.

Goolstadt, et. al. (1982), comenta como los esfuerzos en la prevención en todas las áreas de la salud se han incrementado. Sin embargo, la comunidad parece aceptar que en la escuela es donde se hace prevención en abuso de drogas, y los descubrimientos en la investigación indican que se debe tomar una acción hacia el abuso de drogas. Debiéndose integrar esfuerzos en programas de prevención para estudiantes y padres.

Siendo esto apropiado en los individuos y grupos que están en estados tempranos en el uso de alcohol y otras drogas, antes de que tengan serios problemas (Department of Education, U.S. (1987).

Anti-Drug Abuse Act (1986), recomienda también identificar a quienes estén en alto riesgo, que sean niños, jóvenes con problemas de salud mental; donde la comunicación sea pobre con la familia; con problemas familiares; donde uno o ambos padres abusen de drogas o alcohol.

David P. Mackinnon (1988), nos da un punto de vista hacia la investigación en prevención, quien toma como mediadores a los programas para la prevención de alcoholismo, tabaquismo y uso de marihuana. Señalando evaluaciones en el cambio del medio ambiente

social para hacer menos tolerante el uso de la droga, así, los resultados sugieren que los grupos de alto riesgo se benefician con programas de prevención.

González (1989), integró los principios conductuales del modelo de Rosenstock (1974); la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) y la teoría de R. Jessor y S. L. Jessor, (1977) para formar un modelo teórico para la prevención del abuso de alcohol y drogas en el colegio.

Este modelo provee aspectos en términos del contenido de los mensajes e implementación de procesos. El modelo se aplicó en un curso de Educación para Drogas. Se aplicaron 176 cuestionarios a estudiantes que participaron en el curso donde mostraron un incremento significativo en los niveles de percepción de riesgo asociado al uso de cocaína, pero no significativo hacia el uso de marihuana y de alcohol.

May Philip (1986), comenta sobre la importancia de tres niveles de intervención para el alcoholismo y la drogadicción entre Indios Americanos 1) como las tasas de mortalidad y de morbilidad pueden ser reducidas a través de la creación e innovación de la intervención en el medio ambiente físico y social, 2) los programas educativos son necesarios para elevar el conocimiento en la comunidad, acerca del alcohol y las drogas, ya que la educación puede enseñar y orientar en proveer habilidades para resolver problemas y 3) el instrumentar programas de rehabilitación más efectivos.

Schinke, et. al. (1985), revisaron investigaciones de 1977 a 1984; sobre prevención en tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas con niños y adolescentes.

La revisión se organizó de acuerdo al enfoque de intervención sobre el agente, medioambiente y antecedentes. El estudio involucró a 193 niños de 6to. grado evaluando sus habilidades y una intervención placebo.

Observando que la intervención placebo fue insuficiente para prevenir el consumo de tabaco.

Martín Shain (1988), ha retomado las implicaciones personales y medioambientales en el abuso de alcohol, convirtiéndolos en planes para trabajar en comités de acción, en la promoción de la salud, desarrollando programas relevantes sobre los riesgos, con una variedad de tratamientos conductuales en salud.

Mary Ann Pentz, et. al. (1988), reportan como se ha estado trabajando en proyecto de Prevención Experimental y Cuasiexperimental en tabaco, alcohol y marihuana; con adolescentes, sus padres y residentes de la comunidad de Kansas City con 2,7 millones de residentes y 26 escuelas en condiciones de intervención y control de manera factorial 2×2 .

Los resultados sugieren que la comunidad y la investigación deben poner límites en la intervención y como realizaron medidas o evaluación de los efectos; y propone una evaluación sumativa. Pues el control ha sido muy difícil para los investigadores y no

se ha hecho validación del programa, de tal manera que pudiera ser generalizable a otras comunidades.

Putnam, S. L. (1986), habla del proyecto de Rhode Island: el Proyecto de Prevención en Abuso de Alcohol, especificando un estudio epidemiológico que señala los factores de riesgo o los grupos de gente en riesgo, desarrollando mecanismos de prevención y utilizando investigación cuasiexperimental donde se evalúa el impacto de la intervención en términos de su efectividad, combinando estrategias de modificación conductual, educación e información entre otros recursos.

La intervención se enfoca al cambio de actitudes y conducta y en conclusión se hacen recomendaciones como; la necesidad de planificar el período y detallar las fases antes de tomar decisiones: hacer una combinación de educación y regulación como forma más aceptable; contar con un coordinador que represente el proyecto, quien puede servir como facilitador e involucrarse en el trabajo de los sentimientos. Aspectos que serán tomados en cuenta en el presente trabajo.

H. Leventhal, et. al. (1988), hablan sobre su investigación en prevención primaria del tabaquismo en adolescentes, la cual fue estimulada por una serie de suposiciones relativamente simples que condujeron a una dirección un poco diferente a la tomada por otros investigadores, tomando en cuenta los siguientes factores.

El primero fue el reconocimiento de que el tabaquismo es un factor causal de padecimientos mortales tales como el cáncer pulmonar y vesical, y de padecimientos del sistema cardiovascular, además como factor causal y exacerbante de enfermedades como la bronquitis.

La percepción de un éxito en la prevención secundaria sin duda estimuló el desarrollo de programas escolares de prevención primaria, dado que parecía ser más eficaz y posiblemente más efectivo bloquear la iniciación al tabaquismo, que batallar con un proceso de adicción (Leventhal, 1968); Murray, et. al., 1984). Los conceptos acerca de la iniciación del tabaquismo y el proceso adictivo también parecen haber influido en la naturaleza de los programas de intervención. Observándose por ejemplo, que era probable que 10 jóvenes que probaban cuatro cigarrillos, se volvieran fumadores sistemáticos (Cartwright, et. al., 1959) y los datos correlacionales mostraron que el tabaquismo y la adicción estaban correlacionados con el tabaquismo de los compañeros y los padres (Friedman, et. al., 1985; Evans, et. al., 1979). De hecho, el tabaquismo en los compañeros y por tanto la presión de los compañeros fueron los factores más constantemente ligados al tabaquismo sistemático (Flay, et. al., 1985a; Perry y Murray, 1982). La hipótesis de la adicción rápida y de la correlación constante entre el tabaquismo de un individuo y sus compañeros adolescentes, implicaba que la prevención primaria debería centrarse en el modelamiento y en las técnicas necesarias para resistir la presión de los compañeros y de tal modo evitar que el adolescente dejara de probar siguiera un cigarrillo (Flay, et. al., 1985a; Perry y Murray, 1982).

Por otro lado señalando el éxito de los programas actuales, por ejemplo, en los datos se muestran que sólo 20-25 jóvenes expuestos al programa se volvieron fumadores constantes y en gran escala (fumaban más de media cajetilla al día), mientras que 40-50 de los 300 jóvenes en la condición de control llegaron a niveles similares de tabaquismo.

Ahora, de acuerdo a suposiciones operativas y sus fundamentos empíricos, en primer lugar, se supuso que una estrategia de intervención haría uso de un conocimiento actualizado y detallado del modo en que se adquiriera la conducta de fumar, y de como se controla, una vez adquirida. En segundo lugar, se supuso que la conducta y también el fumador, muestra una historia de desarrollo en la que se puede identificar una serie de "etapas" y transiciones en el paso de la etapa pre-tabaquismo o preparatoria (en la que el joven se forma imágenes o ideas sobre la conducta), pasando por pruebas iniciales y experimentación hasta un tabaquismo ocasional y el uso constante y dependencia llegando a la adicción.

En tercer lugar, se supuso que el "conocimiento" obtenido por observación y experiencia directa con el tabaquismo en una etapa temprana, influiría en como se experimenta y se interpreta la conducta subsecuente y en el hecho de si se continúa en el camino hacia el tabaquismo regular y la adicción. En cuarto lugar, se supuso que los individuos podían atravesar diferentes caminos, al pasar por las etapas y volverse fumadores. Por tanto la conducta de fumar puede iniciarse bajo diferentes condiciones

y servir para diferentes propósitos, en especial en las primeras etapas (antes de la dependencia).

Y como fundamento empírico para las suposiciones, se tomó la creencia de que los programas de anti-tabaquismo previos, basados en lo escolar, estaban fundados sobre una visión demasiado estrecha del inicio del tabaquismo y en la esencia de la adicción, las dos suposiciones anteriores, basada en dos series de datos. En primer lugar, la evidencia sugiere amplias diferencias individuales en el porcentaje a la que se desarrolla la dependencia. De hecho, algunos estudios reportan un tiempo promedio de dos años para volverse un fumador constante (Cartwright, et. al., 1959).

H. A. Lando (1982), inició una estrategia de desmantelamiento en la que los sujetos fueron asignados a fases de tratamiento (preparación, aversión, mantenimiento) o a combinaciones de fases en un diseño factorial. Se supuso que las condiciones de etapas múltiples serían superiores a las condiciones de etapas únicas, y que el mantenimiento retardaría la recaída. Se asignó, aleatoriamente, a cuarenta hombres y 13 mujeres a una de las siete condiciones. Los resultados apoyaron ambas hipótesis, si bien los efectos significativos ya no fueron evidentes en el seguimiento de 12 meses.

Se presentó una recaída considerable en todas las condiciones.

R.E. Glasgow, et. al., evaluaron dos libros de terapia conductual de autoayuda para detener el tabaquismo, comparados con un programa de tratamiento mínimo ampliamente disponible. Emplearon un diseño factorial 3 x 2 para evaluar los tres tratamientos, tanto bajo condiciones de auto-administración como de administración por parte del terapeuta; 85 fumadores crónicos de cigarrillos participaron en los programas de tratamiento de 8 semanas y en un seguimiento de 6 meses. Las variables dependientes incluyeron la cantidad auto-registrada de cigarrillos fumados al día, las concentraciones de monóxido de carbono en muestras de aire espirado, las puntuaciones de dosis basadas en los aspectos topográficos de la conducta de fumar y las medidas de adherencia y la eficacia del costo.

En las condiciones de autoadministración el programa mínimo de tratamiento fue por lo menos tan eficaz como los libros de terapia conductual.

En las mediciones autoadministradas, el contacto con el terapeuta estuvo asociado a un mejor resultado del tratamiento en los programas de terapia conductual, pero no en la condición control. No se observaron de manera uniforme, diferencias confiables entre los grupos respecto a los niveles de monóxido de carbono.

Los métodos de autoayuda para la interrupción del tabaquismo parecen ser especialmente adecuados, dada la gran cantidad de individuos a quienes les gustaría dejar de fumar, y la mayoría de los cuales no asistirían a clínicas de interrupción para dejar de fumar.

Los dos libros de autoayuda se basan en programas de ingredientes múltiples que se originaron en los centros de investigación acostumbrados y han resultado ser eficaces en los ambientes clínicos utilizados por Lichtenstein y Rodríguez (1977), Pomerleau, Adkins y Pertschuk (1978).

Los terapeutas fueron un psicólogo, con varios años de experiencia en la interrupción del tabaquismo y dos personas entrenadas en programas de terapia conductual. El entrenamiento del terapeuta consistía en la lectura del material básico relevante, hacer una observación de las demostraciones de los procedimientos, registrar los roles de interacción con los pacientes y la implementación de técnicas y realizar trabajo con un mínimo de casos piloto. El tratamiento se estandarizó con la ayuda de los terapeutas, con descripciones del procedimiento para cada sesión, tener reuniones semanales con el terapeuta durante todo el proyecto y llevar retroalimentación de parte del principal investigador con grabaciones de las sesiones. Se realizó un cruzamiento de variables entre terapeutas y tratamientos, de tal manera que cada terapeuta atendió a una misma cantidad de sujetos en cada condición.

Siguiendo una línea base de una semana, los sujetos comenzaron sus respectivos programas de tratamiento de 8 semanas.

Se empleó un diseño factorial 3×2 para evaluar a tres tratamientos (dos manuales de terapia conductual de autoayuda y una condición control con tratamiento mínimo) bajo condiciones auto-administradas por el terapeuta.

El libro de Danaher y Lichtenstein (1978), subraya la importancia de registrar y combatir el impulso de fumar. El entrenamiento en relajación progresiva es uno de los componentes principales del tratamiento. Al prepararlos para abandonar el cigarro presentándoles a los lectores tres opciones: establecer una fecha fija y abandonarlo por su propia cuenta, un convenio económico con un amigo para dejar de fumar o el método normal del tabaquismo aversivo, de ritmo lento.

Manejó las ideas acerca de fumar, del control del peso y de la planeación por adelantado de las situaciones difíciles; opciones de volver a pasar por el ciclo del programa o de tratar de volverse un fumador controlado si había conseguido la abstinencia.

El libro de Pomerleau y Pomerleau (1977), presenta un ritual de imágenes de "exfumadores" (una modificación de la sensibilización encubierta) para ayudar a los sujetos a conseguir la abstinencia y abordar los problemas que pueden surgir al abandonar el cigarro (por ejemplo aumento de peso o nerviosismo).

Hacer un control terapéutico mínimo, que incluyen la determinación de una fecha fija para abandonar e involucrarse en actividades alternativas; tales como beber agua, ponerse a respirar profundamente o dar un paseo en vez de fumar.

Se recolectaron al final de la primera sesión, las escalas de calificación de 7 puntos acerca de las expectativas de los sujetos respecto al resultado del tratamiento. Los terapeutas

registraron la cantidad de tiempo de contacto del participante, al final de cada sesión y se recolectaron los índices de adherencia a las recomendaciones del programa en evaluaciones realizadas a la mitad y después del tratamiento. Las mediciones resultantes incluían el autorregistro del consumo de cigarrillos, un cálculo de la dosis basado en los componentes topográficos de la conducta de fumar y los niveles de monóxido de carbono en muestras de aire espirado.

Hicieron un seguimiento donde se les pidió a los sujetos que llevaran su libro o equipo a las sesiones de evaluación y se recolectaron dos mediciones de la adherencia al programa. La primera medición fue simplemente el porcentaje de unidades del libro que habían sido leídas hasta el momento de la evaluación post-tratamiento.

Una segunda medición de la continuación más compleja, consistió en una lista de verificación de las conductas consideradas las más importantes de cada programa (por ej., la práctica del entrenamiento en relajación para las condiciones de Danaher y Lichtenstein, el uso de procedimientos de control de estímulos para las condiciones de Pomerleau y Pomerleau). Se especificaron para cada condición, cinco de estas actividades y el breve índice resumido de las actividades terminadas fue el porcentaje de estas actividades terminadas en el post-tratamiento.

Los análisis factoriales de varianza no pudieron revelar ninguna interacción o efecto principal significativo del sexo del sujeto con ninguna variable dependiente.

Un análisis de varianza 3 x 2 sobre la proporción de sujetos que presentan abstinencia (Gilson y Abelson, 1965) reveló un efecto significativo de la condición de administración ($p < .005$) y una interacción significativa Condición X tipo de tratamiento ($p < .005$).

El análisis del cálculo de la dosis y un análisis de varianza 3 x 2 de los niveles de CO no pudieron encontrar ninguna diferencia significativa entre los grupos.

A pesar del gran esfuerzo dirigido al desarrollo de estrategias terapéuticas para controlar las conductas adictivas (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, farmacodependencia), la eficacia clínica de los programas desarrollados hasta ahora ha sido débil (Bernstein y Glasgow, 1979; Hunt y Bospalec, 1974; Lichtenstein y Danaher, 1976; Marlatt, 1978). Las curvas de recaída, son impresionantemente uniformes en diferentes adicciones y métodos de tratamiento, señalando un porcentaje promedio de éxito a largo plazo de aproximadamente un 20%, quizá impliquen un común denominador en el proceso de recaída (Hunt y Bospalec, 1974).

El por qué la gente fuma, puede llegar a influir al mantenimiento de las ganancias del tratamiento. Tales razones fueron evaluadas por la prueba de Horn (1979) "Por qué fuma

usted?, cuyas seis escalas nos indican la opinión del fumador o la fumadora acerca de sus motivaciones afectivas para fumar.

Leventhal y Avis (1976) encontraron que el aumento de la conciencia del tabaquismo, conseguido a través del auto-monitoreo, provocaba mayores reducciones en el tabaquismo en fumadores por hábito que en los que lo hacían por placer.

Algunos estudios han encontrado que los porcentajes de abandono son más altos en sujetos relajados, más aún que en los tensos o en los neuróticos (Dudley, Aickin & Martin, 1977).

Lipsinski, Black, Nelson y Criminere (1975), demostraron que el auto-monitoreo reducía el tabaquismo sólo en los sujetos que eran motivados a reducir su tabaquismo, a diferencia de los sujetos no motivados.

Como lo observaron Sherwin y cols. y Benfari (1981), en un estudio que llevaron a cabo mediante un programa de intervención para la reducción de los factores de riesgo, consistió en tres fases: a) un programa inicial de intervención grupal de 10 semanas, para la modificación simultánea de tres factores de riesgo (el programa de hipertensión incluía, principalmente, el manejo médico de la presión sanguínea, de acuerdo con un método de atención gradual; b) asistencia para los sujetos que lograban una reducción satisfactoria del riesgo en una modalidad específica y c) una intervención secundaria o ampliada, para la reducción de los factores de riesgo.

Consideraron las características de diseño del MRFIT y la realidad de las condiciones actuales del tabaquismo, el programa de tabaquismo MRFIT fue diseñado para aprovechar las características únicas de una prueba clínica a largo plazo, así como también algunos de los hallazgos más prometedores de la literatura, tales como la conducta para la salud, las habilidades en la asesoría, la psicología social y la modificación conductual, todo ello con el fin de producir una síntesis de los métodos de educación para la salud y de modificación conductual.

El programa subrayaba el concepto de riesgo en general, y el de fumadores de alto riesgo en particular.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, 1984), comenta acerca de la Clínica de Tabaquismo, dando su punto de vista médico y psicológico acerca del fumador crónico y severo.

Hablando en términos de venta, publicidad y distribución; así como de los problemas por el hábito de fumar y los padecimientos crónicos como cáncer broncogénico o de otros órganos (laringe, esófago, páncreas y riñones), además de las enfermedades degenerativas (bronquitis crónica, efisema pulmonar, infarto al miocardio y las oclusión vascular de los miembros inferiores).

Como el paciente acepta fumar por factores psicológicos y sociales; aprende a estimularse fumando como efecto de la nicotina sobre el sistema nervioso; la dependencia física a la

nicotina y por lo tanto la presencia de un síndrome de abstinencia cuando el sujeto deja de fumar (presencia de irritabilidad, ansiedad, trastorno en la concentración y en la atención, inquietud, cefaleas y trastornos gastrointestinales, deseo intenso de fumar).

Adicción como el resultado del desarrollo de una dependencia psicológica en la cual el cigarrillo se integra a la estructura cognoscitiva del individuo como un elemento asociado a situaciones importantes y placenteras (seguridad, confianza en sí misma, experiencias, estatus, anticipar la vida adulta, liberalidad).

Encontrar placer y disfrutar las sensaciones y movimientos que acompañan al hábito de fumar.

Tabaquismo por relajación, donde el sujeto aprende a relajarse a través de una serie de elementos ritualistas. En este Instituto, se señalan criterios para ser pacientes de la clínica como, el que tengan una edad entre los 20 y 75 años, con escolaridad y alfabetismo, ausencia de padecimientos orgánicos o psiquiátricos severos, con una historia de tabaquismo de dos años como mínimo.

