

138

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

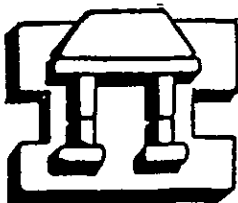


ORIENTACION PREVENTIVA DE LA  
FARMACODEPENDENCIA PARA ADOLESCENTES

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
ROSARIO ZARATE ROMERO

ASESORES: MTRA. MARIA REFUGIO RIOS SALDAÑA  
LIC. CLARA BEJAR NAVA  
LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, MEXICO

283789

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# DEDICATORIA



*Gracias Señor Jesucristo, porque  
iluminas y me permites estar en  
contigo para disfrutar la vida plena.*

*Gracias Familia, por todo el apoyo  
 incondicional que me han brindado.  
 Confiar en mi capacidad para ser  
 personal y profesionalmente.*

*Gracias a esta casa de estudios y a todos los  
 profesores, en especial a la Profesora  
 Ríos Saldarña, por formar parte de mi proceso  
 de cambio evolutivo en el aquí y en el ahora.*

*Mil gracias a todos.  
 Rogelio Zárate Romero.*

# ÍNDICE

## RESUMEN INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO UNO. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.

	PÁGINA
<i>1.1 Definición de adolescencia</i> .....	1
<i>1.2 Desarrollo fisiológico y sexual</i> .....	3
1.21 Características sexuales primarias: las muchachas.....	3
1.22 Características sexuales primarias: los muchachos.....	4
1.23 Características sexuales secundarias: femeninas y masculinas.....	5
<i>1.3 Vida social</i> .....	6
1.31 La familia.....	7
1.32 Las relaciones amistosas.....	13
1.33 La vida escolar.....	15
<i>1.4 Caracterización psicológica del adolescente</i> .....	17
1.41 Búsqueda de identidad.....	17
1.42 Aislamiento y soledad.....	23
1.43 Crisis de originalidad.....	24
1.44 Rebelión y emancipación.....	25
1.45 Problemas durante la adolescencia.....	31

### CAPÍTULO DOS. FARMACODEPENDENCIA.

<i>2.1 Terminología y definiciones</i> .....	33
<i>2.2 Clasificación de las drogas más comunes</i> .....	35
<i>2.3 Tipos de usuarios</i> .....	36
<i>2.4 Factores que inciden en la farmacodependencia</i> .....	37
2.41 Factores sociales.....	37
2.42 Factores familiares.....	40

2.4.3 Factores individuales.....	44
----------------------------------	----

**CAPÍTULO TRES. PROGRAMA PREVENTIVO DE ADICCIONES.**

3.1 <i>¿Qué significa prevenir las adicciones?</i> .....	51
3.2 <i>¿Qué es un programa preventivo de las adicciones?</i> .....	52
3.3 <i>Niveles de aplicación de un programa preventivo</i> .....	52
3.3.1 <i>Prevención primaria</i> .....	53
3.3.2 <i>Prevención secundaria</i> .....	53
3.3.3 <i>Prevención terciaria</i> .....	54
3.4 <i>Acciones que permiten llevar a cabo un programa preventivo</i> .....	54
3.5 <i>Principales programas de prevención de adicciones</i> .....	55
3.6 <i>Modelos conceptuales para la elaboración de un programa preventivo</i> .....	55
3.7 <i>Elementos requeridos para la elaboración de un programa preventivo</i> .....	59
3.7.1 <i>Características de los elementos necesarios para formular un programa de prevención</i> .....	60

**CAPÍTULO CUATRO. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE LAS ADICCIONES.**

4.1 <i>¿Qué significa evaluar?</i> .....	65
4.2 <i>Funciones de la evaluación</i> .....	66
4.3 <i>Programas preventivos que se han realizado en México</i> .....	68
4.3.1 <i>¿Qué tipo de evaluación se ha realizado en México?</i> .....	68
4.4 <i>Presupuestos básicos para la evaluación</i> .....	69
4.5 <i>Diferentes tipos de evaluación, indicadores y métodos</i> .....	70
4.5.1 <i>Modelos principales de evaluación</i> .....	71

**CAPÍTULO CINCO. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CRÍTICA DEL PROYECTO DE ORIENTACIÓN PREVENTIVA PARA ADOLESCENTES (O.P.A.) DE C.I.J.**

5.1 <i>Metodología</i> .....	81
5.1.1 <i>Participantes</i> .....	82

5.1.2	Instrumento de evaluación.....	82
5.1.3	Materiales.....	82
5.1.4	Situación ambiental.....	82
5.1.5	Diseño experimental.....	82
5.1.6	Procedimiento.....	83
5.2	<i>Análisis de resultados</i> .....	85
5.2.1	Descripción de los elementos del proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes (O.P.A.).....	85
5.2.2	Descripción de las sesiones dirigidas al grupo O.P.A.....	91
5.2.3	Resultados de la evaluación crítica al Proyecto Preventivo de las Adicciones O.P.A.....	101
5.2.4	Comparación intragrupo.....	105
5.2.5	Comparación intergrupo.....	108
5.2.6	Descripción de las figuras que ilustran el porcentaje de jóvenes del grupo control y grupo bajo tratamiento en el pretest y postest en cada una de las áreas del proyecto.....	113
	<b>CONCLUSIONES</b> .....	135
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	149
	<b>ANEXOS</b> .....	

## RESUMEN

En el presente estudio se considera a la farmacodependencia como un problema de salud pública y de origen multicausal debido a que intervienen factores sociales, familiares e individuales. Lamentablemente los adolescentes constituyen una población de alto riesgo en la incidencia del uso y abuso de drogas. En México el Centro de Integración Juvenil A.C., es una institución dedicada a la prevención de la farmacodependencia, incorporada al Sector Salud y a través del proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes (O.P.A) proporciona a los adolescentes los elementos para enfrentar los cambios biopsicosociales que forman parte de su vida cotidiana y ofrecen alternativas que permitan prevenir dicho problema. Motivo por el cual, el objetivo de este estudio consistió en evaluar la eficacia del proyecto O. P. A., mediante una escala de actitudes y opiniones que se aplicó como pretest y postest a los grupos que participaron en dicho proyecto. Esta escala estuvo compuesta por 67 reactivos agrupados en 5 áreas generales que evaluaban las actitudes y opiniones con respecto a las Instituciones, Comunicación, Familia, Desarrollo Integral y a la Salud-Enfermedad, temas incluidos como criterio a seguir en la puesta en práctica del proyecto O.P.A. En el proyecto participaron 60 estudiantes de ambos sexos que habían consumido fármacos en grado I que es considerado como experimental, sus edades oscilaron entre los 14 y 15 años de la Escuela Secundaria Técnica No. 2. La mitad de ellos formaron el grupo bajo tratamiento y el resto el grupo control -sin intervención-. Los resultados obtenidos en la comparación grupo control vs. grupo bajo tratamiento presentaron diferencias estadísticamente significativas en las áreas evaluadas. Sin embargo, al analizar de forma cualitativa las actividades del proyecto quedaron inconclusas, además de que se varió su contenido.

Se concluye que aún cuando estadísticamente el proyecto O.P.A. alcanza efectividad, los cambios en los adolescentes no se pueden tomar como efecto positivo lo que puede ser solamente un indicio de cambio o deseos de actuar y opinar hacia las personas, sucesos, entre otros, como se plantea en cada uno de los reactivos que miden estas respuestas y se hace hincapié en la trascendencia que tiene la autoestima de los padres en el comportamiento del hijo y la importancia de la Educación para la Salud como medida primaria en la prevención del consumo de drogas.

## INTRODUCCIÓN

El uso que el ser humano ha hecho de ciertas sustancias químicas que actúan como estimulantes pasajeros del organismo, pero que a la larga son tóxicas, es tan remota como la historia del hombre.

Existen antiguas informaciones de los pueblos que al iniciar su progreso cultural recurrían ya a prácticas rituales, guerreras o médicas en las que utilizaban ciertas sustancias para provocar cambios en el cuerpo y en la conducta con efectos tranquilizantes o estimulantes. Tales testimonios patentizan que el uso de drogas no es algo nuevo, ni el producto de la cultura occidental o de una sociedad altamente industrializada. Lo que sí ha variado han sido las modalidades, fines y usos, así como la aceptación o rechazo social y por supuesto las técnicas para su atención.

En los últimos años se ha visto un incremento impresionante en la frecuencia y prevalencia de dicha problemática. Al respecto, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología y del Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó una Encuesta Nacional de Adicciones en 1988 donde participaron 15 mil hogares pertenecientes a la población urbana. Se entrevistó a personas de entre 12 y 65 años de edad y se reporta que el 4.8% ha consumido alguna droga, al menos alguna vez en la vida, lo que equivale al 1'713,000 personas. El 2.1% fue usuario de alguna droga, al menos alguna vez, en el último año previo a la investigación (CIJ, 1992).

En la Encuesta Nacional de Adicciones (1988) se reporta que el problema es mayor en quienes tienen entre 12 y 34 años, ya que en este grupo se encontraba 75% del total de los que alguna vez consumieron drogas; y además cuatro de cada cinco fueron hombres. Por su parte, Centros de Integración Juvenil encontró que el inicio en el consumo de drogas en 8 de cada 10 casos de más de 50 mil pacientes de nuevo ingreso a la Institución ocurrió cuando tenían entre 12 y 18 años, precisamente en el difícil período de la adolescencia, o en sus albores.

Es así que actualmente, tanto por sus causas como por sus repercusiones, la adicción a drogas (farmacodependencia) es un grave problema social y de salud. Siendo su origen multicausal, ya que intervienen factores sociales, familiares e individuales; donde los sociales sobredeterminan condiciones y características de lo familiar y en estos niveles se constituyen y desarrollan las particularidades de lo individual.

Por tanto, todo lo dicho anteriormente justifica la aparición de instancias que pretenden contrarrestar esta problemática, tales como el Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Universidad Nacional



Autónoma de México (U.N.A.M.), Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), Centros de Integración Juvenil (CIJ), entre otras. En este trabajo se hará referencia de forma más específica a C.I.J por ser la instancia objetivo de este estudio.

El Centro de Integración Juvenil fomenta la prevención a través de tres estrategias básicas: información, orientación y capacitación, para lo cual ha diseñado los siguientes proyectos:

- a) Información Pública Periódica (I.P.P.)
- b) Escuelas
- c) Capacitación a la comunidad (C.C.)
- d) Grupos Organizados (G.O.)
- e) Orientación Familiar Preventiva (O.F.P.)
- f) Orientación Preventiva Infantil (O.P.I.)
- g) Voluntariado y Personal en Servicio Social (V. y P.S.S.)
- h) Orientación Preventiva para Adolescentes (O.P.A.)

De los 8 proyectos mencionados, en el presente trabajo se ha elegido evaluar el proyecto O.P.A, ya que la incidencia de farmacodependencia en los jóvenes permite suponer que los programas y proyectos como éste, quizá no estén logrando su cometido.

Este estudio consta de cinco capítulos, en el primero de ellos se presenta una revisión teórica sobre la adolescencia, donde se aborda el desarrollo físico, sexual, social y la caracterización psicológica del adolescente; así como el uso de drogas que es uno de los problemas que con frecuencia se presenta en esta etapa del ciclo vital. Debido a ello, se abordan en el capítulo dos la definición de farmacodependencia, clasificación de drogas, tipos de usuarios y los factores sociales, familiares e individuales que inciden en la farmacodependencia, así mismo se describen los antecedentes que dieron origen a la elaboración de un programa preventivo en materia de adicciones.

Para hacer un análisis crítico del proyecto O.P.A se considera necesario abordar los aspectos vinculados con un programa preventivo de adicciones y sus niveles de aplicación, así como los principales programas de prevención de adicciones, los modelos conceptuales subyacentes y los elementos básicos para ser elaborados. Todos estos aspectos conforman el capítulo tres.

Finalmente en los capítulos cuatro y cinco se abordan aspectos relacionados con la evaluación de programas y se reportan los resultados sobre la eficacia del proyecto O.P.A. en los adolescentes consumidores de droga en forma experimental.

# CAPÍTULO UNO

## DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Es importante considerar a la adolescencia de muy diferentes maneras y desde perspectivas distintas, ya que esta etapa del ciclo vital, no es una condición estática y sin cambios, similar para todo el que la atraviesa. El impacto de la adolescencia y los efectos de la misma varían de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, de una cultura a otra y de una generación a otra. Al respecto, Horrocks (1990) señala que a los adolescentes se les debe de ver como son y tener en cuenta que son producto de su época y su cultura, así como de su pasado y presente psicológico y su ambiente físico. Por ello, en primer término es necesario abordar lo que se entiende por adolescencia y diferenciarla de la pubertad.

### *1.1. Definición de adolescencia.*

La adolescencia ha sido estudiada por diferentes investigadores, aunque no ha sido fácil el criterio para definirla, ya que entre los diversos estudiosos ha sido motivo de grandes discrepancias debido a sus respectivas consideraciones, así por ejemplo, Powell (1975) menciona que "se han hecho muchos intentos para designar el período de la adolescencia en términos de límites de tiempo" (p.13). Las descripciones del comienzo de la adolescencia se relacionan con un lapso de tiempo bastante limitado, pero las que indican su fin, muestran mayor divergencia. La lista que a continuación presentamos, ilustra lo citado:

INICIO DE LA ADOLESCENCIA	FINAL DE LA ADOLESCENCIA
♦ Pubertad.	♦ Al completarse el desarrollo sexual.
♦ Un año antes de la pubertad.	♦ A los 19 años.
♦ Al presentarse la primera menstruación en las niñas.	♦ Al término del crecimiento físico.
♦ A los 13 años.	♦ Al salir de la preparatoria.
♦ Al comenzar el "estirón".	♦ Al contraer matrimonio.
♦ Al ingresar a la secundaria.	♦ Al lograr la independencia económica.
	♦ Al lograr la emancipación respecto de los padres.
	♦ Al alcanzar la madurez emocional e intelectual.
	♦ A la edad estipulada por la Ley de cada país (18 años en México).

Existe similitud de opiniones con respecto al comienzo de la adolescencia, ya que los puntos comprendidos en esta lista corresponden a un período limitado de tiempo; es decir, entre los once y los quince años en la mayoría de los adolescentes. Al parecer, en los criterios físicos o fisiológicos se puede basar el inicio de la adolescencia. Sin embargo, las designaciones que señalan el final de la adolescencia no pueden limitarse a ningún período único de tiempo. Los cuatro primeros puntos se refieren a hechos que tienen lugar entre los quince y los diecinueve años, pero ninguna edad puede relacionarse directamente con los cuatro siguientes. Al respecto, Powell (1975) comenta "si éstos han de usarse como criterios de conducta, podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que algunos individuos siguen siendo adolescentes toda su vida" (p. 14).

La divergencia está presente en la concepción que gira sobre lo que es la adolescencia, debido a que son múltiples y variados los factores que intervienen en ella, no obstante, cada una de las disciplinas interesadas en su estudio la ha definido de acuerdo a sus respectivas posturas teóricas, así se tiene que la palabra adolescencia deriva de la voz latina "adolescere" que significa, crecer o desarrollarse hacia la madurez.

Muuss (1988) menciona las siguientes definiciones generales:

**Sociológicamente**, la adolescencia es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. **Psicológicamente** es una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto; es decir, es una situación en la que el joven está al margen de la niñez porque ya tampoco es niño. **Cronológicamente**, la adolescencia es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década con grandes variaciones individuales y culturales (pp. 10 y 11).

Ahora bien, desde un punto de vista legal "a la edad de 21 años finaliza el período de la adolescencia, puesto que a partir de entonces la ley suprime toda protección legal por "inmadurez" y asigna a cada persona la plena posesión de sus derechos, de su independencia legal y de sus responsabilidades" (P.18). La edad legal será marcada por cada país, en México por ejemplo, es a los 18 años.

Otra manera de ver la adolescencia es la que postula la **teoría antropológica**, en donde se considera que la adolescencia está determinada culturalmente; es decir, que mientras más conflictiva sea la sociedad, el adolescente tendrá un período de crisis mayor (Mead, 1985).

Es evidente que son muchas las aproximaciones teóricas que han explicado el

fenómeno de adolescencia. Sin embargo, independientemente del tipo de aproximación teórica que la estudie, se considera que no puede reducirse al análisis de un sólo factor, sino que es preciso entenderla como un período que comprende cambios biopsicosociales y de esta forma integral se abordará a lo largo de este trabajo.

## *1.2. Desarrollo fisiológico y sexual.*

El comienzo de la adolescencia, llamado “pubertad, término que proviene del latín *pubertas* (que significa edad viril), y designa la primera fase de la adolescencia, cuando se pone de manifiesto la capacidad física para la reproducción” (Mussen, Conger y Kagan, 1990).

La pubertad trae consigo cambios bruscos y significativos, tanto en lo fisiológico como en lo psicológico. Sin embargo, para Bee y Mitchell (1987) los cambios más notables no son los del peso y la estatura, ni siquiera los de la composición corporal, sino los concernientes al desarrollo de las características sexuales. Por lo regular se dividen estas características en dos grupos: **Las características sexuales primarias** son las necesarias para la reproducción. Incluyen los testículos y el pene en el varón, y los ovarios, el útero y la vagina en la mujer. **Las características sexuales secundarias** son las no necesarias para la reproducción, e incluyen el desarrollo del pecho, el crecimiento del vello púbico, el tono de la voz menos agudo y el crecimiento del pelo en la cara y en las axilas. Enseguida, se especificarán las características sexuales primarias y secundarias tanto en la mujer como en el hombre.

### **1.2.1. Características sexuales primarias: Las muchachas.**

En el caso de las jóvenes, hay un hecho único claramente marcado que con frecuencia es tomado como medida de la madurez sexual, la primera menstruación, llamada menarca.

Generalmente, se supone que la primera menstruación indica que la niña o la joven es fértil y está biológicamente lista para tener hijos. Este no es realmente el caso. En la mayoría de las muchachas, los primeros periodos menstruales no van acompañados por la producción de un óvulo. Por un tiempo, sólo algunos ciclos son fértiles, hasta que finalmente se alcanza la total fertilidad (Bee y Mitchell, 1987).

En antaño, las adolescentes se mostraban intranquilas por los aspectos físicos,

psicológicos y sociales de la menstruación. En la actualidad, parece haber más muchachas que aceptan con tranquilidad el inicio de la menstruación. Algunas las esperan con gran interés. "Como dijera una adolescente de más edad: empecé a considerarla un símbolo. Cuando tenga mi primera menstruación seré mujer. Pero muchas otras piensan que este desarrollo normal e inevitable es negativo, algo que las mujeres tienen que soportar" (Ruble, 1977 cit. en Conger, 1980).

Tales actitudes negativas surgen de la imagen que los demás tienen sobre esta experiencia. Por ejemplo, si los padres y amigos de una joven actúan como si ésta necesitara ser comprendida por su "dolor", es probable que la joven misma reaccione de manera semejante. Otro motivo es la falta de preparación adecuada para la menarca. Cuando la madre espera a que comience, para explicarle su función, la muchacha puede sorprenderse o incluso sufrir una conmoción por la aparición repentina de la sangre menstrual, creyendo haberse lastimado. Es más, aunque parezca exagerado, algunas adolescentes han llegado a pensar que se están muriendo.

Conger (1980) señala que una muchacha puede reaccionar negativamente a la menstruación cuando se resiste o teme al crecimiento, o si no ha podido obtener una identidad femenina satisfactoria, puede sentirse inquieta por el claro mensaje que la menstruación le proporciona: que se está desarrollando como mujer y que no puede cambiar ese hecho.

## 1.2.2. Características sexuales primarias: Los muchachos.

En los muchachos, hay cambios importantes en los órganos reproductores que empiezan de los 11 a los 12 años. Los primeros signos de cambio son un alargamiento de los testículos y del escroto; el pene empieza a crecer un poco más tarde. Todo el proceso de cambio normalmente toma tres o cuatro años para completarse (Tanner, 1962, cit. en Bee y Mitchell, 1987).

La fertilidad reproductora empieza entre las edades de 12 y 16 años, con la primera eyaculación del adolescente como resultado de la masturbación o emisión nocturna (la eyaculación del fluido seminal durante el sueño, conocido como sueño húmedo) o por un orgasmo espontáneo al despertar. Al respecto, Conger (1980) considera que "el sueño húmedo" puede producir inquietud en los adolescentes, hasta el punto de llegar a tener miedo de dormir en camas ajenas o incluso en la propia, si sienten que sus padres reprueban la sexualidad. La emisión nocturna suele ocurrir con mayor frecuencia entre los jóvenes que carecen de otros escapes sexuales, como la

masturbación o las caricias que provocan el orgasmo, los cuales por sí mismos son causa de culpa.

Un considerable número de jóvenes, particularmente los que tardan en madurar, o aquellos cuyo pene es o creen que es más pequeño de lo normal, pueden preocuparse por su supuesta deficiencia. Los que maduran prematuramente o los que tienen un "pene más grande" pueden aumentar fácilmente las preocupaciones de los primeros al jactarse de sus "atributos sexuales". Sin embargo, en realidad el tamaño del pene no tiene nada que ver con la potencia sexual ni con la capacidad de proporcionar satisfacción sexual. A pesar de ello, esta preocupación por la conformación física puede adquirir una gran importancia para el adolescente (Conger, op. cit.).

### 12.3 Características sexuales secundarias femeninas y masculinas

Los cambios más importantes (o al menos los más estudiados) en las características sexuales secundarias en las mujeres son la aparición de vello púbico y axilar, desarrollo de los senos y la distribución de la grasa subcutánea, que tiende a acumularse en los mismos senos y en el área de la pelvis.

En el púber, se produce un importante desarrollo muscular y la distribución de grasa subcutánea se realiza en la parte superior del cuerpo. Aparece rápidamente el vello púbico y con mayor o menor rapidez, el cambio del timbre de voz, así como la aparición del vello facial (barba y bigote) y axilar.

Tanto en el hombre como en la mujer estos cambios físicos tienen lugar gracias al distinto equilibrio y la nueva orientación que el sistema hormonal establece en el organismo. La glándula pituitaria empieza a secretar hormonas gonadotrópicas (dos en los hombres; tres en las mujeres), las cuales estimulan el desarrollo de los órganos sexuales. Al mismo tiempo, la pituitaria también secreta tres hormonas relacionadas con el crecimiento, pero no con el desarrollo sexual: éstas regulan a la glándula adrenal, glándula tiroides y una regula el crecimiento general, especialmente de los huesos (Dreyer, 1982 cit. en Bee y Mitchell, 1987 p. 326).

Hay por lo menos cinco hormonas (seis en las mujeres) que influyen en el crecimiento y el desarrollo durante la pubertad. Juntas regulan la forma y función del sistema endócrino, el metabolismo basal, el crecimiento del esqueleto y las características sexuales tanto primarias como secundarias.

Las hormonas gonadotrópicas estimulan a los ovarios y testículos a producir hormonas propias - el estrógeno y el andrógeno-. Parece ser que estas dos hormonas son

las más importantes para el desarrollo de las características sexuales secundarias y para el desarrollo genital de los muchachos. Aunque se piensa en el andrógeno como la hormona masculina, el hecho es que todos tenemos parte de ambas. Así, una chica desarrolla un cuerpo femenino debido a que tiene más estrógenos en relación con el andrógeno, y un niño desarrolla características masculinas debido a que esta relación es inversa (Dreyer, 1982 cit. en op. cit.).

Brinder (1987, cit. en Bee y Mitchell, op. cit.) señala que ciertas glándulas endócrinas (hipófisis) empiezan a funcionar a pleno rendimiento, segregando las hormonas necesarias, mientras que otras (timo) detienen en cambio su actividad.

Para resumir brevemente, el desarrollo de las características sexuales empieza en el cerebro (en particular, en el hipotálamo), que regula a la glándula pituitaria, la cual controla el crecimiento de los ovarios y los testículos, los cuales a su vez se encargan de manejar las cantidades de andrógeno y estrógeno en el cuerpo. Tal vez no es de sorprender que la adolescencia se considere como una etapa de amplios cambios en el estado de ánimo y preocupaciones corporales, de modo que se está realizando un gran desarrollo a todos los niveles.

### *1.3. Vida social*

Para describir este aspecto tan interesante del adolescente, se menciona una serie de actitudes que se sitúan en la base de su apertura a los otros; a continuación, se señalan las instancias dentro de las cuales se mueve la vida de relación a esta edad, como son la familia, el grupo de amigos y la escuela.

Hay que añadir que la apertura del joven al exterior; se trata de una salida total, plasmada en afición a los viajes, trato con la gente e interés por todos los que le rodean. "El huraño púber va dejando paso al adolescente abierto al mundo, que experimenta la alegría y la fuerza de vivir. Una nueva visión parece deducirse de la presente situación: lo externo no se presenta como peligroso sino como realizante, la actitud defensiva y brusca se convierte en apertura, la hostilidad hacia los demás deja paso a la cooperación..." (Secadas y Serrano, 1984 p.49).

El adolescente está ante una posición de franca comunicación con los demás, pero no entendida como mero cambio de impresiones o de información, sino de un carácter marcadamente afectivo y entrañable. Expone sus puntos de vista como medio para llegar a los demás; esto puede significar la urgencia por establecer relaciones sociales. Así, la comunicación y necesidad de comprensión son dos caras de una misma

moneda, donde el muchacho desarrolla su existencia cotidiana. En este sentido, la familia es el sujeto principal de la dependencia, el obstáculo que el adolescente tiene que superar para su emancipación.

### **1.1 La familia**

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido al hogar como la unidad básica dentro de la cual se desarrolla el individuo. En esta unidad, que es quien transmite las primeras normas sociales, el individuo aprende cómo funciona su sociedad y desarrolla patrones de conducta que le permiten funcionar de manera efectiva en la sociedad. Muchos de los valores, actitudes o intereses que son parte de la conducta adulta del individuo, tuvieron sus comienzos, y muy a menudo cristalizaron completamente a través de las influencias tempranas del hogar y la familia.

Sin embargo, es dentro de esta unidad básica donde una buena parte del conflicto entre el mundo del adolescente y el del adulto tiene lugar, especialmente porque los padres son los adultos con quienes más contacto tienen los jóvenes. Las dificultades en las relaciones entre padres y adolescentes se manifiestan en particular en la incomunicación recíproca y en los conflictos. Es raro, que los adolescentes consigan establecer un diálogo, con sus dos padres, sobre sus problemas íntimos (Secadas y Serrano, 1984).

Los psicoanalistas tienden a afirmar no solamente que los conflictos entre padres y adolescentes son inevitables, sino también que son indispensables para la individualización de los jóvenes (Friedenberg 1959, cit. en Lutte, 1991). Otros creen que no. Flemin (1959 cit. en Lutte, op. cit.), escribe: "es importante darse cuenta de que los conflictos y los malestares son características potenciales más que inevitables de las relaciones entre los padres y los hijos. En muchos casos, son más aparentes que reales... Cuando los malestares y conflictos aparecen en la historia de un adolescente, no dependen del hecho de que este joven esté atravesando un cierto período de su crecimiento ni de la necesidad inevitable y urgente de liberarse de sus padres, sino más bien de la naturaleza de su historia pasada y del tipo de familia en que ha sido educado. Unas dificultades de esta clase son más sociales que biológicas o evolutivas" (p.152).

Para Lutte (1991) la falta de conflictos no es en sí misma la señal de un desarrollo sano: puede manifestar solamente el infantilismo de un adolescente que no quiere correr los riesgos del crecimiento, o no quiere oponerse a unos padres que quieren mantenerlo en la dependencia de la infancia. La misma rebelión es la señal de que el adolescente



busca la autonomía, no de que la ha encontrado. En efecto, se considera que mientras el joven hace algo sólo porque sus padres se oponen a ello y no porque le guste, indica que aún continúa dependiendo de ellos.

La hostilidad hacia los padres puede fácilmente ser desviada a otras personas porque choca con muchos obstáculos: los sentimientos de afecto, de respeto, de culpabilidad, el miedo al “desquite”. El adolescente entonces podrá tomarla con sus hermanos y hermanas, con sus maestros, con los adultos que ejerzan una autoridad.

Así, los padres pueden responder a las dificultades de los adolescentes con una crisis que reactiva su adolescencia y desencadena la ansiedad. Los siguientes psicólogos han propuesto muchas explicaciones de la hostilidad de algunos padres hacia los adolescentes y de los obstáculos que ponen a su emancipación:

1) Para Lutte (1991) la emancipación de los adolescentes provoca el final de un período en que los padres se sentían útiles para su hijo y la desilusión es todavía más grave si habían centrado su vida exclusivamente en él. Al mismo tiempo, Hurlock (1987) señala que los padres “buenos” se sienten profundamente heridos por la crítica constante de sus hijos adolescentes. El daño psicológico, para este autor, es más intenso en las madres que en los padres, debido a que las domina la idea de que los años dedicados a la atención de sus hijos han terminado en fracaso, y porque por lo general experimentan la crisis física y emocional de la menopausia hacia la época en que las agresiones verbales llegan a su punto máximo. Por su parte, Powell (1975) considera que la mayoría de los padres tienden a entristecerse al ver que sus hijos crecen y que los necesitan menos. A menudo se dan cuenta de que estas son muestras de que pronto dejarán el hogar, ya sea para continuar su educación, o bien para buscar empleo. Sin embargo, los padres, que el autor califica como “inteligentes” tratarán de interferir lo menos posible en los intentos del joven por emanciparse, aunque esto les cause muchos momentos de preocupaciones.

2) Conocen bien, o creen conocer, a su hijo, sus defectos, sus debilidades y temen dejarle afrontar la vida sin su ayuda (Lutte, 1991). Stone y Church (1980) al estudiar el desarrollo del adolescente, apuntaron el conocimiento que tienen los padres de su hijo y la conciencia de sus debilidades e insuficiencias. Desaprobando el caso omiso que le daban a que el joven sólo lograría superar sus debilidades y resolver los problemas que plantea una vida independiente si entrara realmente en ese mundo. “Nadie está nunca totalmente preparado para la vida adulta, y todo paso en el desarrollo encierra el riesgo de dejar que el niño camine solo, que cruce solo la calle, enviarlo a la escuela, dejarlo irse con la pandilla, dejarlo salir sin compañía, dejarlo usar el automóvil

de la familia, cada uno de ellos impone una separación que provoca temores” (p.32). Así pues, cuando se trasciende el marco familiar, el joven se encuentra con opiniones opuestas o diferentes y situaciones no previstas; ante el desconcierto o el posible conflicto, confronta a la familia que aún obstaculiza su realización.

3) Stone y Church (op. cit.) y Lutte (op. cit.) identifican la larga costumbre de más de una década de autoridad de los padres que les impide a menudo darse cuenta de que su hijo ha cambiado y de que hay que tratarlo de otro modo. Aunque, para ellos es todavía un niño, pero un niño lo bastante grande como para poder ayudar.

La resistencia de los padres suele ser mayor en el caso del hijo primogénito, que en este aspecto como en muchos otros tienen que abrir el camino para los menores. En general, los padres, se resisten al cambio, son reacios a abandonar viejos hábitos y adoptar otros nuevos, a dejar partir a los hijos.

4) Otra causa de dificultad que menciona Hurlock (1987) consiste en que muchos padres de edad madura consideran que los valores de la actualidad son inferiores a los que aprendieron en su juventud. Asimismo, es probable que tengan escasos intereses exteriores en qué ocupar su tiempo. Entonces intervienen demasiado en la vida de sus hijos, y el resultado es que ambas generaciones entran en conflicto.

5) Según Friedenberg (1959 cit. en Lutte 1991), el abandono de los métodos educativos autoritarios en favor de métodos democráticos, que exigen que los adultos respeten a los jóvenes como personas de valor igual, provoca en los padres el miedo y una hostilidad acrecentada, que se manifiesta de modo indirecto en la manipulación. Para Secadas y Serrano (1984) es indiscutible que el límite de la autonomía que necesita un muchacho para desarrollarse favorablemente no es fácil de determinar; depende de muchos factores relacionados con el contexto social en que se vive y de variables de diversa índole. “Bastará decir que si se elimina en padres y educadores el autoritarismo irracional, la imposición de criterios, el cuidado agobiante... y si se sitúa como norma de convivencia el respeto dialogante y la comprensión del momento en que vive el joven, posiblemente se estará favoreciendo el modo más armónico de desarrollo” (p.52).