Realizar un autorregistro línea base, cédula de autorregistro durante el tratamiento, cédula de autorregistro del seguimiento, distribución de material informativo impreso en relación al hábito de fumar y las técnicas para el abandono del mismo, se utilizan técnicas de psicoterapia conductual (método de suspensión abrupta/suspensión gradual, técnica de autorregistro

y autocontrol, técnica de relajación, técnicas de modificación de condiciones y psicoterapia de grupo, aunque en este artículo no se reportaron resultados.

Se revisa así, de manera general los diversos abordajes. En este caso se consideró que retomar los planteamientos de prevención primaria en un grupo de adolescentes de alto riesgo, lo que permitió ofrecer otro tipo de experiencia grupal.

A través de preparar un programa en el que el grupo actúe y se relacione.

Con un enfoque que pudiera producir mejores resultados con contenidos más específicos.

Identificar una población que está en riesgo en base a una medida de incidencias en la población, a una medida de incidencia después de la intervención e impedir así la iniciación de un proceso de adicción.

Para ello se retoma la propuesta de Prevención Primaria ya que a pesar del gran esfuerzo dirigido al desarrollo de estrategias terapéuticas para controlar las conductas adictivas (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, entre otros) la eficacia clínica de los programas desarrollados hasta ahora ha sido débil.

VII. ALTO RIESGO

Al revisar así investigaciones en relación a prevención y adolescencia se consideró importante enfocarse hacia una población específica como lo es la de alto riesgo, además de ser uno de los objetivos del presente trabajo por lo que se señalan los siguientes reportes.

Wolman (1973), señala que alto riesgo es seleccionar a individuos o conceptos para la inclusión o exclusión en un grupo de pruebas, procedimiento u otra situación que cuando se tiene como objetivo realizar una detección adecuada de algún trastorno, es esencial delimitar claramente lo que se va a detectar. Buscando una serie de indicadores, es decir, si el sujeto presenta algunos o todos los indicadores, es probable que si no padece el trastorno posee un alto índice de probabilidad de presentarlo, quedando una probabilidad muy baja de que esta persona ni presente el trastorno ni nunca lo vaya a presentar. Siendo importante tomar en cuenta los factores de riesgo o aquello que ante la ausencia de cualquier manifestación de algún trastorno, sugieren que la persona tiene mayor probabilidad que el resto de la población de presentar el trastorno. Los factores de riesgo puede ser de orden familiar, hereditario o genéticos, antecedentes perinatales, o condiciones sociales o medio-ambientales.

Llanes (1982), señala que para evitar esfuerzos y favorecer la operatividad de las medidas preventivas, resulta útil dicha distinción. Los criterios y los objetivos aplicables a los grupos de alto riesgo, si son identificables y se diferencian sin duda de los que refieren a los grupos de escaso riesgo, por lo que señala.

"Las características personales y de otro tipo de quienes tienen un alto índice de probabilidad de caer en adicción; es lo primero que tiene que realizarse antes de poner en marcha un programa preventivo. Siendo imperativo disponer de los resultados de un examen comparativo entre aquellos individuos ya inmersos en el consumo de drogas y los que todavía no experimentan este tipo de problemas".

Clarac y Rosales (1976), señalan determinados índices del proceso de adicción y personalidad, características económicas, psicológicas y sociales de la familia; estos autores llevaron a cabo un estudio con 70 jóvenes que presentaban las siguientes características: de 16 a 20 años, de la Ciudad de México y zonas suburbanas, adictos. Seleccionados a través de instituciones y de contactos personales.

Los problemas familiares aparecieron como determinantes en el uso de drogas por el adolescente, ya que la mayoría presentó disfunciones en las relaciones interpersonales con los miembros de la familia (familias disfuncionales).

Con respecto al medio escolar, se encontró que en varios jóvenes, este medio indujo e incluso favoreció el consumo de drogas.

La mayoría ha trabajado.

Encontró que el medio social no ofrece al joven la posibilidad de acciones productivas ni diversiones que le permitan encauzar su tiempo libre.

Utilizaron diferentes tipos de drogas, sobresaliendo la marihuana y los inhalantes en las clases económicamente bajas.

Declararon haber infringido las leyes una o varias veces, siendo en ocasiones detenidos por robo o por encontrarse drogados.

Muñoz (1987), realizó una investigación teniendo como objetivo conocer la función del personal escolar en la detección y manejo de problemas., emocionales en la población estudiantil de secundarias técnicas en la Ciudad de México ubicadas en zonas marginadas. Detectándose dos tipos de familias de zonas populares como "muy tradicionales" o cerradas a cambios y nuevas ideas, emigrantes de la provincia y que se instalaron en zonas periféricas de la Ciudad de México; familias desintegradas, pobre comunicación y en ocasiones nula.

Se presentó el fenómeno de la madre soltera y la mujer por consiguiente salía a trabajar; mujer controladora; con la figura ausente del padre; bajo rendimiento escolar (93%) y falta de apoyo de los padres en las actividades académicas de sus hijos (86%).

Castillo (1978), señala que en la adolescencia suelen presentarse dos riesgos vinculados al sistema educativo; una disminución del rendimiento escolar y el abandono prematuro de los estudios.

White (1979), señala que la historia individual que acumule experiencias de frustración, impotencia y fracaso se volverá vulnerable a presiones de su medio social con el consiguiente riesgo desestabilizador.

CARACTERÍSTICAS DE LOS JOVENES DE "ALTO RIESGO".

Así al definir alto riesgo, nos ubicamos específicamente con adolescentes refiriéndonos a sus características, ya que es parte de la población con la que se trabaja.

Sarason (1968); Sarason y Ganzer (1969; 1973), mencionan que son propensos a la expulsión definitiva; presentan inasistencia escolar, indisciplina, bajo rendimiento escolar, bajo nivel de ingreso familiar.

Clarac y Rosales (1976), señalan las siguientes características: son jóvenes con problemas familiares (familias disfuncionales y/o familias inestructuradas y que habitan en zonas marginadas.

Bry y George (1979), señalan baja motivación al logro académico; sentimientos de alejamiento de sus familiares e indisciplina. Castillo (1978), menciona la disminución del rendimiento escolar y el abandono prematuro de los estudiantes.

C.I.J. (1985), menciona ausentismo escolar, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y problemas familiares.

Mussen y cols. (1979), en E.U.A. han llevado a cabo intentos para dar solución al problema con un programa de trabajo durante vacaciones y en la escuela, programas de entrenamiento escolar dotados de una orientación vocacional individual con niños indisciplinados.

Barrish y cols. (1969), llevaron a cabo un estudio y tuvieron como objetivo reducir en el salón de clases las conductas perturbadoras de 24 sujetos, de 4º año de primaria, que habían sido enviados a la dirección varias veces por estar abandonando sus lugares, no cooperar e interrumpir las clases. Para disminuir estas conductas, se llevó a cabo una técnica de juego, que consistió en competir para obtener privilegios (reforzamientos naturales).

Obteniendo los siguientes resultados: el juego influyó sobre las conductas de abandonar el asiento y de hablar en clase, encontrándose que el juego tuvo resultados satisfactorios en los sujetos, decrementando las conductas perturbadoras.

Sloggett (1978), llevó a cabo un estudio que tuvo por objeto reducir en el salón de clases las conductas negativas y aumentar el rendimiento académico, implementándose una situación de reforzamiento por fichas para recompensar la conducta en grupo con 24 sujetos entre 14 a 16 años de edad; que faltaban constantemente a la escuela; algunos habían estado en

correccional y estudiantes con mala conducta a quienes ya no se les aceptaba en el medio escolar.

Se reforzó el que trabajaran en grupo, usándose puntos como reforzamiento por ficha.

Este estudio también fomentó el desarrollo de toma de decisiones ya que el programa no se les imponía a los muchachos, sino que ellos opinaban acerca de como les gustaría que se llevara a cabo.

La mala conducta disminuyó, apareciendo la presión por parte del grupo para que se presentara buena conducta.

Mejóro considerablemente la asistencia, encontrándose así que el uso de un sistema de reforzamiento por fichas es útil en la ayuda brindada hacia este tipo de sujetos.

De acuerdo a estos reportes en su definición de alto riesgo, para esta investigación concretizó los indicadores a abordar en el programa y quienes participaron en el; fue así como se consideró el que fueran estudiantes del sexo masculino, con antecedentes de consumo de alcohol y tabaco en la familia, adolescentes con familia disfuncional, con problemas en la comunicación, con bajo rendimiento escolar, indisciplina y que habitaran en zona marginada y ser temas de abordaje en la intervención como la adolescencia, comunicación, la familia, la reprobación escolar, tiempo libre y la recreación.

CARACTERISTICAS ASOCIADAS CON EL ABUSO DE DROGAS.

AREA

ESCOLAR

Baja motivación al logro académico y/o indisciplina (Bry y George, 1979); faltas constantes y/o problemas con maestros y autoridades escolares (Sarason y Sarason, 1981); expulsiones periódicas o definitivas de la escuela (Belsasso, 1975) o deserción escolar (Mussen y cols., 1979; Mata y Echeverría, 1985).

AREA FAMILIAR.

Sentimientos de alejamiento de su familia (Bry y George, 1979) familias desintegradas y/o disfuncionales (Mata y cols., 1985; Gómez, 1976), familias numerosas (Muñoz, 1987); padres con niveles educativos bajos; generalmente son de provincia, nivel socioeconómico bajo y viven en zonas suburbanas o marginadas (Castro, 1980; Natera y Beriel, 1977; Medina Mora y cols., 1984; De la Garza y cols., 1977).

AREA INDIVIDUAL.

Mayor incidencia en estudiantes de 14 a 17 años de edad (Mata y cols., 1985), necesidad de revelarse contra la autoridad y rechazo a los valores sociales, Mussen y cols. (1979), presentan déficits en general de habilidades sociales y en particular en la solución de problemas interpersonales, Kiffer y cols. (1974), Freedman y cols. (1978), Mata y cols. (1985), Sarason y Sarason (1981).

Pudiéndoseles denominar así sujetos de "alto riesgo" y que de no intervenir oportunamente caerían en las adicciones u otros problemas afines; por lo que es necesario intervenir a través de programas adecuados.

VIII. ALCOHOL.

Los diversos problemas ocasionados por el alcoholismo no pueden separarse unos de otros.

Son muy claros los estragos producidos por el alcoholismo; las enfermedades físicas y mentales, los problemas familiares, la disminución de la producción, el aumento de accidentes y crímenes.

FARMACOLOGIA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL.

El alcohol etílico o etanol es el ingrediente activo de la cerveza, el vino, el whisky, la ginebra, el aguardiente y otras bebidas alcohólicas menos comunes.

El alcohol se absorbe intacto a través de tubo digestivo, el 80% aproximadamente por el intestino, y el resto por el estómago. Su presencia puede ser demostrada en la sangre minutos después de su ingestión, y la máxima concentración se alcanza en media a dos horas. La ingestión de leche y alimentos grasos impide su absorción por el intestino. El agua, en cambio, facilita su absorción. En los individuos adictos, la concentración de alcohol en la sangre se eleva más rápidamente y alcanza niveles más altos que en los abstemios.

El alcohol circula principalmente en el plasma y penetra a los diversos órganos del cuerpo, así como al líquido cefaloráquideo, la orina y al interior de los alvéolos pulmonares, en concentraciones que guardan una relación constante con la de la sangre. La eliminación del alcohol se lleva a cabo por oxidación, y se pierde menos del 2% a través de los pulmones, la piel y los riñones. La energía liberada por la oxidación del alcohol (7 calorías por gramo), al ser utilizada totalmente, puede sustituir, en parte, a la de las grasas, los azúcares y las proteínas, por un mecanismo isodinámico. Es importante subrayar que el alcohol no se almacena en el organismo ni sirve para reparar los tejidos destruidos.

EFFECTOS PSICOLOGICOS Y FISIOLOGICOS DEL ALCOHOL.

Se acepta que el alcohol no es un estimulante, sino un depresor del sistema nervioso central. Algunos de sus efectos tempranos, manifestados por locuacidad, agresividad, actividad excesiva y aumento de la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral, simulan un estado de estimulación. Sin embargo, hay pruebas de que la acción inicial del alcohol, es deprimir ciertas estructuras subcorticales que, por lo común, modular o inhiben la actividad de la corteza cerebral.

El alcohol también interfiere con la eficiencia de la función mental y con el proceso del aprendizaje que se vuelve más lento y menos efectivo. La facultad de formar asociaciones, ya sea en la forma de figuras o palabras, tiende a bloquearse y el

poder de atención y concentración está reducido. El individuo no es tan versátil como de costumbre para dirigir el pensamiento hacia nuevas líneas que ayuden a resolver un problema. Por último, el alcohol interfiere con la facultad de juzgar y discriminar y con la eficacia de pensar y razonar con claridad.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE ALCOHOLISMO.

Los síntomas de alteraciones de la función gastrointestinal son especialmente comunes en los alcohólicos, y de ellos los más característicos son la náusea y el vómito matutinos.

Otra lesión común en la úlcera péptica, cuya frecuencia es muy elevada entre los alcohólicos.

El uso excesivo de alcohol es también un factor de importancia en la etiología de la pancreatitis. La forma más moderada de este padecimiento puede atribuirse a gastritis o pasar inadvertida, a menos que sea descubierta por una elevación transitoria del nivel de amilasa sérica. En ocasiones la pancreatitis se presenta como un estado de urgencia abdominal, con dolor epigástrico, vómito y rigidez de los músculos abdominales superiores.

Los síntomas de intoxicación alcohólica son causados por la acción depresora del alcohol sobre las células nerviosas, actuando en forma similar a los anestésicos generales. Sin embargo, en contraste con estos últimos, es muy pequeño el margen de seguridad entre la dosis de alcohol que produce anestesia quirúrgica y la que deprime en forma peligrosa la respiración,

hecho que es responsable de las muertes que llegan a presentarse en la narcosis alcohólica.

SINDROME DE ABSTINENCIA O DE SUPRESION.

De más graves consecuencias que los estados de intoxicación son los cuadros de temblor, alucinaciones, ataques epilépticos y delirio. Aunque el factor causal de tales trastornos es la embriaguez crónica, los síntomas se manifiestan después de un período de relativa o absoluta abstinencia de alcohol.

El síntoma más común del síndrome de abstinencia es el temblor, vulgarmente conocido como "agitación" o nerviosismo, asociado a irritabilidad general y síntomas gastrointestinales, en particular náusea y vómito. Los primeros síntomas se presentan por la mañana, después de varios días de estar consumiendo alcohol, luego del breve período de abstinencia que impone el sueño. El paciente siente la necesidad de calmar sus nervios tomando unas cuantas copas y, en efecto, tales molestias mejoran, pero reaparecen al día siguiente con mayor persistencia e intensidad. El tiempo que el cuerpo humano tolera estos abusos es muy variable.

El temblor generalizado es un signo sobresaliente de la enfermedad. Fluctúa mucho en cuanto a intensidad y es difícil reconocerlo cuando el paciente está relativamente calmado, pero al intentar hacer cualquier movimiento, y durante los períodos de tensión emocional, es visible e irregular. En algunos casos el temblor puede ser tan violento que el paciente es incapaz de

estar en pie, hablar o comer por sí mismo. Algunas veces el temblor casi no es visible, y el paciente sólo se queja de sentirse sacudido por dentro.

Cuando a un período de ebriedad crónica sigue una abstinencia relativa o absoluta existe marcada propensión a desarrollar ataques convulsivos.

Otro de estos trastornos lo constituye el Delirium Tremens, una de las más graves y espectaculares complicaciones del alcoholismo, y se caracteriza por un estado de confusión profunda, ilusiones, alucinaciones muy vividas, temblor, agitación y somnolencia, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo o sea, pupilas dilatadas, fiebre, taquicardia y sudación profusa.

El delirium tremens se presenta en varias formas. El paciente, un bebedor immoderado y consuetudinario durante muchos años, ingresa al hospital por un padecimiento cualquiera, accidente, operación o infección, y pocos días después cae en estado de delirio. O bien, después de una juerga prolongada, y de sufrir durante varios días temblor, alucinaciones o ataques, e incluso una vez recuperado de estos síntomas, es atacado en forma súbita de delirium tremens.

IX. TABACO.

PROPIEDADES.

La nicotina es la responsable de la dependencia física y de alteraciones en diversos aparatos y sistemas del organismo. El alquitrán a diferencia de la nicotina, no es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes diferentes, dentro de los cuales están los hidrocarburos aromáticos policíclicos que tienen poder carcinógeno.

La edad de inicio del hábito es de extrema importancia, ya que entre más temprano se inicia mayor será la probabilidad de que el fumador padezca alguna de las enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

Cuando el fumador se encuentra totalmente asintomático. Uno de los cambios iniciales es la parálisis ciliar, importante mecanismo de defensa, cuya función principal es eliminar a todos aquellos agresores que han logrado sortear las primeras líneas de defensa del aparato respiratorio y que han penetrado al tracto-respiratorio inferior. Al paralizarse los cilios, las partículas extrañas no serán expulsadas y su efecto nocivo se facilitará en gran manera.

Los macrófagos alveolares también son fundamentales para la defensa del aparato respiratorio; el humo del tabaco provoca que disminuyan su función, lo cual favorece la aparición de infecciones respiratorias.

En fumadores jóvenes asintomáticos, son el aumento en la cantidad de polimorfonucleares, el aumento de inmunoglobulina A. En conjunto, estas alteraciones van a facilitar las infecciones y daños al pulmón y propician el desarrollo de la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

El enfisema pulmonar es la consecuencia más severa del tabaquismo sobre el aparato respiratorio, además del cáncer pulmonar. Esta enfermedad se caracteriza por destrucción alveolar y atrapamiento aéreo y tiene la característica de ser irreversible. Su síntoma principal es la disnea, la cual es progresiva e incapacitante. El paciente bronquítico crónico o enfisematoso es más susceptible a padecer infecciones del aparato respiratorio, que además son más severas y ponen en peligro su vida.

El adolescente fuma por imitación, porque ve fumar a sus padres y a las personas mayores, y de esta manera manifiesta su deseo de parecerse a ellos. Son numerosos los estudios que lo demuestran; es más factible que un adolescente fume, si sus padres lo hacen, por lo cual, mientras la proporción de adultos que fuman sea importante, los jóvenes continuarán el hábito tabáquico. Esta experiencia casual los llevará a la adquisición de un hábito que va a persistir, en la mayoría de los casos, toda la vida.

Como resultado de las necesidades del estudiante y del adolescente, existe la dependencia a grupos que tienen como función proporcionarle la oportunidad de experimentar con una

gran variedad de conductas sociales, que pueden ser aceptadas y reforzadas y a través de las cuales logran expresar la independencia y separación de sus padres. En este período convergen varios factores que inducen a fumar; entre los más importantes destacan (señalados por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1984):

CURIOSIDAD

La mayoría de los niños o adolescentes empiezan a fumar con el propósito de investigar que es lo que sienten sus padres, hermanos mayores o compañeros cuando lo hacen. Quieren saber a que sabe el cigarro y que sensación produce.

ANTICIPACION A LA EDAD ADULTA.

Fumar produce en los jóvenes un sentimiento de pertenencia al mundo de los adultos. Esta actitud es explotada por los medios de comunicación que presentan al fumador como una persona madura, con personalidad audaz, con atractivo sexual, dinero y éxito. Los jóvenes generalmente comienzan a fumar para sentirse identificados con esta imagen.

REBELDIA.

Muchos jóvenes, hombres y mujeres, utilizan el cigarro para mostrar su inconformidad frente a la sociedad y por este medio, ser reconocidos y tomados en cuenta.

EJEMPLO DE LOS PADRES, HERMANOS MAYORES Y AMIGOS.

Uno de los aspectos importantes del aprendizaje en la conducta del fumar es la imitación.

DISPONIBILIDAD.

Es más fácil fumar si el acceso a los cigarrros es fácil, lo cual se favorece cuando en el hogar o en el trabajo hay personas que fuman. Los cigarrros se venden en casi todos los comercios y fumar es un hábito aceptado socialmente.

DEPENDENCIA FISICA O ADICCION

Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta, cuando se suspende bruscamente la droga, como síndrome de abstinencia, el cual se caracteriza por trastornos psicológicos más o menos intensos.

DEPENDENCIA PSICOLOGICA O HABITUAL.

Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que al suprimirla se siente la imperiosa necesidad de consumirla. En muchas ocasiones es más difícil deshacerse de la física, ya que al fumar se asocia con situaciones gratificantes o relajantes.

CANCER

El cáncer pulmonar es el más relacionado con el tabaquismo, sobre todo en su estirpe epidermoide y de células pequeñas, este último se caracteriza por ser muy agresivo, ya que se disemina desde que se inician los primeros cambios celulares. Se ha observado que entre los primeros cambios neoplásicos y las manifestaciones clínicas del cáncer, pueden transcurrir hasta diez años.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

En los Estados Unidos, se atribuyen al tabaquismo de 30 a 40% de las 565,000 muertes anuales causadas por enfermedad coronaria. Estudios realizados en otros países, han revelado que el infarto al miocardio y la muerte por enfermedad coronario es 70% más elevada en fumadores que en no fumadores.

Los componentes del humo del tabaco, en particular la nicotina y el monóxido de carbono, son los responsables de los efectos nocivos sobre el aparato cardiovascular. El monóxido de carbono produce la aterosclerosis y la vasoconstricción sistémica, causada por la liberación de catecoláminas a partir de la médula suprarrenal. El infarto del miocardio es consecuencia de ambas causas, actualmente es una importante causa de incapacidad y muerte prematura.

Además de las enfermedades cardiovasculares, un fumador puede presentar alteraciones en el aparato digestivo, tales como aumento en la motilidad intestinal, disminución del apetito, aumento en la secreción de saliva y de ácido clorhídrico, lo que predispone a la gastritis y la úlcera péptica.

X. DISOLVENTES E INHALABLES.

Bajo este encabezado incluimos diversas sustancias que se usan principalmente en la industria así como en el hogar, y su composición química es por lo general muy variada. Se incluyen pegamentos, aerosoles, tintas para zapatos, gasolina para encendedor, disolventes para lacas, barnices y pinturas y un grupo muy heterogéneo de sustancias, a las cuales se les ha llamado también disolventes industriales.

Se encuentran sustancias tales como tolueno, xileno, benceno, alcohol metílico, metilacetona, metiletilacetona, acetona, exano, tetracloruro de carbono, entre otras. No obstante, se ha señalado al tolueno como sustancia que provoca la mayoría de los efectos psicotrópicos. Por lo general son inhalados intencionalmente por niños y jóvenes de los estratos socioculturales más pobres, con baja escolaridad y grave desintegración familiar.

FARMACOLOGIA.

Debido a la amplia diversidad de sustancias que se inhalan, no se sabe con detalle sus interacciones, pero está bien demostrado que se absorben rápidamente por el aparato respiratorio, por la amplia superficie pulmonar, pasando directamente a la sangre y por su alto poder liposoluble cruzan con facilidad la barrera hematoencefálica, alcanzando inmediatamente el cerebro. Tanto por la elevada bioaccesibilidad de las sustancias, como por el enorme flujo sanguíneo que recibe

el cerebro, el resultado es inmediato, y tiene la desventaja de que puede sobrepasar al efecto deseado, y deprimir profundamente al sistema nervioso central. Por este mecanismo, actúan como verdaderos anestésicos o narcóticos. La depresión del SNC, se lleva a cabo por un impedimento en la neurotransmisión, debido a modificaciones en la permeabilidad de la membrana neuronal, a partir de los dos minutos de inhalación puede encontrarse el tolueno en la sangre, aunque a los diez, los niveles plasmáticos son más elevados y curiosamente, la sintomatología decrece.

SINTOMATOLOGIA.

Dentro de los síntomas sobresalientes se encuentran: lenguaje incoherente, desorientación, mareo, euforia, alucinaciones auditivas y visuales, disartria, alteración de la capacidad cognitiva, incoordinación psicomotora, ataxia, disgregación del pensamiento, somnolencia, estupor, pérdida de conciencia, crisis convulsivas, desinhibición, agresión y autoagresión, midriasis, nistagmus, taquisfigmia, distorsión visoespacial (macropsias, micropsias). El cuadro semeja una crisis de epilepsia psicomotora, se puede presentar un cuadro confesional prolongado, descrito también como síndrome cerebral agudo, el cual puede durar muchos días.

MANIFESTACIONES CONDUCTUALES.

El cuadro clínico se caracteriza por retraimiento emocional, retardo motor, halitosis, depresión, preocupaciones somáticas, alucinaciones, ansiedad, suspicacia, tensión emocional y desorganización conceptual, trastornos de la atención, memoria, del comportamiento social, de los sentimientos y del estado de ánimo, así como trastornos en el curso del pensamiento.

ALTERACIONES NEUROBIOLÓGICAS EN LA CONDUCTA PRODUCIDA POR INHALABLES.

Los fármacos depresores disminuyen la actividad refleja somática visceral, además hay pérdida de la actividad motora y de las respuestas a los estímulos ambientales.

Determina reacciones de euforia inicial y alucinaciones por acción sobre el complejo amigdalino y disfunción del sistema límbico. Al principio de su inhalación se produce hiperactividad, si se continúa la inhalación, se reduce la actividad motora y la intensidad de las respuestas a los estímulos ambientales, llegando a veces al estado catatónico, con aumento del tono muscular y de la actividad refleja somática, desarrollo de crisis mioclónicas pasando por una etapa de ataxia. Sobrevienen diversos automatismos durante los cuales no hay respuesta a los estímulos del medio ambiente.

La sintomatología neurológica y psiquiátrica es debido a que las sustancias producen destrucción de las células nerviosas en forma difusa y progresiva en diferentes lugares del cerebro, cerebelo y médula espinal (que produce principalmente el tolueno), así como degeneración con desaparición de muchas fibras nerviosas periféricas que alteran la sensibilidad y los movimientos (producidos por el hexano), lesiones irreversibles en todo el organismo.

En un número importante de adolescentes y jóvenes se desarrolla dependencia física y si se suspende la inhalación se desencadena un síndrome de abstinencia caracterizado por signos de excitabilidad, inquietud, ansiedad, cefalea y dolores abdominales y musculares entre otros.

RESULTADOS DE ALGUNAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL INSTITUTO MEXICANO DE NEUROLOGIA, MEXICO, D.F.

Tanto en el encéfalo de cinco casos humanos, como en el de los gatos y ratas intoxicadas crónicamente, después de 30 días de inhalación experimental, las lesiones más intensas se ven en las neuronas piramidales de la corteza cerebral, sobre todo en las áreas de las circonvoluciones frontoparientales, temporal y occipital.

En ratas estudiadas en forma total, fueron sacrificadas en las diferentes etapas de la investigación.

1.- Conforme aumenta el tiempo y la dosis de inhalación, las lesiones se agravan, son progresivas, al principio focales y después difusas.

2.- Se alteran las células y estructuras de todos los órganos.

3.- Las lesiones son parcialmente reversibles en algunos órganos, si se suspende la inhalación después de inhalar 45 ml. en 30 días y se sacrifican los animales después de 120 días de recuperación; estos son miocardio, hígado, bazo y riñón.

4.- Son irreversibles después de inhalar 67.5 ml. en 45 días, aún después cuando se suspenda la inhalación.

5.- Las lesiones de ataxia y destrucción neuronal, de fibras nerviosas centrales y periféricas, vainas de mielina, gliosis, ceguera, fibrosis de bazos capilares, pulmonar, hepática y renal, llevan a la esclerosis y atrofia.

6.- Los órganos linfohematopoyéticos (bazo, ganglios linfáticos y médula ósea roja, además de que cambian su estructura y se atrofian, disminuyen considerablemente la producción de células que intervienen en el proceso de autoinmunidad.

7.- Las gónadas presentan profundas alteraciones en la ovogénesis y espermatogénesis, así como en el resto de las glándulas endócrinas que modifican su secreción hormonal, por alteración de sus células que pueden atrofiarse o llegar a la necrosis (hipófisis, tiroides, paratiroides, páncreas en los islotes de Langerhaus y suprarrenales).

CAPITULO II

METODOLOGIA.

OBJETIVO GENERAL.

Se propuso investigar los efectos de un programa de Prevención Primaria en la Percepción del Medio Ambiente Social; Ansiedad Rasgo-Estado; Percepción del Medio Ambiente Familiar; bajo rendimiento académico; inadecuada conducta; en adolescentes de 13 a 16 años de edad, estudiantes de secundaria, varones, de alto riesgo al abuso de alcohol, tabaco e inhalación de disolventes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1) Probar un método de definición e identificación de Grupos de Alto Riesgo a través de la comparación de los alumnos identificados en los dos extremos de la distribución de acuerdo con conducta inadecuada, aprovechamiento escolar, presencia de bebidas alcohólicas, tabaco o solventes y problemas familiares y la ausencia de estos problemas (bajo riesgo) con la colaboración del Departamento de Coordinación Educativa.

2) Implementar un programa de prevención primaria para el abuso de alcohol, tabaco e inhalación de disolventes en un grupo de adolescentes varones de 13 a 16 años estudiantes de alto riesgo de secundaria.

3) Evaluación de un programa de intervención en un grupo de alto riesgo, a través de sus efectos hacia la Percepción del Ambiente Familiar, Ambiente Social y Ansiedad Rasgo-Estado.

HI:(1) Existen diferencias en la percepción del medio ambiente familiar; del medio ambiente social; ansiedad rasgo-estado; rendimiento escolar e inadecuada conducta entre los sujetos del grupo de bajo riesgo y del grupo de alto riesgo.

HI:(2) Existen diferencias en la percepción del medio ambiente social; ansiedad rasgo-estado; percepción del medio familiar; rendimiento escolar; conducta inadecuada en los sujetos de alto riesgo entre la preevaluación y postevaluación, ante un programa de prevención primaria.

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Alto riesgo.- Wolman (1973) señala que alto riesgo es seleccionar a individuos o conceptos para la inclusión o exclusión en un grupo de pruebas. Buscando una serie de indicadores, es decir, si el sujeto presenta algunos o todos los indicadores, es probable que si no padece el trastorno posee un alto índice de probabilidad de presentarlo.

DEFINICION OPERACIONAL.

Alto riesgo: con 2 a 5 materias reprobadas.

- Carta condicional de inscripción.
- Inadecuada conducta (faltas de respeto a compañeros, maestros o al personal, saltarse las bardas, no entrar a clase).
- Antecedentes de consumo de alcohol, tabaco o solventes en el medio familiar.
- Antecedentes de problemas familiares.
- Reporte haber consumido alguna vez en su vida alcohol, tabaco y solventes.

Bajo Riesgo: - Sin antecedentes de haber consumido alguna vez en su vida alcohol, tabaco y solventes.

- Alumnos considerados dentro del cuadro de honor.
- Sin antecedentes de consumo de alcohol, tabaco o solventes en el medio familiar.
- Sin antecedentes de problemas familiares.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Adolescencia: Período de la vida humana, durante el cual alcanzan su madurez las funciones sexuales, es decir, el período comprendido entre el cambio de la pubertad y la edad adulta (C. Worren, 1973).

DEFINICION OPERACIONAL.

Tener entre 13 y 16 años de edad.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Percepción: Magaña (1988) señala que el ser humano requiere formarse impresiones de lo que ellos son, estas impresiones le permitirán tener imagen de lo que es la gente, de lo que sienta hacia ella y de la forma en que pueda relacionarse con estos.

DEFINICION OPERACIONAL

Calificación obtenida en la Escala de Ambiente Familiar.

Calificación en la Escala de Percepción del Ambiente Social.

Calificación en el Inventario Ansiedad Rasgo-Estado.

DEFINICION CONCEPTUAL.

PREVENCION PRIMARIA.

"Conjunto de acciones dirigidas a incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños a la salud" (IMSS, 1994).

"Tiene por objeto evitar la aparición de nuevos casos de abuso de las drogas y el alcohol, reduciendo el consumo de estos mediante actividades de fomento a la salud (OMS), lo cual puede entenderse como evitar que se haga uso indebido de drogas y de que aparezcan nuevos casos".

DEFINICION OPERACIONAL

PREVENCIÓN PRIMARIA.

Los temas a abordar serán los siguientes:

Presentación

Objetivo.- Que el grupo de alto riesgo conozca al equipo de trabajo dentro de un ambiente respetuoso y cordial; sepa cual será la función de este equipo de trabajo; se informe en torno a los temas a abordar y con que objetivos; el tiempo que durará cada sesión de trabajo, horario y día; hacer una descripción de las reglas y normas dentro del grupo, con la institución y fuera de ella; así como el pedir a cada uno de los integrantes del grupo se presente y hable un poco sobre sí mismos.

Tema: *Adolescencia*

Objetivo: conocer los cambios físicos y psicológicos.

Material de apoyo: transparencias y acetatos.

Actividad en casa: pedir a alguno o ambos padres escriban en una tarjeta tres cosas positivas y tres negativas que han tenido a partir de haber cumplido los 13 años, sin comentarlo.

Evaluación: reflexión sobre la tarea.

Tema: *Reprobación Escolar.*

Objetivo: revisar los motivos para la reprobación escolar.

Material de apoyo.- Transparencias y acetatos.

Actividad en casa.- Realice un análisis del lugar donde estudia, el horario, las actividades que realiza después de ir a la escuela, cómo realiza sus apuntes y tareas, cómo se comporta dentro del salón de clases, con qué materias tiene dificultad y por qué considera que se da.

Evaluación: reflexión sobre la tarea

Tema: *Medios de Comunicación como Transmisores de Mensajes hacia el Alcohol y Tabaco.*

Objetivo: conocer y concientizar el manejo de los medios en términos de los mensajes utilizados y su influencia.

Material de apoyo: transparencias, revistas, periódicos y acetatos.

Actividad en casa: anotaciones en papel de los mensajes que maneja la televisión, la radio, anuncios callejeros, revistas, periódicos; hacia los productos alcohólicos y tabáquicos.

Evaluación: reflexión sobre la tarea.

Tema: *Tiempo Libre*

Objetivo: hacer un análisis del manejo del mismo, organización, tipo de actividades y cómo lo maneja la familia.

Material de Apoyo: transparencias y acetatos.

Actividad en casa: registro de actividades dentro del tiempo libre.

Evaluación: reflexión sobre la tarea.

Tema: Comunicación con los padres.

Objetivo: favorecer la comunicación con su familia, los amigos, la autoridad, etc., identificando diversas formas de comunicación familiar.

Actividad en casa: pedir a los adolescentes que escriban una carta dirigida a alguno de sus padres o a ambos. En dicha carta podrán expresar alguna duda o sentimiento hacia ellos, comentando que el propósito de la carta es que ellos (los adolescentes) se sientan en completa libertad y confianza para dirigirse a sus padres.

Evaluación: se comenta con los adolescentes la actividad en casa, dificultades y respuestas de ambas partes.

Tema: Sentimientos de agrado y desagrado.

Objetivo: permitir la libertad de expresión de sentimientos de agrado, desagrado, afecto o agresión.

Tarea en casa: manifestar a uno o ambos padres una cosa que le agrade, otra que le desagrada y otra que le enoje.

Evaluación: se comentan las experiencias vividas, dificultades, etc.

Tema: Manejo del afecto y comunicación no verbal.

Objetivo: identificar los sentimientos que entran en juego en una relación interpersonal, identificar y responder a las manipulaciones afectivas que pueden provenir tanto de las amistades como de familiares.

Dinámica: que hable la mano.

Material de apoyo: transparencias.

Actividad en casa: el coordinador pedirá a los adolescentes que pongan atención a lo que sucede en su familia, entre sus amigos o entre sus hermanos, con el fin de que detecten alguna situación de chantaje emocional.

Evaluación: preguntar si se detecto alguna situación de chantaje emocional. Comentar sobre las conductas, actitudes y sentimientos asociados con la situación analizada.

Tema: *Asertividad.*

Objetivo: aprender a expresar lo que se quiere de manera directa, clara y abierta, aprender a defender lo que se quiere, identificar conductas asertivas.

Ejercicio: aprendiendo a ser asertivo.

Material de Apoyo: material didáctico del ejercicio.

Actividad en casa: practicar la comunicación asertiva con alguna persona durante 24 horas.

Evaluación: analizar, como se sintieron al comunicarse asertivamente a cualquier interacción personal durante 24 horas, qué dificultades encontraron para comunicarse asertivamente, qué respuesta recibieron.

Tema: *Alcoholismo.*

Objetivo: analizar las causas, manifestaciones y sus consecuencias.

Material de apoyo: transparencias.

Ejercicio: sociodrama de alcoholismo.

Actividad en casa: pedir a los adolescentes realicen visitas a una granja de alcohólicos anónimos, Grupo de A.A., realizando preguntas cómo, quiénes, y cómo y cuándo ingresan a un grupo de este tipo y qué podría hacer esa persona para prevenirlo en los jóvenes.

Evaluación: comentar la información de las entrevistas efectuadas.

Tema: Tabaquismo

Objetivo: identificar los síntomas de las enfermedades por tabaquismo, examinar los factores y situaciones facilitadoras, las consecuencias físicas y psicosociales.

Material de apoyo: transparencias y acetatos.

Actividad en casa: visita al Hospital de Enfermedades Respiratorias (Clínica de Tabaquismo) realizando entrevistas sobre la situación del adicto al tabaco.

Evaluación: comentarios sobre las entrevistas.

Tema: Inhalación de solventes industriales.

Objetivo: conocer los daños familiares, sociales, individuales por inhalación de solventes.

Material de apoyo: transparencias.

Actividad en casa: revisión de material bibliográfico, facilitado por el coordinador del grupo.

Evaluación: comentar lo revisado.

Tema: Valores

Objetivo: explorar los valores personales que se manejan en la adolescencia, comparar los valores que los adolescentes poseen, con los valores de sus familiares y amigos.

Dinámica: la matriz de valores.

Actividad en casa: pedir a los adolescentes que en una hoja en blanco escriban los cinco valores más importantes para ellos.

Evaluación: comentar las experiencias de los adolescentes al realizar la actividad en casa.

Tema:

Autoestima

Objetivo: identificar habilidades y limitaciones de si mismos, aspiraciones personales y sociales, analizar la autoestima, aceptar las características propias.

Dinámica: Línea de vida.

Actividad en casa: solicitar a los adolescentes que le hagan a una persona importante para ellos la siguiente pregunta:

¿Qué cosas ves en mí que me hagan ser un hombre útil cuando sea mayor?

Evaluación: comentar la experiencia de los adolescentes.

Tarea en casa: manifestar a uno o ambos padres una cosa que le agrade, otra que le desagrada y otra que le enoje.

Evaluación: se comentan las experiencias vividas, dificultades, etc.

Tema: Alternativas de prevención.

Objetivo: diferenciar otras formas de comportamiento.

Técnica: Dinámica El Simposio.