6) La adolescencia de sus hijos despierta en los padres su propia adolescencia y a menudo provoca una identificación con ellos. Como observa Jersil (1957 cit. en Lutte, 1991), “los padres de un adolescente son también adolescentes si todavía llevan consigo conflictos y problemas no resueltos de su adolescencia, problemas que pueden referirse al sexo, al trabajo, a las responsabilidades hacia sí y hacia los demás, a las actitudes con respecto a la autoridad, entre otros. En cierto sentido, están siempre luchando con su adolescencia si dependen mucho de la opinión de los otros, si no confían en su propio

juicio, si sienten la necesidad de apoyarse en otros para decidir qué hacer. Estos padres se sentirán probablemente amenazados cuando un hijo o una hija adolescente presenten unos problemas tan parecidos a los suyos” (p. 157).

A menudo es la madre, sobre todo cuando no trabaja fuera de casa, la que tiene el papel más importante en la educación de los adolescentes; es pues con ella con quien surgen más fácilmente conflictos. Con frecuencia se percibe al padre como más autoritario y parece más difícil confiar en él, aunque garantice una mayor seguridad. A veces se vive al padre como ausente. “Mi padre es un fantasma”, suelen decir algunos adolescentes. No es raro que la madre desempeñe el papel de mediadora entre el padre y el adolescente haciéndose cómplice. En ocasiones, es el padre el más disponible para sus hijos, puede interesarse por seguir el curso de sus estudios, preocuparse por su educación y sus problemas.

Es preciso recordar que en la adolescencia el punto de referencia y de despegue al ámbito social es la familia. De hecho, Wiebe (1972) reporta que la preferencia del adolescente por acudir con la madre, con el padre o con ambos se relaciona con la facilidad que éste tiene para expresar sus sentimientos y emociones, aunque no niega la importancia de la calidad en las relaciones familiares. Ese apoyo social ha sido descrito en términos de las relaciones interpersonales que brindan ayuda material y emocional. Al respecto, González-Forteza, Salgado y Andrade (1993) realizaron un estudio el cual tuvo como objetivos:

- 1) identificar a quién acuden los adolescentes para recibir ayuda, consejos, consuelo al enfrentar problemas con las siguientes fuentes: el padre, la madre, los hermanos, los amigos, la autoimagen corporal y las inquietudes sexuales; así como
- 2) explorar la relación entre los recursos de apoyo (familia, amigos, nadie) y el estado emocional de los adolescentes. La muestra quedó integrada por 608 adolescentes, entre 13 y 15 años de edad (298 mujeres y 310 hombres). Todos ellos eran estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. Para ello se diseñó una Cédula de Redes de Apoyo para identificar a quiénes acuden los adolescentes cuando tienen problemas ya sea con el padre, la madre, los hermanos y los amigos. También se evaluó la autoimagen corporal y las inquietudes sexuales. Se utilizó también la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, como indicador del estado emocional.

Se delimitó el patrón de los recursos de apoyo y su relación con el estado emocional de los adolescentes cuando enfrentaron problemas cotidianos en las siguientes áreas: 1) familiar (problemas con el padre, con la madre y con los hermanos); 2) social (problemas con los amigos); y 3) personal (problemas por la autoimagen

corporal, y por las inquietudes sexuales).

Los resultados obtenidos mostraron diferencias por género:

**I.** Respecto al patrón de los recursos de apoyo, en las mujeres se observó una marcada preferencia por acudir con la familia cuando tuvieron problemas en cualquiera de las áreas evaluadas, siguiendo en importancia el apoyo de las amistades, y por último el no buscar ayuda. Sólo respecto a los problemas por las inquietudes sexuales tendieron a preferir en segundo término el no buscar consejos.

**II.** El patrón de los recursos de apoyo en los hombres fue: **a)** cuando tuvieron problemas con el padre, con la madre y con los hermanos, la mayoría prefirió el apoyo de la familia; **b)** cuando se trató de problemas con los amigos, la mayoría acudió con la familia o no buscó ayuda, y una menor proporción prefirió buscar el apoyo en otros amigos; **c)** cuando tuvieron problemas por la autoimagen corporal y por las inquietudes sexuales, la mayoría prefirió no buscar ayuda, seguido por acudir con la familia, y en menor número con las amistades.

Al considerar las áreas de conflicto y los recursos de apoyo preferidos, se observó que:

1) Como principal recurso de apoyo, la mayoría de las mujeres acudió con la familia, independientemente del área de conflicto que se tratara. Mientras que la mayoría de los hombres tendió a buscar ayuda en la familia cuando se trató del área de conflicto familiar; buscó ayuda casi por igual en la familia, en los amigos o en nadie tratándose del área social, y prefirió no buscar ayuda cuando se trató del área personal. Lo cual, parece indicar que en los hombres la búsqueda de apoyo está determinada por el área de conflicto; y en las mujeres, esto no se observa.

2) En las mujeres el apoyo de las amigas siguió en importancia al apoyo familiar en casi todos los tipos de problemas; en tanto que los hombres tendieron a preferir no buscar ayuda ni consejos. En este aspecto, vale considerar entonces que para las mujeres, la influencia de las amistades para suplir el apoyo familiar, tiene un peso mayor que en los hombres.

Conviene señalar que entre las mujeres, sólo en los problemas por las inquietudes sexuales, la tendencia por no buscar apoyo fue de mayor importancia que la preferencia por la ayuda de las amistades; y en los hombres, la mayoría tendió a no buscar apoyo tratándose de problemas en este rubro. Quizá el no acudir con alguien cuando se viven problemas de índole sexual, muestra la inhibición que los adolescentes tienen en lo concerniente al desarrollo de su sexualidad, cuando no perciben tener suficiente confianza en el seno de su familia. Al respecto, Díaz-Guerrero (1982) resalta la

influencia que la madre desempeña como papel central en la dinámica de la familia mexicana sobre todo en la comunicación entre madre-hijo, al no ser tan fluida sobre aspectos de la sexualidad masculina, y también en la comunicación entre madre-hija, sobre aspectos de la sexualidad femenina. Además de la relación establecida entre madre/hijo, también influye la calidad de la información transmitida, considerando que actualmente, varios tópicos de la sexualidad son todavía tabú, o bien fuente de discusión entre generaciones.

II. Respecto a los recursos de apoyo preferidos por los adolescentes y su relación con su estado emocional, los resultados obtenidos indicaron que en ambos sexos, el apoyo de la familia fue el más efectivo, ya que en él se presentaron los niveles más bajos de malestar emocional, en todas las áreas de conflicto evaluadas. Además, es necesario señalar que en los hombres, el acudir con las amistades, o no buscar ayuda, tampoco se relacionó con malestar emocional en ninguna de las áreas evaluadas. En cambio, las mujeres que no acudieron con la familia cuando tuvieron problemas con el padre, con la madre, con la autoimagen corporal, y con las inquietudes sexuales, tuvieron puntajes de sintomatología depresiva significativamente mayores.

En esta diferencia por género cabe hacer dos menciones:

1) La variable considerada como indicador de malestar emocional, se refiere a la esfera de los síntomas de la depresión y ampliamente reconocido es que este tipo de manifestaciones son expresadas y reconocidas con más facilidad por la población femenina, lo cual puede influir en los puntajes tan elevados de las adolescentes de este estudio. Para Hamilton, Rothbart y Dawes (1986 cit. en González-Forteza y cols. 1993) si se hubieran considerado otro tipo de indicadores de malestar emocional más frecuentes en la población masculina, como los trastornos de la personalidad antisocial o consumo de drogas o de alcohol, quizá los puntajes más elevados se detectarían en los adolescentes varones. De igual modo, Windle (1992) realizó estudios con adolescentes norteamericanos y también encontró diferencias por género, en donde la relación entre apoyo familiar y depresión fue significativa para las mujeres.

2) La marcada efectividad del apoyo familiar en la mujer adolescente es un indicador de la importancia que tiene la relación madre-hija reconociendo la función materna en la dinámica de la familia mexicana (Salgado y Padilla, 1987, cit. en González-Forteza y cols. 1993). Además, Windle (1992) encontró que las mujeres adolescentes tienden a preferir con mayor frecuencia el apoyo materno, mientras que los varones se apoyan por igual en la madre y en el padre. Parece ser que en la mujer adolescente dicha relación es más compleja que entre los hombres. De este modo, se comprende que el malestar

emocional expresado en sintomatología depresiva puede estar asociado con el deterioro en la relación madre-hija buscando por ello la ayuda de otros recursos(amigos) para resolver los problemas antes mencionados.

Con este panorama, es claro que la dinámica de la familia influye directamente en todos sus integrantes. Así pues, para que el adolescente y la adolescente puedan establecer una identidad psicosocial sólida, el punto de partida es contribuir a que sientan confianza y afectividad en las relaciones familiares, ya que juega un papel mediador en la salida del adolescente hacia una esfera social exterior que son los amigos. Esta convicción se lograría a través de las experiencias vividas durante su desarrollo con la familia.

### 1.3.2 Las relaciones amistosas

Cada etapa de la vida aporta exigencias de nuevos aprendizajes sociales. En la infancia, el individuo aprende que sus necesidades fundamentales las satisfacen sus padres. En la niñez, las actividades del individuo dependen en gran medida de su familia y de sus compañeros de juego. Blair y Jones (1983) consideran que el adolescente, en cambio, ha de aprender que únicamente podrá alcanzar madurez en la medida en que desempeñe roles adultos. Se esfuerza por lograr la madurez, pero todavía se siente inseguro; de ahí parte su necesidad de aliarse con otros en su misma condición. Estos autores concuerdan al mencionar que cuando se une con su grupo de iguales, el adolescente se fortifica en la lucha por lograr un lugar en el mundo de los adultos.

El adolescente manifiesta una creciente expansión social que le lleva a establecer múltiples lazos de relación con variadas posibilidades de enriquecimiento y desarrollo. Esta necesidad expansiva puede deberse a la empatía afectiva, los grupos de participación y el tipo de asociación preferida. Todo ello, soportado por el gran desarrollo de la comunicación que empuja al muchacho a establecer amistades.

“Una gran parte de las conversaciones de los muchachos versan sobre las amistades con los de uno y otro sexo o incluyen cuestiones relacionadas con los amigos del mismo sexo, la manera de hacer amistades, la soledad y falta de amigos, el rechazo sufrido por parte del mejor amigo, las manifestaciones de rechazo de la madre hacia algún amigo, entre otras. En relación con los acompañantes del otro sexo, los principales problemas incluyen aspectos tales como: la pérdida del “novio”, la incapacidad para atraer a los muchachos, el tema de los celos, la edad adecuada para que una chica empiece a salir con chicos, la actitud de los padres ante la relación con jóvenes de

distinto sexo . . ." (Secadas y Serrano, 1984. p.55).

Esta especial necesidad y capacidad de comunicación es lo más propio de la presente edad: la conversación constante, el intercambio de opiniones, experiencias y confidencias. Todo es pretexto y objeto de comunicación. Y cuando no es posible el encuentro, aparece el teléfono como instrumento insustituible.

Las características individuales se manifiestan a través de las relaciones de grupo. Incluso en la reacción de timidez y en la actividad retraída se imprime un sello personal. Tanto el muchacho como la muchacha pueden ser tímidos pero en forma distinta. Y no sólo por sexos, sino individualmente, cada uno a su manera. Las mismas diferencias entre los sexos revelan matices diferentes en la personalidad: los varones se muestran más activos, deportistas y atléticos, buscando a través de las habilidades propias producir algún impacto sobre los demás. Y entre las chicas, la coquetería y la vistosidad del atuendo personal acentúan los rasgos diferenciales igual que en los muchachos el afán de polémica, la discusión a las pruebas de exhibición atlética.

Otra de las características que contribuyen a la configuración del individuo es la tendencia a ostentar emblemas y distintivos de las asociaciones a las que el muchacho pertenece, o por las que muestra simpatía. Es un tipo de clasificación que le define a él mismo, al tiempo que lo incorpora a una clase o grupo. Es frecuente el interés por la opinión de la gente, el buen nombre y la popularidad.

Para Secadas y Serrano (1984) la adolescencia combina sociabilidad y soledad, ya que en esta etapa de la vida cobra una mayor fuerza la paradoja: el joven se repliega hacia su intimidad y, simultáneamente, sale hacia el exterior buscando la amistad que le comprenda y el grupo en el que se le considere como él mismo y no como uno más.

“Le basta que su amigo le escuche, que siga con visible interés sus narraciones, que no interrumpa con alguna palabra de burla el análisis ingenuo de sus estados de ánimo. Se trata por eso, casi siempre, de un “espejo” es decir, de otro adolescente de una edad casi idéntica a la suya o con muy pocos años más, pero en ninguno de los casos, de un adolescente cuya discreción o serenidad lo indiquen de antemano para el consejo sabio o la palabra oportuna. El adolescente en ese instante de su vida, no se preocupa gran cosa de comprender a los demás: demasiado tiene con comprenderse a sí mismo, y busca por eso un apoyo que le permita intensificar su propio análisis” (Williams, cit. en Ponce y Fisher, 1976 p.98)

Al mismo tiempo el muchacho comienza a comprobar que sus problemas no son exclusivamente suyos, que las dificultades experimentadas también son compartidas por otros jóvenes como él. Por ello busca amigos en los que descubre afinidades, dada la

urgencia de identificarse con alguien para reafirmar su persona. Ponce y Fisher (1976) suponen una necesidad aguda en el adolescente por confiar en alguien que no le deja la calma indispensable para buscar con prudencia al confidente. Gesell (cit. en Secadas y Serrano, 1984) menciona que en la vitalidad, la franqueza, la simpatía devienen criterios de elección. Mientras que Claus y Heibsch (cit. en Secadas y Serrano op.cit.) constatan la importancia de la selección de amigos, de modo que muchos jóvenes están convencidos de que sólo es posible tener uno o dos verdaderos amigos, aunque sea factible la camaradería con varios condiscípulos.

Resulta, así, frecuente la aparición del "amigo preferido", normalmente de igual sexo; con él comparte aventuras, proyectos, ambiciones y experiencias. Para el adolescente resulta un descubrimiento trascendental: alguien que le comprende, a quien no necesita engañar. Para Pépin (1975) el amigo es siempre la entrega de sí mismo dentro de la libertad y la confianza, tanto más apreciado porque la familia no permite esta liberación.

La amistad íntima es, por tanto, el tipo de relación amistosa característica de los jóvenes; no se busca la mera compañía, sino la comunicación. Con frecuencia, un joven en una fiesta, en medio de una multitud, puede sentirse solo: solicita de los otros no la mera presencia, sino intimidad y comunicación personal. "Está a punto de cristalizar su identidad y por esto necesita que otros de su generación actúen como modelos auxiliares, . . . Necesita desesperadamente el apoyo, la aprobación y la seguridad, así como las normas de un grupo de compañeros" (Mussen, 1990 p.381).

Asimismo, Secadas y Serrano (1984) sugieren tener presente que la formación del grupo corresponde a un modo colectivo de autoafirmación; se basa en la necesidad de sociabilidad, pero fundada en los sentimientos propios de la adolescencia: camaradería, entusiasmo, sentido de la solidaridad, entre otros.

La intimidad es una clara connotación de la amistad en esta edad, el muchacho o la muchacha suele tener muchos amigos, a causa de su expansividad. La escuela es una instancia en donde los grupos poseen una vida más dinámica que en años anteriores, ocupan la mayor parte del tiempo libre y se convierten en el marco dentro del cual el joven desarrolla sus actividades preferidas.

### 1.3.3. La vida escolar.

Dentro de la actividad cotidiana del adolescente, la escuela posee gran importancia, no tanto por las tareas escolares propiamente dichas sino por ser un ámbito



donde el muchacho desarrolla su vida y su personalidad.

Las tareas específicamente escolares, normalmente, ocupan un lugar secundario en el abanico de intereses del adolescente; "los estudios aparecen circunscritos dentro de una esfera de sociabilidad mucho más amplia. La escuela suministra el punto de partida para gran número de sus actividades sociales". (Gesell, cit. en Secadas y Serrano, 1984 p.61).

En general, el adolescente se muestra capaz de adaptarse al ambiente escolar. En ésta adquiere una cierta connotación protectora. Le da seguridad, le ofrece perspectivas; le posibilita la comunicación, el intercambio y el conocimiento.

Al respecto, Rivera y Ortega (1992) a través de la Encuesta Nacional sobre Necesidades, Intereses y Costumbres en Adolescentes Escolarizados de Planteles Oficiales al estudiar la motivación de los jóvenes hacia el trabajo escolar, incluyendo su autoevaluación como estudiantes y la aceptación de normas y deberes; encontró que la mayoría de los jóvenes (82%) consideran satisfactorio su desempeño y entorno escolar, una proporción mínima (2%) cree que nunca es así y el resto (16%) piensa que esto ocurre algunas veces.

El 86% considera que lo que le enseñan en la escuela siempre es importante, el 74% opina que las exigencias de la escuela resultan adecuadas y un 23% manifiesta que esto sucede sólo algunas veces.

Su satisfacción con la escuela en términos generales es alta (87%) en tanto únicamente el 13% consideró que sólo algunas veces o nunca está satisfecho con la escuela.

De hecho, en la escuela se van formando las mejores amistades; empiezan a gestarse los grupos con los que se sentirá identificado el adolescente. También la escuela se convierte en lugar donde se planean las actividades juveniles, sociales y culturales. La misma evolución de la personalidad hace que, el adolescente tenga unas relaciones nuevas con sus profesores: "reconoce que son más divertidos y advierte que se porta mejor con ellos y viceversa . . ." (Gesell, cit en Secadas y Serrano, 1984. p.63).

Secadas y Serrano (1984) han comprobado en múltiples casos cómo un profesor puede llegar a convertirse en modelo ideal con repercusiones de diversa índole en la vida del adolescente. De igual forma, han tenido la experiencia de que la afición por disciplinas concretas frecuentemente se debe al grado de atracción que el profesor ejerce sobre los alumnos.

Momento también importante en la jornada escolar son los intervalos entre una clase y otra: se trata de un momento de máxima liberación, en que se da "rienda suelta"

a los deseos de juego y sociabilidad. Las adolescentes suelen conversar, cuentan las últimas novedades, los muchachos charlotean y ríen.

Otro elemento de distracción es el deporte, ante el cual también se plantean diferentes actividades según el sexo. Generalmente, a los chicos les interesa poner a prueba su capacidad; el deporte les posibilita manifestar sus habilidades y ganarse la atención y admiración de los demás. Los muchachos de dotes deportivas ocupan en los grupos un lugar importante, a causa del prestigio que les confiere su condición. Para las chicas los incentivos y las recompensas tienen un especial interés. Sólo algunos deportes muy peculiares poseen relevancia para ellas.

También en las escuelas mixtas la relación entre los sexos cobra su importancia. Gesell (cit. en Pépin, 1975) considera estas relaciones como transitorias y desiguales; algunos muchachos rehusan claramente tal relación, otros las buscan; son las chicas quienes desean con mayor interés la amistad con el sexo opuesto, pero priorizando a los chicos mayores que ellas, a causa de los rasgos de inmadurez que evidencian los muchachos de la misma edad.

#### *1.4. Caracterización psicológica del adolescente.*

La constatación de la propia existencia, de ser distinto y único sin duda se presenta como uno de los principales descubrimientos que va haciendo el adolescente. El preadolescente vive una experiencia básicamente colectiva y de identificación con el grupo. El adolescente advertirá y resaltarán las diferencias con los demás, percibiendo su singularidad. Ante esta nueva situación, se produce una doble actitud. Un aspecto vendría dado por cierto recogimiento en sí mismo, lo que supone el encuentro con la propia personalidad. Otro, la urgencia por mostrarse al exterior con claro deseo de expresar su originalidad, en un intento de conseguir la autonomía y la emancipación (Secadas y Serrano, 1984).

##### *1.4.1. Búsqueda de identidad.*

Tanto las modificaciones corporales como las exigencias del mundo exterior hacen que el niño pierda su identidad, provocando la búsqueda de una nueva; el niño entra a la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres para después alcanzar la madurez con determinado carácter y personalidad de adulto; la consecuencia final de la adolescencia es un conocimiento de sí mismo, en donde el cuerpo y la imagen

que se tienen no deben desligarse en el proceso de definición de la identidad. Sólo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente su aspecto de niño y adulto, pueda empezar a aceptar los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad (Mussen, Conger y Kagan, 1990).

Las modificaciones en el cuerpo del adolescente lo llevan a la estructuración de una nueva imagen corporal, la búsqueda de su identidad y el cumplimiento de nuevos roles. El problema de la identidad se agudiza en la adolescencia y la facilidad con que se establece el sentido de ella depende de muchos factores tales como: relación con los padres, aptitudes y destrezas, oportunidades de jugar un papel social, los cuales lo llevan a una identificación del rol sexual, interés manifiesto por los valores culturales, las ideologías y el planteamiento de expectativas en relación a su futuro.

El nuevo plan de vida exige al adolescente plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales y afectivos, implica el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de la capacidad de lucha para conseguirlos; su hostilidad frente a los padres y el mundo en general se expresa en su desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo de la realidad. El adolescente se presenta como varios personajes en una combinación inestable de varias identidades, esto es, con frecuencia ensaya diferentes papeles con el fin de encontrar alguno con el que mejor se identifique; no puede renunciar a aspectos de sí mismo, ni utilizar o sintetizar los que va adquiriendo (Aberastury, 1988).

Gardner (1978 cit. en Aberastury, 1988) afirma que la identidad es más que la suma de identificaciones previas, es una construcción activa, una integración de los cambios físicos, roles sexuales, capacidades, identificaciones significativas, los cuales dependen de las características individuales y de la experiencia.

Mussen, Conger y Kagan (1990) y Gardner (op. cit.) estiman que la identidad es algo más que la suma de identificaciones de la niñez, es la experiencia acumulada de la capacidad del individuo para integrar todas las identificaciones con las actitudes desarrolladas y con las oportunidades que el adolescente ha recibido de su desempeño en un papel social. El adolescente se enfrenta a los cambios fisiológicos y a las demandas intelectuales, sociales y vocacionales de la edad adulta a la cual se está acercando, le preocupa la opinión que tienen otros de él, por comparación de lo que siente que realmente es y además afronta el problema de cómo integrar los papeles y destrezas adquiridos durante la niñez con las demandas del mañana.

Para Sorenson (1962, cit. en Aberastury, 1988), la identidad es la creación de un sentimiento interno de continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el

individuo y reconocida por otro que consiste en "saber quién soy" (p.50).

Erikson (1968 cit. en Mussen, Conger y Kagan, 1990) reconoce como tarea fundamental de la adolescencia, la de encontrar respuesta a la pregunta ¿quién soy?. Cuando el adolescente está dotado de un sentido de identidad se considera a sí mismo como un individuo aparte, distinto. Implica la necesidad de percibirse a uno mismo como algo separado de los demás, por más que comparta con otros motivos, valores e intereses. "La persona más joven, para que pueda experimentar el sentimiento de ser una totalidad tiene que percibir una progresiva continuidad entre lo que ha llegado a ser durante los largos años de la niñez y lo que promete ser en el futuro previsto; entre lo que piensa que es él y aquello que advierte que otros ven en él y que esperan de él" (p. 481).

A grosso modo, se puede mencionar que los autores citados concuerdan en que la formación de identidad está relacionada con los cambios físicos del adolescente, ésto es, que a partir de dichos cambios, se forma una nueva imagen corporal integrada por aspectos internos (emociones, sensaciones, pensamientos) y externos (familia, escuela, compañeros, sociedad en general); además, plantean que la identidad no es la suma de todas las identificaciones pasadas, sino la integración de experiencias asimiladas a lo largo del desarrollo que son influidas por el medio ambiente

Según Erikson (1984 cit. en Bee y Mitchell, 1987) la mayor parte de los adolescentes no tienen dificultades durante la formación de la identidad a no ser por periodos transitorios con respecto a lo que les reserva el futuro. Sin embargo, la búsqueda de identidad puede transformarse en lo que ha llamado crisis, la cual no puede darse antes de la adolescencia, ya que según él, no existen las condiciones somáticas, cognitivas y sociales para ello, por lo tanto la crisis de identidad, depende parcialmente de factores característicos del periodo de adolescencia, tales como: los cambios físicos, de pensamiento, actitud de los padres hacia ellos, entre otros.

Siguiendo la formulación básica de Erikson, Marcia (1966 cit. en Bee y Mitchell, 1987) argumenta que hay dos partes claves para cualquier formación de la identidad del adolescente: Una *crisis* y un *compromiso*. Por crisis, Marcia (op. cit.) se refiere a un período de toma de decisiones cuando los viejos valores, las viejas selecciones son reexaminadas. El resultado de la reevaluación es un compromiso con algún papel específico, cierta ideología en particular. Marcia cree que al poner estos dos elementos juntos son posibles cuatro *estatus de identidad* diferentes.

a) *El logro de la identidad*: un individuo que ha pasado por un período de crisis y que aparentemente ha desarrollado compromisos relativamente firmes.

b) *Moratoria*: es una combinación de la toma de decisiones y ningún compromiso. Una persona que actualmente se halla en crisis y está buscando activamente entre distintas posibilidades para llegar a una elección.

c) *Cierre de identidad*: una persona que no ha experimentado una crisis de identidad, pero que no obstante se halla comprometida con sus metas y creencias en gran parte a consecuencia de las influencias de los padres, y

d) *Difusión de identidad*: Un individuo que no se halla comprometido con nada y que no parece estar tratando activamente de hacer un compromiso. Con frecuencia estas personas jóvenes no han pasado por un periodo de auto-examen; otros adolescentes y adultos jóvenes en este status han experimentado una crisis de identidad y todavía no han salido de ella con los compromisos contraídos.

Además de Erikson existen otros autores que también plantean la identidad como una crisis, por ejemplo Avenburg (cit. en Pierini, 1973) menciona que el adolescente sufre una crisis de identidad por el cambio, que es corporal a la vez que psicológico que constituye un salto en el desarrollo del niño dado principalmente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios, provocando que el adolescente tome conciencia de ese otro que a la vez es él mismo. Para Gardner (1978 cit. en Aberastury, 1988) la crisis de identidad se refiere a un sentido de continuidad interna de los adolescentes, entre lo que fueron y en lo que se convertirán.

Para Weiner y Elkind (1976) la identidad se convierte en crisis para aquellos jóvenes que en los últimos años de la adolescencia todavía no han resuelto su problema de independencia y puede tomar varias formas: en algunos casos los adolescentes se desorientan en la búsqueda de roles apropiados y sufren una dispersión de identidad, que se refiere a un sentimiento de ignorar quiénes son, a dónde pertenecen o hacia dónde van, continuando su búsqueda de identidad sin poder optar por las decisiones, elecciones y compromisos necesarios para la afirmación de dicha identidad; esta situación produce una adolescencia prolongada en la cual la inseguridad y falta de compromisos continúan en los años adultos. Otros adolescentes presentan una fijación prematura de la identidad, se caracterizan por no tolerar el proceso que les permite probar distintos roles y definir poco a poco la identidad que mejor se adecúa a su tipo de persona, es por eso que adquieren prematuramente ciertos valores y metas y evitan su reconsideración sin importar lo que les indique su experiencia posterior. Finalmente, a algunos adolescentes que les resulta difícil vivir el proceso de formación de la identidad, pero no desean asumir lo que les ordenan sus padres, pueden adquirir una identidad negativa, que consiste en ser lo contrario de lo que la familia desea y espera; en general

son jóvenes que rechazan los valores éticos, morales, económicos, políticos, sociales o religiosos y adquieren identidad de delincuentes, drogadictos, entre otros.

En efecto, los adolescentes pueden atravesar por situaciones difíciles en el proceso de formación de la identidad, pero esto no significa que pasen por una etapa crítica, caótica como comúnmente se ha denominado, pues, el término crisis da idea de que durante la infancia se viven múltiples conflictos que se van acumulando y al llegar a la adolescencia se desencadenan explosivamente, dando lugar a identidades dispersas, prematuras o negativas; se considera que tal cosa no siempre ocurre porque los niños tienden a vivir otro tipo de dificultades diferentes a las de los adolescentes. Ellos se plantean una serie de cuestionamientos en relación a las inquietudes e incertidumbres causadas por los cambios que están viviendo, por las expectativas futuras y por las demandas sociales que no siempre se traducen en una situación crítica. Cabe mencionar que las experiencias de la infancia tienen gran influencia en el adolescente, de tal manera que si éstas han sido negativas, posiblemente le sea más difícil lograr una identidad y en general adaptarse a los cambios por los que está pasando en este periodo.

Como puede observarse, la formación de la identidad en el adolescente depende de muchos factores: la relación con sus padres, las identificaciones previas, las actitudes y destrezas que haya ido desarrollando a partir de su capacidad y de su experiencia; las oportunidades que se le ofrezcan en el desempeño de su papel social y los sistemas ideológicos existentes en el medio en el que vive, además de las actitudes y expectativas que los adultos tienen con respecto a él.

Ayassa y Vera (cits. en Pierini, 1973) señalan que el medio familiar es determinante en la búsqueda de identidad del adolescente, ya que éste constituye la base y el modelo a seguir desde los primeros años de vida del individuo; citan algunos factores familiares que dificultan la formación de la identidad, los cuales son: desavenencias de la pareja, preferencias por determinados hijos, rivalidad entre hermanos, problemas económicos, entre otros. En los adolescentes se observa la necesidad de comprensión y afecto que al no ser satisfecha dentro de su medio familiar, es buscada en otros ámbitos; la falta de afecto genera sentimientos de abandono, lo que crea adolescentes confusos e inseguros. Por otro lado, la imagen desvalorizada del padre y de su madre sobreprotectora fomenta la desconfianza y el temor hacia la vida, en ambos casos el proceso de identificación infantil a un nuevo tipo de identificación está empobrecido debido a la deficiencia de papeles significativos provistos por quienes le rodean y a la carencia de modelos.

Ciertamente, el medio familiar es importante en la búsqueda de identidad del

adolescente, por ello es necesario que los padres ofrezcan guía y orientación a sus hijos, pues éstos aspiran a una relación en la cual los padres les brinden apoyo permitiéndoles tomar decisiones, ya que en gran medida la desubicación surge como producto de un medio familiar que no contribuyó, durante la infancia a establecer un sentimiento de confianza y seguridad y cuando llega el momento de decidir por sí mismos, los adolescentes no se encuentran preparados para hacerlo.

Aberastury (1988) plantea que la búsqueda de identidad en el adolescente se dificulta por el uso de la televisión y los sistemas represivos de toda clase, que son algunos de los muchos factores responsables de la confusión del sentimiento de identidad, que por actitud reactiva o defensa empuja a la elección de una ideología para salir del caos y evitar el peligro del derrumbe de la identidad. Esto trae como consecuencia identidades que se manifiestan en contra de lo establecido en la sociedad a través de la conducta versátil, la falta de responsabilidad, la drogadicción en adolescentes que protestan contra las normas convencionales y las estructuras sociales opresoras; la delincuencia y muchos otros conflictos. Benedit (1973) señala que al niño se le censura cuando trata de comportarse con las pautas que luego se le exigirán de adulto, por ejemplo, se le reprende por ser agresivo y competitivo; sin embargo, estas conductas son útiles en el adulto para triunfar en la vida. Estas contradicciones y los factores mencionados provocan confusión y desubicación en los adolescentes, que se ha denominado crisis de identidad.

La identidad lograda al final de la adolescencia tiene relación con las identificaciones del pasado, incluye las del presente y también los ideales del futuro; el destino de las identificaciones de la infancia dependerá no sólo de la integración que realiza el adolescente, sino también de las pautas de conducta de la familia y la sociedad. Por ende, el establecimiento de la identidad se facilita si existe una relación de comprensión mutua entre padres e hijos; lo cual lleva al adolescente a tener una percepción clara y definida de sí mismo que le permite integrar dicha percepción con las demandas de la sociedad. Lograr la identidad hace referencia a que el joven sabe quién es, dónde ha estado y hacia dónde se dirige, sin que esto signifique que el adolescente determina rígida e inmutablemente las diversas metas y sistemas de valores que lo guiarán a lo largo de su vida, sino más bien la identidad es un sistema abierto que cambia a lo largo de la vida a medida que las personas aprenden nuevas cosas y asumen diferentes roles como esposo, padre, empleado, abuelo, aunque para los autores citados anteriormente, la adolescencia sea la época en la que el sentido de identidad de la persona comienza a tener cierta forma coherente, que orienta y da significado a su vida.

## 1.4.2. Aislamiento y soledad.

Cuando más se profundiza la necesidad de examinar la vida interior, más crece la urgencia por aislarse. No puede entenderse como rechazo hacia el medio o desadaptación, aunque algo de eso haya, a causa de la constante hostilidad del mundo de los adultos, sino básicamente como marco desde el cual entender y profundizar en la propia realidad (Secadas y Serrano, 1984).

Esto es, ante la inminencia de su plena incorporación a este nuevo mundo, el de los adultos, en el cual ha empezado ya a introducirse, y que descubre plagado de nuevas exigencias, el adolescente se siente desconcertado en muchos momentos y requiere de estar consigo mismo, llevando a cabo un proceso de interiorización que a su edad constituye un indicio de madurez. Sin embargo, este proceso de interiorización no significa un aislamiento de la realidad, sino que se halla vinculado y entrelazado a la experiencia que el adolescente recibe del mundo exterior.

Muchos son ahora los acontecimientos que por primera vez tienen lugar en su esfera personal. Por eso no siempre pueden ser asimilados de inmediato, sino que deben ser analizados. Esta es la razón por la cual el joven adolescente va a centrarse a menudo en sus reflexiones, que no hay que considerar, por tanto, como evadirse de las cosas y de los demás, sino como unos momentos de actividad crítica.

Este aislamiento y gusto por la soledad suele generar conflictos en la vida familiar. Los padres, con frecuencia, no entienden el sentido del fenómeno y se comportan de modo molesto para el joven abrumándole con preguntas o hiriéndole con sarcasmos.

La anécdota que textualmente se expone es el relato de una madre que puede ser ilustrativa: "Notaba que el muchacho se encerraba en su habitación; pasaba allí largos ratos solo, oyendo música. En cierta ocasión, me asomé por la ventana y vi que mi hijo estaba bailando delante del espejo. Me quedé extrañada y sin saber qué pensar" (Secadas y Serrano, 1984 p.37).

Cuando el muchacho "falla", no consigue responder satisfactoriamente, se produce una situación conflictiva que provoca una crisis y que, a su vez, puede resolverse de varias formas. Una de ellas, Secadas y Serrano (op. cit.) la denominan "conducta de retraimiento". Con base en el criterio de estos autores, la primera consecuencia del retraimiento será la desconfianza en sí mismo que le acarrea el hecho de no poder responder satisfactoriamente; aunque conozca sus posibilidades no se enfrenta con mayor frecuencia a las dificultades, sino que su dinamismo se paraliza; al



dudar, no avanza, no soluciona los problemas planteados, se encuentra a sí mismo incapaz y se inhibe.

Además si el problema no se soluciona, si no se recupera la confianza perdida, el adolescente puede desear ser distinto; volviéndose resentido creyendo que todos están contra él y, naturalmente, tratará de evitar cualquier manifestación de su propia forma de ser.

Blair y Jones (1983) creen que en ocasiones, aquel adolescente que se nota a sí mismo como diferente de los demás se torna desafiante y agresivo. Otros adolescentes, en cambio, pueden adoptar formas diferentes de conducta en un intento de llamar la atención hacia sí mismos y pretender ocupar un lugar único en el grupo. "Es preferible ser el payaso del grupo antes de ser ignorado por éste" (p. 56).

También existen otros adolescentes que se retiran de los contactos sociales y encuentran consuelo en la fantasía o en la compañía de uno o dos jóvenes que, como ellos, son marginales del grupo principal de compañeros.

Blair y Jones (op. cit.) consideran que, un adolescente puede desarrollar excesiva timidez debido en primer lugar, a la constelación familiar: uno de los padres es muy egocéntrico y no puede competir con éste. Otro motivo que visualizan es el control y presión excesiva de los padres, de modo que el niño siente que todo lo que hace está mal. También las sobreexpectativas le producen angustia: "siente que no se le valora en tanto persona sino por lo que puede realizar" (p. 57).

En resumen, el adolescente está experimentando un "despertar" de experiencias, de nuevas sensaciones que van emergiendo y requieren un orden, pero se repliega dentro de sí para reflexionar sobre su nueva manera de considerarse y de considerar las cosas que hace.

#### 1.4.3. Crisis de originalidad.

El término crisis de originalidad fue acuñado por Debesse (1955) intentando definir la vida adolescente.

El nacimiento de esta actitud lo sitúa Debesse (op. cit.) a los 14 años en las mujeres, y entre los 14 y 15 años en los muchachos. Señala que esta manifestación no viene expresada tan sólo a través de la singularidad en el comportamiento, sino como fuerza invasora de todo el campo de la personalidad.

La originalidad llega a ser el mecanismo con el que el adolescente se muestra distinto a los demás y a través del que consigue una afirmación íntima de sí mismo.

"El adolescente busca distinguirse entre los demás, necesita popularidad y de la opinión ajena favorable" (Secadas, 1975 cit. en Secadas y Serrano, 1984 p.40).

El afán de singularidad debe obtenerse en un doble aspecto: como indicio de emancipación y necesidad de prestigio personal. Los caminos posibles hacia el éxito pueden ser múltiples, aunque los más frecuentes se reducen al desarrollo físico o capacidades intelectuales.

Una forma característica que toma la originalidad es la aparición de conductas excéntrica. Las timideces e inseguridades de épocas anteriores dejan paso, a medida que se afirma a sí mismo, al hecho de mostrar y exagerar la conducta exterior queriendo así la independencia y la voluntad inequívoca de ser él. De ahí sus atrevimientos, temeridades, seguridad, confianza, rapidez para entusiasmarse, facultad de exaltación y desprecio del peligro. La búsqueda de la excentricidad forma parte de este sistema (Hubert, 1965).

La excentricidad para Debesse (1955) posee un doble objetivo: llamar la atención de los demás y tomar conciencia de la propia existencia; por otra parte, crearse a sí mismo una sensación de independencia y de diferenciación con respecto a los demás. La excentricidad se manifiesta de múltiples maneras tocando diversos niveles del comportamiento humano: trajes, lenguaje, gestos, escritura; incluso opiniones y sentimientos se convierten en elementos sobre los que pesa la necesidad para el adolescente de ser original.

Es preciso aclarar hasta qué punto puede producir indignación en los adultos estas manifestaciones extrañas y, frecuentemente, "sin sentido". Para Debesse (op. cit.) quizá las modas sea el ejemplo más evidente (cabellos, vestido, . . .). Al mismo tiempo, para el autor resulta baldía toda discusión "racional" al respecto. En este caso, se considera que la comprensión es la actitud más favorable; una comprensión que entiende tales modas como una necesidad de diferenciación con respecto a lo establecido por el mundo de los adultos.

#### 1.4.4. Rebelión y emancipación.

Al salir de la infancia, el ser humano vivirá el periodo de la adolescencia, que le conducirá, en una decena de años, desde el estado de sujeto dependiente y protegido hasta el estado de adulto autónomo, capaz de tomar la responsabilidad de su propia persona y de participar libremente en la vida social.

Hasta entonces, el niño poseía un conocimiento del mundo adquirido a través de los adultos de los que dependía. En el curso de la adolescencia, debe rechazar esas nociones recibidas, no porque las mismas sean malas, sino para volverlas a pensar y analizar con el fin de hacerlas suyas (Huisman, 1979).

A medida que se lleve a cabo esta reconstrucción, precisará experimentar los descubrimientos de su nueva personalidad constantemente enriquecida, empleándolos para aprender a conocerse mejor y reconocer que accede a la independencia. Como es natural esta importante evolución no se hace de una sola vez. Se vive por etapas y las conductas adolescentes se modifican de modo progresivo en el transcurso de los años.

En lo sucesivo, la rebeldía emerge como manifestación de la necesidad imperiosa de afirmación personal frente a personas e instancias sociales que persisten en el empeño de mantener al adolescente vinculado y privado de la autonomía que ya comienza a necesitar.

Al respecto, Gallagher (1953 cit. en Powell, 1975) señala que, el problema de la rebeldía de los adolescentes es sólo un intento de independencia. Este autor ha insistido incluso en la necesidad de esta etapa del desarrollo, puesto que permite al adolescente convertirse, en un adulto maduro y responsable. También ha sugerido que la dependencia que los adultos pueden crear, a menudo es causada por sus propias inseguridades y angustias.

Para Mantovani (1941, cit. en Secadas y Serrano 1984) la adolescencia "se manifiesta en un estado de continua ansiedad, en un ánimo irritado y susceptible, en una actitud de frecuente rebeldía contra las formas rutinarias de existencia: el hogar, la escuela, las amistades y las lecturas. Todo quiere cambiarlo en una actitud de franca independencia" (p.41).

Secadas y Serrano (1984) subrayan que este tipo de comportamiento por su carácter impetuoso y súbito puede crear un cierto desconcierto en los adultos que se traduce en reproches de signo variado. Además, consideran que es posible entender la rebelión del muchacho como una respuesta agresiva frente a una situación personal de frustración; la dirección de esa agresión son los otros (sociedad, familia).

Rosenzweig (1971 cit. en Secadas y Serrano, op.cit.) en sus trabajos sobre la frustración, parte de la clásica hipótesis de que toda frustración desencadena una respuesta agresiva. Con base a los resultados proporcionados por el Test de Frustración de Rosenzweig (P.F.T) el muchacho una actitud de hostilidad frente al exterior, como único culpable de las situaciones frustrantes; todo ello acompañado de reacciones emocionales como el cólera y la ira.

Sin embargo, aunque resulte paradójico la rebeldía coexiste con la conformidad, que suele tener como origen el temor al aislamiento y se plasma fundamentalmente en la relación adolescente-grupo, puesto que éste proporciona a aquél normas, sustituyéndose los vínculos familiares por los grupales. La dependencia del adolescente de las normas y valores del grupo de pares es todavía mayor que la del niño apegado a la familia.

De hecho, un rígido conformismo es la regla, que se extiende al modo de vestir, a los peinados, los gustos en materia de alimentos y de música, a las poses, al vocabulario y la pronunciación. El individuo y sus "cuates" están ávidos de innovaciones, pero de la clase de innovaciones que se ajustan a la estructura establecida de la cultura adolescente.

La rebeldía y la conformidad aunque, a primera vista pudieran parecer contradictorias, no son sino dos facetas de una misma realidad, la del joven que empieza a desvincularse de la familia para instalarse poco a poco en el mundo social.

Así pues, la rebeldía aparece ligada a la imperiosa necesidad de emanciparse. Emancipación que comienza por el propio pensar, en el sentido de sustraerse al influjo de los adultos.

Aunque la emancipación debe considerarse globalmente, por incidir en la necesidad de autonomía personal, para la mayoría de adolescentes la familia es el principal obstáculo en el camino hacia la emancipación porque ésta ha sido hasta ahora el principal apoyo y refugio de su vida.

Al existir presión parental e incompreensión frente al cambio, el adolescente reacciona con más rebeldía por desesperación y desafortunadamente en este momento decisivo de la crisis adolescente es cuando los padres recurren por lo general a dos medios de coacción: el dinero y la libertad.

Según Aberastury y Knobel (1988) son tres las exigencias básicas de libertad que plantea el adolescente de ambos sexos a sus padres: la libertad en salidas y horarios, la libertad de defender una ideología y la libertad de vivir un amor y un trabajo. Lo que constituye el control de su mundo interno; su crecimiento y desprendimiento. Para estos autores, de estas tres exigencias los padres parecen ocuparse en especial de la primera: la libertad en las salidas y horarios, lo que significa tener el control sobre las otras libertades: la ideología, el amor y el trabajo. Cuando los padres responden ante la demanda de libertad restringiendo las salidas o utilizando la dependencia económica "cortando víveres", suponen que hubo algo mal llevado en la educación anterior y los padres se declaran vencidos.

Del mismo modo, se señala que la libertad para los adolescentes es mucho más

que el hecho de recibir de sus padres la llave de un automóvil. Saben que hay otra libertad que le corresponde a cada uno de ellos y a toda una comunidad de adolescentes; la cual para Secadas y Serrano (1984) no consiste en marcharse de casa, sino en cambiar las relaciones dentro de ella, vivir en casa como una persona de digna consideración y respeto.

Cuando las exigencias de libertad no se cumplen, puede surgir la oposición abierta en forma de anticonformismo o actitud desafiante frente a lo prohibido precisamente para mostrarse mejor ante los demás, afianzando por encima de la norma la propia personalidad.

Osterrieth (cit. en Caplan y Levovici, 1973) señala que el adolescente, para ser él mismo, para afirmarse a sí mismo, en su nueva posición tiene que apartarse y diferenciarse de todo lo que tenga relación con su posición anterior; también con sus padres y su medio familiar tendrán que pagar por esta afirmación, que en un comienzo es de carácter esencialmente opositor. "Lo que pasa con los padres, dijo explícitamente un joven de 14 años, es que nos conocieron cuando éramos pequeños. Los padres recuerdan constantemente la niñez, lo que se fue antes, de manera que es a ellos a quienes hay que demostrarles que se ha cambiado, que ya no se es la misma persona; a ellos están dirigidas las exhibiciones de emancipación, más o menos jactanciosas, que en ocasiones dan origen a sentimientos de culpa" (p.19).

El muchacho y la chica entre la pubertad y la adolescencia, tiende a emanciparse sucesivamente, primero de la madre, luego de la autoridad del padre y, más tarde, del saber del maestro. Va haciéndose progresivamente autónomo en el orden afectivo, volitivo e intelectual de su personalidad. ¿Qué sentido tiene esto? Se preguntan Secadas y Serrano (1984). Su respuesta es: sin el afecto materno y el calor del hogar, el niño no podría superar su infancia sin dificultades. Necesita la caricia, protección y el amparo de la familia. En la pubertad tiende a entrar en una vida colectiva más amplia. Busca el grupo, como forma asociativa que le introduce en la vida social. Dentro del grupo pierde, hasta cierto punto, su individualidad. Su vida es gregaria, de rebaño. La afectividad le estorba para dar este paso. Cuando la mamá se muestra pegadiza, el chico o la chica de 11-13 años, una de dos: o resiste a la seducción de la ternura, o cede a costa del proceso de socialización. La primera víctima del proceso de emancipación, que es el de desarrollo normal, suele ser por ello la madre, que a menudo se siente desdichada a causa de la sequedad y desdén del hijo o de la hija que, hasta hace poco, se mostraba tan cariñoso. "Ya no la quieren . . .".

Para Aberastury y Knobel (1988) lo que empaña el entendimiento entre la

generación joven y la adulta no es la distancia de edad sino la interposición, a destiempo, del factor de autoridad: "porque lo mando yo", "porque soy tu padre, y basta", "porque si...". Es necesario que los adolescentes vivan sus propias experiencias para ellos. Que los padres se den cuenta de que escuchar es el camino para entender lo que está pasando en sus hijos. Reconocer que el adolescente de hoy, como el de todos los tiempos, está cansado de consejos, necesita tener sus propias experiencias y comunicarlas, pero no quiere, no le gusta ni acepta que éstas sean criticadas, calificadas ni confrontadas con las de los padres. Los jóvenes buscan autogobernarse.

En resumen, la característica de crecimiento que tipifica el período de la adolescencia es la búsqueda de independencia volitiva que conduzca con éxito a la madurez. Esto es, la capacidad para enfrentar adecuadamente las obligaciones de la vida adulta.

a) La lucha por la independencia y la madurez.

Las áreas en las cuales, Blair y Jones (1983) estiman que el adolescente debe desarrollarse para lograr madurez e independencia son:

1. *Maduración física*: Por lo general no se encuentran demasiados casos de adolescentes inmaduros biológicamente y maduros socialmente. En nuestra cultura occidental, el desarrollo biológico se completa, en condiciones normales, mucho antes que la madurez psicológica. De hecho, éste es uno de los problemas de la adolescencia. Las diferencias en el crecimiento balanceado pueden tornar hipersensitivo al adolescente y, de modo indirecto, influir negativamente en su posterior carencia de madurez psicológica.

2. *Controles e inhibiciones*: La adultez exige la capacidad de tolerar frustraciones, de aceptar postergaciones y controlar las propias exigencias compulsivas y de placer. Tales logros difieren en grado y muchos adultos jamás los adquieren.

3. *Responsabilidad por los propios actos*: El niño no es legalmente responsable por sus actos. En la adolescencia, si bien legalmente es todavía un niño, debería aprender de modo progresivo a asumir responsabilidades por sus propios actos. Por desgracia, muchos padres continúan año tras año obviando dificultades a sus hijos y les impiden así aprender a manejarse solos. Un claro ejemplo son, las muchachas de secundaria que quedan embarazadas y son sometidas a intervención quirúrgica. En las zonas o barrios habitados por las clases altas y medias, sólo un escaso número de delitos juveniles son registrados y sancionados. Los padres pagan la multa (en E.U.) y libran de condena efectiva al adolescente. Tales casos muestran claramente el fracaso en asumir responsabilidades adultas.

4. *Habilidades sociales*: En la medida en que se van tornando adultos, los adolescentes deben aprender un nuevo conjunto de reglas para ser aceptados socialmente.

5. *Independencia profesional y económica*: En el mercado laboral, hoy día, hay escasa o ninguna demanda por el trabajo no calificado. Sin una capacidad definida de cualquier clase que sea, es muy difícil que el adolescente pueda independizarse. Aun cuando le sea posible conseguir empleo, casi nunca podrá ganar lo suficiente para mantenerse a sí mismo, sin la ayuda de sus familiares. Generalmente en las grandes ciudades existen cientos de miles de jóvenes de ambos sexos que, habiendo abandonado la escuela secundaria o aun habiéndola completado, no han aprendido ningún oficio rentable. Muchos de ellos dependen de sus familiares o, en el mejor de los casos, consiguen empleos inestables o eventuales. Otros deben solicitar subsidios del Estado para los desocupados o directamente, desembocan en la delincuencia. En ninguno de estos casos los adolescentes han adquirido, en rigor, independencia económica.

6. *Actitudes y valores adultos*: La progresión normal es que el niño se identifique, primero, con los valores y los ideales de sus padres, luego con sus actitudes y valores del grupo adolescente y, por último, con los valores y actitudes de los miembros adultos de su cultura y de los grupos a ella vinculados. Hasta que no logra obtener un status derivado de sus propias acciones y creencias y siga dependiendo únicamente de los dictados del grupo, no puede hablarse de madurez psicológica.

Si bien es cierto, pocos adultos verdaderamente alcanzan la madurez en el sentido ideal y pleno, tal y como lo plantean Blair y Jones (1983) en los tópicos anteriores.

b) Factores que retardan la emancipación del adolescente.

La prolongación de la adolescencia como tal no representa serios problemas. El problema serio para Blair y Jones (1983) radica en que las fuerzas que originan dicha prolongación actúan, con frecuencia, como retardadoras de la madurez. Así, este retardo puede ser de tal magnitud que nunca se alcance la madurez psicológica, por factores, tales como:

1. *Crecimiento físico rápido o lento*: El modo como los demás lo ven tiene una fuerte influencia en el modo en que el adolescente se ve a sí mismo. Tanto la percepción de los demás como el concepto de sí mismo dependen en gran medida de la imagen corporal. Generalmente los maestros y los padres juzgan o reaccionan frente a los adolescentes teniendo en cuenta más la dimensión corporal que la edad cronológica. Por ejemplo, un adolescente pequeño o físicamente débil es considerado por los adultos y

por sus compañeros como inmaduro. Aun en los casos de rápido desarrollo intelectual no se altera mayormente este juicio. Por el otro lado, al adolescente "grande" para su edad pero todavía emocional e intelectualmente inmaduro se le exige que se desarrolle y que dé más de lo que es capaz de dar. Ambos tipos de adolescentes tienen dificultades para lograr la madurez. Lo mismo pasa con el joven de estatura por encima de lo normal que quizás pueda lograr dicha emancipación, pero no está todavía preparado.

Las luchas del adolescente de estatura pequeña pueden llevarle al resentimiento y una hostilidad generalizada contra todo tipo de autoridad. Una vez alcanzada la emancipación, trata continuamente de demostrar a la gente adulta que él es un adulto que no necesita de la ayuda de nadie.

*2. Modelos erróneos de comportamiento maduro:* La sociedad fomenta una serie de símbolos de la madurez que poco o nada tienen que ver con ella. Por ejemplo, "el hombre debe fumar", "beber como un verdadero hombre", "tener el aire o aspecto de una mujer fatal con un maquillaje atractivo", son tendencias a asociar con la madurez meros símbolos superficiales. En su lucha desesperada por alcanzar emancipación y un estatus adulto, muchos adolescentes "caen" en estas sofisticaciones. El adolescente que trata de acelerar el proceso de crecimiento hacia la madurez mediante tales actitudes suele entrar en conflicto con sus padres o con otras autoridades y, además, pierde la confianza depositada en él, que podría constituir una firme base para su emancipación en la sociedad.

*3. Falta de experiencia laboral:* Comúnmente se le niega al adolescente la oportunidad para una experiencia en el campo del trabajo. Muchos jóvenes son incapaces de obtener siquiera un mínimo grado de independencia económica o experimentar la satisfacción que acompaña al esfuerzo laboral productivo y responsable.

El reconocimiento de los problemas relacionados con la adolescencia no son universales, puesto que todavía hay algunas sociedades primitivas en las que los conflictos de los adolescentes son desconocidos. La educación, el mayor desarrollo industrial, los medios masivos de comunicación, entre otros, parecen ser factores que aceleran la aparición de los campos comunes de conflicto en el adolescente.

#### 1.4.5. Problemas durante la adolescencia.

Para Papalia y Wendkos (1986) la mayoría de las dificultades que tienen los jóvenes son solamente obstáculos en el desarrollo normal. Sin embargo, hay jóvenes que



sí tienen graves problemas que afectan su futuro y muchas veces a la sociedad en general.

McKinney, Fitzgerald y Strommen (1982) señalan que, aunque no existe ningún problema que sea exclusivo de los adolescentes como tales, hay ciertos problemas que son comunes y problemas que no son comunes entre los adolescentes.

Bee y Mitchell (1987) indican que hay algunos problemas básicos de salud durante la adolescencia que pueden tener un cierto impacto sobre el funcionamiento y desarrollo psicológico como son las **enfermedades transmitidas sexualmente**. Al respecto, ha habido una reducción en la sífilis y un aumento en la gonorrea y SIDA. Otras causas de muerte entre los jóvenes son los **accidentes automovilísticos** por no usar cinturón de seguridad ni observar los límites de velocidad. El **suicidio** asociado con la depresión que se manifiesta en aburrimiento, intranquilidad, fatiga, dificultad para concentrarse, comportamiento afectado, acercamiento indebido a la gente o alejamiento indebido a ella y malestar corporal. Para los adolescentes la imagen corporal es importante, aunque Hammar (1980 cit. en Bee y Mitchell, op. cit.) ha encontrado de un 16 a un 20% de adolescentes están pasados de peso considerablemente. Al parecer son tres factores que causan la **obesidad** en los jóvenes. Primero, una tendencia al sobrepeso puede ser heredada, la dieta del niño durante los primeros años también afecta de algún modo y la falta de ejercicio. Otro importante problema nutricional que frecuentemente afecta a los adolescentes es una enfermedad llamada **anorexia nerviosa**. La mayoría de las que sufren esta enfermedad son las muchachas adolescentes, entre las cuales una de cada 250 pueden mostrar este desorden (Vigersky, 1977 cit. en Bee y Mitchell op. cit.). El síntoma principal es el rechazo de la comida. A menudo, las muchachas se someten a una dieta para perder peso (aunque su tamaño original por lo regular no sea obeso) y luego continúan limitando su consumo de comida drásticamente. Algunas de ellas también padecen un desorden conocido como **bulimia**, en el cual periódicamente se atiborran de comida, luego vomitan o toman altas dosis de laxantes para purgarse. La anorexia y la bulimia son desórdenes nutricionales que requieren tanto de tratamiento médico como psicológico. Estos tratamientos también son necesarios cuando los jóvenes usan y abusan de algunas sustancias. En México, uno de los problemas que enfrentan los jóvenes es el **uso de drogas**, el cual es frecuente que esté acompañado de problemas con su sexualidad, actos antisociales y también tengan problemas con su familia y con sus maestros (Castro, 1982). De tal suerte, en el siguiente capítulo se expondrá la manera en que el alcohol y otras sustancias adictivas pueden destruir la vida de las personas, las familias y las sociedades enteras.

## CAPÍTULO DOS

### FARMACODEPENDENCIA

El tema de las drogas ha suscitado una impresionante producción de artículos y libros en el mundo entero, empezando por los países más industrializados, en donde la farmacodependencia, como problema social, hizo su aparición mucho antes que en América Latina.

Tales publicaciones se distinguen por su carácter pasional y poco científico. Más que presentar los hechos, o tratar de comprender lo que realmente sucede, los autores se muestran preocupados por defender sus propios ideales, sentimientos, o su idea de la moralidad.

El fenómeno masivo del consumo indebido de drogas tomó por sorpresa a los países industrializados, y por lo tanto faltaba experiencia y estudios suficientemente profundos para comprenderlo en toda su complejidad. Aún en nuestros días la ciencia no ha logrado elucidar todos los misterios en cuanto a los efectos que las drogas producen a largo plazo en el cuerpo y en la conducta, y se requiere todavía de muchos estudios para entender la totalidad de las causas de la farmacodependencia.

Las publicaciones sobre el tema han causado concepciones erróneas porque abundan en ellas los términos y conceptos mal definidos.

#### *2.1. Terminología y definiciones.*

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha contribuido a la lucha contra la farmacodependencia ofreciendo la siguiente definición, que es la que se acepta en casi todos los países: "**Farmacodependencia** es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación" (S.S., 1992).

En primer término, la definición establece que para que exista farmacodependencia es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Se necesita, por tanto, conocer lo que se entiende por fármaco. La definición más aceptada, también elaborada por la O.M.S., es la siguiente: "**Droga o fármaco** es

toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones". Es decir, un fármaco es una sustancia ajena al organismo, que al entrar en él altera alguna de sus funciones normales.

En segundo lugar, la definición de farmacodependencia afirma que ésta consiste en un estado psíquico especial y que, en el caso de ciertas drogas, puede haber además un estado físico. El estado especial se caracteriza siempre por el hecho de que la conducta normal del individuo se altera y no puede reprimir el impulso de tomar el fármaco (S.S., op. cit.).

El primero de estos tipos es la dependencia física, que se define de la siguiente manera: "**Dependencia física o adicción** es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga" (S.S., 1994). Esto significa que cuando existe dependencia física, el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir. Entonces, si bruscamente se deja de consumir la droga, ocurren trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración; sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de conciencia, entre otros. Todos estos trastornos fisiológicos, manifestados al suspender bruscamente un fármaco que produce dependencia física, se conocen en conjunto como síndrome de abstinencia. Este síndrome de abstinencia es diferente para cada droga.

El segundo tipo de dependencia, producido por algunas drogas, es la dependencia psíquica, cuya definición es la siguiente: "**Dependencia psíquica o habituación** es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo" (S.S., 1992). En la dependencia psíquica no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga. Sin embargo, el individuo siente la necesidad irreprimible de tomarla. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona, que varían según el tipo de droga (Massin, 1991).

Cualquiera de los dos tipos de dependencia, pueden o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia, su definición es la siguiente: "**Tolerancia** es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud" (S.S., 1992). Cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia, tiene que tomar cada vez mayor cantidad de ella a fin de seguir sintiendo el mismo efecto.

Por último, es necesario conocer una definición más, la de abuso: "**Abuso** es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin

relación con la terapéutica médica habitual. Para que se pueda hablar de abuso de una droga, es necesario que esta sustancia sea ilícita, o bien, que no sea usada como parte de un tratamiento médico. Además, el consumo de la droga tiene que hacerse en cantidades excesivas, no importa si se le utiliza de vez en cuando o en forma continua “ (S.S., 1994).

Hasta aquí se han descrito las definiciones más importantes en relación con la farmacodependencia, en el segundo punto se analizarán los aspectos generales que permitirán identificar las drogas y sus usuarios.

## *2.2. Clasificación de las drogas más comunes.*

Existe un gran número de drogas o fármacos que pueden dar origen a un estado de farmacodependencia. Para ello, la Secretaría de Salud (1992) clasifica a las drogas porque considera más fácil conocer sus efectos y sencillo identificar el tipo de droga de que se trata.

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo con el efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos acelerar o retardar la actividad mental.

Las drogas que aceleran la actividad y que, por lo tanto, producen estados de excitación, recibe el nombre de **ESTIMULANTES**. Los fármacos que retardan dicha actividad se llaman **DEPRESORES**.

Hay tres tipos de **ESTIMULANTES** que pueden producir farmacodependencia. El primero de ellos es el de las **anfetaminas**, el segundo es la **cocaína** y las drogas del tercer grupo producen una excitación mental que se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan; este grupo comprende a los **alucinógenos**. De ellos, el más comúnmente usado en nuestro país es la **mariguana**, que en grandes dosis produce alucinaciones, aunque en cantidades pequeñas no lo hace. Dentro de los alucinógenos también se encuentran otras drogas que, aunque no son tan comunes, empiezan a representar un problema. Tal es el caso del **LSD**, de la **mezcalina** y de la **psilocibina**. De todos los estimulantes, sólo las **anfetaminas** tienen algún uso médico, pues a veces se usan en el manejo de la **obesidad**.

Los **DEPRESORES** comprenden, en primer lugar, el **alcohol**, que más se consume y que ocasiona más problemas en nuestra sociedad. Otros depresores son los **barbitúricos** y los **tranquilizantes**, que en ocasiones se utilizan como medicamentos. En este grupo se ubican también la **morfina** y sus derivados (la **heroína** y la **codeína**).

La morfina se emplea médicamente desde tiempo atrás para calmar los dolores más intensos. Por último, existe un grupo especial de depresores, formado por los **inhalables**. Estas drogas no se toman ni se inyectan como casi todas las demás, sino que se inhalan por la nariz y boca. Dentro de los inhalables se encuentran el cemento plástico, el thinner, el éter, la acetona y otros. Su uso constituye uno de los más graves problemas de farmacodependencia en México.

### **2.3. Tipos de usuarios.**

De acuerdo a la frecuencia con la que un individuo consume droga y al grado de dependencia psíquica y/o física que se haya establecido, Massún (1991) y CIJ (1982) definen diferentes tipos de usuarios de la siguiente manera:

**Grado I o usuario experimentador:** Es todo aquel individuo que en un momento determinado consume algún fármaco por una cierta necesidad de tener una experiencia emocional y que no ha desarrollado aún dependencia. En este grupo, los sujetos no presentan ni manifiestan una franca conflictividad de su personalidad.

El **usuario ocasional o social (Grado II)** es el que consume drogas de vez en cuando, de forma intermitente, sobre todo en reuniones sociales y fiestas. El acto de ofrecer la bebida o pasar el "cigarrito" tienen un valor simbólico de compartir que es tan importante, sino más, que la droga misma. Los consumidores sociales siguen viviendo normalmente y son también capaces de disfrutar y departir sin ayuda de la droga, ya que ésta no ocupa un lugar primordial en sus vidas.

El **usuario funcional o Grado III**, es el que necesita cierta dosis de una droga para poder "funcionar" adecuadamente en sociedad; es decir, relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o profesión (por ejemplo, amas de casa que sólo "funcionan" con tranquilizantes; artistas, músicos de rock que necesitan de la cocaína para presentarse en el escenario).

Los **usuarios disfuncionales o Grado IV:** Son aquellos que con una franca patología de su personalidad desarrollan dependencia física y/o psíquica, y han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno de las drogas y todas sus actividades son dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento de su vida; obligados por la necesidad de evitar el sufrimiento o los trastornos orgánicos que aparecen de la privación; lo que significa un deterioro en su vida social, familiar y personal, y sus posibilidades de recuperación son bastantes reducidas (C.I.J., 1986).

## ***2.4. Factores que inciden en la farmacodependencia.***

La farmacodependencia es un problema con raíces y consecuencias biológicas, familiares y sociales. Sus efectos nocivos se muestran tanto en el individuo, cuya salud y conducta se ven afectados y la seguridad de la familia y la sociedad se ve amenazada. Por ello, la tarea consiste en hacer una revisión teórica de estos factores que determinan el inicio, mantenimiento e incremento de la farmacodependencia.

### **2.4.1 Factores sociales.**

El consumo de drogas se relaciona con una serie de problemas sociales tales como: desintegración familiar, migración, niños que trabajan en la calle, bandas juveniles, desempleo, falta de alternativas de capacitación, problemas económicos, sociales y laborales y la penetración de los medios masivos de comunicación que favorecen la pérdida de identidad y el deterioro de los valores.