Material de Apoyo: rotafolio.

Actividad en casa: retome actividad de tiempo libre.

Evaluación: comentarios sobre la tarea.

Tema: Despedida.

Objetivo: devolver a cada uno lo observado en su proceso, evaluación del programa y de la manera en como fue dado, si se cubrieron expectativas y qué faltaría por lograr, sugerencias y cierre de grupo.

Cantidad de sesiones: 3.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Efectos en la percepción del medio ambiente familiar; medio ambiente social, ansiedad rasgo-estado (definidas a través de las calificaciones obtenidas en las escalas, págs. 161 a la 168), inadecuada conducta y bajo rendimiento académico en los sujetos de alto riesgo.

DISEÑO DE INVESTIGACION.

Se utilizó uno descriptivo o exploratorio y otro de intervención con pretest-postest de un solo grupo.

El primero con el objeto de orientar una selección óptima de un grupo de alto riesgo a través de la aplicación de escalas, como la de ambiente familiar, ambiente social y ansiedad rasgo-estado, conocer sus diferencias con el grupo de bajo riesgo y así diseñar el programa de prevención para el grupo de alto riesgo.

Es decir, recabar información para reconocer, ubicar y definir el problema, fundamentar la hipótesis, recoger sugerencias que permitieran afinar la metodología y depurar la estrategia (Rojas Soriano, 1980). Lo que permitió captar las características más sobresalientes del problema a investigar, las circunstancias en las que ocurre, recurrir a personas más especializadas en algún aspecto particular (Coordinación Educativa) para obtener datos más sistemáticos (Selltiz, 1965; Ander-Egg, 1978).

En el segundo grupo, el diseño utilizado fue el preexperimental con pretest-postest.

Tomando una medición inicial de la percepción del medio ambiente social; medio ambiente familiar; ansiedad rasgo-estado; inadecuada conducta y rendimiento académico; para después proporcionar el programa de prevención primaria y determinar si la variable independiente produjo alguna diferencia significativa.

POBLACION Y MUESTRA

Bajo dos rubros se diferenciaron los sujetos de la muestra; el grupo de bajo riesgo no tenía materias reprobadas, inscripción no condicional, buen comportamiento escolar, familia integrada; con promedio de calificaciones de 85 a 100. La Coordinación Educativa y Trabajo Social señaló no tener conocimiento de que se dieran problemas de consumo de alcohol, tabaco o solventes y de que tuvieran problemas familiares.

En cambio para el grupo de alto riesgo pudieron observarse características como:

2 a 5 materias reprobadas, bajo inscripción condicional, con reporte de inadecuada conducta escolar, con promedios de bajo rendimiento escolar, reportan presencia y consumo de alcohol y tabaco en el medio familiar y el haber consumido alcohol o tabaco alguna vez en su vida.

Alumnos que asisten a la secundaria, de primer, segundo y tercer año, sexo masculino y entre 13 a 16 años de edad.

El tamaño de la muestra se definió mediante un análisis previo de probabilidad de riesgo de una N=560 alumnos, el cual señaló un total de 86 alumnos para llevar a cabo el trabajo y que por falta de recursos se decidió con la colaboración del Departamento de Coordinación Educativa y Orientación elaborar un listado de alumnos de alto riesgo y bajo riesgo, quedando así una muestra estratificada de 120 sujetos, de la cual se tomó un muestreo probabilístico, por lo que cada sujeto tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado (Kerlinger, 1975; Duverger, 1976; Rojas, 1979), mediante la tabla de números aleatorios, obteniéndose un total de 56 sujetos.

INSTRUMENTOS.

I.- Escala de Ambiente Familiar.

La escala de ambiente familiar en sus diferentes formas ("E", "R", "S" e "I") fue desarrollado por Rudolf H. Moos (1974), y evalúa el clima social de todo tipo de familia basándose en la medición y descripción de las relaciones interpersonales en la estructura y organización de la familia. Se usa para evaluar a familias grandes y/o grupos familiares.

Entre los estudios que se han realizado con la escala están: evaluaciones del ambiente familiar con pacientes en tratamiento (Moos y Moos, 1984); evaluaciones sobre cambios que siguen a una terapia familiar (Furh, Moos y Dishotsky, 1981); como instrumento de diagnóstico y de auxilio para la formulación de estrategias de intervención (Moos y Furth, 1982); como instrumento predictivo (Ford, Baschford y De Witt, 1979; Quiroga y cols., 1990).

El formato de la escala cuenta con los datos de identificación, instrucciones y 40 items. Se aplica en forma individual y no requiere de limite de tiempo.

Compuesta por 10 subescalas y sus items y respuestas correspondientes se califican con "C" (cierto) o "F" (falso), siendo los siguientes:

Cohesión.- grado en el que los miembros de la familia se ayudan y apoyan unos a otros. Subescala compuesta por los siguientes items: 1C, 11F, 21C y 31C.

Expresividad.- grado en el cual la familia estimula a sus miembros de manera abierta, items: 2F, 12C, 22F y 32C.

Conflicto.- grado de angustia y agresión que se da en las interacciones familiares, items: 3C, 13F, 23 C y 33F.

Independencia.- grado en que los miembros estimulan la asertividad, autosuficiencia y autodeterminación, items: 4F, 14C, 24C y 34C.

Orientación de metas.- grado en el cual diferentes tipos de actividad como la escolar y laboral están orientadas hacia el logro de metas, items: 5C, 15C, 25F y 35C.

Orientación cultural-intelectual.- grado en que la familia se interesa en eventos políticos, sociales, intelectuales y actividades culturales, items: 6C, 16F, 26C y 36F.

Actividades de orientación y recreación.- grado en el cual la familia participa activamente en eventos deportivos y recreativos, items: 7F, 17F, 27F y 37C.

Enfasis moral-religioso.- grado en el cual la familia discute y enfatiza activamente sobre asuntos éticos, morales y religiosos, items, 8C, 18F, 28C y 38F.

Organización.- mide que tan importante es para la familia el orden y la estructuración de las actividades familiares; establece reglas claras como responsabilidades, items: 9C, 19C, 29F y 39C.

Control.- grado en el cual la familia está organizada de una manera jerárquica y los procedimientos de control que utilizan los miembros de la familia en su interacción, ítems: 10F, 20F, 30C y 40C.

Las 10 subescalas miden tres dimensiones:

Dimensión de relaciones. Evalúa el grado de confianza, ayuda y soporte que los miembros de la familia se brindan entre si, qué tanto cada miembro es estimulado para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos. Además mide el grado de angustia, agresión y conflicto expresado por los miembros de la familia.

A esta dimensión corresponden las subescalas de Cohesión, Expresividad y Conflicto.

Dimensión de Crecimiento Personal o de Orientación a Metas.- Esta dimensión mide el alcance de afirmación, autosuficiencia y toma de decisiones de cada miembro de la familia; que tanto cada actividad se orienta hacia una meta o trabajo competitivo por un lado, y por el otro, el grado de interés en la política, actividades sociales y recreativas, así como el énfasis en los valores morales y religiosos. A esta dimensión le corresponden las subescalas de Independencia, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual, Actividades de Orientación y Recreación y Énfasis Moral-Religioso.

Mantenimiento del sistema. Evalúa el grado de importancia de una organización y estructuras claras en la planeación de actividades familiares y responsabilidad de los miembros de la familia y la forma que se usan las reglas y los procedimientos en la vida familiar.

A esta dimensión corresponden las subescalas de Organización y Control.

Confiabilidad.

Las 10 subescalas de la Escala de Ambiente Familiar presentan consistencias internas de moderadas a altas (que fluctúan de 0.61 a 0.78) y confiabilidades test-retest bimestrales que son aceptadas (que fluctúan de 0.68 a 0.86).

Validez

Más de 50 estudios la han utilizado de diferentes maneras (Moos, et al., 1979; Moos y Moos, 1981), ofreciendo apoyo a la validez de constructo.

Investigaciones en las que se sustenta.

Moos (1974) refiriéndose a la escala de Ambiente Familiar; el primer uso de ésta, se derivó de descripciones detalladas del ambiente social de las familias para comparar las percepciones de sujetos, padres e hijos "normales" con el fin de advertir cambios en los ambientes familiares tomando en cuenta el tiempo para comparar diferentes familias. En los perfiles de la percepción de los padres e hijos se encontró que los padres percibían más énfasis en la escala de Independencia y Orientación Cultural-Intelectual, en comparación con los hijos. Sin embargo, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas al observar la tendencia de las madres a percibirse un alto énfasis sobre la

actividad recreacional en comparación con los padres. Las madres también percibían mayor énfasis en la orientación Cultural-Intelectual y Enfoque Moral-Religioso, en comparación con los padres, pero ninguna de estas tuvo diferencias estadísticamente significativas.

Nisle, et al., (1979) al realizar un estudio con 42 familiares de bebedores y 42 familias normales al aplicar la escala de ambiente familiar se observó que el grupo experimental (familias en tratamiento) obtuvo puntuaciones bajas significativas en las subescalas Cohesión, Orientación Cultural-Intelectual y Actividades de Orientación Recreativa: así mismo obtuvieron puntuaciones altas de Conflicto y Control, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las familias del grupo control obtuvieron bajas puntuaciones en Expresividad e Independencia y altas puntuaciones en Orientación a Metas, pero nuevamente estas diferencias no fueron significativas.

Felstead (1979) al aplicar la Escala de Ambiente Familiar a familias con un miembro alcohólico que se encontraban recibiendo un tratamiento en forma residencial, encontró promedios bajos de puntuación en las áreas de Cohesión, Expresividad, Independencia, Orientación Cultural-Intelectual y Orientación de Actividades Recreativas y un promedio alto en la puntuación en el área de Conflicto.

Christensen (1976) señala que varios estudios aseguran que la Escala de Ambiente Familiar (F.E.S.) es sensible a los cambios que ocurren en el ambiente familiar durante el tratamiento: por ejemplo, un estudio de un tratamiento programado en ocho semanas, con el objetivo de cambiar conductas delictivas. Programa de Cambio de Sistema Familiar de Christensen, se observo que el grupo de tratamiento percibió más cohesión y menor conflicto después del programa.

Estos cambios no se observaron en el grupo control que no recibió tratamiento.

Steinbock (1978), comparo tres grupos de adolescentes y sus padres: el primer grupo compuesto de adolescentes que se habían marchado de su hogar; el segundo grupo de adolescentes en crisis pero que no habían dejado su hogar y el tercer grupo formado por adolescentes que se encontraban en crisis. Los resultados encontrados no arrojaron diferencias significativas en los tres grupos en la percepción de los padres; pero en los adolescentes que se habían fugado de su hogar fue mucho menor la Cohesión, Expresividad, Independencia, Orientación Recreacional-Intelectual y más Conflicto y Control en sus familias que en cualquiera de los padres o miembros del grupo control. El autor concluye que la incongruencia de percepciones entre los adolescentes fugitivos y sus padres son cruciales y que los padres en estas familias tienden a negar el conflicto y a victimar a los niños.

Moos y Moos (1983), describe la escala de Medio Ambiente Familiar y el trabajo; como proveedoras de una perspectiva sobre la interacción persona-medio ambiente y el impacto de esa transacción sobre la adaptación.

Escalas que pueden ser usadas para describir el medio ambiente en el trabajo y en la familia; para comparar expectativas actuales y preferencias, así como para facilitar y monitorear cambios en el tiempo.

Petersen Kelley (1985), compara las respuestas de 38 jóvenes entre 11 a 19 años que asistían a grupo Alateen, los cuales tenían padres alcohólicos y se les aplicó el F.E.S. (Escala de Medio Ambiente Familiar) para comparar lo reportado por R. H. Moos et al. (1974).

Los resultados mostraron que los sujetos vieron a sus familias como menos cohesivas, expresivas, independientes y estructuradas.

También percibieron a sus familias como que tenían más conflictos y estaban menos involucrados en lo cultural intelectual y actividades recreativas.

II Escala de Percepcion del Medio Ambiente Social.

El fenómeno del ambiente percibido y su vinculación con la conducta (en este caso el uso de drogas), se convierte en un objeto de estudio, eligiendo como punto de partida teórico los trabajos realizados por Richard Jessor, investigador norteamericano con una larga trayectoria de investigación dentro de la psicología social, y en específico sobre el uso de drogas entre la juventud.

Jessor (1979) en su trabajo sobre el ambiente percibido y el estudio de los problemas conductuales del adolescente, desarrolla una reflexión importante sobre la naturaleza de la vinculación del medio ambiente percibido y la conducta.

Hace un recorrido sobre las diversas concepciones y definiciones que sobre el medio ambiente se ha hecho en la psicología, calificándolas de limitadas, como la que define al medio ambiente como el "estímulo" y de ambiguas, como la concepción de que la definición de ambiente no es necesaria ya que es suficientemente obvia en si misma.

A partir de esta postura, estipula los ambientes dentro de los cuales se emiten las conductas, son múltiples y variados, pero en relación a la conducta, pueden siempre acomodarse en una dimensión continua que fluctua de lo cercano a lo lejano, siendo lo percibido lo más próximo a la conducta y lo distal lo más lejano y no percibido por el individuo o por un grupo de individuos. Ejemplos de ambientes distales a la conducta son el ambiente físico, geográfico, biológico, etc., el ambiente

psicológico sería el más próximo a la conducta, el cual a su vez se distribuye en un continuo de lo lejano a lo cercano.

Esta aproximación social, resulta muy familiar para el clínico, que trabaja con problemas individuales, incluso el mismo Jessor reconoce que una construcción teórica de la percepción social, implica un trabajo parecido a los esfuerzos teóricos hechos en relación con la personalidad siendo necesario definir su estructura, su organización, su contenido, etc.

Para la validación del instrumento en población mexicana se tomó una muestra de 3,408 sujetos, distribuidos en un total de 81 grupos escolares, muestra obtenida de un universo de 787,282 sujetos, distribuidos en un total de 17,733 grupos, universo que constituye la población escolar de enseñanza media y media superior del D.F. y zona metropolitana.

El diseño muestral para obtener la muestra fue bietápico; en la primera etapa se seleccionaron escuelas, estratificándolas de acuerdo al tipo de escuela, zona socioeconómica de ubicación y el tamaño de la escuela y en la segunda etapa se seleccionaron grupos dentro de dichas escuelas en forma aleatoria siendo la unidad de muestreo el grupo escolar.

El instrumento de investigación está constituido por un total de 19 reactivos, distribuidos en cuatro áreas. cinco reactivos respecto al área familiar, cinco reactivos al área interpersonal con amigos, cuatro reactivos respecto al área escolar y cinco reactivos respecto al área interpersonal con personas del sexo opuesto.

Se pensó incluir esas cuatro áreas, basándose en que el medio ambiente que rodea a un adolescente está constituido principalmente por sus relaciones con su familia, sus amigos, su escuela y por sus relaciones con personas del sexo opuesto, por lo general, otras ligas medio ambientales, como pueden ser la vida laboral, conyugal y relaciones con otras instituciones, no forma parte de su medio ambiente común.

Se intentó investigar su percepción subjetiva, y no dar cuenta de una descripción de la realidad. Por tanto, en este caso no importo la conducta real de los padres con respecto al apoyo de los intereses, emociones y proyectos del hijo, sino la percepción subjetiva del actor (en este caso, el estudiante) con respecto a su medio ambiente.

La percepción subjetiva relativa al contenido de cada reactivo, se mide utilizando una escala de 1 a 7, en donde los extremos de la escala están constituidos por el completamente afirmativo y por el completamente negativo.

Cada uno de los reactivos se califican sumando los puntajes, constituidos por la posición que el sujeto toma dentro del continuo. De tal manera que cada una de las áreas tiene un puntaje total, cuyo significado se interpreta así: a mayor puntaje, más distal es el ambiente percibido.

Suponiendo que la escala puede dar resultados por área: medio ambiente familiar, medio ambiente escolar, medio ambiente del grupo de pares, medio ambiente del grupo del sexo opuesto, o bien en forma global; medio ambiente social.

Todos los reactivos, de todas las áreas, tuvieron un alto poder discriminativo, debido a que obtuvieron coeficientes altos y significativos, es decir, que la dirección que toma la calificación del reactivo se conserva en la calificación total del área, si el puntaje del reactivo es elevado, la calificación total del área también se eleva y viceversa; con excepción de los reactivos número 4, que investigan el control percibido por el estudiante en cada área, el reactivo se plantea así: "piensas que hay cosas que quisieras hacer, pero que no realizas por miedo a que te lo impidan (tu familia, tus amigos, tus maestros, personas del sexo opuesto)".

En tres áreas los coeficientes fueron negativos lo que indica que mientras el puntaje del reactivo aumenta, el puntaje del área disminuye y viceversa.

Los coeficientes de correlación entre áreas, fueron todos significativos al .01, lo que indicó que las áreas están asociadas entre sí, positivamente, es decir, que si el puntaje de una área aumenta, los puntajes de las demás también sufrirán un aumento.

Los análisis hechos a la distribución de los puntajes en la muestra total y a los reactivos de la escala, dan alguna información sobre la forma en que los estudiantes y los subgrupos demográficos, distribuyen sus puntajes de calificación y sobre algunos aspectos de validez como el poder discriminativo de los reactivos.

Investigaciones en las que se sustenta.

Castro y Maya (1981), realizaron un análisis de las respuestas de la población estudiantil a tres escalas Psicosociales, comparando entre usuarios y no usuarios de droga.

Es así, como respecto al "medio ambiente percibido" el objetivo fue encontrar variables percibidas como proximales por el estudiante y analizar el tipo de vinculación que este tipo de variables guarda con el uso de drogas.

De los individuos incluidos en dicha muestra, 50.2% eran hombres y 49% mujeres; 76% contaba de 14 a 16 años y el 21.3%, 17 y más de 18 años, siendo así un total de 3,408 sujetos.

La proporción de estudiantes que percibieron como "distal" su medio ambiente fue significativamente mayor ($p < .05$, tabla de significancia de porcentajes) para los grupos de usuarios de las tres drogas consideradas en el área familiar, en el área interpersonal (grupo de pares) y en el área escolar, siendo mayor la diferencia en el área familiar para el grupo de usuarios actuales.

En el área interpersonal, en lo que se refiere al grupo heterosexual, las diferencias de proporción entre los tres grupos no llegó a ser significativo para los usuarios de anfetaminas; siendo casi nula para los usuarios de inhalantes y en los usuarios de marihuana, siendo el grupo de no usuarios el que percibió distal su medio ambiente en mayor proporción que aquellos que han usado alguna vez la droga.

Los resultados indicaron que en comparación con las otras áreas, tanto los usuarios como los no usuarios percibieron distal su medio ambiente heterosexual en menor proporción, lo cual fue explicable por la etapa de desarrollo en la que se encontraron los estudiantes y en la cual la relación con personas del sexo opuesto ocupa un interés particular, constituyendo incluso una tarea importante del desarrollo.

En términos porcentuales, un número significativamente mayor de usuarios de droga, en comparación con los no usuarios, percibe su medio ambiente familiar, interpersonal con el grupo de pares y escolar como distal.

Estos resultados comprueban la hipótesis que se planteó al inicio del reporte, e indican que es importante seguir analizando las variables que miden su relación asociativa y predictiva con el uso de drogas, entre la población de estudiantes mexicanos, en base a los cuales podrán sugerirse programas preventivos específicos, dirigidos a la población escolar.

III.- Escala de Ansiedad Rasgo-Estado.

El inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI (Stat Trait-Anxiety Inventory 1) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Util en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo del Inventario de la Ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Los conceptos de Ansiedad-Estado y de Ansiedad-Rasgo.

La ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos concientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado.

Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta Ansiedad-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima.

Aplicación.

El IDARE fue diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicable ya sea individualmente o en grupo. El inventario no tiene límite de tiempo en su aplicación.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan, en relación con el "estado" el debe reportar como se siente en ese momento específico, y que las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique como se siente generalmente.

Calificación.

Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1. no en lo absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3 ó 4, en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2 y 1 respectivamente.

La escala A-Rasgo del IDARE tiene 7 reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A-Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Escala A-Rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19.

Hay plantillas para la calificación manual de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE. Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo.

La construcción del IDARE, se inició en 1964 con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionará medidas objetivas de autoevaluación, tanto de la ansiedad-estado como de la ansiedad-rasgo.

La más reciente revisión del IDARE reporta que un total de más de 3,000 estudiantes universitarios y de bachillerato han sido examinados. Además se han obtenido datos normativos de más de 600 pacientes neuropsiquiátricos y médicos, y aproximadamente de 200 reclusos jóvenes.

El IDARE es un instrumento útil y versátil para medición, tanto de la ansiedad-estado como de la ansiedad-rasgo y su contenido, su validez de construcción y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas.

Confiabilidad.

La confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo del IDARE, es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado del IDARE tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Tanto la escala A-Rasgo como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna.

Validez.

El IDARE provee medidas operacionales de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo tal cual estas locuciones empíricas fueron definidas con anterioridad. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez preescritos, para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario a fin de poder ser conservadas para la evaluación y validación. Ver Spielberger & Gorsuch (1966), Spielberger, et al. (1968).

La evidencia acerca de la validez concurrente de la escala A-Rasgo del IDARE se presenta la correlación con la Escala de Ansiedad IPAT (Cattell and Scheier, 1963) La Escala de Ansiedad Manifestada (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (1960) (AAFL), en su forma general. Es de notarse que las correlaciones entre el IDARE, el IPAT y el TMAS son moderadamente altas tanto para los estudiantes universitarios como para los pacientes.

Correlación entre las Escalas A-Rasgo y A-Estado.

Por lo general, se obtienen correlaciones más altas entre las escalas, bajo condiciones en las que hay alguna amenaza a la autoestima o bajo circunstancias en las cuales se evalúa la eficacia personal, que cuando se obtienen medidas en situaciones caracterizadas por peligros físicos.

Investigaciones en las que se sustenta.

1. Hodges (1967) encontró que las calificaciones de estudiantes no graduados de la Universidad de Vanderbilt en la escala A-Estado del IDARE, aumentaban de un período de descanso a un período de tensión para los sujetos expuestos a dos condiciones diferentes de tensión. Estas condiciones fueron denominadas "amenaza de fracaso" y "amenaza de choque eléctrico". En la condición de amenaza de fracaso se le dijo a cada uno de los sujetos que no estaba realizando su tarea tan bien como la mayoría de los demás. En esta condición Hodges encontró que la magnitud del cambio de las calificaciones de A-Estado del IDARE era más grande para los sujetos con niveles altos de A-Rasgo (medido por el TMAS) que para los sujetos con calificaciones bajas de A-Rasgo. En contraste, en el caso de los sujetos con la condición de amenaza de choque eléctrico, a quienes se dijo que habían realizado bien su tarea, pero que iban a recibir varios "fuertes pero no dañinos" choques eléctricos (en realidad nunca se dio ningún choque eléctrico), los aumentos en A-Estado resultaron no tener relación con A-Rasgo.

Gorsuch (1969), aplicó la escala A-Rasgo del IDARE a estudiantes no graduados de la Universidad de Vanderbilt, inscritos en un curso de personalidad durante clases, al principio del semestre y luego volvió a aplicar la escala a la mayoría de estos estudiantes un mes después. Durante este mes, la escala A-Estado del IDARE fue aplicada tres veces por semana al principio del período de clase. Gorsuch encontró que los estudiantes que mostraron un aumento de A-Rasgo, después de un

mes tenían significativamente promedios más altos de ansiedad-estado en la carta semana, que él que reportaron durante la primera semana del estudio.

Aún cuando los aumentos en la ansiedad-rasgo fueron precedidos por un período en el cual hubieron aumentos sustanciales de A-Estado, los niveles más altos de A-Estado no produjeron necesariamente aumentos en A-Rasgo. Los aumentos en las calificaciones de A-Rasgo fueron determinadas primariamente por factores externos, o que resultaron de conflictos psicodinámicos o de tensiones interpersonales. Otro hallazgo de interés en este estudio fue el que las calificaciones promedio de los estudiantes A-Estado en el período de clase durante el cual se les hizo examen, resultaron ser significativamente más altas que las obtenidas en cualquier otro día.

Hodges y Felling (1970), aplicaron el IDARE junto con un "Cuestionario de Situación Tensionante" (CST) a 228 estudiantes no graduados inscritos en un curso introductorio de psicología en la Universidad de Colorado. El CST describe 40 situaciones tensionantes (por ejemplo, "presentar un examen en el que se espera fracasar"; "dirigirse a una cita a ciegas"; "ser pasajero en un aeroplano durante una tempestad"). En él se pide a los sujetos que se autoevalúen en el grado de aprensión o preocupación que creían que sentirían en cada una de estas situaciones. Se calcularon correlaciones entre las autoevaluaciones para las distintas situaciones y se extrajeron cuatro factores de la matriz resultante: dolor y peligros

físicos, aprensión acerca de la participación en el salón de clase, preocupación acerca del fracaso social y académico y aprensión a situaciones de cita. La escala A-Rasgo del IDARE correlacionó significativamente con los tres factores que involucraron tensión psicológica o amenaza a la auto-estima (amenazas al yo) pero no mostraron relación con el factor que implica dolor y el peligro físicos. Los autores interpretaron sus resultados como respaldando la teoría de la ansiedad rasgo y estado (Spielberger, et al., 1971).

O'Neil, Spielberger & Hansen (1969), utilizaron el IDARE con estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida para evaluar la relación entre la ansiedad-estado y la ejecución en una tarea de aprendizaje con auxilio de computadora. Encontraron que tanto las calificaciones de A-Estado del IDARE como la presión sistólica sanguínea, se incrementaron cuando los estudiantes trabajaban con materiales de difícil aprendizaje y disminuían cuando respondían a materiales fáciles. El mismo patrón de cambios se observó en escalas A-Estado de 5 reactivos presentadas dentro de los materiales de aprendizaje, que con la escala A-Estado de 20 reactivos aplicada antes y después de cada tarea. Los estudiantes con calificaciones altas de A-Estado cometieron mayor número de errores en los materiales fáciles, que los estudiantes con calificaciones bajas de A-Estado. Bajo el supuesto de que el nivel de A-Estado corresponde al nivel de pulsión de la teoría del aprendizaje de Hull (1943), estos hallazgos son consistentes con la teoría de la pulsión (Drive Theory) (Spence & Spence, 1966).

O'Neil (1969), investigo los efectos de la tensión y de la ejecución en el aprendizaje con auxilio de computadora, para mujeres estudiantes universitarias con calificaciones extremas en la escala A-Rasgo del IDARE. La tensión fue inducida por retroalimentación acerca de la ejecución en la misma tarea de aprendizaje de Matemáticas empleada en los estudios previos.

Para la condición de tensión O'Neil encontró que las estudiantes con alta calificación en A-Rasgo respondieron con más altos incrementos iniciales en la intensidad de A-Estado que las estudiantes con baja calificación en A-Rasgo. Las estudiantes AA también mostraron una mayor declinación en A-Estado durante la tarea de aprendizaje, en contraste con estudiantes AB cuyas calificaciones medias de A-Estado permanecieron en los niveles iniciales. Los cambios con A-Estado observados por O'Neil en la condición de no tensión fueron esencialmente iguales a las que se encontraron en los estudios previos, es decir, niveles más altos de A-Estado fueron observados para las partes más difíciles de la tarea que para los materiales de aprendizaje más fáciles y los cambios en A-Estado no resultaron relacionados significativamente al nivel de A-Rasgo. Respecto a la ejecución en la tarea de aprendizaje, O'Neil encontró que los estudiantes con calificaciones altas de A-Estado produjeron mayor número de errores que los estudiantes con baja A-Estado a lo largo de la tarea de aprendizaje.

Taylor, Wheeler y Altman (1968), usaron la escala A-Estado para evaluar cambios en el nivel de ansiedad como función de las variaciones en la tensión inducida experimentalmente en jóvenes marineros confinados por períodos de aislamiento hasta de 8 días en el Naval Medical Research Institute de Bethesda, Maryland. Los grupos a los que se les dieron instrucciones de suponer misiones (simuladas) que les demandarían el permanecer en aislamiento por veinte días y que "abortaron" la misión antes de terminarla reportaron más ansiedad (más altos niveles de A-Estado), que los grupos sin éxito a los que se les dieron instrucciones de suponer misiones de cuatro días. De manera semejante, los grupos con suposiciones de misiones por largo tiempo, que terminaron con éxito la misión asignada, reportaron más ansiedad (A-Estado) que los grupos que tuvieron éxito con suposiciones de misiones cortas.

Graham (1969), realizó una serie de entrevistas con dos grupos de esquizofrénicos recientemente admitidos al hospital psiquiátrico del Estado de Pennsylvania. A un grupo de pacientes (Grupo L), se le presentó una serie de láminas que representaban a dos personas interactuando, al segundo grupo (grupo D), se le requirió que respondiese a descripciones verbales estandarizadas de las mismas láminas. La meta fundamental de este estudio consistió en determinar si existía alguna diferencia entre estos grupos respecto a su nivel de ansiedad inmediatamente después de la entrevista. Como se predijo, las calificaciones promedio de A-Estado del IDARE de los pacientes en el grupo L, resultaron significativamente más altas que las de los pacientes en el grupo

D. Aún cuando la muestra fue pequeña, los resultados sugieren que la escala A-Estado del IDARE, puede ser útil para evaluar el grado de ansiedad experimentada por los pacientes cuando responden a pruebas tales como el TAT y el Rorschach.

ESCENARIO.

La aplicación de instrumentos se llevo a cabo en el salón de juntas de la Escuela Secundaria No. 96.

Así mismo, se utilizó el mismo espacio para la implementación del Programa de Prevención Primaria.

En condiciones naturales de trabajo y con mobiliario como: sillas, pizarrón, encortinado, suficiente iluminación y privacidad; contando con rotafolios, videocassetera Sony y televisor de 22" con pantalla de color, proyector de transparencias, proyector de cuerpos opacos, suficiente ventilación y un espacio amplio

Por otro lado, se hace una breve descripción de la zona donde está ubicada la institución, y así, tener una perspectiva de la situación que rodea a la misma.

Ajusco "Lugar de ranillas o floresta en el agua", según el Diccionario de Geografía, Historia y Biografía Mexicana de Alberto Leduc, Dr. Luis Pardo y C. Reoumagnac. México, 1910.

Se encuentra a una altitud que varía de los 2,925 m. a los 3,000 metros s.n.m.

Pertenece a la Delegación Tlalpan y ocupa el centro geográfico de la misma. Debido a la diferencia del relieve y altitud, en esa región hay variaciones de clima.

El crecimiento urbano de la ciudad de México tiene consecuencias drásticas para el medio ecológico: escasez de agua, contaminación ambiental, deterioro ecológico, marginación social, uso irracional del suelo, improductividad agropecuaria, rendimiento agrícola inferior al promedio nacional. El crecimiento de la población de la zona que se trata de estudiar, no es la excepción.

El 38 % tiene menos de 14 años y el 74 % cuenta con menos de 30 años, lo cual constituye un núcleo fuerte que demanda estudios, trabajo, educación y recreación.

En vivienda, se nota que las condiciones de su construcción aún dejan que desear para una vida cómoda; continua la dieta rural de frijoles, chile y tortillas. Hay gran consumo de refrescos y cerveza, sobre todo los domingos.

La población no tiene atención médica suficiente, pues sólo existe un Centro de Atención Primaria a la Salud.

Los jóvenes, no cuentan con centros culturales. La zona no puede considerarse urbana, pues no cuenta con servicios de una ciudad.

No existe mercado y como comercios cuenta con pequeñas misceláneas y carnicerías; solamente el 40% de la población tiene agua entubada en sus domicilios (D.D.F., sin fecha).

PROCEDIMIENTO.

A).- Se definieron a los sujetos de alto riesgo y bajo riesgo con la colaboración de la Coordinación Educativa y el Area de Trabajo Social llevando a cabo la realización de los listados de alumnos de 1º, 2do. y 3er año de una escuela secundaria con los indicadores específicos para cada grupo.

B).- Las instrucciones dadas a los participantes fueron dadas de acuerdo a los requerimientos específicos de cada instrumento y sesión correspondiente. Dichas instrucciones por ejemplo se señalan en el instrumento específicamente y en lo que respecta a las sesiones el Coordinador se guiaba con el Programa de Prevención Primaria.

C).- Las manipulaciones experimentales específicas, describiendo las fases o condiciones.

Después de haber asignado las muestras aleatoriamente, se procedió a aplicar los instrumentos por grupos separados; es decir, se aplicaron las escalas de ambiente familiar y percepción del medio ambiente social en una sesión de 45 minutos y en otra sesión de 30 minutos la escala de ansiedad rasgo-estado al grupo de alto riesgo.

Posteriormente, se aplicaron los mismos instrumentos y en las mismas condiciones al grupo de bajo riesgo.

Esta fase se realizó durante el período de inscripciones escolares (mes de agosto) para cuando iniciara el período de clases (mes de septiembre) se pudiera trabajar inmediatamente con el programa.

Sin embargo, cuando se quiso dar inicio al programa con la población de alto riesgo, se habían dado de baja en el plantel a 9 sujetos; siendo necesario el llevar a cabo el mismo procedimiento de selección de la muestra.

Se habló con las autoridades del plantel para evitar se diera la misma situación cuando se iniciara el programa, no pudiendo evitar la expulsión de dos sujetos por faltas graves dentro del plantel, siendo así como quedó finalmente constituido el grupo de alto riesgo por 27 sujetos.

Terminado de aplicar los instrumentos se procedió a dar inicio al Programa de Prevención Primaria al Grupo de Alto Riesgo. La descripción de cada una de las sesiones se encuentra descrita más adelante. Señalandóseles lo siguiente:

Los roles de quienes impartirían el programa estarían distribuidos de la siguiente manera:

1 Coordinador.- quien se encargaría de conducir la sesión de grupo, haciendo los señalamientos psicológicos, indicando límites y distribuyendo la acomodación del grupo.

1 Observador.- quien se encargaría de hacer las anotaciones del desarrollo de cada una de las sesiones, en cuanto a la participación de los miembros, manifestación de comportamientos, desarrollo del expositor y retroalimentación al coordinador.

1 ó 2 expositores de temas.- quienes se encargaban de preparar el desarrollo de la impartición del tema, siendo diferentes estos expositores de acuerdo a cada uno de los temas del programa.

El tiempo de trabajo para cada sesión era de 90 minutos como máximo.

1 Ayudante técnico en el manejo de los aparatos y materiales audiovisuales, quien permaneció sólo durante la exposición de lo teórico.

No se cobró ninguna cuota económica a cada uno de los participantes.

Se les comentó que su asistencia, la realización de tareas, puntualidad y participación contarían para la evaluación final y que de ello dependería su permanencia en el plantel educativo.

Los días en que se darían las sesiones serían diferentes para no afectar a sus materias, aunque el horario siempre era el mismo (8:00 a.m. a 9:30 a.m.).

Al inicio de cada sesión se procedía a tomar lista de cada uno de los asistentes y recoger tareas, se iniciaba la sesión impartiendo la teoría con un tiempo de 30 a 40 minutos, contando con medios audiovisuales de apoyo; sentándose el grupo en forma tradicional para recibir información.

Terminada la exposición se daba un tiempo de cinco minutos para realización de preguntas o clarificación de alguna duda.

Después se daba la indicación de cambio de ubicación de los sujetos para formar un círculo; situación que permitía el observar a cada uno de los participantes en interacción con el grupo, facilitando así no sólo el trabajo del grupo sino también el trabajo del coordinador, también con la finalidad de llevar a cabo la reflexión sobre el tema impartido.

A este aspecto se le daba un tiempo de 30 minutos y el coordinador procedía a conducir la reflexión del grupo, realizando señalamientos e indicaciones de los comportamientos o verbalizaciones expresadas en la sesión.

Se analizaba la realización de la tarea sobre sus dificultades o desempeño de la misma en un tiempo de 10 minutos.

Para finalmente, señalar la siguiente tarea para llevar a cabo en casa, en un tiempo de 10 minutos.

Cuando la sesión consideraba una dinámica de grupo se ajustaba el tiempo de tal forma que se cubrieron todos los requerimientos de contenido, reflexión, revisión y asignación de tareas.

D) Procedimientos de control de variables.

El coordinador no participaba en la impartición de la teoría, pero si se encargaba de asesorar al expositor en cuanto al contenido de la misma; el tiempo requerido y facilitar o encargarse de conseguir material didáctico.

- El observador no podía participar en la exposición de lo teórico ni en la dinámica de la sesión.

- El expositor hacía intervenciones en la dinámica de la sesión.

- Toma de asistencia en cada una de las sesiones.

- Registro de tareas de cada uno de los participantes.

- Registro de participación de cada uno de los sujetos.

- No permitir retardos a los sujetos.

- No se permitía la participación del coordinador educativo o de trabajo social en señalamientos a los sujetos. Solamente el reportar la situación del alumno dentro del plantel.

- No se permitía que asistieran al grupo invitados o amigos de los participantes, ya fuera de los sujetos o de quienes participaran en la impartición del tema.

- Las observaciones hacia los sujetos no se verbalizarían a ninguno de los departamentos escolares, pues sólo se entregaría el reporte general del grupo.

- No se permitiría tratamiento alterno a los sujetos que participaban en el programa.

- No se permitía entregar tareas después de la fecha asignada.

- El espacio de trabajo siempre fue el mismo.

- El observador fue el mismo en cada una de las sesiones.

- Las escalas se aplicaron en los mismos tiempos para los dos grupos, el de bajo riesgo y alto riesgo.

- Se tomó en cuenta el período de vacaciones decembrinas como posible variable extraña; siendo así como se realizó el programa antes de este período.

Al iniciar el programa se realiza la presentación del equipo que trabajará en dicho proyecto (un coordinador, un observador y un expositor de acuerdo al tema).

Planteándose como lineamientos: la puntualidad, asistencia, participación en las sesiones y cumplimiento de tareas o registros para cada participación, como requisito para obtener inscripción no condicional.

Se habla de los acuerdos tomados con las autoridades, el papel del personal en relación al programa.

Se mencionan los objetivos primordiales del proyecto y quienes o como fueron seleccionados los participantes.

Se presenta el temario con objetivos generales y específicos; duración en número de sesiones; tiempo por sesión, días de trabajo y horario.

Para establecer un ambiente de rapport se realiza una dinámica de presentación; mostrando ante ello manifestaciones de ansiedad y reserva. Señalando el temor a ser tocados, a sentirse acompañados, así como el sentirse evidenciados.

Invitandóseles a tomar ese espacio para hacerlo propio, con la oportunidad de revisar en grupo cada una de las situaciones personales; verbalizando, manifestando emociones y encontrar alternativas más eficientes a las que habían dado hasta ese momento.