Al respecto, la Secretaría de Salud (1994) señala que al parecer existe una relación causal entre los problemas de aprendizaje (neurológicos o psicológicos) y la presencia de conductas asociales que convierte a ciertos niños en una población de riesgo. En investigaciones realizadas por la UNAM con una muestra de 286 937 escolares menores de edad, encontró que aquellos con problemas de aprendizaje y conducta, presentaban problemas de conducta asocial, en forma significativamente mayor que en los menores de buen rendimiento escolar del mismo nivel socioeconómico. Estos casos comprenden al 6.85% de los menores estudiados, los cuales frecuentemente son expulsados de las escuelas por su "mal comportamiento" y su conducta agresiva, que tiende al pandillerismo y la vagancia, siendo al mismo tiempo proclives a la farmacodependencia.

En un subgrupo de 1 719 menores, se encontró el pandillerismo en el 6.86% de ellos pertenecientes a las clases socioeconómicas media baja y baja, teniendo el 9.94 % problemas de aprendizaje. De esta muestra, eran "callejeros" habituales el 24.85%. Un seguimiento de estos casos en el Consejo Tutelar para Menores se encontró que el 12.5 % era farmacodependiente, siendo esto el motivo de reclusión; no obstante, las madres refirieron que sus hijos inhalaban sustancias tóxicas en el 30% de los casos y el 10% era adicto a la marihuana. Este estudio comprendió una población de 3 865 menores de 14 años. Un factor estrechamente relacionado con esta población específica, es la **familia desintegrada**, con padres ausentes o "malos" proveedores, con salida de la madre del

hogar a trabajar debido a circunstancias económicas, con pérdida del control del menor, que facilita su vagancia, aunado a la deserción escolar. Cuando la estructura familiar es disfuncional, favorece la personalidad adictiva y ocasiona en los hijos características psicológicas de baja autoestima, inseguridad y falta de aceptación a su medio ambiente.

Dos de los problemas asociados de manera importante a la crisis económica por la que atraviesa el país son los “niños que trabajan en la calle” y las “bandas juveniles”.

Los “niños que trabajan en la calle”, contribuyen a los ingresos familiares “trabajando” en la calle en diferentes actividades, tales como limpiar parabrisas, vender dulces y otros productos similares, ayudar en los comercios o mendigar. Esta clase de vida favorece la iniciación de los niños en la subcultura de las drogas, algunos abandonan la escuela y dejan la casa familiar, muchos se enferman y mueren.

Los “niños que trabajan en la calle” generalmente conviven en grupos. En este contexto, una de las conductas diarias es la inhalación. De esta manera, los niños de edades tempranas, en algunos casos desde los 5 años, suelen imitar a los mayores iniciándose así en el uso de las drogas.

Estudios efectuados en grupos de niños y jóvenes menores de 18 años que trabajan en las calles de la Ciudad de México, muestran que la prevalencia del uso de drogas es mayor que la observada en grupos de población con lugar de residencia fijo. En uno de los estudios, se encontró que el uso “alguna vez” fue: para los inhalables 27%, para la marihuana 10%, para el tabaco 50% y para el alcohol 28%; en tanto, el “uso diario” fue: para los inhalables 22%, para la marihuana 1.5%, para el tabaco 37%, y para el alcohol 2%. El abandono de la escuela, la falta de contacto con la familia, la iniciación temprana en el trabajo en la calle, el uso de drogas entre hermanos y amigos y la migración de zonas rurales o urbanas son variables predictivas del uso de drogas (S.S., 1994).

Respecto a las “bandas juveniles” son también grupos de adolescentes o jóvenes en los que la falta de empleo y de alternativas de capacitación influyen en su estilo de vida y en la realización de actos delictivos incluyendo el uso de drogas, especialmente marihuana e inhalables. En estos grupos, el abuso de inhalables también se inicia a una edad muy temprana y el uso de la marihuana y de bebidas alcohólicas es más prevalente a mayor edad.

Por otra parte, el tipo de drogas de abuso está relacionado íntimamente con los niveles socioeconómicos de los usuarios; así, en el reporte de los C.I.J. en 1991-1992 (cit. en CIJ, 1994), de la población conocida como adicta, el 33.9% de la clase media

usa marihuana principalmente, en tanto que la clase baja abusa de los inhalables en el 38.6 %, siendo la clase alta en proporción quien más consume cocaína, en virtud del costo de estas sustancias. No obstante, de acuerdo al reporte de los Centros Toxicológicos del D.D.F. (cit. en CIJ, op. cit.), el consumo de éstas tiende a aumentar progresiva y aceleradamente en los otros niveles socioeconómicos, en virtud del cambio en los patrones de tráfico y comercialización de estas drogas, lo que las ha puesto al alcance de poblaciones poco expuestas anteriormente.

Otro grupo que refleja en forma aumentada lo que acontece en la población general, y que constituye un problema social por el alto costo de la atención, es la de aquellas personas que ingresan a los hospitales psiquiátricos. En el ISSSTE, durante 1991, el 5.8% de pacientes hospitalizados por trastornos psiquiátricos son farmacodependientes. Los rangos de edad en donde se presenta el mayor número de casos de farmacodependencia es de los 16 a los 20 años, con un 52.5% y de los 21 a los 30 años con un 20%.

Por otro lado, uno de los factores sociales que han influido de manera importante en la incidencia de nuevos casos de farmacodependencia es la interrelación que establecen los pobladores de la frontera norte de nuestro país con los Estados Unidos de Norteamérica. Ambos países, comparten una frontera de más de dos mil kilómetros, y su vecindad ha dado lugar a la creación de una interdependencia en los niveles económico, social y cultural.

Esta zona tiene cada día mayor importancia en virtud de su desarrollo económico, lo cual propicia un mayor flujo de la población que emigra del interior del país a la frontera norte en busca de mejores oportunidades de trabajo. Esta población es en su mayoría joven y entre sus motivaciones para emigrar está la superación económica y la búsqueda de nuevas experiencias, lo que la ubica como un grupo en riesgo a la experimentación y al consumo de drogas.

Otro factor social que afecta directamente a la población son los **medios masivos de comunicación**, en lo que se proyectan mensajes enajenantes, no sólo de problemas locales de una sociedad, sino con una gran influencia principalmente de los Estados Unidos; lo que lleva a los jóvenes a repetir y a adquirir nuevos valores tanto culturales como materiales, creados por una sociedad de consumo que los induce hacia una actitud de valoración centrada en la adquisición de productos, pensando que pueden sustituir sus carencias a través de este consumismo. Sin embargo, sucede todo lo contrario ya que cada día surge un incremento de necesidades y al mismo tiempo surgen frustraciones por no poder satisfacer esas necesidades creadas y transmitidas a través de



los mensajes, que vienen a ser completamente diferentes a su realidad.

Por último, otra área en donde la farmacodependencia se convierte en un problema social, es en el **terreno laboral**, en donde se ha demostrado que en los trabajadores adictos la productividad se ve disminuida y en algunos casos llega a ser nula, incrementándose también los accidentes laborales cuando el trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna droga. Esta situación repercute en la productividad laboral y en el desarrollo económico de nuestro país.

Las investigaciones anteriores subrayan que la existencia de un cierto tipo de consumo de drogas en un determinado medio cultural o social, es de compleja explicación, sin embargo, se sabe que para la elección de determinada droga es importante el medio social, la disponibilidad de ésta, la facilidad de adquisición y la costumbre, sin restarle importancia a la personalidad del farmacodependiente que emerge de un contexto familiar particular.

#### **2.4.2. Factores familiares.**

Si se considera a la familia como un núcleo y el elemento básico que asegura el desarrollo sano de sus miembros, entenderemos que se trata de un sistema donde cada uno de sus integrantes abiertamente interactúa para formar una estructura unitaria o global, entenderemos también que hay una interdependencia mutua entre sus miembros con diferentes funciones que cumplir, siempre de tipo biológico, psicológico y social.

La familia debe ser capaz de mantenerse en un cierto equilibrio, en el que se comprendan y respeten las necesidades individuales de cada integrante.

De la salud mental de los padres, de sus sentimientos, comportamientos y expectativas de logro va a depender, en gran parte, el desarrollo emocional adecuado que asegura a los hijos tanto su equilibrio y seguridad personal, como su integración al ambiente psicosocial en el que se desenvuelve la familia.

Para Alvera (cit. en CIJ, 1982) en las **FAMILIAS INTEGRADAS** donde la comunicación es abierta y hay un manejo sincero de la expresión de los sentimientos, permite que los hijos se desarrollen como individuos, les da la seguridad de que no están solos y pueden contar con el apoyo de los demás en cualquier situación. Las crisis se consideran en grupo, se identifican los problemas, se buscan soluciones y sus miembros generalmente se adaptan a las circunstancias. Mientras que, en las **FAMILIAS DESINTEGRADAS** los problemas se **utilizan** como una forma de atacarse unos con otros, aprovechan las debilidades de sus miembros para humillarlos. Les cuesta mucho

trabajo, y a veces sienten una real imposibilidad para dar y recibir afecto llegándose a establecer luchas por el poder.

“En las familias desintegradas, los niveles de comunicación son muy precarios, no expresan verbalmente su inconformidad por temor a perder el aprecio de los demás, pero si lo hacen es en forma indirecta, con mensajes no verbales, y otras veces actuando en el conflicto en forma de drama. Los sentimientos como la ternura, el coraje y la depresión se mantienen ocultos por temor a ser rechazados y perder la autoestima; el afecto no se manifiesta en forma espontánea lo que produce un estado de tensión y generalmente hay una atmósfera o clima de insatisfacción percibido por todos” (Varela, cit. en CIJ, 1982 p.7). Además temen la destrucción de la familia si se permiten la libre expresión de sentimientos, sin darse cuenta de que entre más se guarden esos sentimientos existen mayores rencores, resentimientos y temores que la mayoría de las veces los lleva a rupturas difíciles de reparar. Otras veces la desintegración aparece en hogares mutilados por la ausencia de uno de los padres; el que queda no puede soportar el peso de la responsabilidad solo. Generalmente se ha observado en las familias desintegradas la baja autoestima, la pérdida del respeto y los límites que no están claramente delimitados o no existen o éstos son demasiados rígidos, es decir, padres impositivos que no respetan la personalidad de sus hijos y no les permiten, por lo tanto, su independencia, sin tomar tampoco en cuenta la edad de los niños ni las circunstancias. Puede ser que exista una falta total de límites, en este caso los hijos no sienten la fuerza ni el interés de los padres como medio de control y protección.

Respecto a las familias con miembros farmacodependientes, C.I.J (1986) ha encontrado que los límites se observan rígidos con el medio social, no permitiendo la inclusión de otras personas, valores o normas, al núcleo familiar. Al no estar abiertos con el medio extrafamiliar y al estar muy ligados a sus familias de origen, es difícil que incorporen alternativas de funcionamiento útiles para el cambio.

En resumen, para Varela (cit. en CIJ, 1982) la familia desintegrada tiene dos formas de manifestarse:

- 1) Están totalmente alejados y existe una marcada distancia afectiva pues ninguno de sus miembros se escuchan, ni se comprenden; cada uno tiene su propio mundo, con sus propios intereses, desconocidos para los demás, por lo tanto no hay cooperación ni responsabilidad de grupo. Existe una falta total de armonía y entendimiento y por lo tanto un alto nivel de coraje e insatisfacción.
- 2) En un segundo grupo se puede observar un acercamiento excesivo. Son familias simbióticas, pegajosas, que se asfixian entre sus miembros. Están muy ligados, al grado

que no existe independencia ni libertad personal. Encontrándose que el vivir muy unidos no es para ayudarse sino para molestar, y estar siempre pendientes de encontrar motivos para fastidiar a los demás.

Generalmente estas familias desintegradas tienen un síntoma: "un miembro más enfermo, quien es el emisario de la existencia de dificultades y conflictos en la familia" (p. 10).

Al respecto, Reyes (cit. en CIJ, 1983) señala que, la personalidad del farmacodependiente emerge de un contexto de familia desintegrada y al descubrir que uno de sus miembros utiliza drogas, por lo general la primera reacción es tratar de negar esta conducta e inmediatamente culpar a los amigos. Es para ellos tan vergonzoso el hecho de tener un hijo farmacodependiente, que generalmente utilizan distintas fórmulas, no sólo para negarlo, sino para obligar al individuo a dejar "el vicio".

Para este momento, la angustia e impotencia invade a los familiares e inician un intercambio de reproches y acusaciones que recaen sobre el conjunto familiar en su totalidad. Tanto el farmacodependiente como su familia, se ven envueltos en un juego de "víctimas y victimarios", en el cual la culpa y el chantaje se manejan en ambos sentidos.

En los estudios desarrollados por Reyes (cit. en CIJ, op. cit.) se ha encontrado que se acusan de cómo el farmacodependiente lesiona los intereses familiares y cómo hace sufrir a los padres, además de que los agrede. Paralelamente, el adicto acusó a los familiares de falta de comprensión, de afecto y de respeto como individuo; con lo que el dolor, el coraje y la frustración aumentan en la misma proporción en que se incrementa la incomunicación, la ingestión de drogas y la impotencia para encontrar una solución positiva al problema.

Frente a esta situación familiar, frecuentemente la madre, que en México es quien tiene la mayor responsabilidad de los hijos, es designada responsable de la farmacodependencia de ellos, y a la vez que los intensos sentimientos de culpa ya existentes se incrementan por no ser "buena madre y guía" surgen otros de cólera por su participación en el problema, por tener que ser ella quien cuida y controla al hijo, y por tener que buscar sola la ayuda necesaria para la rehabilitación de éste.

Por su parte el padre, desde su determinación cultural, aparece como "figura de paja", autoritaria y distante, que debe sancionar la conducta del hijo sin mostrarse interesado y preocupado por él, ya que esta actitud sería tomada como síntoma de debilidad, lesionando así la imagen de autoridad y poder que representa en el núcleo familiar.

Los padres suelen percibir al hijo farmacodependiente como un “mal hijo, vicioso, irresponsable, que avergüenza al grupo familiar y como causante de problemas”. El resto de los hijos (hermanos) cumplirán las conductas contrarias para no vivir los reproches, culpas y castigos que recibe el farmacodependiente; y serán entonces buenos hijos, buenos estudiantes, responsables, comedidos, el ejemplo para el adicto. Tratarán de restaurar el equilibrio familiar, ocultando sus propios problemas y conductas antisociales, que tal vez aparecerán después y en otras circunstancias, pues en ese momento el adicto está actuando como causante de la situación que se vive en la casa.

De acuerdo con Reyes (cit. CIJ, 1983), esto quiere decir que no importan los fuertes conflictos que pongan a la familia al borde de la ruptura, ni los problemas vitales que afrontan los hijos, “la familia tiene un farmacodependiente por el cual preocuparse” (p.29). Por consiguiente la atención se desvía de lo que realmente ha dado lugar al surgimiento de la farmacodependencia. Por ejemplo, cuando un miembro de la pareja descubre que el otro no cumple con las expectativas deseadas (de seguridad, apoyo, protección, compañía, etc.) o no corresponde a la imagen que se había formado, y además no puede verbalizar esta frustración, la dirige hacia los hijos los cuales se convierten así en los emisarios que actúan tales conductas no esclarecidas, es decir, los hijos pasan a ser los que deben cumplir las esperanzas de lograr lo que ese miembro no obtuvo de su pareja. Si uno de los hijos encargados de esta función no tiene una personalidad sólida y bien estructurada, la presión sentida, pero no entendida, que provoca la responsabilidad depositada en él (de ser él mismo y además otro) hará que busque cómo disminuirla y/o eliminarla.

Cuando la fórmula para aliviar la presión y el dolor es la utilización de drogas, el individuo hará de éstas su modo de vida; por lo que la familia, además de no entender el por qué de la intoxicación sentirá esta conducta como una agresión que solamente aumenta sus conflictos e imposibilita que las solucione. Ante esto, la respuesta del grupo familiar es culpar a la adolescencia del hijo, a los amigos, las modas, la imitación de los grupos musicales, lo que sea, con tal de no asumirse como responsable indirecto del uso y abuso de sustancias tóxicas. El adicto puede convertirse entonces en el chivo expiatorio; o sea, en aquél que debe pagar, a través de su propia destrucción, la imposibilidad del núcleo familiar para manejar los aspectos negativos que lo están dañando.

En 1986, CIJ, encontró que frecuentemente existe una **historia de alcoholismo** en estas familias, siendo más comúnmente observado en el padre. La idea de que el

síntoma mantiene un equilibrio familiar, es reiterado, ya que se encontró que, si por cualquier razón, cesa este alcoholismo, surge otro miembro sintomático igualmente alcohólico y/o con consumo de drogas. También puede ser que el alcoholismo del padre aún esté presente, pero ya no sea suficiente para mantener el equilibrio, por lo que surge un hijo farmacodependiente para restaurar el desequilibrio.

“En estas familias la pareja está en conflicto o lo evita constantemente, el hijo consume drogas desviando la atención hacia él y de esta manera se evita una cercanía entre los padres como cónyuges, que ponga en peligro su relación; es decir, funcionan como pareja a nivel de padres pero no de esposos” (p.61).

Otra manifestación que ha encontrado CIJ (op. cit.) **entre la madre y el farmacodependiente es una fuerte alianza** que aleja aún más al padre, en la medida en que el padre se aleja, se intensifica esta alianza, en la medida en que atraiga más al hijo, el padre se aleja más y el hijo apoya más a su madre.

Y en aquellas familias en las que **sólo está presente un padre**, ya sea por divorcio o por muerte, CIJ ha encontrado que el consumo de drogas, es una protección para el equilibrio familiar. Este tipo de familia no puede enfrentar el cambio necesario para adaptarse a una nueva forma de funcionamiento sin uno de los padres. Ante la soledad y sufrimiento de este padre que se ha quedado sin cónyuge, surge la farmacodependencia para tenerlo ocupado como padre y así tolerar su soledad.

Al crecer los hijos e independizarse, el padre que no ha encontrado nuevos intereses y satisfacciones fuera de los hijos quedaría solo. La familia siente que un cambio sería amenazante, ya que en la forma actual de funcionamiento se brindan protección y apoyo, no conocen una alternativa que les permita crecer sin ser vista como una traición a la realidad familiar.

De esta manera, CIJ considera que es frecuente que las terapias individuales de farmacodependientes se vean saboteadas por la familia, ya que la recuperación del paciente rompe el equilibrio y ésta se opone al cambio por el temor que representa para ella. De aquí surge la importancia de no descuidar el abordaje a la farmacodependencia desde una perspectiva social e individual.

### 2.4.3. Factores individuales.

Antes de introducimos en el tema, será pertinente hacer ciertas consideraciones de tipo médico que pueden desencadenar la farmacodependencia.

Algunas veces, es por una enfermedad física que un individuo empieza a utilizar

algún medicamento psicotrópico y de ahí establecer una dependencia. Un médico puede prescribir un fármaco por distintas razones físicas como enfermedades orgánicas en general, ciertos estados depresivos, o cuando la persona no puede conciliar el sueño, tensión muscular, entre otras. Este uso médico no resulta ser un problema, la farmacodependencia surge cuando se hace un abuso de estos medicamentos por autoprescripción, es decir, cuando la persona por iniciativa propia empieza a utilizar excesivamente los fármacos.

Ahora bien, el hecho de que un individuo recurra al abuso de fármacos, representa un complicado proceso por medio del cual intenta compensar alguna carencia, incapacidad o necesidad, surgida de la situación en que vive. Sin embargo, como esto es una forma de sentir bienestar y como se producen estados de dependencia psíquica y/o física, el consumo tiende a aumentar la conflictiva interna, el individuo ha entrado a una situación donde no encuentra salida. De aquí la importancia de considerar las características psíquicas al estudiar este fenómeno (C.I.J. 1986).

Centros de Integración Juvenil han encontrado algunos rasgos de personalidad comunes en individuos que consumen drogas, tales como: **inseguridad, baja autoestima**, que se exterioriza en autorreproches y una búsqueda constante de castigo, **conflictos con la autoridad, agresividad, falta de tolerancia a la frustración**, es decir, no pueden aplazar la gratificación o asumen actitudes de desánimo fácilmente, asimismo es **difícil** que establezcan **relaciones íntimas duraderas** con otras personas. Además, poseen **personalidad depresiva**, en donde se observa falta de interés por el mundo externo.

Los estados de ánimo negativos, la conducta ausente, análogas a la depresión, son más frecuentes entre usuarios de drogas, asociación entre falta de reacción ante nuevos estímulos, baja adaptación al cambio, poca frecuencia de expresión de ánimo, baja autoestima y uso regular de alcohol, tabaco y marihuana (Lerner y Vicary, 1984). El abuso de tranquilizantes entre estudiantes se ha asociado con estados de ánimos depresivos (Perdersen y Lavik, 1991 cit. en Galván, Reid y García, 1993).

Otros autores no han encontrado asociación entre uso de solventes y riesgo incrementado de depresión o de otras enfermedades psiquiátricas, pero si se ha observado asociación entre el uso de esta sustancia, ideación suicida e intento de suicidio. Sin embargo, este riesgo incrementado varió con la presencia de personalidad antisocial, alcoholismo y depresión secundaria más que estar específicamente asociada con el uso de inhalables (Dinwiddie, Reich y Cloninger, 1990).

La asociación entre estados de ánimo depresivos y el abuso de alcohol es muy

estrecha. Los alcohólicos tienden a tener tasas de depresión y de suicidio superiores (Codoret y Winokur, 1974 cit. en Galván y cols. op. cit.). Esta asociación está fuertemente influida por el género, el hombre presenta mayor riesgo de alcoholismo, en tanto que en la mujer la depresión es mucho más frecuente. En México, las tasas de ambos padecimientos están fuertemente influidas por el género, 12% de los hombres que viven en regiones urbanas del país alcanzan el criterio de dependencia al alcohol de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en comparación con solamente un 0.6% de las mujeres (S.S., 1990) en tanto que 17% de las mujeres mayores de 18 años sufren de depresión en comparación con solamente un 8% de los hombres (Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, 1992).

Vale hacer notar que el factor más importante para el uso es un "amigo" que por lo general es experimentador y no ha sufrido efectos adversos. La Secretaría de Salud a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A.) 1993, encontró que la primera fuente de obtención de drogas fueron los amigos, esto ocurrió en un 90.6% de los usuarios de cocaína; en un 89.3% de los usuarios de marihuana y en un 57.4% de inhalantes.

Castro (1982) encontró que aquellos sujetos que tenían compañeros que usaban drogas, fueron más propensos a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva. Entre menores de edad que trabajan en la calle el contacto con pares usuarios fue también un predictor importante para la inhalación (Medina-Mora, Ortiz, Caudillo y López, 1982).

En el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la S.S.A. en la Ciudad de México, en los años de 1989-1992, se internaron 710 pacientes por diversas causas, ocupando las debidas a drogas el 53% del total.

Las psicosis por drogas ocuparon el 8o. lugar en morbilidad, afectando al 4.5% de los pacientes hospitalizados en 1990, y el 7o. lugar en la consulta externa (7.2%), sobre todo por adicción a marihuana.

Un estudio realizado en la hospitalización psiquiátrica del I.M.S.S. en el Distrito Federal, reportó antecedentes de hiperquinesia en el 12% de enfermos psiquiátricos hospitalizados, teniendo el 60% de éstos antecedentes de farmacodependencia, alcoholismo y conducta delictiva, relacionándose con este problema el 25% de los casos.

Otro problema relacionado con la farmacodependencia es el suicidio. Datos del SISVEA de 1990-91 indican que en la Ciudad de México, entre el 10 y el 8% de los

casos están vinculados con el consumo de drogas.

Por su parte, Centro de Integración Juvenil encontró que el inicio en el consumo de drogas en 8 de cada 10 casos de más de 50 mil pacientes de nuevo ingreso a la institución ocurrió cuando tenían entre 12 y 18 años, precisamente en el período de la adolescencia, en donde tres cuartas partes de ellos, no era estudiante cuando acudió a consulta.

En 1991 el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección de Educación Extraescolar de la Secretaría de Educación Pública (Rojas, Galván, Carreño, Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Berenzon, López y Néquiz, 1993) dieron a conocer resultados sobre prevalencia de uso de drogas en estudiantes entre 12 y 18 años de secundarias y preparatorias y algunas variables asociadas que se derivan de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar; estos datos corresponden a las seis entidades siguientes: Jalisco, Distrito Federal, Baja California, Tamaulipas, Chiapas y Oaxaca. El tamaño de la muestra fue de 61 779 estudiantes, con una media de 34 alumnos por grupo.

Las cifras más altas de consumo entre los estudiantes de secundaria y preparatoria en las entidades analizadas, se ubican en las drogas socialmente aceptadas que son el tabaco y el alcohol. La tercera parte de los estudiantes encuestados mencionó haber fumado alguna vez en su vida; y la mitad de ellos probaron bebidas alcohólicas. El D.F. sobresale de las demás entidades, ya que entre los fumadores que lo hicieron de 6 a 19 días y de 20 días o más, sus porcentajes son el doble. Con respecto a los estudiantes que beben de 1 a 3 veces al mes, se encontró que la cifra más elevada la tiene el D.F., y el más bajo es el de Oaxaca.

La prevalencia de uso de las drogas ilegales se mantiene en niveles menores al tabaco y al alcohol. Las drogas sobre las que se cuestionó son las siguientes: anfetaminas, inhalables, marihuana, alucinógenos, sedantes, tranquilizantes, cocaína y heroína. Las más utilizadas desde 1980 continúan siendo los inhalables, la marihuana y las anfetaminas.

En lo que se refiere al patrón de consumo alguna vez en la vida, de las drogas con mayor potencial adictivo que son cocaína, heroína y "crack" se encontró que: el uso de cocaína, Baja California, el D.F. y Jalisco tienen datos mayores. Tamaulipas, Chiapas y Oaxaca son estadísticamente más bajos. En cuanto al uso de heroína, Baja California es la única entidad con una diferencia de consumo significativamente superior al resto de los estados.

El uso de "crack" ocurrió solamente en este patrón (a nivel experimental), Baja



California y Jalisco tuvieron porcentajes estadísticamente más altos, y los de Chiapas y Oaxaca son inferiores en este tipo de consumo.

Se les preguntó a los estudiantes consumidores que cuál fue el país o estado donde usaron por primera vez cocaína, "crack" y heroína, encontrándose: el país donde principalmente probaron estas 3 sustancias tóxicas, es Estados Unidos, declarándolo así entre el 13% y el 16% de los alumnos usuarios de las entidades analizadas.

En lo que respecta a algunas variables relacionadas al consumo, como sería la percepción del estudiante de cuántos de sus amigos usan drogas se halló lo siguiente: un mayor número de los amigos de los entrevistados de las 6 entidades analizadas consumen en primer lugar tabaco y en segundo alcohol, los porcentajes más elevados los tienen el D.F., Jalisco y Baja California.

En lo que se refiere al uso de marihuana, inhalantes y tranquilizantes, las cifras más elevadas se ubican entre los que tienen más amigos que usan marihuana, en segundo lugar están los que tienen amigos que consumen tranquilizantes y luego los que usan inhalables. De todas las entidades Baja California tiene los porcentajes más altos junto con Jalisco y el D.F. Chiapas tiene el porcentaje más bajo.

Se cuestionó a los estudiantes acerca de qué tan fácil o difícil sería para ellos conseguir drogas como marihuana, cocaína y heroína si quisieran, observando que: los estudiantes de las 6 entidades analizadas percibieron que es más fácil conseguir la marihuana que la cocaína o la heroína y los que tienen mayores índices de disponibilidad, son en primer lugar Baja California, el D.F. y Jalisco. Alrededor de la mitad de los estudiantes de los estados de Oaxaca, Tamaulipas y Chiapas informaron que no saben que son estas drogas.

Una alta proporción de estudiantes mencionó tener compañeros que usan alcohol o drogas en la escuela y que llegan intoxicados a ella. Las cifras de los que usan tanto alcohol como drogas son más altas que las de los que llegan intoxicados a la escuela. Las más elevadas en lo que se refiere al alcohol, se observaron en el D.F. y las más bajas en Tamaulipas. Con respecto al uso de drogas, los porcentajes superiores se centran en Baja California, en segundo lugar están en el D.F. y Jalisco y las más bajas en Chiapas.

Acercas de cómo perciben que tratan los maestros a los alumnos que han consumido drogas o alcohol, se encontró que: entre el 20% y el 30% de los estudiantes de estas entidades observaron que los docentes principalmente tratan de aconsejar a estos alumnos, entre el 11 y 12% no hacen nada al respecto; algunos maestros los envían al departamento de orientación o mandan a llamar a sus padres y la proporción

más baja los regaña.

Aunque las cifras de consumo de drogas ilegales no son tan altas como las que presentan las drogas aceptadas socialmente, es importante enfatizar que es la primera vez en un estudio que los alumnos mencionan haber probado alguna vez en su vida el "crack" que es una modalidad de cocaína con alto potencial adictivo. Resulta básico señalar que aun cuando el patrón de consumo entre esta población es principalmente experimental y tal vez a este nivel no presenten problemas de tipo médico, sí puede ocasionarles consecuencias sociales, en el estilo de vida, en el rendimiento escolar y en las relaciones familiares (Castro, 1987). Es interesante el hecho de que las entidades con los niveles más altos de consumo sea también en donde los estudiantes perciben que tienen más disponibles las drogas, aunque en estudios anteriores se ha encontrado que la disponibilidad no predice directamente el consumo como sucede entre los estudiantes de otros países como Canadá. Entre los estudiantes mexicanos existen otros factores que influyen para que a pesar de sentir que les es fácil conseguir drogas, sea aún bajo el número que las usa (Castro y Valencia, 1980 cit. en Rojas y cols. 1993). Resulta también relevante que una gran parte de los estudiantes reportan que no saben lo que son las drogas como la marihuana, la cocaína o la heroína, siendo esta proporción más alta en los estados del sureste donde se detectaron las cifras menores de consumo.

En lo que se refiere a los amigos que tienen los entrevistados que utilizan drogas, es necesario tomarlo en cuenta, ya que se constituye en un factor de riesgo para convertirse también en consumidores. Por los datos encontrados, el consumo de sustancias tóxicas se produce dentro del ámbito escolar y un buen número de estudiantes percibe que cuando los maestros se dan cuenta de esta situación, una gran parte de ellos manda a llamar a los padres de los estudiantes, los envía al departamento de orientación o no hace nada al respecto; esto pareciera indicar que los docentes no saben de qué manera enfrentar este problema, lo que refuerza lo encontrado en el estudio nacional de 1986, en el que se llevaron a cabo discusiones grupales, aflorando actitudes negativas y de total desconocimiento sobre el tema, de parte de padres de familia y maestros (De la Serna, Castro, Rojas y García, 1991), lo que habla de la necesidad de programas educativos de prevención que informen, orienten e instruyan acerca de la multicausalidad del fenómeno de consumo de drogas en adolescentes, quienes constituyen la población más vulnerable. Al respecto, se han desarrollado programas preventivos dirigidos a la población joven avocados a tratar la prevención del uso de drogas. Dado a su relevancia en el siguiente capítulo se esbozará lo que es un programa preventivo de adicciones, así como los elementos necesarios para su elaboración.

## CAPÍTULO TRES

### PROGRAMA PREVENTIVO DE ADICCIONES

La elaboración de un programa preventivo en materia de adicciones requiere de una metodología que permita conformar la estructura básica que oriente el procedimiento a seguir en cada campo específico de acción, para la mejor sistematización del trabajo en su conjunto. Aunque antes de elaborar un programa preventivo de adicciones, es necesario dar respuesta a las siguientes interrogantes:

#### *3.1. ¿Qué significa prevenir las adicciones?*

Para la S.S. y el CONADIC (1994) prevenir significa “preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin. Es la acción y efecto de prevenir, es decir, implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento de un problema” (p. 21).

Y a su vez, cualquier tarea preventiva en materia de salud debe partir del conocimiento y la valoración del estado de salud y las condiciones en que se encuentran el individuo y la comunidad a la que se encamina la actividad.

En el campo de las adicciones, la prevención ha sido instaurada como una labor impostergable que se ubica dentro del proceso global del desarrollo individual y, consecuentemente, del desarrollo de nuestra sociedad.

Así, la prevención en este ámbito consiste en la realización de diversas acciones, que tienen como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso de las drogas a través de:

- a) La reducción de los factores que, se piensa, pueden incrementar el riesgo
- b) El aumento o promoción de los factores que se piensa protegen al individuo del uso.

El Comité de Expertos de la O.M.S. en aspectos de farmacodependencia, considera que el principal objetivo de la prevención es evitar o reducir la incidencia o gravedad de los problemas relacionados con la utilización de drogas causantes de dependencia.