Esto se retoma para que cada participante en la siguiente sesión se definiera así mismo y reflexionara ante el grupo. Donde el grupo mostró dificultad para verbalizar los cambios físicos y emocionales que estaban teniendo.

Permitiendo así el revisar el proceso mismo del adolescente, no sólo viéndolo en términos de cambios físicos sino también emocionales y conductuales en interacción con otras áreas; trasladándose de lo teórico a lo vivencial a través de expresiones como: "me está cambiando la voz", "no es lo mismo de cuando era niño", "mi arreglo personal es diferente", "ya no me pongo lo que quieran mis papas"; a la vez comentando la queja hacia sus padres "no nos entienden", "quieren que uno sea y viva como ellos vivieron".

Dando pie a sentirse identificados y manifestarse con sentimientos de pena, temor al rechazo, "con temor a que se burlaran", baja autoestima y asombro por reconocer otros aspectos que no habían visualizado, así como el reconocer las mismas experiencias vividas en casa, en la escuela u otro espacio.

Al hacer una reflexión sobre la tarea, causa silencios, inquietud, ansiedad manifiesta en posiciones rígidas, bajar la cabeza o pedir permiso para salir al baño.

El coordinador hace una pregunta ante la dificultad; presentando la queja de la incomprensión, autoritarismo, represión, descalificación, límites no claros de los padres hacia ellos y la diferencia de generaciones; aunado a ello el querer ser adultos pero con dificultad para dejar de ser niños y que su carácter no ayude mucho por su inconstancia "no entenderse a uno mismo", sintiéndose molestos y frustrados por estar en una situación así; señalando la importancia de concientizarlo y preguntarse que estaban haciendo para darse su lugar.

Situación que provoca manifestaciones de somatización (se presenta en 4 casos) y tristeza grupal (desalifo, cabizbajos, desinteresados), siendo señalado y revisado durante una sesión de trabajo grupal, para pasar posteriormente al análisis de las condiciones que interfieren con el rendimiento académico como: la desorganización de los apuntes, el medio inadecuado donde se estudia, tiempo insuficiente para el estudio, preparación de exámenes de un día para otro, dificultad en la atención y

concentración, cuando se tienen problemas familiares y estos son como "ruidos" que hacen difícil la tarea; inadecuada elaboración de apuntes; manifestado en justificaciones como "es que no tuve tiempo", "me mandaron a...", "tuve que trabajar".

Cuestionando e induciendo al grupo a no permanecer en la queja o reconocer la situación sino revisar lo hecho para favorecer la reprobación, así como el ruido interno de los problemas familiares y las ganancias posibles de participar en ello, por necesidad de afecto, de ser valorizados y de tomar partido hacia alguno de los padres y la no ubicación como estudiantes.

Revisando las implicaciones de no escuchar; situación común en el salón de clase, dificultad en la atención, dificultándose por lo tanto la asimilación de lo que se escucha y se dice, falta de motivación, situación que al ser revisada se manifestó ansiedad mediante conductas como "rumorar", "comer" o "tener sueño". Conductas señaladas y que fueron reconocidas por el grupo.

Otra situación mencionada fue la de el sabotaje por el lado de sus padres, ya que si bien es cierto, se menciona como de importancia para ellos el que este se prepare, en el momento que realiza actividades escolares este es interrumpido para que realice alguna otra actividad; así como el que las condiciones de los espacios propios para el estudio se vean limitadas, ya que muchas veces la mesa de tarea también es el sitio para comer o es el mismo cuarto donde está la televisión, el radio u otra parte de la familia.

El no tener un horario establecido y por lo regular se hacen las tareas por la noche, no habiendo las suficientes ganas y deseos pues "ya se está cansado", con carencia de bibliotecas u otros espacios para llevar a cabo las actividades escolares.

Algunas veces la falta de habilidades en el maestro para facilitar la enseñanza-aprendizaje de la materia.

Cuando se revisa el tema de los medios de comunicación como transmisores de mensajes hacia el consumo de alcohol y tabaco, visualizan los tipos de mensajes como: la seducción, fortaleza, valorización, virilidad, conquista, plenitud, éxtasis; necesidades no resueltas e inquietantes en el adolescente quien todavía no encuentra su lugar, expresando "no me entiendo", "fácilmente cambio de opinión" y que puede creerse lo sugerido en los anuncios sin tener acceso a las realidades planteadas en dichos espacios.

Donde estos anuncios no manejan ampliamente los riesgos a la salud (sólo pequeños rubros que casi no se visualizan como "este producto es nocivo para la salud"); no mencionando tampoco las afecciones a la familia y a la sociedad.

Anuncios como "Bacardi si combina", "Tu te lo pierdes", "Más vale por viejo", "Siéntete como en una fiesta", "Fiesta suavecita", "El sabor de la noche", etc. Con imágenes de actores, cantantes del momento, que con la situación económica del adolescente y situación social difícilmente es su realidad.

Al hacerse el análisis del manejo del tiempo libre, uno de los aspectos manifestados fueron los recursos con que cuenta la comunidad, como: los espacios recreativos, culturales y esparcimiento. Manifestando asombro por no conocerla ampliamente y que dichas actividades se asocian más bien con el consumo que con el disfrutar, apreciar, socializarse, relajarse o convivir y por lo tanto "se debe tener dinero para salir".

En cuanto a la distribución y actividades que llevaban a cabo se pudo observar desorganización y falta de visualización en la importancia de dicha área, situación que es reforzada por los padres con comentarios como: "¿por qué no te pones a estudiar en lugar de irte a jugar?", "¿jugar? sólo vas a perder el tiempo", mostrando ante ello rebeldía, coraje y actuar con supuesta indiferencia y con dificultad para expresar sus deseos y vivir en la queja "mis padres son unos histéricos", "no me escuchan" o "nunca tienen dinero".

Actuando así de manera desorganizada hacia esta área también ante los pocos espacios que se le ofrecen.

Al manejar el tema de comunicación con los padres reconocen su dificultad para establecer una buena comunicación con ellos, influida por diversos factores, "la diferencia de edades", "su manera de pensar", "problemas entre la pareja" con manifestaciones de "autoritarismo", "rechazo", "indiferencia", "falta de tiempo" y "porque siempre están en lo suyo".

Con utilización de mensajes indirectos "ve y dile a...", con falta de claridad y apertura; con presencia de fantasías que se dan como un hecho expresando "me imagino que está enojado, no va a querer, si le digo". Así como la falta de coherencia entre lo que piensa, dice y hace.

Proponiendo así, abordar la comunicación y reflexionar ante el reconocimiento de lo inadecuado que estaba siendo este aspecto en todos los niveles de sus relaciones interpersonales. Visto en la falta de atención, dejarse llevar por el enojo haciendo berrinches, quedarse callado, no tomando en cuenta las señales; la discordancia del mensaje entre el emisor y receptor y en el como son tomados dichos mensajes.

Dificultad para la expresión de sentimientos de agrado, desagrado, afecto o agresión. Manifestándose en rebeldía mal encausada, llamando la atención, con gran necesidad de afecto a través de hacer cosas contrarias a las esperadas por sus padres, por ejemplo saltando las bardas, reprobando materias o faltando al respeto a las autoridades y compañeros.

Con facilidad para manifestar su desagrado a través de la agresión aunque sin llegar a un acuerdo quedando así bloqueada la posibilidad de un manejo adecuado de sus sentimientos.

Comentando que al llegar la adolescencia la expresión del afecto se ve casi negada por sus padres, "no habiendo abrazos, apapachos o expresión de ternura y aceptación", pudiendo esto relacionarse muy probablemente con el despertar inquietante de la sexualidad del adolescente y que a sus padres se les dificulta el manejo de esta área.

Cuando se aborda el manejo del afecto y la comunicación no verbal identifican tristeza, enojo y resentimiento hacia sus padres y su familia. Ya que se manifiesta manipulación, control y chantaje, manifiesto en ambos padres al verse distanciados entre ellos mismos y tratan de ganarse el afecto de este adolescente, así como el inmiscuirlos en situaciones que no les corresponde resolver.

Con ello viven una sensación de dominio, que provoca sentimientos de impotencia y frustración y que no saben que hacer con ello, que le permita clarificar y poner límites a ello.

Con sensación de inseguridad y temor a hacer valer sus derechos.

Situación también presente cuando se abordó el tema de asertividad, manifestando su temor a expresar lo que quieren de manera directa, clara y abierta.

Ante el ensayo de la misma manifestaron nerviosismo o cambiaban de tema y que a pesar de contar con la revisión teórica era difícil el manejo de las respuestas agresivas ya que regularmente respondían de la misma forma y era difícil llegar a una concertación.

Habiendo dificultad para relacionarse con la autoridad quien ha sido asimilada de forma negativa, ya que es quien desaprueba, reprime y da su última palabra.

Enfatizando por ello la importancia del manejo de sus afectos, el no dejarse llevar por la agresión y tener muy presente los objetivos de la asertividad.

Revisando posteriormente el tema de alcoholismo, abordando aspectos como sus causas, los problemas emocionales (necesidad de aprobación, necesidad de afecto, temor al rechazo, temor al abandono, dificultad en el manejo de la soledad, dependencia, conflictos con la sexualidad), situación económica, la influencia del grupo, problemas de pareja, presencia de bebidas alcohólicas y la influencia de familiares que las consumen, factores culturales y sociales, aspectos que interrelacionados dan pie a la adicción.

Pasando por diversos procesos, desde la prealcohólica, lo que permite observar las manifestaciones de un aumento en la tolerancia, sentimientos de culpa, aumento en la frecuencia de lagunas mentales, pérdida de control, racionalizaciones (justificaciones), comportamiento fanfarrón, agresividad, alejamiento de los amigos, pérdida de empleo, resentimiento, abandono, hospitalización, intoxicaciones prolongadas, deterioro del pensamiento, disminución de tolerancia para el alcohol, temores indefinidos, obsesividad hacia la bebida, hasta el desequilibrio total de la persona pudiendo llegar hasta la muerte.

Afectando así no sólo al individuo sino también a la familia y a la sociedad: dándose en muchas ocasiones síntomas en los hijos, manifiestos en la reprobación escolar, abuso de drogas, infracciones, enuresis, entre otros.

Así como pérdidas materiales y humanas por accidentes.

Ante lo expuesto verbalizaron "es un vicio", "es una enfermedad", "no estoy de acuerdo, es una justificación y el querer resolver conflictos, como una fuga para no hacerse responsable y dar soluciones a lo que debe resolver y enfrentar", hablando de lo general a lo particular, narrando alguna situación específica con algún familiar dentro de casa, aspecto que provoca ansiedad.

Señalándose la dificultad para manifestarlo, por lo que ha implicado para ellos en cuanto a lo apenante, desagradable, insoportable y a veces dolorosa. Siendo así como externaron sus vivencias "mi abuelo murió por ese problema", "a mi papá no lo aguanto, porque se pone insoportable, pues le da por ser muy agresivo, hace reproches, quiere golpear a medio mundo y se pone necio", "siento mucho temor y miedo, pienso que me va a golpear, por eso prefiero no estar en casa", "me da mucha tristeza, lastima e impotencia por no poderlo ayudar, porque aunque yo le diga muchas cosas, le entra por un lado y le sale por el otro, hace promesas que no cumple". Revisando así las actitudes, conductas y sentimientos que giran alrededor de una situación desgastante para cada uno de los miembros que conviven con una persona alcohólica y los alcances implicados.

También se revisa las experiencias por la visita a A.A., obteniendo respuestas como "son muy pocos los que se recuperan realmente, es decir, como la tercer parte", "aunque muchos logran mantenerse en abstinencia hacia el alcohol no resuelven los conflictos con la pareja, la familia o consigo mismo", "no es

fácil que una persona reconozca que tiene problemas con el consumo de alcohol y quiera trabajar en ello".

Analizan posteriormente el tema de tabaquismo, mostrando como se llega a la dependencia por sus componentes químicos; se habla sobre el síndrome de abstinencia, conductas asociadas al consumo de tabaco, la curiosidad, actitudes de oposición en el adolescente, la disponibilidad, el ejemplo de los padres o algún otro familiar, anuncios en los medios de comunicación dirigidos a jóvenes y mujeres. Conociendo los daños potenciales orgánicos, conductuales y de otras esferas.

Así como los valores y normas que rodean al consumo de tabaco.

Reflexionan manifestando no haber pensado en las afecciones que pudieran darse, comentando sobre el proceso de deterioro, no manifiesto sino después de varios años que se ha estado fumando, ejemplificándolo con diversas enfermedades y como situación particular a manera de ejemplo describen lo observado en la visita al Hospital de Enfermedades Respiratorias.

Ubicando así su propia etapa como, las inquietudes por conocer, experimentar, la necesidad de ser aceptados dentro de un grupo, retoman sus experiencias "yo lo hice por inquietud", "yo por curiosidad", "me invitaron", "me sentía nervioso y me dijeron que con eso me tranquilizaría", preguntándose si los había satisfecho en algo; respondiendo no haber sido así, sin embargo, es una posibilidad de evasión y dependencia que si no son tomados en cuenta pueden arrastrar a un abismo.

Al abordar la inhalación de solventes industriales se dieron a conocer los daños familiares, sociales e individuales, virtiendo experiencias reportadas por investigaciones llevadas a cabo en el Instituto de Neurología; llegando a observaciones muy similares de cuando se trato el tema de alcoholismo y tabaquismo.

Al explorar los valores personales que se manejan en la adolescencia, comparar los valores que los adolescentes poseen con los valores de sus familiares y amigos. Dentro de la dinámica la matriz de valores hablan de su dificultad para aceptar los valores señalados por sus padres o por otras personas adultas que le indican lo bueno o lo malo; deseosos de tener una explicación de las consideraciones hacia el valor.

Donde este es vivido como imposición, ante lo que se rebela y por ello actúa impulsivamente y sin dirección, sintiéndose así más confundido y amenazado.

Confusión porque no tenía claro a que se refería exactamente en término valor, relacionándolo únicamente con objetos y cantidades monetarias.

Es a través de entender más ampliamente el concepto que le permite revisar la trascendencia de sus valores, ya que por su necesidad de pertenecer a un grupo en muchas ocasiones no piensa en que le afectan estos valores o como afecta a otros.

Al abordar su autoestima perciben sus habilidades físicas más no las cognitivas y conductuales, conceptualizándose más con limitaciones y carencias.

Manifiesto en la proyección del presente, con necesidad de afecto, rigidez, dependencia, aislamiento, agresividad, baja autoestima, sentimientos de frustración, represión y falta de comunicación.

Lo cual es señalado "seguramente no se habían permitido estar consigo mismos, sentirse, conocerse, estando acostumbrados a manifestarse si tiene la aprobación del otro, con temor a ser castigados y rechazados, que se repita una y otra vez aunque no lo deseen así, invitándoseles a hacer un reconocimiento de ellos mismos y a permitirse acercarse a los otros, rescatando así sus limitaciones y alcances, así como el plantear un ideal de sí mismos.

Para proponer ante las anteriores circunstancias alternativas de prevención enfatizando puntos clave del mismo programa como: la organización en la utilización del tiempo libre y el cambio de conceptualización del mismo, la comunicación verbal y no verbal aprendiendo a expresarse abierta y claramente sin utilizar intermediarios, las relaciones familiares, su autoestima, los valores, la influencia del medio que le rodean, el manejo de sus afectos y lo que implican las adicciones.

Rescapitulando así sus experiencias en el grupo, los cambios que se han observado en ellos mismos, favoreciendo sus relaciones interpersonales, su rendimiento escolar, con un poco de dificultad para expresar ampliamente esos cambios, como el decir "me siento diferente", "si me ha ayudado", "pensaba que sólo unos

cuantos pueden ser brillantes y tener buenas calificaciones pudiendo ahora ver que tengo las mismas posibilidades de ser una buena persona o un buen estudiante" o decir "no me ayudo tanto como hubiera querido, pues sigo siendo relajiento, pero mejor estudiante".

Señalando como se habían dado oportunidad de recapitular sus experiencias en el grupo, revisando aspectos familiares, individuales, que anteriormente no se habían permitido externar en un espacio específico para ello. Así como revisar la generalización del entrenamiento y en que situaciones utilizarlo.

Las resistencias al cambio por las ganancias aparentemente positivas que habían tenido ante diversas situaciones como "si me porto mal mis padres me ponen atención" situación no tenida presente de esa forma pero a fin de cuentas dada.

Se devuelve a cada participante lo logrado surgiendo sugerencias como "el que pudiera darse un entrenamiento a padres de familia" y otro "programa enfocado al mejoramiento del rendimiento escolar".

Se señaló a quienes presentaban síntomas y su relación con los temas abordados; lo doloroso de abordar la situación familiar y el reconocimiento de no poder cambiar muchas situaciones, pero no sin ello haber aprendido a responder de otra manera siendo asertivo, tomando en cuenta su autoestima, sus valores y no permitir el chantaje y la manipulación.

Pasar del silencio a la verbalización, cambiar de la búsqueda de aprobación o aceptación a la manifestación de acuerdo o desacuerdo, pasar de la desorganización a la organización en lo académico, en el tiempo libre y en su persona.

Aprender a sentirse con confianza en si mismos, compartir sus problemas y ante lo revisado alrededor de las adicciones abrirse la posibilidad de no caer en ellas.

Así como una amplia invitación a quienes quisieran continuar revisando aspectos que considerarán importantes realizar una visita al psicólogo.

Concluyendo así que es posible incidir en el comportamiento del adolescente a través del manejo de los indicadores de riesgo en grupo susceptibles de convertirse en abusadores de drogas, como el tabaco, el alcohol o solventes con abordajes específicos como la prevención primaria.

CAPITULO III

RESULTADOS.

De acuerdo al planteamiento de la primer hipótesis de trabajo del observar si existían diferencias en la percepción del medio ambiente familiar; del medio ambiente social; ansiedad rasgo-estado; área escolar; consumo y presencia de bebidas alcohólicas y tabaco en su casa y el haber consumido alguna vez en su vida alcohol, tabaco o solventes, entre los sujetos del grupo de bajo riesgo y del grupo de alto riesgo.

En el análisis inferencial y estadístico en la aplicación de la prueba T para grupos independientes. La Escala de Ambiente Familiar no fue sensible hacia la diferenciación en la percepción en el grupo de alto y bajo riesgo, siendo similares en sus respuestas, como pueden observarse las medias grupales (cuadros 1, 2 y 3).

En la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado pudo observarse mayor ansiedad en el grupo de alto riesgo, aunque estas diferencias no fueron significativas estadísticamente, con un valor $t=.90$ y una $p=.377$ para A-Estado y un valor $t=.25$ y una $p=.807$ para A-Rasgo (cuadro No. 5).

No así, con la Escala de Percepción de Ambiente Social, la cual se diferenció significativamente en el área familiar con un valor $t=-.284$ y una $p=.006$ y el área de amigos con un valor $t=2.65$ y una $p=.011$ (cuadro No. 4).

En el área escolar el grupo de bajo riesgo no tenía problemas de rendimiento escolar el 100%; el 100% contaba con inscripción no condicional; adecuada conducta el 100%; con promedio de calificaciones de 85 a 100 y para el grupo de alto riesgo; el 37% tenía dos materias reprobadas, tres materias el 33.3%, cuatro materias el 25.9% y cinco materias el 3.7%.

Con inscripción condicional el 100%, con reportes de conducta escolar inadecuada el 100%, con promedios de bajo rendimiento escolar, de 60 el 29.6%, 65 el 25.9% y 70 el 11.1%.