Al mismo tiempo, Argüelles, Cárdenas, C.I.J., Díaz, Garduño, González, López y Oviedo (cits. en S.S. y CONADIC, 1994) exponen que, este objetivo debe complementarse con la instrumentación de medidas orientadas a disminuir los factores y condiciones de riesgo, mediante la difusión de opciones contrarias al uso

de drogas con fines de intoxicación, de tal manera que se fomente una cultura de conservación de la salud y manejo adecuado del tiempo libre, así como de bienestar social, para que las personas sean capaces de establecer una relación responsable con las sustancias susceptibles de crear adicción.

Todo proceso preventivo requiere, por lo tanto, basarse en el análisis de las condiciones individuales y colectivas de salud a través del estudio de los elementos que influyen y se interrelacionan con ella, por ejemplo: la educación, la alimentación, la economía, las condiciones de la vivienda y del ambiente de trabajo.

### ***3.2. ¿Qué es un programa preventivo de adicciones?***

“Un Programa Preventivo de las Adicciones es el conjunto de acciones afines y coherentes, encaminadas a la reducción de la oferta y la demanda de las drogas que causan adicción, a través de las cuales se pretende alcanzar objetivos y metas previamente determinados. Para lograrlo es necesario combinar recursos humanos, tecnológicos, materiales, naturales y financieros, Todo programa de esta índole también debe especificar tiempo y espacio en el que se va a desarrollar, y atribuir responsabilidades a las unidades ejecutoras debidamente coordinadas” (Arguëlles y cols. op. cit. p. 24).

Dichos autores, consideran que algunos programas pueden dividirse en grupos homogéneos avocados a proyectos o actividades, según la afinidad que guarden las áreas específicas, los medios que emplean o las metas por alcanzar. A esta división del programa se le denomina subprograma, y tiene como finalidad facilitar la realización y el control de labores homogéneas. El proyecto es otra parte primordial del programa, que constituye la unidad básica de la programación-presupuestación: es el conjunto de acciones destinadas a lograr los objetivos y las metas de los subprogramas integrantes del programa.

### ***3.3. Niveles de aplicación de un programa preventivo.***

C.I.J. (1985) propone que todo programa debe definir con precisión el tipo de actividad que corresponde de acuerdo con el grado de capacitación del personal y los recursos con los que se dispone, el lugar en donde llevará a cabo sus acciones, los grupos a quienes dirigirá los mensajes, la presencia de adicción a diversas drogas y la manifestación de diferentes rangos de consumo, en cada uno de los niveles en que se

puede dar la prevención: primario, secundario y terciario y por la trascendencia que tiene la prevención primaria se comenzará a describir sus características.

### **3.3.1. Prevención primaria.**

Es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. Es un primer momento se orienta a la aplicación de medidas que atiendan a la colectividad sin importar que se encuentre expuesta o no a determinados factores de riesgo. En materia de adicciones, las medidas preventivas que suelen aplicarse en primera instancia son de tipo no específico; es decir, representan opciones contrarias al uso de drogas diseñadas para la población en general, que pretenden incidir y contrarrestar la presión ejercida por las condiciones y factores de riesgo o causales de farmacodependencia. Estas actividades son muy amplias y están relacionadas con aspectos afectivos, intelectuales, interpersonales, creativos, artísticos y vivenciales.

En un segundo momento, se atiende a grupos expuestos, o que tienen un riesgo elevado de consumir drogas; las medidas preventivas y correctivas se orientan más hacia los individuos que conforman estos segmentos de población para evitar la farmacodependencia durante y/o después de la exposición al riesgo. En este caso, las acciones preventivas que se llevan a cabo son de tipo específico, destacando la información, la orientación, la difusión de contenidos educativos a través de los diferentes medios de comunicación a grupos específicos y/o de alto riesgo. Asimismo, se considera a la investigación y a las disposiciones jurídicas (legislación y represión del narcotráfico) parte de estas medidas (Massún, 1991).

### **3.3.2. Prevención secundaria.**

La prevención secundaria se orienta al diagnóstico oportuno de un padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad y/o muerte. Se dirige más a la población que ha empezado a consumir drogas, pero que aún no es farmacodependiente. Deben realizarse en las unidades de salud o en el hogar del sujeto enfermo, incluyendo la concientización y colaboración de la familia y del personal relacionado con el consumidor de drogas (CIJ, 1985).

### **3.3.3. Prevención terciaria.**

Se destina a aquellos enfermos que ya son farmacodependientes a través del tratamiento, la limitación del daño, la rehabilitación y la readaptación social. Es necesario que en este nivel también se involucre a la familia del paciente con el fin de que apoye y participe en este proceso, facilitando así la rehabilitación.

Mientras la prevención secundaria y terciaria son preferentemente de tipo individual, la prevención primaria se orienta más a comunidades o grupos. En todas ellas se requiere de la realización de acciones educativas, de capacitación, comunicación colectiva, y de movilización social (CIJ, 1985).

Los principios antes señalados pueden servirnos como punto de partida para abordar el problema del uso indebido y la adicción a las drogas, ya sean de tipo legal: tabaco, alcohol y tranquilizantes, o ilegales como marihuana, cocaína y heroína.

### **3.4. Acciones que permiten llevar a cabo un programa preventivo.**

Los programas de prevención en los sectores de la educación y la salud deberán poner en práctica estrategias para evitar o disminuir el consumo de drogas, actuando sobre los diferentes factores que pueden llevar a las personas a iniciarse en el uso de sustancias. Para Llanes (1982) también es necesario fortalecer los aspectos que protegen al individuo, así como las acciones que permitan desarrollar ambas tareas. Entre las más relevantes señala a las :

**\*\* Acciones en poblaciones específicas:** Son las que contienen los programas preventivos dirigidos únicamente a una mínima parte de la población, cuyos integrantes presenten necesidades específicas o sean sujetos de riesgo debido a sus condiciones de vida. Un ejemplo común son las pláticas a estudiantes o padres de familia en los centros académicos, en programas llamados “Escuela para Padres”.

**\*\* Acciones indirectas:** Son las que están incluidas en campañas de concientización acerca del consumo de sustancias adictivas, realizadas por los medios de comunicación colectiva y dirigida a toda la población.

**\*\* Acciones institucionales:** Desde el ámbito institucional pueden tomarse decisiones que ayudan a eliminar el problema. Un ejemplo es la legislación que establece una edad mínima para adquirir bebidas alcohólicas, o para consumirlas en lugares públicos.

### ***3.5. Principales programas de prevención de adicciones.***

Considerando que de la población objetivo dependen las necesidades, los programas pueden enfocarse a la ejecución de diversas acciones de acuerdo con la población a la que van dirigidas, al nivel en que se trabaja y las metas específicas que se pretenden alcanzar. De esta manera, Llanes (1982) destaca los siguientes programas:

**Programas informativos:** Describen los daños y las consecuencias físicas y psicológicas que provoca el uso de drogas, con el fin de dar a conocer el problema en forma precisa, clara y sencilla a un individuo, grupo o comunidad. Pueden dirigirse a diversos grupos de la población, y su ejecución puede llevarse a cabo a través de campañas de los medios de comunicación colectiva, folletos, conferencias, etcétera. Dichos programas poseen, también, un carácter educativo.

**Programas educativos:** Están diseñados para orientar al individuo a desarrollar habilidades prácticas que le ayuden a enfrentar los riesgos que pueden llevarlo al uso de drogas, por ejemplo, el consumo entre los amigos y compañeros. Se dirigen principalmente a no usuarios con características de alto riesgo, y a usuarios experimentales. Entre los objetivos de estos programas destacan los siguientes puntos:

- a) Desarrollar habilidades sociales
- b) Mejorar la comunicación interpersonal,
- c) Promover el autoconocimiento y la aceptación de sí mismo,
- d) Mejorar el logro académico.

**Programas alternativos al uso de drogas:** Presentan opciones para realizar otras actividades a los individuos en riesgo, como quienes necesitan experiencias excitantes, los que desean combatir el tedio o los que se encuentran insatisfechos con su estilo de vida. Entre las que más se practican están las artísticas y las deportivas que se imparten en escuelas, unidades de salud y bienestar social, casas de cultura, entre otras.

**Programas de intervención oportuna:** Tienen objetivos más específicos y deben aplicarse cuando se reconocen signos y síntomas de uso o dependencia de las drogas. Se dirigen al individuo por medio de terapias especializadas, o a la comunidad promoviendo su asistencia a los centros de desintoxicación.

### ***3.6. Modelos conceptuales para la elaboración de un programa preventivo.***

Los programas y acciones desarrollados para la prevención de las adicciones han sido matizados en diferentes momentos por modelos. Nowlis, en un estudio

publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1975, propuso una serie de modelos conceptuales adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales han sido aplicados en varios países entre ellos España. Dichos modelos también son vigentes en México, y a continuación se presentan:

**El modelo ético-jurídico:** Considera que las drogas son elementos o agentes activos, y que los consumidores son víctimas no informadas que corren el riesgo de consumirlas al estar expuestos a ellas (drogas), de ahí que el primordial propósito sea que dichas sustancias queden fuera del alcance de las personas, y para lograr esto se elaboran medidas legislativas referentes al cultivo, elaboración, distribución, venta y posesión de sustancias tóxicas. Las formas en que ejercen control es 1) restringir legalmente la disponibilidad de la droga, 2) aumento del costo de sustancias generadoras de dependencia y 3) la divulgación de sus perniciosos efectos físicos, psicológicos y sociales a la población considerada como de riesgo frente a la farmacodependencia.

Massin (1991) señala que el abuso de drogas ilegales es simplemente una conducta delictiva que la sociedad debe castigar con toda severidad para impedir que se extienda. La atención se centra en el individuo como principal responsable, y en la droga como agente corruptor.

El modelo ético-jurídico ignora las importantes relaciones causales con el grupo de pares y el sistema sociocultural. Así el drogadicto no es más que un delincuente, una persona inmoral, y como tal se le debe tratar. La amenaza y el castigo son los principales instrumentos de prevención de este modelo, cuya finalidad es aislar al farmacodependiente de los otros ciudadanos y lograr que las drogas ilícitas queden fuera del alcance de la gente. Acentúa la diferencia entre drogas institucionalizadas (lícitas) y no institucionalizadas (ilícitas), exagerando la nocividad de estas últimas y minimizando los riesgos de las primeras. Esto es, para justificar la promulgación de leyes y medidas representativas, se estigmatiza al adicto y se recurre a una información alarmista relativa a los peligros de las drogas prohibidas.

**El modelo médico-sanitario:** “es menos represivo y en todo caso, más humano, sin dejar de ser una visión limitada de la farmacodependencia. Considera el problema en términos esencialmente individuales y personales. El drogadicto ya no se concibe como un delincuente, sino más bien como una víctima de una enfermedad a quien en vez de castigar, hay que curar” (Massin, op. cit. p.60).

Pero la patología reside siempre en el individuo. Como cualquier enfermedad contagiosa, la farmacodependencia puede pasar de una persona enferma a otra sana, por



lo que es necesario aislar a la primera para evitar el contacto. De acuerdo con este modelo, el control social sigue siendo la única solución, sólo que su ejecución se transfiere de las autoridades de justicia a las de salud pública.

Como estrategias preventivas se proponen una menor aceptación social de los individuos farmacodependientes y aumentar el costo de las sustancias que puedan generar dependencia. La información preventiva inspirada por este modelo insiste en los riesgos del consumo de drogas para el organismo humano, con el supuesto de que los hombres harán el resto para conservar su salud.

En el enfoque sanitario desaparece la preocupación por distinguir entre drogas lícitas e ilícitas, ya que el interés se centra en las características y efectos farmacológicos de las sustancias y por ende, proteger la salud pública. Las campañas de prevención características del modelo médico-sanitario incluyen el tabaco y el alcohol en igual medida que las drogas prohibidas.

Estos dos enfoques contradictorios entre sí, pero semejantes al buscar remedios unívocos de índole judicial o médica, pierden de vista las otras dimensiones del problema de la farmacodependencia. Los unos encierran; los otros curan, pero el consumo de drogas sigue extendiéndose. El hecho de recurrir exclusivamente a la represión o a la medicina ha tenido además como consecuencia acreditar la idea de que el individuo que consume drogas tiene que ser un criminal o un enfermo mental. Nos damos cuenta que las leyes en vigor, al menos en México, se fundan en el carácter ilícito del uso, posesión o adquisición de drogas; y los tribunales rara vez tienen en cuenta el problema psicosocial del usuario.

**El modelo psicosocial:** Destaca al individuo y su comportamiento siguiendo el esquema de sustancia-individuo-contexto, considerando que el consumo de drogas responde a una serie de necesidades o motivaciones personales y sociales que requieren ser analizadas en su conjunto. Este modelo tiende a realizar distinciones entre cantidad, frecuencia y modalidades del uso de drogas, dependiendo del tipo de droga que se utilice, de sus características farmacológicas y efectos en el individuo que las consume, considerando también el contexto, ya que éste ejerce influencias sobre el sujeto.

Dentro de sus campañas preventivas no se descuida la información pero se entiende que ésta no provocará cambios en el comportamiento de los individuos inclinados por ingerir algún tipo de sustancia, a menos que dicha información se relacione de manera activa con las actitudes, los valores y los estilos de vida de los individuos o grupos. Atribuye importancia al comportamiento del sujeto y a los factores sociales; las soluciones que se proponen para el problema del abuso de drogas con

frecuencia son aplicables a otros comportamientos inadaptados o destructivos.

Para Massün (1991) adoptar el enfoque psicosocial significa “reconocer que en el abuso de sustancias psicoactivas no hay relaciones simples de causa-efecto. Gracias a este descubrimiento, las medidas de prevención y control se afinan. Los programas concebidos con este enfoque tratan de responder a necesidades psicológicas y sociales de los individuos o grupos destinatarios, ayudándolos a integrarse mejor a su medio y a relacionarse más satisfactoriamente con los demás, de manera que no sientan la necesidad de recurrir a las drogas. Al contrario del enfoque ético-jurídico, que propone una estrategia negativa (basada en el miedo y el castigo), el enfoque psicosocial promueve una estrategia positiva que consiste, sobre todo, en desarrollar y proponer opciones constructivas al uso de drogas” (p. 62).

El **modelo psicosociocultural**: Introduce los factores socioeconómicos y el determinante cultural en las estrategias de prevención de la farmacodependencia. Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación y el desempleo, la organización del trabajo y la ideología dominante son concebidas como factores causantes de la aparición masiva de la farmacodependencia en algunas sociedades. El contorno cultural determina, a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo.

Los seguidores de este programa destacan que ninguna política preventiva puede ser eficaz si no considera el significado cultural del peyote en México, de la coca entre grupos étnicos de Perú o Bolivia, de la cocaína entre ciertas clases de profesionales en los Estados Unidos, a los que no se les puede privar de su costumbre sólo por la fuerza de la ley. Por ejemplo, la coca, antiguamente reservada a los sacerdotes y nobles, es actualmente un estimulante indispensable para los trabajadores mal alimentados de la región andina, que les permite soportar el frío y realizar el arduo trabajo de las minas y del campo. Al respecto, proponen, mejorar sus condiciones de vida (mediante el traslado a otras zonas menos hostiles al hombre) o permitiendo a estos campesinos un ascenso social (educación, reforma agraria), para que el hábito desaparezca por sí solo.

El **modelo integral**: Pretende ofrecer opciones al individuo para que no se inicie en el consumo de drogas, incide en los factores causales, propone alternativas de conductas e intenta disminuir los factores de riesgo.

De acuerdo con la experiencia de Argüelles, Cárdenas, Díaz, García y Garduño (cit. en S.S. 1994) para que una estrategia de prevención obtenga buenos resultados, deberá tomar en cuenta las distintas concepciones mencionadas. Les resulta inadmisibles continuar ejecutando acciones dirigidas de manera aislada hacia las drogas, el individuo

o el medio ambiente, ya que las características del fenómeno de las adicciones reclaman para su prevención de un abordaje integral, que responda a la multicausalidad del problema.

Argüelles y cols. (op. cit.) indican que recientemente se ha producido una serie de cambios conceptuales hacia una orientación preventiva integral, que permitirá contar con una nueva forma de entender el fenómeno del consumo de drogas, comenzando con el papel que deben desempeñar quienes se dedican a la prevención y la participación de la comunidad, en la búsqueda de posibles soluciones.

### ***3.7. Elementos para la elaboración de un programa preventivo.***

La fase de elaboración del programa es aquella en la que se identifican los recursos humanos, técnicos y financieros para la obtención de objetivos y metas establecidas para resolver una situación diagnosticada en un plazo determinado. Consiste en describir en forma clara y ordenada, el proceso que se seguirá para desarrollar la alternativa seleccionada y alcanzar los propósitos planteados (Díaz, Oviedo, Bulos, C.I.J., Escalante y Sandoval cits. en S.S. y CONADIC, 1994).

En lo sucesivo, la formulación del programa permite plasmar en un documento, los lineamientos y procedimientos a seguir en cada ámbito de acción o intervención. Su elaboración supone un orden en la presentación de las actividades que se pretendan realizar, partiendo de los propósitos más generales y llegando a una expresión operativa y concreta.

De acuerdo con Ogalde (1984) el objetivo del programa debe estar acorde con los objetivos de la institución u organismo donde se aplicará. Por lo tanto, habrá que precisar si se trata de una escuela, un centro de trabajo, de lugares de recreación o esparcimiento, de centros o unidades de salud o alguna otra área de la comunidad.

Es necesario establecer la duración del programa preventivo y determinar a quiénes se dirige la intervención, como por ejemplo población en general, padres de familia, maestros, estudiantes, obreros, trabajadores de la salud, adolescentes o grupos en riesgo.

Por ende, las actividades podrán llevarse a cabo a través de sesiones informativas, conferencias, cursos, seminarios o talleres, considerando los factores socioculturales, económicos, geográficos, demográficos y sanitarios de la comunidad en la que se aplicará.

### 3.7.1. Características de los elementos necesarios para formular un programa de prevención.

Para Díaz, Oviedo, Bulos, C.I.J., Escalante y Sandoval (cits. en S.S. y CONADIC,1994) los elementos requeridos para elaborar un programa preventivo son los siguientes:

1. **Datos de identificación del programa.** ¿Cómo se denomina, quién es el responsable y dónde se inscribe el programa?.
2. **Período que cubre.** ¿En cuánto tiempo se realizará la intervención?.
3. **Diagnóstico del problema.** ¿En qué consiste el problema y cuál es su magnitud?.

El diagnóstico inicial sobre el problema del consumo de drogas permite conocer la dimensión del fenómeno, el tipo de sustancias utilizadas, las características de los usuarios, los problemas sociales y de salud relacionados con las adicciones, la extensión y naturaleza de este fenómeno, las actitudes de la comunidad o grupo en el que se desea intervenir, los resultados obtenidos de programas aplicados anteriormente, las prioridades en las propuestas de nuevos planes de intervención y, finalmente, los aspectos de la problemática en los que es posible actuar programando acciones específicas para lograr los cambios deseados, así como prever, con base en la información obtenida, las consecuencias de implementar un programa de prevención definido.

En el diagnóstico se especifican las causas que dan origen al programa o las necesidades que lo determinan. Por ejemplo, si surge por la detección del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población; por la inexistencia de un servicio necesario de atención al problema en la zona; por la insuficiencia del servicio; por la conveniencia de mejorar la calidad de la prestación de servicios; por la aplicación de políticas o planes específicos; por la conveniencia de promover actividades similares en una comunidad o grupo específico de población.

4. **Justificación.** ¿Por qué se lleva a cabo el programa?.

En la justificación se plantea la necesidad de efectuar el programa especificando sus beneficios o aportaciones y precisando los antecedentes detectados en el diagnóstico, así como los fundamentos temáticos que condujeron a la elección del proceso que define el programa.

5. **Objetivos.** ¿Qué se espera obtener del programa?.

Los objetivos son el punto central en la elaboración de los programas preventivos, pues constituyen la expresión cualitativa de los logros que se pretenden alcanzar en un tiempo y espacio determinados. Representan también los criterios que permitirán evaluar

los resultados.

Los objetivos permiten entender la naturaleza del programa y precisan con claridad el propósito de desarrollar determinada acción. Por lo tanto, constituyen el elemento que dará coherencia a la acción. Aunque los objetivos pueden ser de diferente índole, tienen características comunes: son susceptibles de medir y alcanzar, apropiados y claros. Para definir con precisión un objetivo debe planearse el tiempo de realización, el grupo al que se dirige y el resultado que se desea obtener. “Conocer, aprobar e identificarse con los objetivos permitirá que los participantes comprendan el programa y contribuyan a su aplicación” (Ogalde, op. cit. p.68).

Los objetivos específicos deben ser realistas, con límites definidos de tiempo y se pueden concentrar en:

*Objetivo de resultado.* Plantearía reducir entre los trabajadores el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, lo que implica ausentismo laboral.

*Objetivo de comportamiento.* Propondría disminuir las ocasiones en que una persona fuma una cajetilla completa de cigarrillos durante una semana.

*Objetivo de la educación.* Pretendería informar a la población sobre la relación entre el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y su repercusión en la productividad.

*Objetivo de administración.* Sería obtener recursos necesarios para organizar cursos, seminarios, talleres.

Estos objetivos pueden evaluarse a través de una serie de preguntas explicables. ¿La administración puede suministrar los recursos necesarios?, ¿La enseñanza fue efectiva?, ¿Qué información se difundió?, ¿Se puede obtener nueva información?, ¿Qué clase de información puede conseguirse?, ¿Interesó la actividad a los destinatarios?, ¿Se puede cambiar su conducta?

**6. Estrategias.** ¿Qué dirección y orientación tendrán las acciones que se realizarán para cumplir con los objetivos del programa?

Las estrategias describen los pasos a seguir determinados por el objetivo y las políticas del programa. Marcan las directrices y orientaciones fundamentales para alcanzar los propósitos del proyecto, de las cuales se desprenden las líneas de acción, las acciones específicas, las metas, los criterios operativos y las responsabilidades. Establecen la selectividad y el ritmo de las acciones.

**7. Líneas de acción.** ¿Qué tipo de acciones se desprenden de cada estrategia?

**8. Acciones específicas.** ¿Qué actividades concretas se realizarán?

Son las actividades concretas que cumplen un propósito particular relacionado con el objetivo del programa. Pueden ser acciones educativas, informativas, de

capacitación, de sensibilización, de orientación, entre otras.

**9. Metas.** ¿Cuántas acciones se pretende realizar?

Son la expresión cuantificada de los objetivos a alcanzar dentro del programa, tanto en tiempo como en espacio. Formular una meta consiste en señalar cuánto queremos alcanzar de cada objetivo, de qué calidad lo queremos.

Uno de los elementos fundamentales de la meta es la especificación de la unidad de medida, a través de la cual se logra medir y cuantificar el resultado de cada categoría programada. Ejemplos de unidad de medida son: persona atendida, visita a escuela, curso-taller, tríptico, cartel, cápsula informativa.

Las metas constituyen el punto final de referencia para el proceso de evaluación de resultados del programa. La comparación de metas programadas, con el resultado obtenido dentro de plazos definidos por la programación, darán la medida de éxito o fracaso desde un punto de vista cuantitativo.

**10. Metodología.** ¿Cómo se desarrollará el programa preventivo?

El método es el camino elegido para la obtención de un fin. En este punto, el programa debe definir los recursos técnicos o metodológicos que orientarán las actividades que comprende. Aquí se expresa el conjunto de actividades que deben desarrollarse para ejecutar el proyecto, es decir, las acciones y procedimientos necesarios para alcanzar el objetivo propuesto.

**11. Universo de trabajo.** ¿A quiénes se dirige el programa?

**12. Localización.** ¿Dónde se aplicará?

**13. Calendarización.** ¿En qué plazos se cubrirán las metas, en términos de unidad de medida por cada acción específica?

También denominado calendario de actividades o cronograma. Este calendario se refiere a la secuencia de acciones desde el momento en que se adopta la decisión de actuar frente a la situación concreta que originó el programa, hasta el momento de su conclusión. En la calendarización se presentan de manera sintética, cada una de las etapas o tareas a ejecutarse durante el desarrollo del proyecto en términos de acciones específicas, metas, plazos y responsables.

La calendarización del programa sirve de base para la confección de los gráficos de apoyo que acompañan al programa, especialmente para hacer el programa y/o las cartas descriptivas, en el caso de programas con fines educativos.

**14. Cartas descriptivas.** ¿Cómo se organizarán las actividades con el grupo objetivo?

**15. Recursos humanos.** ¿Qué tipo de personal desarrollará el programa?

**16. Recursos materiales y financieros.** ¿Con qué recursos se desarrollarán las acciones

para cumplir los objetivos?

En este rubro es necesario precisar si el financiamiento se realiza con capital propio, con aportaciones externas o ambas. En el caso de las aportaciones externas es importante indicar si se trata de donaciones o préstamos, en éste último caso es preciso aclarar la forma y los plazos para cubrir el adeudo.

**17.Sistemas de evaluación.** ¿Qué instrumentos se utilizarán para evaluar el proceso y los resultados del programa?

Desde la concepción del proyecto, pueden definirse los instrumentos que servirán para la evaluación del programa, ya sea por etapas o los resultados logrados al término del mismo. Los diferentes instrumentos que pueden elegirse o construirse para la evaluación son parte esencial en el proceso paralelo al desarrollo mismo de toda intervención, éstos se desarrollarán en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO CUATRO

### EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE LAS ADICCIONES

A lo largo de las páginas siguientes se desarrollarán los elementos necesarios para la evaluación de programas preventivos del consumo de drogas, ya que es común ver que se confunde la evaluación con la simple recolección de datos estadísticos sobre, por ejemplo, número de cursos impartidos, de carteles publicados, folletos, programas de televisión, etc. Asimismo, sobre el número de padres de familia que asistieron a un taller, la extensión de la audiencia de radio y televisión a la que llega un mensaje. Vale la pena iniciar por el desglose del proceso de evaluación.

#### *4.1. ¿Qué significa evaluar?*

Castro (cit. S.S. y CONADIC, 1994) señala que la evaluación es considerada como un acto que se lleva a cabo una vez que un programa concluyó, y que está relacionado con rutinas administrativas o de publicidad “para demostrar lo que se hizo a las instancias que apoyaron dichos programas. Y pese a su trascendencia, la descripción de las acciones y su supuesta eficacia en términos de número, tipo y cobertura es tan sólo una parte de la evaluación” (p. 73).

Sin embargo, para la mencionada investigadora, la evaluación es un proceso que debe efectuarse en forma paralela al desarrollo de toda intervención, siendo la retroalimentación y motivación del propio equipo una de sus principales funciones.

Al respecto, Ruíz (1996) estima que “lo fundamental de la evaluación, no es hacer evaluación, ni siquiera hacerla bien. Lo fundamental es conocer el papel que desempeña, la función que cumple, saber quién se beneficia de ella y, en definitiva, al servicio de quién se pone” (p. 17).

Santos (1988 cit. en Ruíz, op. cit.) se refiere a la evaluación, en los siguientes términos: “Se evalúa para comprender la naturaleza de los programas, para mejorar a través del análisis y de los resultados lo que se hace y lo que se pretende hacer” (p23).



Así, los servicios preventivos están orientados a grupos, no a individuos. Estos núcleos pueden ser: *específicos*, por ejemplo los padres de familia de un determinado plantel escolar; o *anónimos*, es decir, todas aquellas personas que escuchan y ven mensajes por radio y televisión, que leen folletos preventivos u observan carteles colocados en un lugar público.

Uno de los principales objetivos de un programa de esta naturaleza es “evitar que algo pase” (Castro, cit. S.S. y CONADIC, 1994 p.73), o favorecer el adecuado desarrollo humano para evitar salidas como el uso de sustancias causantes de adicción; por lo tanto, el efecto es necesariamente a largo plazo.

#### **4.2. Funciones de la evaluación.**

La evaluación permite la toma de decisiones, porque informa sobre los cambios requeridos en actitud, comportamiento, estilo de vida y conocimientos.

Según Dwyer (1970) la evaluación, mide los efectos de un programa en comparación con las metas que se propuso alcanzar , a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa, y para mejorar la programación futura. El autor destaca 4 rasgos primordiales: la expresión “*medir los efectos*” hace referencia a la metodología de investigación que se emplea. La expresión “*los efectos*” hace hincapié en los resultados de un programa y no en su eficiencia, honestidad, moral o respeto a reglas o normas. La “*comparación de los efectos con metas*” subraya el uso de criterios explícitos para juzgar hasta qué punto el programa va marchando bien. La “*contribución a la toma de decisiones subsiguientes y al mejoramiento de la programación futura*” denota la finalidad social de la evaluación.

De acuerdo con Castro (cit. en S.S. y CONADIC, 1994) la evaluación implica asimismo un proceso de autoevaluación que, finalmente, es la única vía eficaz para lograr un incremento de la calidad.

Además, la evaluación exige “socializar” a distintos niveles lo ocurrido dentro del programa y permite “publicar” los resultados, es decir, hacerlos del dominio público con el fin de informar a colegas, usuarios de los servicios, profesionales interesados y fuentes de financiamiento. Con estas funciones se contribuye en forma significativa al avance y eficacia de los programas, puesto que se pueden replicar y mejorar.

Y la autoevaluación, que consiste en valorar la labor del propio equipo de trabajo, permite la superación profesional y el incremento de la responsabilidad social facilitando la toma de conciencia de actitudes y comportamientos.

La evaluación está fundamentada y consagrada al principio de la utilidad. Weiss (1985) enfatiza que si la evaluación no tiene influencia en las decisiones será una tarea en vano. Hace hincapié en las circunstancias que le restan valor a la evaluación, como:

- 1) Cuando no hay nada que preguntar acerca del programa y las decisiones sobre su futuro no se van a tomar o ya se han tomado.
- 2) Cuando el programa carece de clara orientación. Es decir, cuando el personal del programa improvisa sus actividades de un día para otro, basándose en pocas reflexiones y por ende, el programa cambia y se transforma constantemente y
- 3) Cuando las personas que deben de estar involucradas no se pueden poner de acuerdo en qué es lo que se está tratando de realizar en el programa. Si existen grandes discrepancias en las metas pensadas, la evaluación carece de fundamento.

Las mejores evaluaciones son aquellas donde se plantean preguntas pertinentes a los objetivos específicos del programa, y que diseñan sus propias metodologías para responder dichas preguntas y construyen sus propios instrumentos. Por ello, en este capítulo se expondrán modelos de procedimientos, metodologías generales e indicadores, que puedan ser concretados de acuerdo a los contenidos y objetivos de cada programa específico.

En el proceso debe realizarse la autoevaluación como punto inicial; ésta es un requisito para una evaluación rigurosa. Gran parte de la autoevaluación se refiere a la valoración de los diferentes momentos y circunstancias del proceso, ¿Qué se hizo?, ¿Por qué se hizo?, ¿Quién solicitó que se hiciera?, ¿Cómo se hizo?, entre otras interrogantes.

Posteriormente, se debe pasar a la evaluación focalizada en el punto de vista de los usuarios del programa: ¿Qué resultados se obtuvieron?, ¿Cambiaron en algo los comportamientos, las actitudes y los conocimientos de las personas que participaron?.

Otra parte de la evaluación se lleva a cabo para los planificadores y agencias de financiamiento: ¿Cuáles son los efectos del programa a largo plazo?, ¿Se disminuyeron las cifras de incidencia y prevalencia en las poblaciones meta del programa?, ¿Vale la pena seguir apoyando este tipo de programas?.

En términos concretos, Castro ( cit. en S.S. y CONADIC, 1994) afirma que se evalúan los programas preventivos para mejorarlos, incrementar su calidad y transformarlos en lo que sea necesario. Esto es, para tomar conciencia de los problemas suscitados en los equipos y en las instituciones, a efecto de obtener, en las circunstancias y con los recursos disponibles, mejores resultados; es decir, que se favorezcan los cambios deseados en la población y lograr, finalmente, reducir la demanda de drogas.

Con lo mencionado, queda claro que la depuración de estos programas hace

necesaria su evaluación tanto desde el punto de vista de los equipos que los operan, cuanto desde la perspectiva de los usuarios, planificadores y agencias de apoyo.

#### *4.3. Programas preventivos que se han realizado en México.*

En México se ha realizado una gran variedad de programas de prevención. Entre los más significativos están los que han logrado o procuran las siguientes metas:

- 1) La movilización social para una toma de conciencia del problema en sectores comunitarios e institucionales (Programas de Información y Capacitación ADEFAR.PGR, DDF, CIJ);
- 2) La inclusión de los padres de familia en los programas de prevención secundaria (Programa de Orientación a Padres de CIJ);
- 3) La producción de opciones recreativas y culturales para los jóvenes (Programa PREVEA de la CONADE);
- 4) La sensibilización de maestros y grupos juveniles (Programa de Servicios y Orientación a la Salud, UNAM);
- 5) Campañas en medios de comunicación colectiva como televisión y radio dirigidas a la población en general (Campañas "Di No a las drogas" y "Las drogas destruyen". TELEVISIA Y Televisión Estatal);
- 6) Materiales didácticos para ser usados en programas destinados a público joven (CHIMALLI. Consejo Nacional de Fomento Educativo, SEP y Educación para la vida, SEP);
- 7) Materiales preventivos dirigidos a población abierta (Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC), así como,
- 8) Programas específicamente escolares (Un paso a tiempo, Junior League de México, I.A.P. y PEPCA. Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones, SEP), y
- 9) Metodologías para enfrentar las adicciones en la familia (Programa de Enfrentamiento Familiar, IMP).

##### *4.3.1. ¿Qué tipo de evaluación se ha realizado en México?*

En nuestro país, hasta la fecha, la mayoría de las evaluaciones se ha efectuado en términos descriptivos referidas las más al número y cobertura de las acciones; sólo en algunos casos se han centrado en los resultados. Sin embargo, después de 20 años de trabajo en el campo de las adicciones, se ha llevado a cabo el suficiente número y

variedad de programas, y existe la infraestructura técnica y metodológica para iniciar una tradición de evaluación más rigurosa, que con toda seguridad dará lugar a una nueva línea de estudio en esta temática: la investigación preventiva (Castro, 1990).

Lo anterior será realidad porque la evaluación se coloca en un terreno en el que la investigación y la prevención se unen. Ambos campos de acción profesional estaban distanciados y, con frecuencia, se acostumbraba que el investigador restringiera su actividad a desarrollar las metodologías para conocer la magnitud del problema y que, por su parte, el especialista en prevención sería el encargado de la acción. Esta tendencia reforzó la idea difundida entre los profesionales dedicados a la prevención, de que la investigación sólo podía retroalimentarlos en la fase diagnóstica a nivel nacional, y que este diagnóstico debía y podía servir de base para las acciones locales.

Esta idea limitada, privaba también entre los investigadores. En ellos prevalecía la actitud de no intervenir en los programas preventivos, pues consideraban suficiente publicar cifras epidemiológicas.

Castro (op. cit.) considera que esa situación ha cambiado por completo en nuestro país. El personal que lleva a efecto acciones de prevención en la actualidad está totalmente convencido de los beneficios que la investigación puede aportarle y retroalimentar sus programas, y los investigadores tienen cada vez más conciencia de la necesidad de encontrar aplicaciones a sus estudios.

#### ***4.4. Presupuestos Básicos para la Evaluación.***

De acuerdo con Castro, Almazán y Villaseñor (1993) existen ciertos presupuestos básicos para que un programa de prevención pueda ser evaluado.

1) Unir los elementos teóricos con los componentes del programa. En la actualidad, existen ya marcos teóricos definidos para entender, en un contexto amplio, por qué se presenta el uso de drogas. Estos elementos teóricos abarcan una gama amplia, desde los relativos al estilo de vida, que tienen que ver con actitudes, valores, creencias, las teorías del aprendizaje social, del ambiente social, hasta las variables psíquicas. Todo programa preventivo debe definir los marcos teóricos en los que se basa, de tal manera que desde ahí se evalúen los componentes del programa y las variables de intervención.

2) Todo programa de prevención está vinculado con un proceso de desarrollo humano. Independientemente de los métodos, técnicas y diseños de investigación y evaluación, los programas son operados por personas, se dirigen a personas, y su eficacia se mide a través del beneficio que éstos le reportan a estas personas.

- 3) Asimismo, obedecerá a una serie de demandas a distintos niveles, que es necesario explicar y conocer lo más ampliamente posible, con el fin de efectuar la evaluación del proceso desde su inicio.
- 4) Debe tener objetivos específicos, que desde un marco teórico sea susceptibles de observación y medición para ser evaluados.
- 5) Tomará en consideración el punto de vista de los usuarios, como elemento fundamental de la evaluación.
- 6) Aceptar la importancia del trabajo en equipo. Está demostrado que el aprendizaje en grupo tiene resultados infinitamente superiores al aprendizaje individual. Todo problema detectado que obstaculice la buena marcha de un programa de prevención, puede encontrar soluciones en el equipo mismo. “Colectivamente se puede ser más seguros y tomar decisiones más acertadas que en forma individual. Así, establecer un diálogo en equipo sobre el programa, sus avances y las dificultades que enfrente, tiene como propósito trascender la comprensión de un solo individuo: En un diálogo no se intenta ganar. Todos ganamos si dialogamos correctamente” (p.77).

De tal suerte, Castro señala lo importante que es, que el equipo de prevención coincida en estos seis presupuestos básicos, para estar en condiciones de diseñar un plan de evaluación.

#### ***4.5. Diferentes Tipos de Evaluación, Indicadores y Métodos.***

El primer paso para activar la visión compartida por el equipo, es iniciar el esfuerzo para realizar un plan de evaluación con el empleo de un modelo “visual y simple” del programa, es decir delinear un esquema simple del modelo del programa que responda a las siguientes interrogantes:

- ¿A qué demandas responde el programa?
- ¿Con qué recursos humanos y materiales se cuenta?
- ¿Qué tipo de servicios, intervenciones o campañas se va a realizar?
- ¿Qué resultados se espera a corto, mediano y largo plazos?

Este modelo es propuesto por Castro (cit. en S.S. y CONADIC, 1994) el cual, lo considera como sencillo y útil para elaborar el diseño o plan de evaluación, así como en la visión compartida del equipo para un programa específico.

Desde este enfoque, Castro sugiere que el equipo puede formular sus preguntas de evaluación. Por ejemplo, ¿Cómo vamos a definir las actitudes?, ¿Qué tipo de cambio de actitud esperamos en los estudiantes?, ¿Qué tipo de material vamos a emplear?,

¿Cómo vamos a medir el impacto de materiales como folletos, trípticos y carteles?, ¿Cuáles serán nuestros mensajes preventivos?, ¿Los maestros consideran necesario el programa?, ¿El director está de acuerdo?, ¿Cuál es el problema en cuanto a drogas, en esta escuela?, ¿Cuál es el problema en esta delegación?, ¿Qué tanto esperamos que disminuyan las cifras?, entre otros cuestionamientos.

Al mismo tiempo, propone tres modelos principales de evaluación. Dependiendo del tipo de preguntas que se hagan, y en función de las necesidades del programa, será apropiado uno u otro modelo. Estos modelos están estrechamente ligados con tres tipos básicos de investigación sobre el uso y abuso de drogas: etiológica, sobre intervenciones y epidemiológica.

#### 4.5.1. Modelos principales de evaluación.

Los modelos de evaluación referidos por Castro (op. cit.) son los siguientes:

1) *Evaluación del Proceso*. Esto implica una comprensión global de todo el programa; responde a preguntas como: ¿a qué tipo de población se dirige el programa? y ¿cómo se gestó?. Incluye la descripción de las actividades llevadas a cabo, utilización de recursos y la calificación técnica del personal. El propósito es brindar un punto de vista dinámico del proceso, que incluya también las dificultades en el desarrollo del programa, así como cambios en lo previsto.

2) *Evaluación de Resultados*. Se refiere a la medición del efecto de las intervenciones preventivas en las personas que participan; por ejemplo, grupos de jóvenes, padres de familia, vecinos de una comunidad, maestros, policías, etcétera. Está ligada con la medición de los cambios en el estilo de vida de las comunidades, por ejemplo, las actitudes, creencias y comportamientos.

3) *Evaluación del Impacto*. Este tipo de evaluación trata de delimitar el efecto de varias acciones preventivas efectuadas en un grupo de población específico, en un determinado lapso de tiempo. Por ejemplo, después de cinco años de llevar a cabo distintos tipos de intervenciones con la población escolar de una delegación, estado o región del país. ¿Han bajado las cifras epidemiológicas de incidencia y prevalencia?, ¿Ha habido cambios en las tasas de morbilidad y mortalidad?, ¿Hay reducción en el consumo per cápita?, ¿Han cambiado las políticas y los programas institucionales?.

Cada nivel de evaluación genera valiosos datos para modificar y/o mejorar programas de prevención, por lo que es conveniente conocerlos en mayor detalle, basándonos en la información brindada por Castro.

## A. Evaluación del Proceso.

### Indicadores y Métodos.

El proceso del programa puede ser definido en términos de la identificación de la población meta con la que se trabaja, la descripción de los servicios que ofrece el programa, la forma como se han utilizado los recursos disponibles y la calidad académica y experiencia del personal.

El mismo puede ser analizado mediante una serie de indicadores que captan información sobre la forma en que se desarrolla el programa en su fase inicial, intermedia y final.

### Fase Inicial del Proceso.

#### 1) Análisis de la demanda.

La práctica del análisis institucional, así como sus marcos teóricos de referencia, representan valiosos instrumentos para la evaluación de los programas. Así, el asunto de cómo y por qué surgen los programas es de vital importancia para comprender y valorar el destino de los mismos.

#### 2) Implicación.

Permite evaluar el grado en que están involucrados los miembros del equipo de prevención en el programa. ¿Cuáles son las motivaciones de cada uno de los miembros del equipo?, ¿Qué los lleva a participar en ese programa?.

#### 3) Revisión de las habilidades y conocimientos del equipo.

Un aspecto fundamental para evaluar en la fase inicial del programa es observar si los roles de trabajo del equipo están en relación con sus habilidades y conocimientos. Ejemplificando: “una persona que no se siente cómoda tratando e interactuando con personas, y se le asigna trabajo de campo. Esto puede aumentar las probabilidades de fracaso del programa. En cambio, puede ubicársele dentro del equipo en las labores de diseño y evaluación del programa, que requieren habilidades para la investigación” (p.80).

#### 4) Actitudes, valores y creencias del personal del programa hacia el uso y abuso de sustancias tóxicas.

Este punto Castro lo considera importante puesto que, en un momento dado, ciertas actitudes pueden interferir con los propósitos del programa. Por ejemplo, la ansiedad y la exigencia son inconvenientes cuando se trabaja con jóvenes.

#### 5) Descripción de las acciones.

¿En qué consiste la intervención preventiva?, ¿con cuál marco teórico y con qué

técnicas se imparte?, ¿a quién se dirige, y por cuánto tiempo?.

#### 6) Utilización de recursos.

¿Con qué tipo de recursos se cuenta?, ¿se utilizaron todos los recursos?, ¿se solicitó financiamiento?.

Este indicador de la fase inicial es importante, muchos programas fracasan porque consideran que pueden iniciar sus actividades sin recursos suficientes. La consecuencia es que el entusiasmo inicial se convierte en enojo, frustración y desaliento en el personal, que no cuenta con los elementos indispensables para el adecuado desempeño de su trabajo.

#### Fase Intermedia del Programa.

##### 1) Desarrollo del programa.

Se verifica si el programa se ha desarrollado conforme a lo planeado y se enuncian las facilidades y los retos de crecimiento para el mismo. Con base en este análisis, se definen o construyen mecanismos para constatar la evolución del programa.

##### 2) Transversalidad.

Este indicador, que también resulta del análisis institucional, se refiere a la multitud de factores por los “que atraviesan” los programas de prevención que se llevan a cabo en organismos públicos.

Para Castro (cit. en S.S y CONADIC, 1994) “en un programa de prevención, las peticiones que se hicieron a un grupo de trabajo rebasaron los recursos disponibles, los participantes no estaban en posibilidad de formar grupos juveniles; sin embargo, como supuestamente su trabajo consistía en movilizar grupos sociales, no se sentían en disposición de aclarar ese hecho con la coordinadora y el programa resultó afectado. De acuerdo con este indicador, también deben tomarse en cuenta factores ideológicos y diferencias profesionales o entre grupos, que pueden afectar la adecuada marcha del programa” (p.81).

##### 3) Aplicación de técnicas y métodos.

En la fase intermedia es necesario evaluar cómo se están aplicando o cómo fueron aplicadas las técnicas y los métodos.

##### 4) Respuestas de los usuarios a la intervención.

Con este indicador no se miden los cambios en la población, lo que se pretende es dar cuenta de los comportamientos y actitudes de los usuarios hacia el programa y hacia sus contenidos temáticos; es decir, dar respuestas a preguntas sencillas como: ¿Qué tan involucrados están los usuarios?, ¿están asistiendo puntualmente a sus reuniones?, ¿cómo reacciona el auditorio hacia los folletos y carteles?, ¿expresan



satisfacción con el programa?, entre otras interrogantes.

#### 5) Coordinación interinstitucional o intrainstitucional.

Aquí se tiene que responder a cuestionamientos del siguiente tipo: ¿Cómo se están usando y distribuyendo los recursos institucionales?, ¿son suficientes?, ¿cómo se están dando las comunicaciones inter e intra equipo?, ¿manifiestan agrado con su trabajo?.

### Fase Final del Programa.

#### 1) Observaciones sobre el cronograma.

¿Se efectuó el programa de acuerdo a los tiempos estipulados?, ¿en cuáles actividades hubo retraso y por qué?, son algunas de las pertinentes a responder.

#### 2) Actividades que se derivaron del programa.

Con frecuencia, al término de un programa preventivo, los mismos usuarios de los servicios se organizan para llevar a cabo otras acciones. “Que así ocurra, es generalmente una señal inequívoca de que el proceso realizado funcionó, dato muy valioso para la evaluación” (Castro, cit. en S.S y CONADIC, 1994 p. 82).

### **B. Evaluación de Resultados.**

Castro señala que la evaluación de los resultados del programa está directamente relacionada con los objetivos específicos, es decir, con los cambios que se espera producir o facilitar en la población meta. Estos programas se planean para lograr un cambio de actitud, algunos esperan fomentar el grado de concientización, otros buscan incrementar conocimientos, generar comportamientos adecuados, entre otros.

Los indicadores para evaluar resultados están en estrecha relación con los objetivos del programa. Por lo tanto, una primera tarea es definir los objetivos susceptibles de medición.

#### A) Definición de Objetivos Medibles.

Estos objetivos pueden ser intermedios o finales, y son definidos en términos de:

- a) comportamientos, actitudes, habilidades o valores deseados;
- b) circunstancias específicas, por ejemplo, después de 6 meses de iniciado el programa, o después de 12 sesiones preventivas, o bien un año de iniciado o terminado el programa.

“Un programa que se trabaja con grupos juveniles puede fijarse como meta específica fomentar las actitudes protectoras después de un mínimo de 15 sesiones

preventivas de 2 horas de duración, una vez por semana. Otro objetivo puede ser definido como la expresión de contenidos positivos en los comentarios externados por los usuarios al término del programa. Otra definición para disponer de un objetivo medible puede ser: el incremento de conocimientos de los factores de riesgo para el desarrollo de una adicción” (Castro, op. cit. p.82).

#### B) El Diseño de Investigación

El diseño de investigación para evaluar los resultados de las acciones de un determinado programa preventivo es considerado vital para el éxito del mismo.

Es un ordenamiento que permite la comparación entre grupos. Las preguntas naturales del diseño de investigación son las siguientes: Esta intervención preventiva fue exitosa porque se obtuvieron en el grupo los resultados esperados, por ejemplo: ¿Cambiaron de actitud?, ¿tienen ahora reflexiones y conocimientos?, ¿qué hubiera pasado si la intervención no hubiera existido?, ¿los resultados hubieran sido diferentes?. Si se hubieran aplicado otras técnicas y métodos, ¿el resultado hubiera sido el mismo?.

En resumen, para Castro el diseño no es más que una manera de elegir grupos de comparación para responder en forma sistemática a preguntas de sentido común, sobre el programa.

De acuerdo a estos parámetros, los resultados de un programa se relacionan directamente con los cambios que son producto de la intervención preventiva.

Si al iniciar una acción preventiva dentro de un programa no queda claro ¿qué queremos cambiar? en el público que se inscribirá al programa, entonces no se podrá definir indicadores de evaluación.

Una vez determinados los indicadores, es responder ¿cómo los mido?, ¿observo los cambios?, ¿le pregunto a las personas?, ¿le pido a alguien más que observe y reporte?. En términos de qué están dados los cambios: ¿de información?, ¿de conducta?, ¿de actitudes?, ¿de valores?, ¿de sentimientos?.

Generalmente, todos los cambios que se buscan con cualquier programa preventivo se pueden dividir en tres grandes categorías, que en conjunto conforman lo que denomina Castro (cit. en S.S. y CONADIC, 1994) estilo de vida: actitudes, comportamiento y valores (A. C. V.).

Existen algunos objetivos intermedios que no son en sí mismos variables de medición del cambio. Una muestra típica es la información. “Una persona bien informada, que asimila y que es congruente con la información recibida, tendrá un cambio de comportamiento. Pero el solo hecho de “repetir” la información no garantiza el cambio de conducta deseado” (Castro, op. cit. p.84).

Por ejemplo, el informar a los jóvenes de los daños que las sustancias tóxicas, no garantiza en sí mismo que abandonen la conducta de usar drogas.

De ahí que Castro recomiende que siempre que se brinde algún tipo de información, se combine con otras técnicas de cambio de actitud, clarificación de valores, o para moldear la conducta.

El cómo observar los cambios está relacionado con los instrumentos: cuestionarios, inventarios, escalas, entrevistas, discusiones grupales, registros conductuales, autoevaluaciones, entre otros.

Una parte fundamental del diseño se refiere a la pregunta: ¿en qué condiciones observar el cambio?, ¿contra qué y contra quién se puede comparar?

La respuesta al cambio es en sí misma relativa, requiere de un contexto, no sólo de una definición y de un instrumento de observación.

En la práctica preventiva es común que el público sea anónimo; es decir, no lo conocemos, y es frecuente que sólo tengamos oportunidad de interactuar en una sola ocasión. ¿cómo evaluar? "Una descripción de las actividades realizadas, no es una evaluación de resultados" (Castro, cit. S.S y CONADIC, 1994 p. 85).

En la investigación preventiva lo primordial es definir qué tipo de intervenciones aumentan la probabilidad de reducir los problemas asociados directa o indirectamente con la demanda de drogas.

Es importante enfatizar que las técnicas de análisis para los datos que arrojan las mediciones de cambio de las intervenciones, no son únicamente estadísticas.

"Aún más, recientemente los requisitos metodológicos para "operacionalizar" las variables y hacerlas susceptibles de medición cuantitativa, limitan demasiado la observación de los cambios reales en las poblaciones que participan en los programas preventivos. Por esta razón, se están recomendando técnicas de análisis de datos cualitativos, que permitan construir categorías o analizadores más apegados a la realidad, y que dan cuenta de cambio de una manera más humana e integral" (Castro, op. cit. p.89).

Por ello, lo recomendable entonces es preparar, antes de salir a campo, distintos instrumentos de medición para ser aplicados a los vecinos que se inscriban al programa. Previamente a la distribución de folletos y carteles, se requiere aplicar a la población meta a la que va dirigida el programa, cuestionarios sobre el mensaje preventivo que diversos materiales pueden emitir (evitar el exceso en la ingestión de bebidas alcohólicas; protegerse del consumo de sustancias adictivas en fiestas y reuniones juveniles; divertirse sin hacer uso de sustancias tóxicas o abordar medidas de protección

cuando se ha bebido en exceso), y aplicar el mismo cuestionario después de un tiempo, considerando la exposición al material preventivo (tres o seis meses).

Los integrantes del equipo deben preguntarse: ¿Cuál es el objetivo de las diversas acciones?, ¿Cómo puede medirse?. Por ejemplo, si el objetivo de una determinada obra de teatro callejero es concientizar a los padres de familia sobre cómo el rechazo y la violencia con sus hijos los puede llevar a consumir alguna droga, deberá entonces elaborarse un cuestionario para saber si los padres captaron el mensaje.

Si el objetivo de todas las acciones de un programa determinado es el cambio de actitudes, entonces las mediciones deberán hacerse también al término de todo el programa.

### C. Evaluación del Impacto.

En un sentido general, Castro se refiere a la evaluación del impacto, como los cambios producidos en la población meta y/o a los efectos del programa. Esta es la pregunta que más les interesa a los administradores de los programas y a las agencias que suministran fondos.

En este tipo de evaluación se requiere rebasar el trabajo directo con los grupos comunitarios, a través de la: capacidad de penetración del programa, definición de la comunidad, relación entre el tamaño de población, datos proporcionados y efecto del programa. Se requiere precisar los efectos intencionales y los no intencionales, así como el efecto duradero.

#### Indicadores.

##### 1) Capacidad de penetración del programa.

Este indicador está ligado con las estrategias. Ejemplo: ¿cómo se va a movilizar a los maestros de la escuela?, ¿a través de cursos a grupos por plantel?, ¿por sector?, ¿por región?. La probabilidad de que los docentes tengan acceso a los materiales del programa: manuales y folletos, ¿es alta?, ¿qué cobertura de población alcanzan los mensajes preventivos del programa?: puede ir desde un grupo específico hasta toda la población general que tiene acceso a radio y televisión.

##### 2) Definición de comunidad.

Para la evaluación del impacto del programa, la comunidad puede ser definida en términos de su esfera de acción, es decir, la zona donde pueden producirse efectos detectables.

##### 3) Efectos intencionados y no intencionados.

Los efectos intencionados tienen que ver con los objetivos generales del

programa, como evitar la presencia del uso de sustancias adictivas entre hijos de alcohólicos. Sin embargo, el programa puede tener efectos no intencionados: no hay consumo de sustancias pero se incrementa el índice de violencia o el índice de depresión. Al mismo tiempo, Castro (cit. en S.S. y CONADIC, 1994) visualiza a los efectos negativos como no necesariamente negativos o perjudiciales y a su vez juzga necesario medirlos para hacer las modificaciones pertinentes.

#### 4) Duración de los efectos.

Existe una gran cantidad de programas de prevención con efectos a largo plazo. Al iniciar una serie de alternativas educativas para ser aplicadas en la primaria, ¿en cuánto tiempo puede sentirse el efecto del programa?. Se requiere de un seguimiento de la población, para ver los efectos con el paso del tiempo, y si realmente se disminuyen las cifras de incidencia y prevalencia en la población objetivo. Es decir, determinar con exactitud cuáles son los efectos a corto y a largo plazo, así como las variables y el momento en que éstas serán medidas.

“Evaluar un programa demasiado tarde o muy temprano puede llevar a una evaluación defectuosa del impacto del programa. Si las acciones del programa escolar contra las adicciones se empezaron a aplicar hace un año, aún es muy pronto para esperar cambios en las cifras de incidencia y prevalencia; esto requerirá al menos cinco años de trabajo constante con gran cobertura” (Castro, op. cit. p.91)

#### 5) Cambios en el consumo.

Los indicadores más aplicables a todo tipo de programas incluirán:

- \*Niveles de conciencia de la comunidad.
- \*Cambios en las cifras de arrestos por problemas relacionados con el consumo de sustancias tóxicas.
- \*Disminución en el número de intoxicados en salas de emergencia.
- \*Cambios en las políticas económicas (reducción de precios de bebidas alcohólicas).
- \*Menor demanda de tratamiento.
- \*Reducción en el consumo de drogas y problemas vinculados.

En términos de evaluación de impacto, el indicador más importante es la reducción de las cifras de incidencia y prevalencia. Esta información se obtiene a través de las encuestas nacionales, llevadas a cabo con muestras grandes y representativas de la población meta.

En México, existen encuestas nacionales de gran importancia: 1) La Encuesta Nacional de Adicciones (1988) elaborada por la Secretaría de Salud (S.S.) (Medina-Mora y Tapia, 1989) y 2) la Encuesta de Estudiantes (1991) (Medina-Mora, Cardiel y

Ñequis, 1993), las cuales han tenido gran cobertura y representatividad a nivel nacional, regional y estatal. Ambas son consideradas de gran valor comparativo para evaluar el impacto en los programas de prevención que se están llevando a cabo en la actualidad.

En este tipo de comparaciones de cifras a través del tiempo, resultan valiosos al tomar en cuenta las alteraciones socioeconómicas, la distribución étnica y la estructura familiar, lo que permite contextualizar los cambios detectados.

De no contarse con encuestas nacionales, otro tipo de información puede ser útil para la evaluación del impacto: estadísticas de orden público (legales o de salud pública), arrestos, datos respecto a la venta, distribución y decomisos, o accidentes de tránsito relacionados con el abuso de sustancias.

En México, una fuente importante de datos de este tipo está constituida por el Sistema de Reporte e Información sobre Drogas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), que acumula estadísticas de diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Procuración de Justicia.

Los anteriores fueron indicadores primarios para la evaluación de impacto; existen algunos otros indicadores secundarios, es decir, indirectos, para evaluar el efecto de los programas en la población meta:

- \*Cambios en el comportamiento social.
- \*Desempeño en la escuela.
- \*Cumplimiento en el trabajo.

Estos indicadores también pueden conocerse a través de las fuentes de datos oficiales del sistema escolarizado, del sistema de procuración de justicia, sobre todo en lo relativo a lo familiar, sindicatos, en la Secretaría del Trabajo, o en las Delegaciones Políticas.

De esta manera, en la evaluación del impacto de los programas, los indicadores se miden en términos de cifras o porcentajes, y tasas sobre la población objetivo.

Este tipo de evaluación requiere un trabajo de investigación técnico, de un equipo más completo y queda a cargo, generalmente, de institutos o centros de investigación especializados.

Los resultados de una acción de un programa se miden a nivel local; el impacto de un programa se mide a escala nacional, regional o estatal, puede comprender el efecto de varias actividades, y es necesario esperar un lapso considerable en el que finalmente puedan detectarse cambios o reducciones en el consumo. De ahí que, el objetivo de esta investigación sea evaluar cuantitativa y cualitativamente la eficacia del proyecto O.P.A para poder estar en condiciones de dar sugerencias y mejorarlo.

## CAPÍTULO CINCO

### RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CRÍTICA DEL PROYECTO DE ORIENTACIÓN PREVENTIVA PARA ADOLESCENTES (O. P.A) DE C.I.J.

La evaluación crítica al proyecto O.P.A. se realizó en tres apartados, en el primero y segundo se describe la metodología desarrollada y un análisis cualitativo de los rubros abordados en el proyecto práctico; tomando como base los componentes formulados por Díaz, Oviedo, Bulos, Escalante, Sandoval e incluso C.I.J (citados en S.S y CONADIC, 1994) referidos en el capítulo tres.

En el tercer apartado se hace un análisis cuantitativo para evaluar la significancia de las diferencias y se realiza una comparación intergrupo (grupo bajo intervención del proyecto O.P.A versus grupo control).

#### 5.1 Metodología

En este rubro se identificaron como variables a analizar el programa O.P.A. utilizado por C.I.J. y las actitudes y opiniones de los jóvenes bajo tratamiento.

De acuerdo con Lickert (1986 cit. en Bastar y Godinez, 1987) la *actitud* es una predisposición hacia un objeto o situación y se caracteriza por su consistencia y regularidad, por tanto, refleja la esencia de la personalidad. Mientras que, la *opinión* representa un nivel más superficial que puede depender de las circunstancias.

Para evaluar las actitudes y opiniones se elaboró una escala tipo Likert, basada en la escala de habilidades sociales para adolescentes desarrollada por Ríos (1994) y en los inventarios de autoderrotismo (cit. en Bastar y Godinez, 1987) y de personalidad de Willoughby (cit. en Rimm, 1987), compuesta por 67 reactivos agrupados en 5 áreas generales: *Instituciones*- compuesta por 4 reactivos que evalúan la opinión (R1-O a R4-O), *Comunicación*- integrada por 13 reactivos, 8 de actitud y 5 de opinión (R5-A, R6-A, R7-A, R10-A, R11-A, R12-A, R15-A, R16-A) y (R8-O, R9-O, R13-O, R14-O, R17-O) respectivamente. El área *Familia*- estuvo conformada por 14 reactivos, 1 de actitud y 13 de opinión (R20-A) y (R18-O, R19-O, R21-O a R31-O), *Desarrollo Integral*- contó con 26 reactivos, 7 de actitud y 19 de opinión (R44-A, R45-A, R47-A, R48-A, R49-A, R53-A, R56-A) y (R32-O a R43-O y R46-O, R50-O, R51-O, R52-O, R54-O, R55-O, R57-O) y *Salud*-

*Enfermedad* compuesta por 10 reactivos, 1 de actitud y 9 de opinión (R67- A) y (R58-O a R66-O) que fueron tomados de una revisión realizada a la guía técnica del proyecto, misma que incluye los temas mencionados y es utilizada en el C.I.J. como criterio a seguir en la puesta en práctica del proyecto O.P.A. Las categorías de respuesta para evaluar la *opinión* de los participantes fueron: 1 si NUNCA, 2 si RARAS VECES, 3 si ALGUNAS VECES, 4 si FRECUENTEMENTE y 5 si SIEMPRE opinan respecto al reactivo expuesto y las categorías de respuesta para evaluar la *actitud* de los jóvenes fueron: 1 si están en COMPLETO DESACUERDO, 2 si están MODERADAMENTE EN DESACUERDO, 3 si están INDIFERENTES, 4 si están MODERADAMENTE DE ACUERDO y 5 si están COMPLETAMENTE DE ACUERDO de presentar la actitud planteada en el reactivo (ver anexo # 1).

**5.1.1 Participantes.** - Participaron en el estudio 60 alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 2 “Corregidora de Querétaro” de ambos sexos que habían consumido fármacos en grado I experimental; cuyas edades oscilaron entre los 14 y 15 años. Todos ellos pertenecían a una clase media baja y a un nivel académico de tercer grado (30 alumnos formaron el grupo bajo tratamiento con el proyecto O.P.A y los 30 restantes conformaron el grupo control- sin intervención).

**5.1.2 Instrumento de evaluación.** - Se utilizaron 120 juegos de la escala de actitudes y opiniones para adolescentes (60 para el pretest y 60 para el postest, en cada uno de los grupos).

**5.1.3 Materiales.** - Se elaboró una hoja de respuestas para la escala de actitudes y opiniones para adolescentes (ver anexo # 2).

**5.1.4 Situación ambiental.** - La aplicación de la escala (pretest-postest) al grupo control y grupo bajo tratamiento se llevó a cabo simultáneamente en 2 salones de aprox. 6 x 4 ms., que cuentan con ventilación, iluminación y mobiliario (sillas) suficientes.

**5.1.5 Diseño experimental.** - Se utilizó un diseño reversible A-B-A, cuya descripción dada por Fester y Skinner (1957 cit. en Castro, 1984) es la de “establecer una línea base, incluir una variable (por ejemplo, la variable independiente) y retornar de nuevo a la línea base; de tal manera que el organismo sea como su propio control” (p.103). En este sentido el diseño constó de 3 fases:

A.- Aplicación del pretest

B.- Aplicación del proyecto O.P.A.

A.- Aplicación del postest



Al grupo sin tratamiento se le aplicó únicamente el pretest y el postest, mientras que al grupo bajo tratamiento se le aplicaron las fases antes mencionadas (A-B-A).

**5.1.6 Procedimiento.** - El procedimiento se desarrolló en 3 etapas:

*Etapas 1. Trámites administrativos.*

Actividades:

\*Entrevista con la responsable del proyecto O.P.A que trabaja en el Centro Local Cuauhtémoc Poniente.

\*Exposición a la responsable del proyecto y a la directora del Centro local, el objetivo y procedimiento del estudio con la finalidad de obtener su aprobación y cooperación.

\*La responsable del proyecto proporcionó el nombre de la escuela y los grupos con los cuales se llevarían a cabo las acciones del estudio. Además del día y hora en que se aplicarían las sesiones del proyecto.

*Etapas 2. Elaboración del instrumento de evaluación.*

Actividades:

\*Lectura de la guía técnica (1986) de C.I.J para el proyecto O.P.A.

\*Revisión de los inventarios de Autoderrotismo y de Personalidad de Willoughby y de la escala de Habilidades Sociales.

\*Construcción del instrumento: Después de haber elaborado la escala de actitudes y opiniones para adolescentes se aplicó un estudio piloto para corroborar que las instrucciones y los reactivos fueran entendibles para los jóvenes y de no ser así, se procedió a su corrección.

*Etapas 3. Observación y evaluación del proyecto O.P.A.*

Actividades:

\*Aplicación simultánea de la escala de actitud y opinión a los grupos sin y bajo tratamiento (pretest).

\*Realización de registros anecdóticos de las actividades realizadas por la responsable del proyecto con el grupo bajo tratamiento, en cada una de las sesiones.