En el área familiar el Departamento de Coordinación Educativa y Trabajo Social señaló no tener conocimiento de que tuvieran familias desintegradas, problemas familiares o consumo de bebidas alcohólicas en sus casas en el grupo de bajo riesgo.

El grupo de alto riesgo reportó el 100% tener problemas familiares; 33.3% con una familia desintegrada, 63.0% reportó presencia de bebidas alcohólicas en su casa y 74% reportó la presencia de tabaco en su casa.

En cuanto al consumo de alcohol, tabaco o solventes alguna vez en su vida, el grupo de bajo riesgo reportó no haberlo hecho nunca y el grupo de alto riesgo reportó haber consumido alcohol el 63.0% y el 88.9% tabaco.

Todos estos indicadores pueden observarse en los cuadros 11, 12 y 13.

Respecto a la segunda hipótesis de trabajo del encontrar diferencias en la percepción del medio ambiente familiar; percepción del medio ambiente social, ansiedad rasgo-estado, área escolar; consumo y presencia de bebidas alcohólicas y tabaco en su casa y el haber consumido alguna vez en su vida alcohol, tabaco o solventes, en los sujetos de alto riesgo entre la preevaluación y postevaluación ante un programa de prevención primaria.

Para evaluar diferencias entre la preevaluación y postevaluación, los resultados obtenidos se analizan a través de la aplicación de la prueba T para grupos dependientes, resultando significativamente 3 subescalas (Cohesión, Énfasis Moral-Religioso y Control).

La subescala de cohesión con un valor $t=-2.37$ y una $p=.025$.

En la subescala de énfasis moral-religioso se obtuvo un valor $t=2.20$ y $p=.037$.

Y en la subescala de control se obtuvo un valor $t=2.96$ y una $p=.006$ (ver cuadro no. 6, 7 y 8).

Observándose en las medias muestrales menor conflicto en estas áreas después de la intervención.

En la escala de percepción del medio ambiente social en el grupo de alto riesgo antes y después de la intervención en la aplicación de la prueba T para muestras dependientes, puede observarse en las medias grupales puntajes más bajos; es decir, percibieron más cercanos a la familia, la escuela y el grupo de pares; aunque las diferencias no fueron significativas. Observándose así una influencia no significativa del Programa de Prevención en la Percepción del Medio Ambiente Social (cuadro no. 9).

En la aplicación de la Escala de Ansiedad Estado en esta misma población, antes y después de la intervención en la aplicación de la prueba T para muestras dependientes, con un valor $t=-1.37$ y una $p=.183$ no se encontraron diferencias significativas.

No así en la Escala de A-Rasgo en la aplicación de la misma prueba estadística con un valor $t=2.50$ y una $p=.019$ se encontraron diferencias significativas, pudiéndose observar un aumento en la ansiedad ante el Programa de Prevención (ver cuadro no. 10).

Continuando con los efectos del programa pudo observarse que el promedio de calificaciones, así como el número de materias reprobadas se modificó considerablemente.

El 100% logro la inscripción no condicional, así como el no tener contacto consumiendo alcohol, tabaco o solventes y el 92.6% logro mantenerse sin reportes de conducta inadecuada (ver cuadro no. 13).

RESULTADOS DE LA PRUEBA T
ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

GRUPO ALTO RIESGO (1) Y GRUPO DE BAJO RIESGO (3)

CUADRO NO. 1

SUBESCALA DE COHESION					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	3.59	.844	-.67	.506
3	29	3.72	.591		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 46.23	

SUBESCALA DE EXPRESIVIDAD					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.51	1.08	-.33	.740
3	29	2.62	1.20		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 53.94	

SUBESCALA DE CONFLICTO					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	1.29	.823	.86	.395
3	29	1.10	.860		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 53.95	

CONTINUACION

RESULTADOS DE LA PRUEBA T
 ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR
 GRUPO ALTO RIESGO (1) Y GRUPO DE BAJO RIESGO (3)

CUADRO NO. 2

SUBESCALA DE INDEPENDENCIA					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	1.11	.641	-1.13	.265
3	29	1.34	.897		
					GL= 50.68
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA DE ORIENTACION HACIA EJECUCION					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.40	.797	-.92	.363
3	29	2.62	.942		
					GL= 53.53
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA ORIENTACION INTELECTO CULTURAL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.22	.847	-.58	.564
3	29	2.34	.721		
					GL= 51.24
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA ORIENTACION RECREACIONAL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	1.74	1.22	.41	.685
3	29	1.62	.942		
					GL= 48.71
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

CONTINUACION

RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
 ESCALA AMBIENTE FAMILIAR
 GRUPO ALTO RIESGO (1) Y GRUPO DE BAJO RIESGO (3).

CUADRO 3

SUBESCALA DE ORIENTACION MORAL-RELIGIOSA					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.33	.734	1.69	.097
3	29	1.93	1.031		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 50.58	

SUBESCALA DE ORGANIZACION					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	3.33	.832	1.08	.285
3	29	3.06	.998		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 53.38	

SUBESCALA DE CONTROL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.70	.823	.93	.355
3	29	2.48	.949		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 53.74	

CUADRO NO. 4
 RESULTADOS DE LA PRUEBA T. PERCEPCION DEL MEDIO AMBIENTE SOCIAL
 GRUPO DE ALTO RIESGO (1) Y GRUPO DE BAJO RIESGO (3)

AREA FAMILIAR					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	17.85	5.02	-2.84	.006
3	27	23.03	8.05		
					GL= 43.59
ACEPTACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION					

AREA ESCOLAR					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	15.92	2.35	-.82	.417
3	27	16.70	4.34		
					GL= 40.06
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

AREA AMIGOS					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	26.44	3.73	2.65	.011
3	27	23.18	5.17		
					GL= 52
ACEPTACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION					

AREA INTERPERSONAL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	23.77	5.70	1.06	.294
3	27	22.07	6.10		
					GL= 52
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

1.95 = .05
2.58 = .99

CUADRO NO. 5

RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
ESCALA ANSIEDAD RASGO-ESTADO.

GRUPO ALTO RIESGO (1) GRUPO DE BAJO RIESGO (3).

ESCALA A-ESTADO					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	41.37	6.70	.90	.377
3	27	39.74	6.98		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 26	

ESCALA A-RASGO					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	38.40	7.66	.25	.807
3	27	37.92	5.77		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.				GL= 26	

CUADRO NO. 6

RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
ESCALA AMBIENTE FAMILIAR

GRUPO ALTO RIESGO (1), ANTES DE LA INTERVENCION
Y (2) GRUPO DE ALTO RIESGO, DESPUES DE LA INTERVENCION.

SUBESCALA DE COHESION					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	3.59	.844	2.37	.025
2	27	3.14	.949		
ACEPTACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION					GL= 26

SUBESCALA DE EXPRESIVIDAD					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.51	1.08	.96	.346
2	27	2.25	1.22		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					GL= 26

SUBESCALA DE CONFLICTO					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	1.29	.823	-1.56	.131
2	27	1.62	1.11		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					GL= 26

CUADRO NO. 7

CONTINUACION DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
 ESCALA AMBIENTE FAMILIAR
 GRUPO ALTO RIESGO (1), ANTES DE LA INTERVENCION
 Y (2) GRUPO DE ALTO RIESGO, DESPUES DE LA INTERVENCION.

SUBESCALA DE INDEPENDENCIA					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	1.11	.641	-1.14	.265
2	27	1.33	.877		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA DE ORIENTACION HACIA EJECUCION					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.44	.847	.84	.406
2	27	2.22	1.086		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA ORIENTACION INTELECTO CULTURAL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.22	.847	.00	1.000
2	27	2.22	.974		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA ORIENTACION RECREACIONAL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	1.74	1.22	.20	.846
2	27	1.70	1.03		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

CUADRO NO. 8

CONTINUACION DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
ESCALA AMBIENTE FAMILIAR

GRUPO ALTO RIESGO (1), ANTES DE LA INTERVENCION
Y (2) GRUPO DE ALTO RIESGO, DESPUES DE LA INTERVENCION.

SUBESCALA DE ORIENTACION MORAL-RELIGIOSA					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.96	.980	2.20	.037
2	27	2.51	.935		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION.					

SUBESCALA DE ORGANIZACION					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	3.33	.832	1.07	.294
2	27	3.18	.834		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

SUBESCALA DE CONTROL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	2.70	.823	2.96	.006
2	27	2.14	.818		
					GL= 26
ACEPTACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION.					

CUADRO NO. 9

RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
PERCEPCION DEL MEDIO AMBIENTE SOCIAL
GRUPO DE LATO RIESGO (1) ANTES DE LA INTERVENCION
Y (2) DESPUES DE LA INTERVENCION.

AREA FAMILIAR					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	17.85	5.02	.16	.872
2	27	17.66	5.66		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					GL= 52

AREA ESCOLAR					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	15.92	2.35	.23	.820
2	27	15.81	2.13		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					GL= 52

AREA INTERPERSONAL					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	23.77	5.70	1.62	.118
2	27	21.48	6.14		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					GL= 52

AREA AMIGOS					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	26.44	3.73	.55	.585
3	27	25.96	3.41		
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					GL= 52

CUADRO NO. 10

RESULTADOS DE LA PRUEBA T.
ANSIEDAD RASGO-ESTADO

GRUPO DE ALTO RIESGO (1) ANTES DE LA INTERVENCION
Y (2) DESPUES DE LA INTERVENCION.

ESCALA A-ESTADO					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	41.37	6.70	-1.37	.183
3	27	43.29	7.04		
				GL= 26	
ACEPTACION DE HIPOTESIS NULA.					

ESCALA A-RASGO					
GRUPO	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESV. ESTAND.	VALOR T.	PROBABILIDAD
1	27	38.40	7.66	-2.50	.019
2	27	42.29	10.05		
				GL= 26	
ACEPTACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION.					

CUADRO NO. 11
GRUPO DE ALTO RIESGO
ANTES DE LA INTERVENCION

N=27	INDICADORES DE RIESGO	PORCENTAJES
2	MATERIAS REPROBADAS	37.0
3	MATERIAS REPROBADAS	33.3
4	MATERIAS REPROBADAS	25.9
5	MATERIAS REPROBADAS	3.7
60	PROMEDIO DE CALIFICACION	29.6
65	PROMEDIO DE CALIFICACION	25.9
70	PROMEDIO DE CALIFICACION	11.1
	INSCRIPCION CONDICIONADA	100.0
	FAMILIA INTEGRADA	66.7
	FAMILIA DESINTEGRADA	33.3
	PROB. DE CONDUCTA	100.0
	PRESENCIA BEBIDAS ALCOHOLICAS EN CASA	63.0
	PROBLEMAS FAMILIARES	100.0
	PRESENCIA DE TABACO EN SU CASA	74.1
	CONSUMO DE ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA	63.0
	CONSUMO DE TABACO ALGUNA VEZ EN SU VIDA	88.9

CUADRO NO. 12

GRUPO DE BAJO RIESGO

N=27	INDICADORES	PORCENTAJE
	AUSENCIA DE REPROBACION ESCOLAR	100
	INSCRIPCION NO CONDICIONAL	100
	BUEN COMPORTAMIENTO ESCOLAR	100
	85 A 100 PROMEDIO DE CALIFICACION	100
	NO HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN SU VIDA ALCOHOL	100
	NO HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN SU VIDA TABACO	100
	NO HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN SU VIDA SOLVENTES	100
	PRESENCIA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN SU CASA	25.6
	PRESENCIA DE TABACO EN SU CASA	11.1

CUADRO NO. 13

GRUPO DE ALTO RIESGO
REGISTROS
DURANTE LA INTERVENCION

N = 27	PORCENTAJE
6 A 10 TAREAS	59.2
11 A 17 TAREAS	40.7
40 A 60 PUNTOS PARTIC.	44.4
65 A 80 PUNTOS PARTIC.	40.7
90 A 99 PUNTOS PARTIC.	14.8
PUNTUALIDAD	85.1
NO CONSUMO DE ALCOHOL	100.0
NO CONSUMO DE TABACO	100.0
NO CONSUMO DE INHALABLES	100.0

DESPUES DE LA INTERVENCION

N = 27	PORCENTAJE
NO DE MATERIAS REPROBADAS	55.6
1 MATERIA REPROBADA	29.6
2 MATERIAS REPROBADAS	14.8
INSCRIPCION NO CONDICIONADA	100.0
SIN PROBLEMAS DE CONDUCTA	92.6
62 A 70 PROM. CALIF.	33.3
71 A 80 PROM. CALIF.	51.8
80 Y + DE CALIF.	14.8

CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Comparando ambos grupos se encontraron diferencias en indicadores como el rendimiento académico, conducta, el reporte de problemas familiares, situación de la inscripción, consumo de alcohol o tabaco alguna vez en la vida.

Como indicadores para el Grupo de Alto Riesgo se tomaron en cuenta; el bajo rendimiento académico, problemas familiares, conducta inadecuada, presencia de bebidas alcohólicas, tabaco o solventes, inscripción condicional, haber consumido alguna de las sustancias mencionadas alguna vez en su vida.

Aspectos mencionados en reportes epidemiológicos y de investigación, señalados hacia mayor riesgo del consumo por Medina Mora y cols. (1982); De la Garza (1977); Castro y cols. (1986); S.S. (1982); Population Reports (1980); Vazquez y cols. (1989); Postécnico Salud Mental (1991); Natera (1981); Mata (1985); Sarason (1968); Bry y George (1979); Castillo (1978); C.I.J. (1985).

Partiendo así del supuesto que estas variables específicas representaban alto riesgo para el consumo de sustancias y que su modificación reduciría el riesgo de consumo.

Ahora bien, era necesario diferenciar las poblaciones mediante escalas utilizadas en otros estudios similares aunque no en poblaciones específicas de bajo y alto riesgo.

Por lo que se consideraron la Escala de Ambiente Familiar, Escala de Percepción de Ambiente Social y la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado.

Y que en el presente estudio pudo observarse que la Escala de Ambiente Familiar y la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado en el análisis descriptivo e inferencial no diferenciaron a los grupos; no así, con la Escala de Percepción de Ambiente Social, la cual se diferenció en el área familiar y el área de amigos.

Estas últimas áreas señaladas también por Smart (1979) en el reporte de variables que predicen con más éxito los problemas relacionados con el alcohol.

La Escala de Ambiente Social apoya también la hipótesis en la diferenciación de grupos de riesgo; como lo manejan en todas las muestras de estudiantes que se han investigado de 1975 y 1976 (Chaoz, Castro M. E. 1976).

Considerando así a la Escala de Percepción de Ambiente Social la más apta en diferenciación de grupos de riesgo.

Sin embargo, la Escala de Percepción de Ambiente Familiar se considera adecuada la utilización cuando se lleva a cabo un abordaje como en el presente estudio que incluye aspectos familiares, ya que es uno de los indicadores importantes de riesgo que se ha reportado en diferentes estudios y que pueden

evaluarse de manera específica en 10 áreas como son el apoyo, estimulación de sus integrantes, la agresión o problemática que se da en las interacciones, la asertividad, orientación hacia el logro de sus metas, interés en eventos políticos-sociales-intelectuales, participación en eventos deportivos y recreativos, discusión sobre ética, moral o religión; el orden, las reglas y responsabilidades y procedimientos de control.

Teniendo así la denominación de sujetos de alto riesgo y que de no intervenir oportunamente caerían en las adicciones u otros problemas afines; por lo que era necesario intervenir a través de un programa, considerando así a la prevención primaria como el abordaje más adecuado por sus elementos esenciales como:

- 1) Una población específica evaluada.
- 2) Una población identificada en riesgo.
- 3) Una medida de incidencia en la población.
- 4) Un plan de intervención claramente definido.
- 5) Evaluación después de la intervención.

Señalado por Klein y Goldstom (1977) y porque los resultados de otros estudios sugieren que los grupos de alto riesgo se benefician con programas de prevención, David P. Mackinnon (1988).

Tomando también la referencia de Pavlovsky (1968) quien señala el que es un hecho que los adolescentes responden mejor a las técnicas grupales.

Decidiendo así, el ofrecer una experiencia grupal que brindara a los adolescentes susceptibles de convertirse en consumidores de drogas, como el alcohol, tabaco o inhalación de solventes, otras fuentes de socialización y crecimiento; buscando así una adaptación y modificación de comportamientos.

Manejando en el programa contenidos como: la comunicación con los padres, la libertad de expresión de sentimientos de agrado, desagrado, afecto o agresión, manejo del afecto y comunicación no verbal, los medios de comunicación como transmisores de mensajes hacia el alcohol y tabaco, alcoholismo, tabaquismo, inhalación de solventes, valores, autoestima y alternativas de prevención.

Con apoyo de materiales didácticos, dinámicas, tareas en casa y registros.

Considerando adecuado el programa para adolescentes de alto riesgo, ya que está enfocado hacia áreas específicas.

Hacia la adolescencia como una época en la cual se ha encontrado que las primeras drogas que se consumen se obtienen en esta etapa; Jessor (1983); Zucker Robert (1987); De la Garza (1977); Medina Mora (1987).

Bajo rendimiento escolar, Sarason y Sarason (1981); C.I.J. (1985), Mussen y cols. (1979); baja motivación al logro académico, Bry y George (1979), el abandono prematuro de los estudios, Castillo (1978). Dando oportunidad a que el adolescente hiciera un análisis del espacio, el cómo realiza sus apuntes y

tareas, con qué materias tiene dificultad y por qué considera que se da.

Los medios de comunicación como transmisores de mensajes hacia el consumo de alcohol y tabaco hacia jóvenes y mujeres, Puente Silva (1986); De la Fuente (1987) pues la publicidad aumenta las ventas y el consumo, fijando también modelos de ingestión.

En principio la publicidad trata de causar una impresión positiva de la función del alcohol en la vida social; indicador que da la oportunidad de que conozca y conscientice el joven el manejo y su influencia hacia el consumo de los mismos.

Moss (1974) hacia el grado en el cual la familia participa activamente en eventos deportivos y recreativos; lo que permitiría un análisis de la organización, tipo de actividades y la utilización de su tiempo libre, pues la vagancia es una de las variables asociadas al consumo Castro, et. al. (1985).

Los problemas familiares como determinantes en el uso de drogas por el adolescente, con la presencia de disfunciones en las relaciones interpersonales con los miembros de la familia, Clarac y Rosales (1976); Muñoz (1987); Huberty (1975); con figura paterna ausente, Driescoll (1977).

Señalando también los riesgos de involucrarse con las drogas en parte por las relaciones mantenidas con sus padres, Mendell (1985); siendo de esta manera importante, que identificará el adolescente las diversas formas de comunicación familiar, la

expresión de sentimientos de agrado y desagrado, la comunicación no verbal y el manejo de sus afectos.

Revisar variables sociales y los problemas relacionados con el tabaco, alcohol y solventes, Smart (1979); la predisposición a beber en grupo, Lewis (1982); enfatizando la importancia de los factores medioambientales, motivacionales, fisiológicos, Geoffrey W. (1989); en su interacción, Zucker Robert (1987).

Así como el conocer los síntomas y sus consecuencias a nivel individual, familiar y social.

Por todo lo anterior, se considero adecuado el instrumentar al adolescente mediante el aprendizaje en la expresión de lo que quiere de manera directa, clara y abierta; explorar sus valores en comparación con los valores de sus familiares y amigos e identificar habilidades y limitaciones de si mismo, sus aspiraciones y aceptar características propias; saber manejarse ante un grupo, la expresión de sus afectos; claridad de su papel dentro del nucleo familiar y su comportamiento en relación hacia si mismo.