\*Aplicación simultánea de la escala de actitud y opinión a los grupos bajo tratamiento y control (postest).

\*Entrega por parte de la responsable del proyecto de una carta descriptiva de las actividades que realizó con el grupo O.P.A.

**5.2 Análisis de resultados.-** Los resultados se analizaron en dos niveles:

Para el **análisis cualitativo**, se realizaron dos descripciones:

5.2.1 Descripción de los elementos del Proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes (O.P.A).

5.2.2 Descripción de las sesiones dirigidas al grupo O.P.A.

5.2.3 Resultados de la evaluación crítica al proyecto preventivo de las adicciones O.P.A.

Para el **análisis cuantitativo**:

5.2.4 Se realizó una comparación intragrupo empleando la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras correlacionadas y evaluar la significación de las diferencias tanto antes como después del tratamiento.

5.2.5 En el segundo tipo de análisis se realizó una comparación intergrupo (grupo bajo intervención del proyecto O.P.A versus grupo control). Se utilizó una prueba no paramétrica (la U de Mann Whitney) para evaluar si las diferencias entre los grupos eran o no significativos.

5.2.6 Descripción de las figuras que ilustran el porcentaje de jóvenes del grupo control y grupo bajo tratamiento en el pretest y postest en cada una de las áreas del proyecto.

**5.2 Análisis de resultados.-** En el siguiente apartado se realiza un *análisis cualitativo* del proyecto O.P.A.

**5.2.1 Descripción de los Elementos del Proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes (O.P.A).**

A continuación se describen los elementos con los que cuenta el proyecto O.P.A. como lo sugiere Díaz, Oviedo, Bulos, C.I.J., Escalante y Sandoval (cits. en S.S y CONADIC, 1994) para cualquier programa preventivo.

**1-2. Datos de identificación y período que cubre**

El modelo de C.I.J. para el proyecto (O.P.A) Orientación Preventiva para Adolescentes establece que el número de sesiones no excederá de 15 ni manejar menos de 8, siendo una sesión por semana. La responsable de este proyecto es la Lic. en Psicología, Alma Luz Hernández.

**3. Diagnóstico del problema**

El problema de la farmacodependencia en México afecta más a hombres que se inician en el consumo de drogas entre los 12 y 18 años. Las drogas de mayor consumo entre los jóvenes son: marihuana, inhalables, estimulantes (anfetaminas y cocaína) y tranquilizantes. En adultos, principalmente mujeres, las drogas de mayor consumo son: tranquilizantes u otros depresores con utilidad médica, pero sin receta. La población joven es la más afectada en la región Pacífico Norte, integrada por los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, el reconocimiento que tienen como productores de drogas y su cercanía con los Estados Unidos, pueden ser factores que facilitan la circulación de drogas y por tanto mayor disponibilidad para su uso.

**4. Justificación**

En el año de 1987, sobre el entendido que los cambios físicos que dan inicio a la salida de la infancia, marcan la aparición del proceso de la adolescencia. En esta etapa de la vida de cualquier persona, se presentan modificaciones en la forma de relacionarse con su ámbito familiar y social, esto a partir de la concepción que empieza a tener de sí mismo. En el pasaje de la niñez a la vida adulta, se experimentan nuevas formas de pensar, actuar y de percibir el cuerpo; estas variaciones se manifiestan en el continuo y constante descubrimiento de necesidades que se crean para conquistar un lugar diferente al del niño, en la

dinámica social. La manera en que se efectúan estos cambios no es en un ritmo constante, ni de forma lineal; se caracterizan por ser en ocasiones extremos, reflejando cierta inestabilidad en sus juicios, valores, proyectos, sentimientos, etc. Debido a dichas vicisitudes que son propias del proceso adolescente C.I.J. crea el proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes; partiendo de la concepción de la farmacodependencia como un Problema de Salud Pública y que en su determinación se juegan factores sociales, familiares e individuales.

### **5. Objetivos**

**Objetivo General.-** Orientar a los adolescentes proporcionándoles elementos que les faciliten enfrentar los cambios individuales (físicos y psíquicos), familiares y sociales que forman parte de su vida cotidiana y les permita prevenir el fenómeno de la farmacodependencia considerando la multicausalidad que lo caracteriza.

#### **Objetivos Específicos.-**

- 1) Propiciar la formación de grupos en que los adolescentes puedan exteriorizar sus inquietudes y se instrumenten actividades que les permitan a partir de su situación concreta, involucrarse en la prevención de la farmacodependencia.
- 2) Promover la instrumentación de dinámicas grupales que faciliten a los adolescentes la expresión de sus intereses.
- 3) Facilitar que los adolescentes asuman de forma integral los cambios por los que atraviesan, de modo que puedan integrarse mejor en su familia y en la sociedad.
- 4) Alentar la instrumentación de actividades que se generan por iniciativa de los adolescentes, tendientes a modificar su actitud y participación para realizar una prevención primaria, sea en su nivel inespecífico o específico.

Dichos objetivos, se concentran en la educación: Pretenden orientar a los adolescentes sobre la relación entre la farmacodependencia y su determinación por factores sociales, familiares e individuales.

### **6. Estrategias**

La estrategia que se plantea es proporcionar elementos a los adolescentes que les permitan entender y manejar los cambios y conflictos que son parte de su realidad cotidiana, posibilitando la prevención del uso y abuso de drogas, desde las alternativas que presenta la Educación para la Salud.

### **7. Líneas de acción**

Las líneas de acción pueden conseguir la creación de diferentes subprogramas, con objetivos propios, pero afines con el objetivo general del programa. Siguiendo esta línea, el proyecto O.P.A. puede apoyar en forma vinculada a los proyectos de Capacitación a la Comunidad y Orientación Familiar Preventiva con sus respectivas acciones planeadas y programadas.

### **8. Acciones específicas**

El proceso de orientación puede involucrar a una sola persona o más de una y está sustentada por la comunicación, en la que existe un orientador y un orientado sin implicar pasividad en cualquiera de las partes. La orientación implica así dos fases:

- 1) En un primer momento, la sensibilización permite hacer presente a la farmacodependencia como un fenómeno y establecer su relación con los diversos factores que la producen, posibilitando su ubicación.
- 2) En un segundo momento, determina el papel que juega la farmacodependencia en la vida de las personas, propiciando con ésto, un cambio de actitud que les facilite mejorar las condiciones de su salud mental. Esa actitud le ayuda a llevar a cabo acciones que le pueden conducir al fin esperado; provocando un cambio en la vida que tiene y posiblemente en la forma de participar en su comunidad.

El trabajo con los adolescentes desde la perspectiva de la Educación para la Salud, da apertura a trabajar cualquier tópico, para procurar la salud mental desde la prevención específica, la cual se relaciona directamente con el problema o a través de la prevención inespecífica que influye en las diversas determinantes de la misma.

### **9. Metas**

Para el proyecto O.P.A., la cantidad de grupos trabajados refleja la promoción realizada por el equipo médico-técnico, dando elementos de cómo repercute el trabajo en la comunidad atendida. Además, se considera la asistencia de los adolescentes y su participación dentro de las sesiones.

### **10. Metodología**

El ritmo de las sesiones debe ser ágil, sin utilizar la exposición, provocando la participación activa de todos los miembros del grupo, recuperando las propuestas espontáneas y favoreciendo actividades en las que se estrechen los lazos sociales.

Se realizan actividades que les permitan mostrar sus habilidades para compartirlas con sus compañeros y organizar las primeras reuniones en donde puedan bailar, tocar instrumentos, diseñar ropa y peinados, hablar de sexualidad, organizar fiestas, inventar juegos, practicar conquistas, entre otras. Se discute en forma dirigida, el papel y ubicación que tienen dichas actividades dentro de la Estrategia para la Salud, como alternativa preventiva de la farmacodependencia, al ser ésta un problema de Salud Pública.

Aunado a ello, se aplica el temario de C.I.J para la Orientación Preventiva para Adolescentes, siendo estas las áreas:

I. INSTITUCIONES: Objetivos institucionales y objetivos del proyecto O.P.A.

II. COMUNICACIÓN: Qué es la comunicación y niveles de comunicación.

III. FAMILIA: Qué es una familia y funciones de la familia.

IV. DESARROLLO INTEGRAL: Características del desarrollo del adolescente y desarrollo bio-psico (autoestima)- social del adolescente.

V. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: Qué es salud-enfermedad, qué es farmacodependencia, el adolescente y las drogas y multicausalidad de la farmacodependencia.

### ***11. Universo de trabajo***

El proyecto está dirigido a la población adolescente que no presente el problema de farmacodependencia; sin excluir a aquellos que han consumido drogas, con carácter experimental, excluyendo a los que requieran urgentemente de algún trabajo en el área de tratamiento.

### ***12. Localización***

La aplicación del proyecto O.P.A. se lleva a cabo fuera de las instalaciones del Centro Local Cuauhtémoc Poniente, en todas aquellas secundarias correspondientes a esta zona y que soliciten el apoyo.

### ***13. Calendarización***

Las sesiones no exceden de 15 ni son menos de 8, tienen una duración no mayor a una hora semanal y se establecen según las perspectivas y expectativas del grupo, además de cumplir con el temario correspondiente al proyecto.

### ***14. Carta descriptiva***

Contó con los siguientes rubros: sesión, tema, subtemas, objetivos, técnicas y material.

### **15. Recursos humanos**

Director del Centro Local:

- 1) Es el responsable de la ejecución de los proyectos preventivos en el Centro Local, coordina, asesora, supervisa y evalúa el desarrollo de éstos.
- 2) Designa al responsable del proyecto y equipo que le auxilie, lleva a cabo una reunión de supervisión y asesoría semanalmente con los involucrados.
- 3) Analiza y hace las observaciones pertinentes y los turna al responsable del proyecto.

Responsable del proyecto:

- 1) Elabora una Guía Temática de trabajo y establece los lineamientos y criterios generales para la realización de las reuniones de orientación y coordina la participación del equipo médico-técnico.
- 2) Envía la Guía Temática al director del Centro Local para su revisión, o en caso para su aprobación.
- 3) En la primera reunión, con apoyo de dinámicas grupales, promueve el establecimiento del "rapport" y detecta las necesidades, inquietudes, actitudes e intereses de los asistentes.
- 4) Como fruto de esta sesión, establece junto con los participantes un contrato de trabajo especificando el número de sesiones, los temas a tratar, el lugar, el horario y la dinámica general de trabajo, sin eliminar los potenciales creativos de los adolescentes.

### **16. Recursos materiales y financieros**

La aplicación del proyecto O.P.A. se realiza en las instalaciones de las propias escuelas secundarias, con los materiales (películas, rotafolios, manuales de información, entre otros) que cuenta el Centro Local de C.I.J.. Se presume que parte de los recursos financieros (que pueden ser donaciones o préstamos) proceden de organismos externos.

### **17. Sistemas de evaluación**

La evaluación que se realiza en el proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes, parte de sus objetivos, abarcando tres áreas:

- 1) Trabajo del grupo
- 2) Programación de temas y actividades

3) El trabajo del equipo médico-técnico consiste en realizar un análisis de resultados y cómo se llegó a ellos, y no sólo a la calificación de objetivos cubiertos o no.

De acuerdo a esta descripción, el presente proyecto cumple con los elementos teóricos fundamentales como todo proyecto estructurado para lograr resultados exitosos en materia preventiva de la farmacodependencia en la población adolescente. Sin embargo, es necesario hacer una revisión, que en esta ocasión es de su proceso metodológico con el grupo bajo tratamiento de este estudio.



## 5.2.2 Descripción de las Sesiones Dirigidas al Grupo O.P.A.

La presente descripción se desarrolla a partir de las observaciones realizadas al trabajo directo de la titular con el grupo bajo tratamiento.

### *Primera Sesión*

*Presentación:* “Somos psicólogas que venimos del Centro de Integración Juvenil para impartirles un curso sobre varios temas de su interés que les ayudará a mejorar sus relaciones interpersonales y conocerse a sí mismos. La psicóloga Rosario Zárate únicamente registrará su participación, no los va a calificar y yo Alma Luz conviviré más cercanamente con ustedes durante 10 sesiones, los días viernes de 12 a 12:50 horas. La profesora Margarita de orientación vocacional cedió su hora de clase para que nosotras estemos aquí con ustedes durante ese tiempo”.

*Instrucciones:* Doblar y cortar una hoja blanca en dos partes, en una de ellas escribieron cómo les gustaba que les dijeran y la otra mitad de hoja fue repartida a otro compañero del grupo.

La responsable del proyecto solicitó un voluntario para iniciar la sesión “Pregunten lo que quieran saber de él o ella, siempre y cuando sea con respeto”.

*Desarrollo:* Preguntaron durante 35 minutos. Algunas de las preguntas planteadas de **mujer a hombre** fueron: ¿cada cuándo te cambias de ropa interior?, ¿qué loción usas?, ¿por qué eres tan tímido?, ¿alguna vez has dormido desnudo?, ¿cómo te llevas con tu mamá?, ¿por qué eres tan maricón?, ¿te gusta coleccionar algo?, ¿qué deporte te gusta hacer?, ¿por qué eres tan prepotente?, ¿cómo resolviste el ser padre?, ¿por qué no le echas ganas a la escuela?, ¿por qué te sientes más que los demás?, ¿por qué tienes inclinaciones “raras”?, ¿por qué te aislas?, ¿tienes novia?, ¿te gusta Marisol, Lizbeth o Jessica? y ¿a quién consideras tu amigo?. Las 3 últimas preguntas fueron las que más se repitieron.

Los **hombres** preguntaron a las **mujeres**: ¿cuántos años tienes?, ¿cuánto pesas?, ¿qué color te gusta?, ¿duermes con ropa?, ¿cuáles son tus medidas?, ¿eres virgen?, ¿por qué te apartas del grupo?, ¿por qué eres de lento aprendizaje?, ¿por qué te gusta ir a fiestas?, ¿te gustaría dejar el vicio?, ¿por qué eres tan sangrona?, ¿por qué te desconciertas cuando te dicen que estás bonita?, finalmente ¿te gusta

alguien del salón (David, José Luis, Tovar o Pacheco? y ¿a quiénes consideras tus mejores amigos? fueron las interrogantes más repetidas.

De **mujer a mujer** preguntaron lo siguiente: ¿cuántos años tienes?, ¿qué te gustaría que te regalaran en tu cumpleaños?, ¿cómo te consideras?, ¿te consideras más que los demás?, ¿qué te gustaría estudiar?, ¿por qué hablas en diminutivo?, ¿por qué te ríes de todo?, ¿por qué eres tan coqueta?. Las preguntas que se repitieron en todas las interrogadas fueron: ¿tienes novio? o ¿cuántos novios has tenido?.

Entre **hombres** se preguntaron ¿te gusta la droga?, ¿te consideras hijo de la noche?, ¿por qué eres tan payaso?, ¿tienes problemas en tu casa, por lo que no le echas ganas a la escuela? y ¿cuántas novias has tenido? fue la pregunta más planteada entre sí.

### ***Segunda Sesión***

**Instrucción:** Durante 20 minutos 6 equipos de 5 participantes dialogaron para proponer temas de los cuales querían hablar y explicar por qué los habían elegido .

**Desarrollo:** En 30 minutos la responsable del proyecto y los participantes revisaron los temas de su mayor interés, siendo los propuestos:

- 1) Paseo en grupo: "para saber cómo no estamos unidos en el grupo".
- 2) Sexo teoría y práctica: "porque quisiéramos experimentar y no ir a la guerra sin fusil"
- 3) El aborto: "es bueno saber y estar preparados. Para saber que todo ser humano tiene derecho a vivir"
- 4) Adolescencia: "somos nosotros. ¿Por qué nuestros sentimientos? y ¿por qué nuestra forma de ser?"
- 5) Música clásica e instrumental: "¿por qué no todos aceptan que la música clásica e instrumental nos sirve para relajarnos?. La consideran aburrida".
- 6) Embarazo y paternidad precoz: "todos estamos expuestos a que nos dé la calentura y sabremos qué hacer?"
- 7) Infidelidad: "¿por qué no se conforman con una sola persona, tanto hombres como mujeres?. Sí me han sido infiel (confesión de una adolescente)"
- 8) Sexualidad en general: "para saber más acerca de nuestro cuerpo?"
- 9) Atracción por el sexo opuesto: "¿qué hacer para que el otro se fije en mí"
- 10) Alcoholismo y tabaquismo: "a todos nos puede afectar cualquier adicción"

11) Historia de México: “conocer más del D.F. (la adolescente que propuso el tema fue abucheadá)”.

### *Tercera Sesión*

Antes de iniciar la sesión, la responsable del proyecto en 5 minutos dió a conocer a los participantes los temas a revisar en las próximas sesiones, siendo éstos:

- 1) comunicación
- 2) familia
- 3) farmacodependencia
- 4) adolescencia
- 5) sexualidad
- 6) trabajo-vocación

*Instrucciones:* Se les pidió que escribieran su nombre 1 o 2 veces en diferentes hojas de papel y las repartieran a alguien del salón. Después la responsable entregó a los participantes una tarjeta, una de éstas tenía escrito USÉ CONDÓN y las demás TENGO SIDA.

*Desarrollo:* “Ahora les voy a contar una historia. Este grupo se va a una fiesta con otros muchachos que no conocen. Preguntó ¿qué hay en una fiesta?. Contestaron ¡chemo!, ¡música!. Bueno, como estábamos bien servidos, unos de repente se fueron subiendo por pareja a las habitaciones. La gente que se subió tuvo sexo. ¿Quién tiene una tarjeta que dice TENGO SIDA?. X has escuchado que para tener relaciones sexuales hay que usar condón porque sólo así estarás 100% seguro que no te infectarás de una enfermedad de transmisión sexual, como es el SIDA”.

Después revisó las cadenas de infección generadas, partiendo de las personas que tenían una tarjeta que decía TENGO SIDA y a quién habían entregado los papeles con sus respectivos nombres, que representaba haber tenido relaciones sexuales sin protección con una persona que apenas había conocido. Dando por hecho, que se darían relaciones homosexuales y heterosexuales.

“Acabas de recibir tu examen y te enteras que tienes SIDA”. Ante este hecho, las preguntas planteadas por la titular a las personas infectadas fueron:

- ¿Cómo te sientes de estar enferma (o) de SIDA?
- ¿Qué piensas de haber tenido relaciones sexuales sin condón?
- ¿Has pensado cómo decírselo a tu familia?

¿Qué crees que diría tu familia (tus padres)?

¿Cómo le dirías a tu novio (a) que tienes SIDA?

¿Has pensado que eres homosexual por haber tenido relaciones sexuales con otra persona de tu mismo sexo?

¿Le dirías a tu pareja que tienes SIDA?

¿Cómo crees que actuaría tu pareja?

¿Usarías ahora condón?

¿Si llegas a conocer a una muchacha (o) le confesarías que tienes SIDA?

¿A qué amigo le dirías que tienes SIDA?

¿Qué crees que piense tu amigo?

¿A quién le contarías que tienes SIDA?

¿Has pensado en morirte?

¿Qué vas a hacer con el tiempo que tienes de vida?

María quien tuvo relaciones sexuales con otra mujer señaló que no fue infectada de SIDA porque no hubo penetración. Esta afirmación causó polémica entre los participantes. La responsable del proyecto le asignó a María y a otros compañeros la tarea de investigar las formas de contagiarse de SIDA.

Las respuestas de los participantes fueron directas, exponiendo:

- 1) Se sienten mal por haber tenido relaciones sexuales con un desconocido.
- 2) Tuvieron relaciones sexuales porque “estaba pasado de copas y no sabía lo”. Que hacía”, “me violaron”, “me gustó el chavo (a)”, “me obligó”, “me gustan los hombres (mujeres)” y/o “no sé por qué lo hice”. Esta última respuesta la expresaron los jóvenes que se relacionaron sexualmente con otra persona de su mismo sexo. Al respecto, María señaló “las lesbianas y homosexuales socialmente no son aceptados
- 3) Por haber tenido relaciones sexuales una sola vez con una persona del mismo sexo no quiere decir, ser homosexual “¡No, cómo, yo homosexual! y “yo soy mujer”. Tajantemente María dijo “no me gustan las mujeres”.
- 4) Le dirían al novio (a), en caso de tener, que están infectados de SIDA
- 5) La mayoría de los jóvenes considera importante contarle a la familia (específicamente a la mamá) que tienen SIDA, aunque no sabrían cómo hacerlo, dando por hecho que cuentan con su apoyo y algunos muchachos dijeron no saber cómo actuarían sus padres ante la noticia.
- 6) Hablarían con un amigo para ser escuchados y buscar ayuda.

7) Una vez infectados usarían condón que significa ser responsable “pensar en el otro y en mí”

8) Saben que van a morir, por eso “¡viviría al máximo!”, “¡sería responsable al fijarme con quién me relaciono!” y “¡no quisiera morir de esta enfermedad!”.

La responsable del proyecto compartió la decisión con la única persona que usó condón para tener relaciones sexuales aventuradas “denle un aplauso a su compañero por haber tomado las precauciones debidas”. Esta dinámica se concluyó a los 45 minutos.

### *Cuarta Sesión*

Como la escuela en ese momento no contaba con una vídeo grabadora, la titular desistió al análisis de la película “El último tren”. Aunque los jóvenes comentaron que ya la habían visto, la titular hizo caso omiso. Algunas de las expresiones al respecto: ¡Se escaparon y los muchachos se van de pinta! y ¡estuvo de pelos!

Durante los 50 minutos que duraba la sesión se analizó qué habían aprendido los jóvenes de la tercera sesión, si les había o no gustado la dinámica en donde se habló de las formas de contagiarse de SIDA y sus implicaciones.

*Instrucciones:* Se les pidió que formaran 5 equipos de 6 personas para que dialogaran los puntos antes señalados y tenían 15 minutos para llegar a una conclusión. Un representante de cada equipo expuso las experiencias de sus compañeros.

*Desarrollo:* En general, los participantes opinaron que la dinámica les había gustado porque era importante el uso del condón cuando se tenía una aventura y también con una pareja fija. “Me puso a pensar no tener relaciones sexuales, sino hacer el amor”, “lo bueno es que esto fue un juego y no de la realidad” y “le doy más valor a mi vida por vivir sin SIDA”.

Las respuestas a las preguntas 1) ¿qué pensarían sus padres de que ustedes como mujeres llevan protección?, 2) ¿han recibido pláticas de métodos anticonceptivos? y 3) ¿qué piensan del consumo de drogas? fueron: 1) “depende de las madres”, “mi mamá diría que está bien, sin embargo, a otras mamás les da miedo reconocer que sus hijas ya crecieron”, “bien, porque tenemos que usar condón para salvar nuestras vidas” 2) “no nos dan pláticas de sexualidad”, “sólo nos hablan de cosas teóricas del aparato reproductor masculino y femenino” 3) “si consumimos drogas nos dañamos y también a los demás”, “las drogas son malas.

La mayoría de las personas las consumen porque tienen problemas, pero temporalmente se olvidan de sus problemas”, “dicen que te hacen sentir a gusto y olvidarte de tus problemas”. María comentó “no puedes decirle a una persona que deje la droga. Cada quien es responsable de su vida”.

Por su parte, la responsable señaló “la finalidad de la dinámica fue ponerlos a pensar sobre los sentimientos, sensaciones y pensamientos de nuestra pareja. Muchos muchachos aprenden con desconocidas y prostitutas que resulta ser una experiencia fea. El amor es una caricia, es una experiencia con alguien que queremos y nos gusta. No hay que verlo con morbo, es algo bonito. Respecto al uso de drogas, en Centros trabajamos con muchachos farmacodependientes que subestimaron la droga y pensaron que no les iba a pasar nada. Los muchachos llegan muy mal”.

En los últimos 10 minutos de la sesión, la responsable y el grupo jugaron “botella”, los jóvenes pusieron como castigo que el perdedor le diera un beso en los labios a otro jugador del sexo opuesto.

### ***Quinta Sesión***

***Instrucciones:*** Se les indicó sentarse formando un círculo, procurando que dos hombres o dos mujeres no quedaran juntos.

“Saben ¿por qué les he pedido que se sienten así? porque hoy vamos a hablar del COQUETEO. Anoten en una hoja las reglas del coqueteo que les voy a dictar. Hay dos reglas del coqueteo que les van a poner un asterisco, por lo significativas que son:

- 1) Coquetear es divertido no tiene que ser desagradable. Lo contrario es seducción.
- 2) Coquetea mientras hagas otra cosa.
- 3) En el coqueteo no se ejerce presión.
- 4) Coquetear no significa compromiso (ser novios o que se van a casar).
- 5) Coquetear es halagar a la gente que nos cae bien.
- 6) Si te gustas a ti mismo, le vas a gustar a los demás.
- 7) \* No mal utilices el coqueteo.
- 8) Nunca dejes que las cosas se enfrien.
- 9) Coquetear es jugar, no te obligues.
- 10) Para coquetear hay que usar la imaginación (por ejemplo, hay que ser cortés).

11) Aprende de cómo coquetean los otros (de los artistas de televisión, de compañeros...).

12) Tratar igual a hombres que a mujeres.

13)\* Cuando alguien nos rechaza no debemos insistir.

14) Coquetear es que las personas se sientan especiales.

15) Tú eres la única persona que te puedes hacer sentir mal”.

*Desarrollo:* “Bueno, ahora vamos a hacer unos ejercicios de cómo coquetear ¿quién creen que sea la (el) más coqueta (o) del salón?”. Los participantes respondieron: Mónica, Cristina, Jessica, José Luis y Cristóbal son los coquetos. “A continuación presenciaremos una escenificación de una técnica de coqueteo. Cristina le va a coquetear a José Luis y él no le hará caso. Después, nuevamente Cristina le coqueteará a José Luis y ahora sí le hará caso. Esta misma escenificación se invertirá, a José Luis le tocará coquetearle a Cristina “.

La responsable les preguntó a las parejas voluntarias que participaron en la actividad “¿cómo te sentiste de ser aceptado / rechazado?. Tanto hombres como mujeres respondieron haberse sentido nerviosos, enojados, ”con ganas de darle un trancazo”, incómodos al ser rechazados. Jessica exclamó “¡no me acostumbro a ser yo la que busque al hombre!”. Sin embargo, se sintieron bien, halagados, emocionados y motivados al ser aceptados. José Luis reconoce que en la actualidad no sólo los hombres toman la iniciativa para coquetearle a las mujeres “las mujeres también nos hacen ojitos y se suben la falda cuando nos ven”.

Esta actividad terminó a los 35 minutos de haberse iniciado y los últimos 15 minutos estuvieron dedicados a hojear una revista “Tutifruti” que llevó un participante para dar respuesta a las interrogantes ¿cómo tienen relaciones sexuales las lesbianas? y ¿las lesbianas pueden contraer enfermedades de transmisión sexual?. Al respecto, la responsable propuso revisar dichas preguntas en la siguiente sesión y para dar por concluida la presente sesión, sólo llamó a los hombres quienes formaron un círculo en el centro del salón, diciéndoles en voz baja “ éstos condones están caducos, un día que estén cómodos y tranquilos se van a masturbar, se lo van a colocar para que aprendan cómo usarlo. No los inflen ni les echen agua”.

Las mujeres no hicieron ningún comentario ni se acercaron, únicamente se vieron entre sí.

### ***Sexta Sesión***

**Instrucción:** “Vamos a escuchar la exposición de María y su equipo sobre el tema si dos mujeres que tienen relaciones sexuales se pueden infectar de SIDA”.

**Desarrollo:** María expuso “las mujeres sí pueden contagiarse de SIDA y de cualquier enfermedad de transmisión sexual. Muchas de ellas usan vibradores. Mi prima que está haciendo sus prácticas como química farmacéutica me dijo que las lesbianas también pueden contraer el SIDA porque se hacen transfusiones, por cortaduras. Tienen relaciones orales”.

“Leí en una revista una encuesta que se hizo en E.U. y se encontró que el 2% de las lesbianas viven solas. Las parejas lesbianas se comunican mejor, se sienten aptas para comunicarse. Los hombres homosexuales no son aptos para comunicarse con su pareja”.

La siguiente actividad fue revisar dos revistas “Tutifrutti” las cuales ilustraban por separado, las relaciones sexuales entre hombres y mujeres homosexuales.

La responsable sugirió “este es nuestro espacio, vean las revistas sin censura o morbo”.

Los comentarios de las mujeres después de haber escuchado la exposición y de observar las revistas fueron: “por mi casa hay una pareja de lesbianas y se besan ¡qué asco!, ¡qué feo!. También hay unos jotos”.

“En las relaciones entre mujeres, una ocupa el lugar de mujer y la otra el del hombre y en ocasiones se turnan”

María comentó: “yo no me voy a oponer a su elección y es respetable su decisión”.

“Supe de un caso de un chavo que su papá le decía: pinche puto, desde que estaba chico y para darle en la torre al papá se volvió puto”.

“En el programa del Show de Cristina, una señora que deseaba tener una hija y tuvo un niño. La abuela y la mamá lo trataban como homosexual y se hizo homosexual”.

“En Intimamente Shanik una lesbiana quería ponerse miembro y tener una hija para que ella también fuera lesbiana ¡hay, qué asco!”.

“Para muchos hombres se les presenta la ocasión de tener relaciones sexuales con otro hombre para ver qué pasa pero se siguen”.

Los hombres participaron menos, siendo más breves sus comentarios: “en los internados para hombres como conviven con puros hombres se vuelven putos”.



“Se sabe que el ser homosexual es cuestión genética. Tiene que ver con los genes”.

“Ví una película en donde un hombre que era retirado del colegio militar obligaba a lesbianas y homosexuales a tener relaciones sexuales entre hombres y mujeres para que aprendieran a ser hombres y mujeres”.

Por su parte, la responsable resaltó la historia de vida de una lesbiana y un gay cuando llegan a terapia:

\*porque fue violado (a) por un adulto de su mismo sexo

\*por haber sido educado y cuidado como una persona del mismo sexo

\*ya tiene decidida su identidad sexual.

“Los homosexuales merecen el respeto de los demás por su elección sexual. Cuando ustedes vayan a otra escuela verán a personas del mismo sexo que se besan. Ellos no nos pueden molestar. Tenemos que respetarlos”.

Herlinda sugirió “debatir en quiénes y por qué estamos de acuerdo o en desacuerdo con tal o cual postura, porque la forma en que llevamos la sesión es un poco aburrida y no nos podemos divertir”.

Para finalizar la sesión, la responsable retomó la sugerencia hecha por Herlinda y propuso que el tema a revisar en la siguiente ocasión sería el de “autoestima”, en la cual defenderían su visión personal.

Debido a la trascendencia que tienen todas y cada una de las sesiones impartidas por la responsable del proyecto como parte del proceso metodológico, es necesario evaluar de una forma sistemática su desarrollo, sus efectos y el impacto que tiene en la población meta.

### 5.2.3 Resultados de la Evaluación Crítica al Proyecto Preventivo de las Adicciones O.P.A.

Enseguida se exponen los resultados de los modelos de evaluación propuestos por Castro (cit. en S.S y CONADIC, 1994) aplicados al proyecto preventivo O.P.A.

#### *Evaluación del Proceso*

En el año de 1987 surge el proyecto O.P.A, ya que desde el nombre que presenta hace referencia a los jóvenes y durante mucho tiempo no se había diseñado ningún proyecto preventivo para atenderlos. Sobre el entendido de que el adolescente por las características de experimentar nuevas formas de pensar, actuar y de percibir el cuerpo debería contar con un espacio más específico, en el cual se le proporcionara no solamente orientación, sino inclusive capacitación. La capacitación para los responsables del proyecto consiste en desarrollar habilidades para entender la transición de la niñez a la vida adulta y facilitar las alternativas que permitan prevenir la farmacodependencia considerando la multicausalidad que lo caracteriza.

Se desconocen las motivaciones que han llevado a la responsable a participar en este proyecto. Son las autoridades de la escuela, principalmente la orientadora vocacional quien solicita los servicios de los psicólogos de C.I.J para ayudar a los alumnos en riesgo de convertirse en adictos. Ya en la aplicación de las actividades, la responsable no mostró tener habilidades para explicar la efectividad del condón y su uso correcto en cada relación sexual, además de la importancia que tiene para prevenir embarazos no deseados. Dejó de lado, mencionar las tres vías de transmisión del SIDA (sanguínea, sexual y perinatal). Tampoco corrigió la visión de los participantes respecto a la homosexualidad en hombres y mujeres. De tal suerte, exhortó a los jóvenes a respetarse entre sí y respetar a los homosexuales por su elección sexual; así como la importancia de evitar las relaciones ocasionales sin usar condón. Igualmente, le faltó subrayar que la única vacuna que se conoce contra el SIDA hasta ahora es la educación.