Así mismo, era muy importante el tomar en cuenta el control de las variables como:

El que el coordinador no participara en la exposición de lo teórico, no se permitieran visitas o invitados de los participantes, las observaciones fueran confidenciales; no permitirse tratamiento alterno a quienes participaban en dicho programa; las tareas se comentaban sólo al interior del grupo; el

espacio de trabajo como una constante; el observador siempre fue el mismo, así como tomar en cuenta el período decembrino como fuente de emociones y por ello terminar dicho programa antes de este período.

Todos estos aspectos eran de llamar la atención hacia el área familiar, escolar, social y de ansiedad; como indicadores y que era necesario evaluar sus efectos en la Percepción del Ambiente Familiar, Social y la Ansiedad Rasgo-Estado, a través de las Escalas del Ambiente Familiar, Ambiente Social y Ansiedad Rasgo-Estado.

Se observaron diferencias significativas en la subescala de cohesión o el grado en que los miembros de la familia se apoyan uno a otros; énfasis moral religioso o el grado en que la familia discute y enfatiza activamente sobre eventos éticos, morales y religiosos y control o grado en que la familia está organizada de una manera jerárquica y de acuerdo a ello los miembros de la familia utilizan procedimientos de control en su interacción.

Pudiéndose así observar el efecto del programa, no sólo en esta área sino también en la descripción de como se sienten generalmente (A-Rasgo) ya que sus estados emotivos estaban siendo influidos por dicho programa.

Situación también referido por Gorsuch (1969) en un estudio con estudiantes inscritos en un curso de personalidad durante clases, quien aplicó la escala al principio del semestre y luego la aplicó de nuevo un mes después.

Los niveles más altos de A-Estado no produjeron necesariamente aumentos en A-Rasgo.

Los aumentos en las calificaciones de A-Rasgo parecieron depender de que las elevaciones de A-Estado fueron determinadas primariamente por factores externos.

Continuando con los efectos del programa pudo observarse que el promedio de calificaciones se modificó notablemente así como el número de materias reprobadas.

El 100% logró la inscripción no condicional, así como el no tener contacto consumiendo alcohol, tabaco o solventes y el 92.6% logró mantenerse sin reportes de conducta inadecuada.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, D.B., Terence G. W., (1979). Self-monitoring and reactivity in the modification of cigarette smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2), 243-251.
- Ackerman, W.N. (1988). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós, 9 edc.
- Alter, C. F. (1987). Preventing family dependency. Society, 24(167) 12-16.
- Andrade, P.P. (1987). Relación padres-hijos y locus de control: El caso de México. Revista de Psicología Social y Personalidad, 2, 11-23.
- Ardila, A. (1986). Psicología de la Percepción, México: Trillas. cap. 13.
- Baer, P.E. et. al. (1987). Stress, coping, family conflict, and adolescent alcohol use. Journal of Behavioral Medicine, 10(5), 449-466.
- Bogu, S., et. al. (1985). Familia y Sociedad. Buenos Aires. p. 13-19.
- Beth A., Sybil K. G. (1990). Study of community-based services for children and adolescents who are severely emotionally disturbed. The Journal of Mental Health Administration, 17(1), 61-76.
- Blau, G.M. et. al. (1988). Predisposition to drug use in rural adolescents: Preliminary relationships and methodological considerations. Journal of Drug Education, 18(1), 13-22.
- Botvin, G. J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. Journal of Sch. Health, 56(9), 369-374.
- Cabañas, D. P. (1983). La utilización del tiempo libre en la juventud. Revista de Estudios sobre la Juventud, 8, 14-21.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1982). Diseños Experimentales y Cuasi-Experimentales en la Investigación Social, Buenos Aires: Amorrortu.
- Castro, M. E. (1986). Predictores de consumo de drogas en jóvenes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 3(1).

- Castro, M. E., Valencia, M. (1979). Problemas asociados al uso de drogas y alcohol en jóvenes estudiantes. Salud Pública de México, 5, 559-567.
- Castro, M. E., Valencia, M. (1980). Disponibilidad percibida y uso de drogas en una muestra representativa de la población escolar de 14 a 18 años del D.F. y zona metropolitana. Cuadernos Científicos CEMESAM, 11.
- Castro, S., Maya, A. (1982). Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Pública de México, XXV (5), 565-574.
- Castro, M. E. Maya, M. A. (1987). El consumo de alcohol en la población estudiantil. Salud Mental, 10(4), 52-58.
- Castro, M. E. (1987). El uso de drogas entre los estudiantes: Resultados de una investigación llevada a cabo durante el período de 1975 a 1986. Salud Mental, 10(4), 30-38.
- Cohen, T. B. (1981). Preventive implications of the effect of varying cultures on drive organization: Focus on Peoples Republic of China. Journal of Preventive Psychiatry, 1(1), 26-36.
- Colletti, G., Steven A. Kopel (1979). Maintaining Behavior Change: An Investigation of three maintenance strategies and the relationship of self-attribution to the longterm reduction of cigarette smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(3), 614-617.
- Chassin, L. A. et. al. (1985). Stepping backward in order to step forward: An acquisition oriented approach to primary prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(5), 612-622.
- Chassin, L. et. al. (1988). Family correlates of adolescent smokeless tobacco use in relation to cigarette smoking. International Journal of Family Psychiatry, 9(1), 49-66.
- Day, R. H. (1983). Psicología de la Percepción Humana. México: Limusa. cap. 8, 195-225.
- De la Fuente, R. (1987). El alcoholismo y el abuso del alcohol. Visión de conjunto. Salud Mental, 10(4), 45-51.
- Dulanto, G. E. y cols. (1988). El adolescente y su circunstancia Información Científica y Tecnológica, 10(140).
- Dusenbury, L. et. al. (1989). The primary prevention of adolescent substance abuse through the promotion of personal and social competence. Prevention in Human Services 7(1), 201-224.

- Fromm, E., Horkheimer, M., Parsons, T. (1986). La Familia, Barcelona España. Península, 6 edc.
- Garza, F. de la; Vega, A. (1988). La juventud y las drogas. México: Trillas, 4 edc.
- Glasgow, R.E., Lorraine, S. O'Neill, H. K. (1981). Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(5), 659-667.
- Griffit, E. (1986). Tratamiento de alcohólicos. México: Trillas. 1 edc.
- Golding, J. F. y cols. (1983). Personality, drinking and drug-taking correlates of cigarette smoking. Person. Individ. Diff. 4(6), 703-706.
- INER, IMP. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (1984). Experiencias en la clínica de tabaquismo: Un programa educativo conductual. Salud Mental, 7(2), 62-68.
- Jessor, R. (1985). Adolescent prolem drinking: Psychosocial aspects and developmental outcomes. International Symposium Alcohol, Drugs, and Driving, 1(1-2), 69-96.
- Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. The American Journal Drug Alcohol Abuse, 12(3), 199-211.
- Keenan, R. M. et. al. (1990). The relationship between chronic ethanol exposure and cigarette smoking in the laboratory and the natural environment. Psychopharmacology, 100(1), 77-83.
- Kozlowski, L. T. (1982). The determinants of tobacco use: Cigarette smoking in the context of other formas of tobacco use. Canadian Journal of Public Health, 73, 236-241.
- Lando, H. A. (1982). A factorial analysis of preparation, aversion and maintenance in the clmination of smoking. Addictive Behaviors, 7, 143-154.
- Lando, H. A., Mc. Govern, P. G. (1982). Rhree year data on a behavioral treatment for smoking: A follow note. Addictive Behaviors, 7, 177-181.
- Lara, C. et. al. (1985). Programa terapéutico multimodal para el control del tabaquismo. Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina, 30, 193-154.
- Lavid, N. J. et. al. (1985). Drug abuse and environment in youth: A case study of a junior high school population in a country of Akershus, Norway. Social Psychiatry, 20(4), 179-185.

- Lichtenstein, E., Condiotte, M. M., (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(5), 648-658.
- Materazzi, M. A. (1985). Drogodependencia, Buenos Aire: Paidós, cap. 2, 32-43.
- May, P. A. (1986). Alcohol and drug misuse prevention programs for American Indians: Needs and opportunities. Journal of Studies on Alcohol, 47(3), 187-195.
- Medina, M. E. (1987). Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. Salud Mental, 10(4), 11-19.
- Medina, M. E. (1987). El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados. Salud Mental, 10(4), 81-91.
- Minuchin, S. (1989). Familia y Terapia Familiar. México: Gedisa, 4a. edc.
- Mohan, D., Sharma, H. K. (1990). A health education intervention program in a New Delhi community: An evaluated study. Research, Action, and the Community, 153-157.
- Moos, R. H. (1974). Family environment scale form R. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, Cal. 1-4.
- Moos, R. H., Holahan CH. J. (1983). The quality of social support: Measures of family and work relationships. British Journal of Clinical Psychology, 22, 157-162.
- Morales, A. (1984). Substance abuse and Mexican American youth: An overview. Journal of Drug Issues, 14(2), 293-311.
- Natera, R. G. (1987). El consumo de alcohol en zonas rurales de México. Salud Mental, 10(4), 59-66.
- Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1985). The impact of high school substance use on choicew of young adult living environment and career direction. Journal of Drug Education, 15(3), 253-261.
- Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1987). Changes in drug use from high school to young adulthood: Effects of living arrangement and current life pursuit. Journal of Applied Developmental Psychology, 8(3), 221-246.
- Ochoa, A. S. (1981). Factores familiares e individuales característicos de los menores infractores en el D.F. UNAM, 137.
- Orlandi, M. A. et. al. (1988). The effects of alcohol and tobacco advertising on adolescents. Drugs and Society, 3(1-2), 77-97.

- Pandina, R. J., Schuele, J. A. (1983). Psychosocial correlates of alcohol and drug use of adolescent students and adolescents in treatment. Journal of Studies on Alcohol, 44(6), 950-973.
- Paxton, R. (1980). The effects of a deposit contract as a component in a behavioral programme for stopping smoking. Behavioral Results & Therapy, 18, 45-50.
- Perkins, H. W., Berkowitz, A. D. (1986). Perceiving the community norms of alcohol use among students: Some research implications for campus alcohol education programming. International Journal of the Addictions, 21 (9-10), 961-976.
- Petersen, K. A. (1985). Family environment and alateens: A note on alcohol abuse potential. Journal of Community Psychology, 13(1), 75-76.
- Pomerleau, O. F., Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. Journal of Drug Issues, 17(1-2), 111-131.
- Portter, E. et. al. (1986). Treating the family of the chemical dependent adolescent: The enabling inventory and other techniques for responsibility. Alcoholism Treatment Quarterly, 3(1), 59-72.
- Putnam, S. L. (1990). Planning, development, and process issues in the Rhode Island alcohol-related injury prevention project. Research, Action and the Community, 167-211.
- Rosenthal, S. M. y Mothner, I. (1982). Drogas, padres e hijos. México: Diana.
- Shain, M. (1990). Work site community processes and the prevention of alcohol abuse. Theory to action. Research, Action, and the Community, 107-111.
- Shipley, R. H. (1981). Maintenance of smoking cessation: Effect of follow-up letters, smoking motivation, muscle tension, and health locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(6), 982-984.
- Schinke, S. P., Gilchrist, L. D. (1985). Preventing substance abuse with children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(5), 596-602.
- Schlegel, R. P. et. al. (1987). Predictin alcohol use in young adult males: A comparison of the Fishbein-Ajzen model and Jessors' problem behavior theory. Drugs and Society, (1)4, 7-24.
- Siegel, S. (1982). Estadística no paramétrica. México: Trillas.

- Smarat, R. G. et. al. (1980) A methodology for student drug use surveys. Who offset publication. No. 50, Geneva.
- Trice, H. M. (1977). A sociological property of drugs: Acceptance of users of alcohol and other drugs among university undergraduates. Journal of Studies on Alcohol, 38(1), 58-74.
- Wallack, L. (1985). Mass Media, youth and the prevention on substance abuse: Towards an integrated approach. Special Issue: Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention. Journal of Children in Contemporary Society, 18(1-2), 153-180.
- Yamamoto, M. (1986). The place of primary health care in a comprehensive health system. Social Sci. Medicine, 22(11), 1229-1234.
- Zucker, R. A., Noll, R. B. (1987). The interaction of child and environment in the early development of drug involvement: A far ranging review and a planned very early intervention Drugs and Society, 2(1), 57-97.
- Zuckerman, M. (1979). Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal, Lawrence Erlbaum, N. J.

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR.

INSTRUCCIONES: Las oraciones que vas a leer deben decirte como es tu familia. Lee cada frase cuidadosamente y encierra en un círculo la letra "C" si consideras que es cierto o la letra "F" si es falso.

- | | | |
|--|---|---|
| 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros. | C | F |
| 2.- En mi familia cada uno se guarda sus sentimientos para si mismo. | C | F |
| 3.- Nos peleamos mucho en nuestra familia. | C | F |
| 4.- Las cosas que hacemos en mi familia son para el beneficio de todos y no de uno solo. | C | F |
| 5.- En mi familia sentimos que hay que ser el mejor en cualquier cosa que se haga. | C | F |
| 6.- En mi familia muy frecuentemente hablamos de problemas políticos y sociales. | C | F |
| 7.- Pasamos la mayoría de las tardes y fines de semana en casa. | C | F |
| 8.- Mi familia va con frecuencia a la iglesia. | C | F |
| 9.- En mi familia generalmente las actividades se planean con anticipación. | C | F |
| 10. Mi familia rara vez se reúne. | C | F |
| 11. Frecuentemente perdemos el tiempo en casa. | C | F |
| 12. En mi familia decimos lo que queremos en relación al hogar. | C | F |
| 13. En mi familia rara vez mostramos abiertamente nuestro enojo. | C | F |
| 14. En nuestra familia siempre se nos motiva a ser independientes. | C | F |
| 15. Seguir adelante en la vida es muy importante en mi familia. | C | F |
| 16. Muy rara vez vamos al teatro o a conciertos. | C | F |
| 17. En mi familia frecuentemente hay visitas o invitados a cenar. | C | F |
| 18. En mi familia casi nunca rezamos. | C | F |

19. Generalmente somos muy limpios y ordenados.	C	F
20. Mi familia pone muy pocas reglas.	C	F
21. Lo que hacemos en casa lo hacemos con mucho entusiasmo.	C	F
22. En casa es difícil arreglar los problemas sin que alguien se enoje.	C	F
23. Los miembros de mi familia algunas veces se enojan tanto que avientan cosas.	C	F
24. Mi familia tiene poca influencia en lo que pienso.	C	F
25. Para nosotros no es muy importante el que una familia haga dinero.	C	F
26. El aprendizaje de cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra familia.	C	F
27. Nadie en nuestra familia practica deportes (fut-bol, boliche, etc.).	C	F
28. Frecuentemente hablamos del significado religioso de la navidad, semana santa, etc.	C	F
29. En mi casa frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesita uno.	C	F
30. La mayoría de las veces sólo una persona de la familia toma decisiones.	C	F
31. Hay un sentimiento de unión en nuestra familia.	C	F
32. En mi familia nos contamos nuestros problemas personales.	C	F
33. Los miembros de la familia rara vez pierden la compostura.	C	F
34. En mi familia tenemos la libertad de ir y venir.	C	F
35. Creemos en la competencia y pensamos que el mejor siempre gana.	C	F
36. A mi familia no le interesa las actividades culturales (por ejemplo: cine, teatro o concierto).	C	F
37. Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc.	C	F
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.	C	F

39. Ser puntual es muy importante en nuestra familia.

C F

40. Hay varias formas de hacer las cosas en casa.

C F

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

DIRECCION: _____ COL. _____ TEL: _____

FECHA: _____

OBSERVACIONES: _____

ESCALA DE PERCEPCION DEL MEDIO AMBIENTE SOCIAL.

En la siguiente sección se presenta un conjunto de preguntas relacionadas con tu familia, tus amigos, tu escuela y tus relaciones con personas del sexo opuesto. El sentido de la numeración (1 al 7) señala respuestas desde completamente afirmativo (1) hasta completamente negativo (7).

Ejemplo: ¿Sientes que te comunicas con tus amigos?

1 2 3 4 5 6 7. La cruz en el número 1 indica que te comunicas satisfactoriamente con tus amigos.

- 1.- ¿Sientes que tu familia toma parte activa en tu vida? ()
- 2.- ¿Crees que tu familia ocupa un lugar importante en tu vida emocional? ()
- 3.- ¿Sientes que tus padres te apoyan en aquello que te interesa? ()
- 4.- ¿Piensas que hay cosas que quisieras hacer pero que no realizas por temor a que te lo impidan tus padres? ()
- 5.- ¿Sientes que te comunicas con tus padres? ()
- 6.- ¿Sientes que tus amigos toman parte activa en tu vida? ()
- 7.- ¿Crees que tus amigos ocupan un lugar importante en tu vida emocional? ()
- 8.- ¿Sientes apoyo de tus amigos en tus aficiones personales? ()
- 9.- ¿Piensas que hay algunas cosas que quisieras hacer pero que no las haces por temor a perder a tus amigos? ()
10. ¿Sientes que te comunicas con tus amigos? ()
11. ¿Sientes que la escuela juega un papel importante? ()
12. ¿Crees que la escuela (maestros, compañeros), juega un papel importante en tu vida emocional? ()
13. ¿Piensas que hay cosas que quisieras decir, pero no las dices por temor a que no lo acepte el maestro? ()
14. ¿Sientes que te comunicas con tus compañeros y maestros? ()
15. ¿Sientes que las personas del sexo opuesto de tu misma edad juegan un papel importante en tu vida afectiva? ()
16. ¿Crees que las personas del sexo opuesto de tu misma edad, juegan un papel importante en tu vida afectiva? ()
17. ¿Crees tener dificultad para relacionarte con personas del sexo opuesto? ()
18. ¿Hay cosas que hubieras querido decir o hacer, pero que no has realizado por temor a quedar mal frente a personas del sexo opuesto de tu misma edad? ()
19. ¿Sientes que te comunicas con personas del sexo opuesto de tu misma edad? ()

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero.

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Me siento seguro	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Estoy tenso.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Estoy contrariado.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Estoy a gusto.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Me siento alterado	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Me siento descansado	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Me siento ansioso.	(1)	(2)	(3)	(4)
10 Me siento cómodo	(1)	(2)	(3)	(4)
11 Me siento con confianza en mí mismo	(1)	(2)	(3)	(4)
12 Me siento nervioso	(1)	(2)	(3)	(4)
13 Me siento agitado	(1)	(2)	(3)	(4)
14 Me siento "a punto de explotar"	(1)	(2)	(3)	(4)
15 Me siento reposado.	(1)	(2)	(3)	(4)
16 Me siento satisfecho	(1)	(2)	(3)	(4)
17 Estoy preocupado	(1)	(2)	(3)	(4)
18 Me siento muy excitado y aturdido.	(1)	(2)	(3)	(4)
19 Me siento alegre	(1)	(2)	(3)	(4)
20 Me siento bien	(1)	(2)	(3)	(4)

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Me canso rápidamente	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Siento ganas de llorar	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Me siento descansado	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Soy feliz.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Tomo las cosas muy a pecho	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Me falta confianza en mí mismo	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Me siento seguro	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Me siento melancólico.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Me siento satisfecho	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Soy una persona estable.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	(1)	(2)	(3)	(4)