Los alumnos tuvieron en general una participación activa y una actitud de confianza y compromiso, interés y buena aceptación, en particular cuando no estaba el maestro de grupo presente. Muchos de ellos tuvieron una información

sobre los temas revisados, ya sea exacta o equivocada y otros nunca habían oído hablar del tema. Se mostraron interesados en recibir información completa y objetiva sobre sexualidad humana.

Al finalizar las sesiones, los participantes pedían se incrementaran éstas, expresando su agrado por poder hablar de temas que no habían abordado en otras clases y de una manera divertida.

### ***Evaluación de Resultados***

El proyecto O.P.A. dirigido a grupos de jóvenes, tiene como meta específica que los adolescentes enfrenten los cambios individuales, familiares y sociales, así como fomentar su participación y modificar su actitud ante el fenómeno social de la farmacodependencia en un mínimo de 8 sesiones preventivas de 50 minutos, de duración, una vez por semana. Con tales precedentes la intervención de la psicóloga responsable no cumplió con el tiempo requerido para medir los efectos del proyecto, ya que solamente operó 6 sesiones, repartidas en dos períodos de 3 sesiones consecutivas. Entre estos dos períodos la responsable tuvo 3 inasistencias y después de la 6ª sesión una inasistencia más y el compromiso de una 7ª sesión de cierre que no cumplió.

Después de varios meses de haber concluido la intervención, la responsable entregó una carta descriptiva con un total de 10 sesiones programadas (ver anexo #3). Al comparar las sesiones a desarrollar con las observaciones directas a las actividades operadas por la responsable, se rescata lo siguiente:

\*En la **primera sesión**, la sección práctica corresponde con la propuesta teórica de crear un ambiente de confianza para el trabajo y aumentar la cohesión grupal.

\*La actividad de la **segunda sesión** es completamente diferente al planteamiento teórico, ya que en ésta, los adolescentes propusieron temas de mayor interés para ellos, para que la responsable los considerara dentro de las actividades a desarrollar.

\*En la **tercera sesión**, cuyo tema a revisar era "Sexo: teoría y práctica", se habló de los subtemas anticonceptivos (uso del condón), infidelidad, tendencias sexuales y sentimientos, excepto de cortejo, paternidad y embarazo, también se habló del subtema drogas de la segunda sesión "Adolescencia", a través de las

cuales, los participantes reflexionaron sobre la responsabilidad de ser personas sexualmente activas.

\*Para la **cuarta sesión**, la responsable no formuló objetivos, temas ni subtemas respecto a la técnica de colocación del condón. En la práctica, esta sesión estuvo dedicada a la exposición de lo aprendido en la tercera sesión. La responsable despertó una inquietud en los adolescentes que no habían preguntado: ¿has pensado que eres homosexual por haber tenido relaciones sexuales con otra persona de tu mismo sexo?. Al respecto, no hizo ninguna aclaración o afirmación posterior. El tema de "Drogas" considerado como subtema en la segunda sesión "Adolescencia", solamente se abordó preguntando la opinión que tenían los adolescentes sobre su consumo.

\*La responsable no planteó tema, subtemas ni objetivos para la **quinta sesión**, se centró en la técnica programada de coqueteo como una actividad específica. Sin embargo, no consideró el tiempo y la atención requerida tanto de hombres como de mujeres para explicarles cómo se coloca el condón, cuando dicha actividad se programó como una técnica a revisar durante los 50 minutos de la cuarta sesión, dedicándole menos de 5 minutos.

\*El tema de la **sexta sesión** no fue asertividad como lo expuso la responsable en la carta descriptiva, estuvo encaminada a escuchar la exposición de María y su equipo para aclarar dudas e inquietudes respecto a las posibilidades de transmisión del SIDA entre mujeres homosexuales. En ningún momento, la responsable corrigió que las lesbianas son homosexuales mujeres, ya que incluso ella también manejó esta preferencia sexual como homosexual-hombre y lesbiana-mujer, aunque precisó la homosexualidad como una elección sexual respetable. Todas estas inconsistencias pudieron aclararse si la responsable hubiese mostrado la habilidad para brindar información sobre sexualidad humana.

\*Las siguientes sesiones no se realizaron: para la **séptima sesión** la responsable programó el tema de "Comunicación", siendo éste el primero que dió a conocer al inicio de la tercera sesión, cuando definió los temas a revisar en sesiones posteriores. El tema de "Yo y el mundo", que conformaba la **octava sesión**, comprendió el subtema "Familia", el cual se revisaría en una segunda sesión, para la **penúltima sesión**, el tema "Trabajo-vocación" fue propuesto como el sexto a abordar y finalmente, el cierre de todas las sesiones se realizaría con una **décima sesión** de retroalimentación y reflexión grupal.

En resumen, respecto a los seis temas centrales (comunicación, familia, farmacodependencia, adolescencia, sexualidad y trabajo-vocación) programados por la responsable, sólo los temas de "Adolescencia" y "Sexualidad" fueron revisados sin incluir sus respectivos subtemas en su totalidad. Las actividades de los temas "Comunicación" y "Trabajo-vocación", también fueron propuestos como temas centrales, sin embargo, no se llevaron a cabo. Lo mismo ocurrió con los temas "Farmacodependencia" y "Familia" considerados como subtemas en la segunda sesión "Adolescencia" y octava sesión "Yo y el mundo", respectivamente. Tomando como referencia la carta descriptiva de las actividades a desarrollar por la responsable, sólo la primera y quinta sesión se cumplieron.

De acuerdo a lo ya expuesto, no se realizó una *evaluación del impacto*, ya que el indicador más importante es la reducción de las cifras de incidencia y prevalencia y si esta información se obtiene a través de las encuestas nacionales, llevadas a cabo con muestras grandes y representativas de la población meta. Y de acuerdo con Castro (cit. en S.S y CONADIC, 1994) "si las acciones del programa escolar contra las adicciones se empezaron a aplicar hace un año, aún es muy pronto para esperar cambios en las cifras de incidencia y prevalencia; esto requerirá al menos cinco años de trabajo constante con gran cobertura" (p. 91). Por lo tanto, no fue posible evaluar el impacto, ya que el postest se aplicó a corto plazo, debido a las actividades finales de la orientadora vocacional con el grupo y al término del ciclo escolar.

Al contar con los conceptos expuestos teóricos-metodológicos a través de la evaluación cuantitativa y cualitativa del proyecto Orientación Preventiva para Adolescentes permite tener una visión más amplia de la importancia del modelo educación para la salud, siendo ésta una alternativa en la prevención de la farmacodependencia como problema social y de salud pública, lo cual facilita concluir si hubo o no logros o éxito con la intervención de la responsable en el grupo objetivo.

A continuación se realiza un *análisis cuantitativo* intra e intergrupo.

### 5.2.4 Comparación Intragrupo (Grupo Control)

La tabla presenta los valores observados y críticos en cada una de las áreas evaluadas; como era de esperarse en el grupo sin tratamiento no hubieron diferencias estadísticamente significativas, ya que  $T_o > T_t$ .

**Tabla 1. Significación de las diferencias en el grupo sin tratamiento.**

ÁREAS	VALOR DE $T_o$	VALOR DE $T_t$ PARA	
		* 0.01	** 0.05
1 INS. (OPINIÓN)	110.5	68	89
2 COM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	109 161.5	68 68	89 89
3 FAM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	68.5 217	28 68	40 89
4 DES. INT. (ACTITUD) (OPINIÓN)	127.5 123	68 68	89 89
5 SAL.-ENF. (ACTITUD) (OPINIÓN)	73.5 184	49 68	66 89

Nota: \* $\alpha < 0.01$  y  $\alpha < 0.05$ \*\*

INS= Instituciones, COM= Comunicación, FAM= Familia, DES. INT.= Desarrollo Integral y SAL.-ENF.= Salud-Enfermedad.

**Comparación Intragrupo  
(Grupo Bajo Tratamiento)**

En la tabla 2 se muestran los valores observados y críticos de las cinco áreas evaluadas, en donde  $T_o < T_t$  con un nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ , significa la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las áreas 1 (INSTITUCIONES-opinión), 2 (COMUNICACIÓN-actitud) y 3 (FAMILIA-opinión). Dichas diferencias indican que después de la intervención, los jóvenes **opinaron** a favor de las acciones y programas de las instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia y sobre la información teórica que reciben en la escuela de este fenómeno. Sin embargo, su **actitud** empeoró para escuchar y entender a otra persona, iniciar una conversación con personas desconocidas, saber qué preguntar y dirigirse a la persona indicada. Darse a entender, llevar a cabo adecuadamente instrucciones y permitir que otras personas conozcan sus pensamientos y sentimientos. También empeoró su **opinión** respecto a que la familia está conformada por el padre, la madre y los hijos, es el medio de transmisión de los juicios y valores que poseen sus integrantes, hace énfasis en las cualidades y aspectos positivos de sus miembros y ayuda a solucionar los problemas. Los padres promueven las acciones independientes de los hijos y son congruentes con lo que hacen y dicen. La comunicación es un factor importante para el desarrollo óptimo de la familia y los hijos buscan el diálogo con los padres. Los hijos laboran en las actividades que se realizan exclusivamente con la familia. Creen que los jóvenes tienen buena relación con su familia, existen factores que impiden la función armónica de la familia y la familia es primero.

**Tabla 2. Significación de las diferencias tanto antes como después de la intervención.**

ÁREAS	VALOR DE T <sub>0</sub>	VALOR DE T <sub>t</sub> PARA	
		* 0.01	** 0.05
1 INS. (OPINIÓN)	57.5	55	<b>73</b>
2 COM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	79 162	68 68	<b>89</b> 89
3 FAM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	75.5 32	28 68	40 <b>89</b>
4 DES. INT. (ACTITUD) (OPINIÓN)	123.5 214	68 68	89 89
5 SAL.-ENF. (ACTITUD) (OPINIÓN)	76 97	38 68	52 89

Nota: \* $\alpha < 0.01$  y \*\* $\alpha < 0.05$

INS= Instituciones, COM= Comunicación, FAM= Familia, DES. INT.= Desarrollo Integral y -  
ENF.= Salud-Enfermedad.



### 5.2.5 Comparación Intergrupo (Pretest)

En la Tabla 3 se muestran los valores observados y críticos de  $Z$  en cada una de las áreas que permitieron evaluar la significación de las diferencias en el pretest del grupo control vs. el grupo bajo tratamiento; únicamente se encontró diferencias estadísticamente significativas en las áreas 1 (*INSTITUCIONES-opinión*) y 4 (*DESARROLLO INTEGRAL-actitud*) pues  $Z < Z_{crit}$ . Concluyendo que el grupo bajo tratamiento en el pretest tuvo mejor **opinión** respecto a las acciones y programas de las instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia y sobre la información teórica que reciben en la escuela de este fenómeno. De igual manera, sus **actitudes** fueron de menos tristeza, confiar en sí mismos, fueron menos susceptibles a las críticas y preocupados por su aspecto personal. Además de tener menos preferencia por ser como otros y envidiar a mucha gente que el grupo control.

**Tabla 3. Significación de las diferencias entre los pretests del grupo control y el grupo bajo tratamiento.**

ÁREAS	VALOR OBSERVADO DE Z	VALOR CRÍTICO DE Z
1 INS. (OPINIÓN)	-0.44	<b>-0.34</b>
2 COM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	2.04 2.38	0.95 0.98
3 FAM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	0.55 2.84	0.41 0.99
4 DES. INT. (ACTITUD) (OPINIÓN)	-0.70 2.35	<b>-0.51</b> 0.98
5 SAL.-ENF. (ACTITUD) (OPINIÓN)	2.93 2.51	0.99 0.98

INS= Instituciones, COM= Comunicación, FAM= Familia, DES. INT.= Desarrollo Integral y SAL.-ENF.= Salud-Enfermedad.

### Comparación Intergrupo (Postest)

La tabla 4, presenta los valores observados y críticos de  $Z$  en las cinco áreas evaluadas entre los postests del grupo control vs. el grupo bajo tratamiento, habiendo diferencias estadísticamente significativas en las áreas 2 (*COMUNICACIÓN-actitud*), 3 (*FAMILIA-opinión*), 4 (*DESARROLLO INTEGRAL-opinión*) ya que  $Z < Z_{crit}$ . En conclusión, el grupo bajo tratamiento en el postest mejoró su opinión respecto a que la familia está conformada por el padre, la madre y los hijos, es el medio de transmisión de los juicios y valores que poseen sus integrantes, hace énfasis en las cualidades y aspectos positivos de sus miembros y ayuda a solucionar los problemas. Los padres promueven las acciones independientes de los hijos y son congruentes con lo que hacen y dicen. La comunicación es un factor importante para el desarrollo óptimo de la familia y los hijos buscan el diálogo con los padres. Los hijos laboran en las actividades que se realizan exclusivamente con la familia. Creen que los jóvenes tienen buena relación con su familia, existen factores que impiden la función armónica de la familia y la familia es primero. El cambio fue significativo al dejar de opinar que: los seres humanos viven períodos evolutivos fisiológicos, morfológicos y psicológicos iguales. Los cambios físicos que vive el joven constituyen las causas principales de sus preocupaciones. Los jóvenes tienen sentimientos de fealdad y deformidad, padecen frecuentes y bruscos cambios de ánimo, tienden a encerrarse en sí mismo y tienen baja autoestima. Los jóvenes son por naturaleza tristes, se preocupan por su aspecto físico y vestimenta y tienen desinterés por conocer su sexualidad. En los jóvenes, la agresividad es una de las características principales, surgen problemas que tienen que evadir y desconocen la trascendencia que tienen los problemas sociales como la farmacodependencia o el vandalismo. La vida es injusta, la gente vale por lo que tiene y creen en la ley de todo o nada. Las figuras de autoridad saben lo que dicen, la opinión de los demás es más importante, es mejor esconder las debilidades y si alguien comete un error es un tonto. También fue favorable el cambio de opinión de que existe una marcada diferencia entre la salud y la enfermedad, la enfermedad se relaciona con los problemas de convivencia de una persona y la salud está dada en función del equilibrio emocional, físico y social en que se encuentra la persona. De considerar a la farmacodependencia como un problema de salud pública, desarrollada por cualquier persona y a que el consumo de drogas coadyuva a que el joven tenga problemas personales, familiares y

sociales y cuando un joven que ingiere alcohol hasta no recordar lo que hace o dice (cada 8 días) es un alcohólico. La actitud del grupo bajo tratamiento mejoró para poner atención cuando alguien les habla y hacen un esfuerzo por entender lo que se les está diciendo, inician una conversación hablando con personas desconocidas o conocidas, cuando necesitan obtener información sobre algún aspecto particular saben qué preguntar y se dirigen a la persona indicada. Explican con claridad a otros cómo hacer una tarea específica de tal forma que logran hacerse entender, ponen atención a las instrucciones que reciben y las llevan a cabo adecuadamente y permiten que otras personas conozcan sus pensamientos y sentimientos. Cuando alguien les dice algo que no es muy claro, dicen o hacen cosas que indican lo que les quieren decir para comprobar lo que han entendido y expresan su punto de vista en una conversación interesante. También han presenciado cuando en una reunión social de jóvenes uno o varios de ellos comienzan a usar cigarrillos, alcohol u otro tipo de sustancia.

**Tabla 4. Significación de las diferencias entre los postests del grupo control y del grupo bajo tratamiento.**

ÁREAS	VALOR OBSERVADO DE Z	VALOR CRÍTICO DE Z
1 INS. (OPINIÓN)	0.44	0.34
2 COM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	-2.12 2.62	<b>-0.96</b> 0.99
3 FAM. (ACTITUD) (OPINIÓN)	0.59 -1.19	0.41 <b>-0.76</b>
4 DES. INT. (ACTITUD) (OPINIÓN)	0.76 -0.35	0.55 <b>-0.27</b>
5 SAL.-ENF. (ACTITUD) (OPINIÓN)	-0.27 -1.68	<b>-0.21</b> <b>-0.90</b>

INS= Instituciones, COM= Comunicación, FAM= Familia, DES. INT.= Desarrollo Integral y SAL.-ENF.= Salud-Enfermedad.

5.2.6 Descripción de las figuras que ilustran el porcentaje de jóvenes del grupo control y grupo bajo tratamiento en el pretest y postest en cada una de las áreas del proyecto.

La figura 1, muestra el porcentaje de jóvenes del *grupo sin tratamiento* en el *área 1*. En el postest, el número de participantes que *opinó* con indiferencia (I) y desacuerdo (C.D y M.D) decrementó y mejoraron los acuerdos (M.A y C.A) que tuvieron respecto a la efectividad que tienen los programas y funciones de las instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	6.66	0
M.D	10	3.33
I	43.33	40
M.A	33.33	40
C.A	6.66	16.66

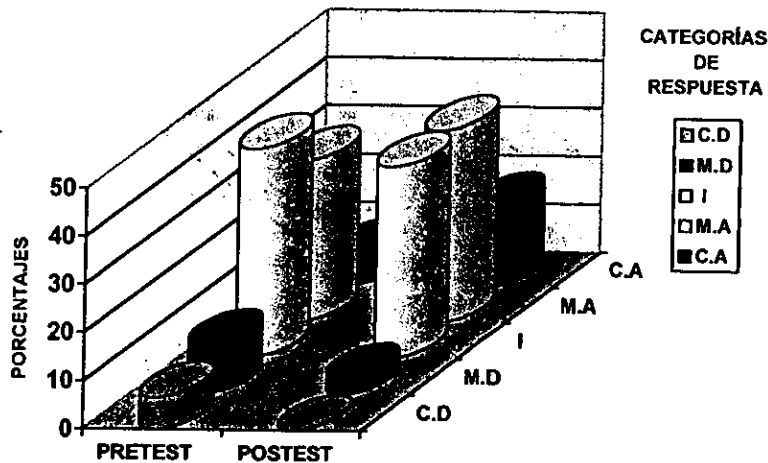


Figura 1. Opinión total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo, I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

El porcentaje de participantes del *grupo bajo tratamiento* en el *área I* se muestra en la figura 2. En el postest, el número de jóvenes mejoró en M.A, C.A, M.D y en I, respecto a la *opinión* que tienen sobre la efectividad de los programas y funciones de las instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	3.33	3.33
M.D	20	3.33
I	50	26.66
M.A	26.66	53.33
C.A	0	13.33

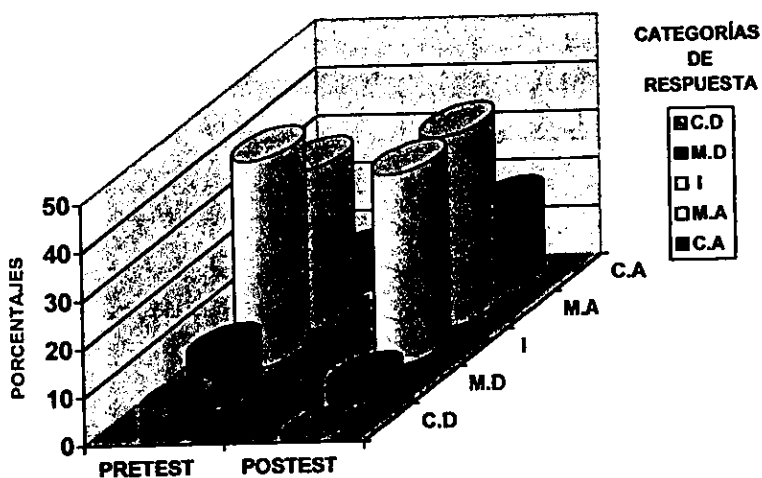


Figura 2. Opinión total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo, I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

El porcentaje de jóvenes del *grupo sin tratamiento* en el *área 2* se ilustra en la figura 3. En el postest, los participantes reportaron que continúan con una *actitud* nula en N y mejoró en R.V, A.V, F y S en relación a la forma idónea de recibir y transmitir mensajes.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	0	0
R.V	10	3.33
A.V	26.66	16.66
F	50	60
S	13.33	20

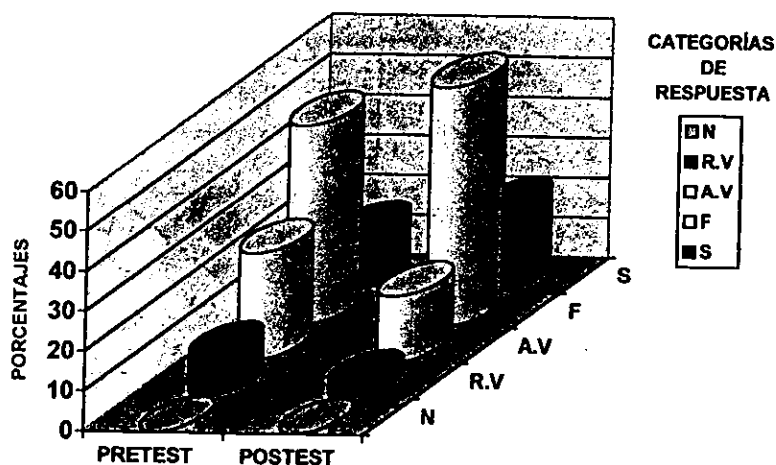


Figura 3. Actitud total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.



La figura 4, muestra el porcentaje de participantes del *grupo bajo tratamiento* que en el *área 2* del postest mejoró en la actitud F y empeoró en las actitudes S y A.V para recibir y transmitir mensajes adecuadamente.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	0	0
R.V	3.3	0
A.V	10	36.66
F	53.33	56.66
S	33.33	6.66

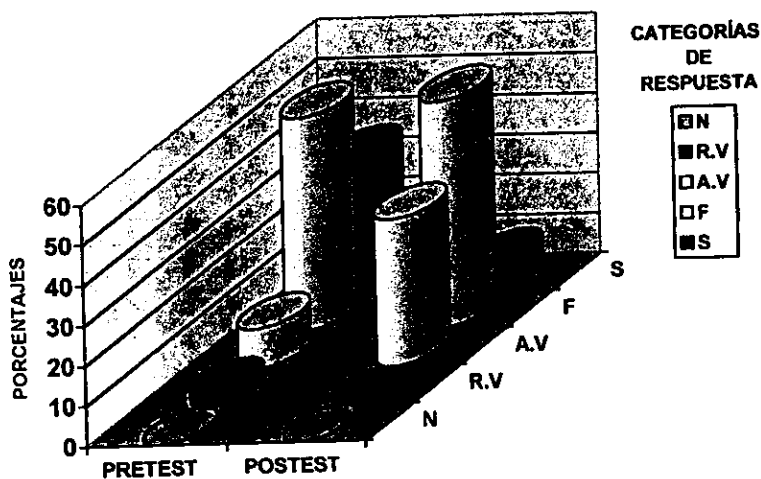


Figura 4. Actitud total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.

En la figura 5, se señala el porcentaje del *grupo sin tratamiento* que en el postest del *área 2* tuvieron una *opinión* de mayor indiferencia (I), menores acuerdos (M.A y C.A) y también menores desacuerdos (M.D) para recibir y transmitir mensajes adecuadamente.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	13.33	3.33
I	43.33	70
M.A	33.33	20
C.A	10	6.66

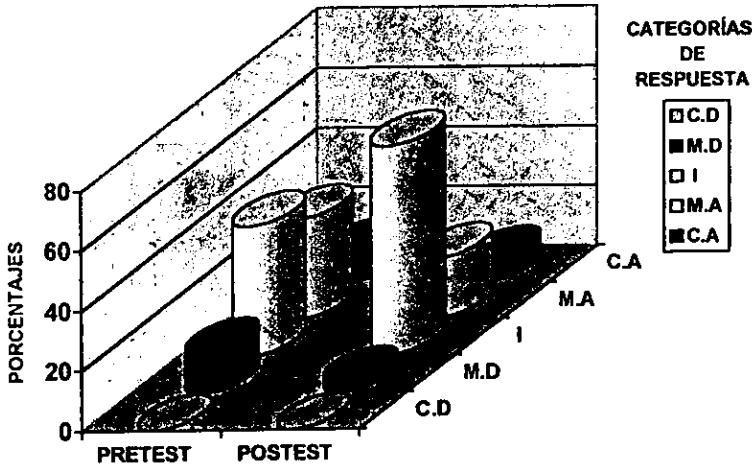


Figura 5. Opinión total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

El porcentaje del *grupo bajo tratamiento* en el *área 2* se muestra en la figura 6. En el postest, el número de participantes empeoró y mejoró su *opinión* para transmitir y recibir mensajes adecuadamente en C.A e I y en M.A respectivamente.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	3.33	0
M.D	6.66	6.66
I	13.33	26.66
M.A	50	53.33
C.A	26.66	13.33

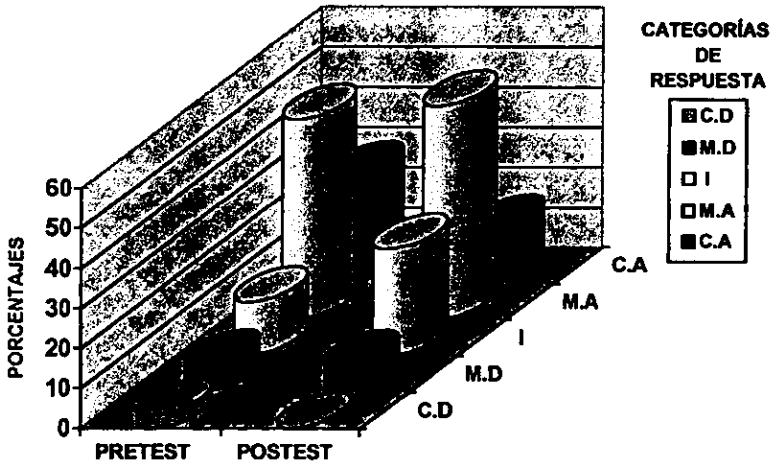


Figura 6. Opinión total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.AC= Moderadamente de Acuerdo y C.AC= Completamente de Acuerdo.

En la figura 7, se ilustra el porcentaje de jóvenes *sin tratamiento* que en el postest del *área 3* su *actitud* mejoró en F y R.V y empeoró en A.V y S respecto a la importancia de la familia y sus funciones.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	0	0
R.V	20	16.66
A.V	40	50
F	10	16.66
S	30	16.66

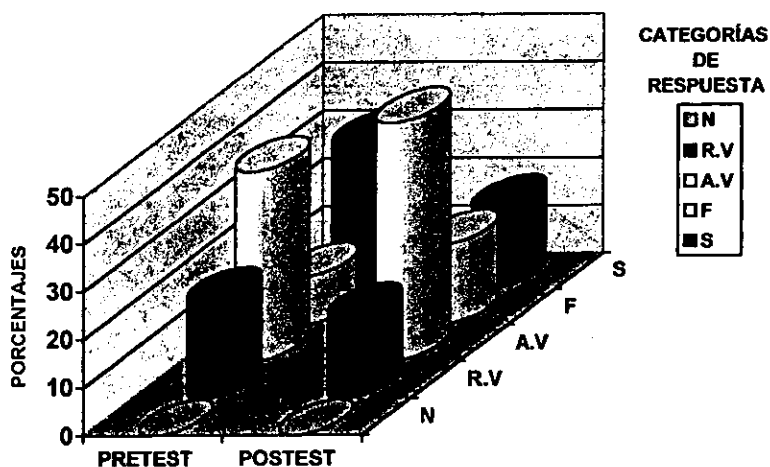


Figura 7. Actitud total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.

En la figura 8, se presenta el porcentaje de jóvenes *bajo tratamiento* que en el postest del *área 3* reportan que tienen una *actitud* respecto a la importancia de la familia y sus funciones de S que no varió, N que mejoró y de R.V, A.V y F que empeoró.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	10	6.66
R.V	10	13.33
A.V	16.66	33.33
F	36.66	20
S	26.66	26.66

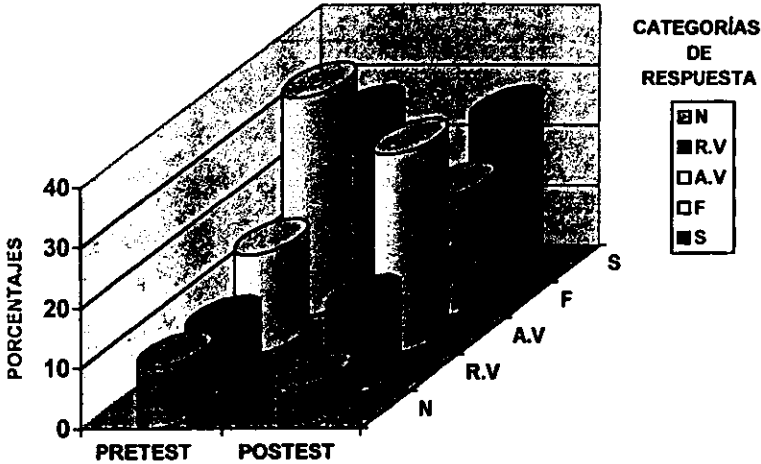


Figura 8. Actitud total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.

Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.

El porcentaje de jóvenes *sin tratamiento* en el *área 3* se ilustra en la figura 9. En el posttest, el número de jóvenes que tuvo una *opinión* de M.A e I mejoró, aunque empeoró en C.A, respecto a la importancia que tiene la familia y sus funciones.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	3.33	0
I	16.66	3.33
M.A	50	86.66
C.A	30	10

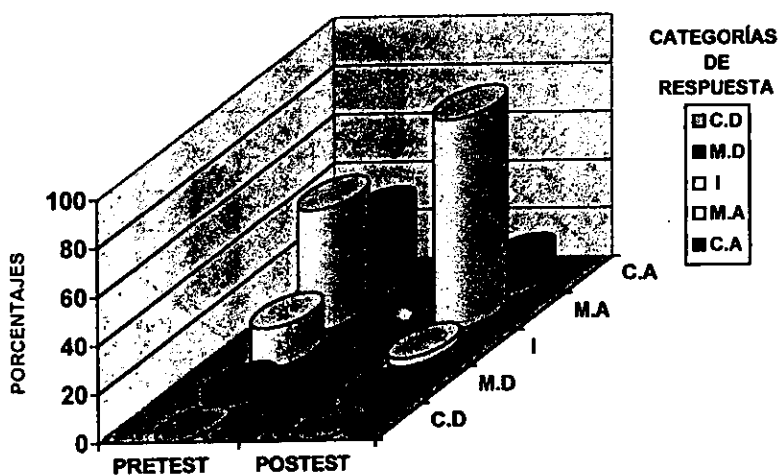


Figura 9. Opinión total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y posttest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

La figura 10, ilustra el porcentaje de jóvenes *bajo tratamiento* que *opinaron* sobre la importancia de la familia y sus funciones en el *área 3*. Los resultados obtenidos en el postest revelan mejoría en M.A, mayor indiferencia (I) y menores acuerdos en C.A.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	0	3.33
I	6.66	23.33
M.A	33.33	46.66
C.A	60	26.66

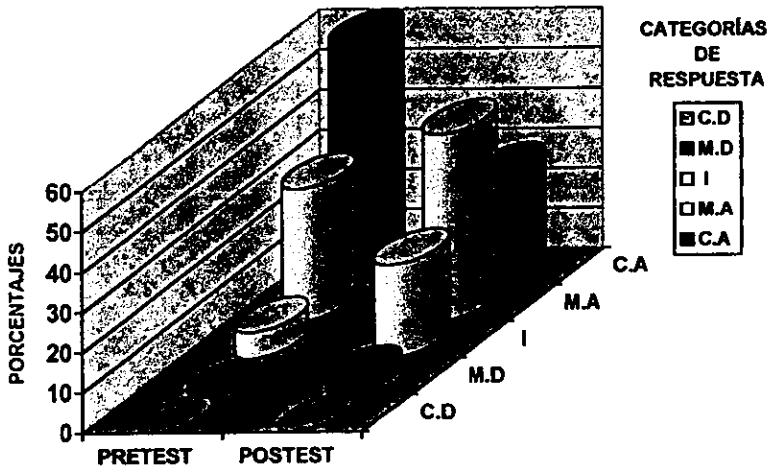


Figura 10. Opinión total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

En la figura 11, se describe el porcentaje de participantes *sin tratamiento*, cuya *actitud* reportada en el *área 4* sobre su desarrollo biopsicosocial empeoró en S y F y mejoró en N y R.V en el postest

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	10	0
R.V	43.33	46.66
A.V	36.66	36.66
F	10	13.33
S	0	3.33

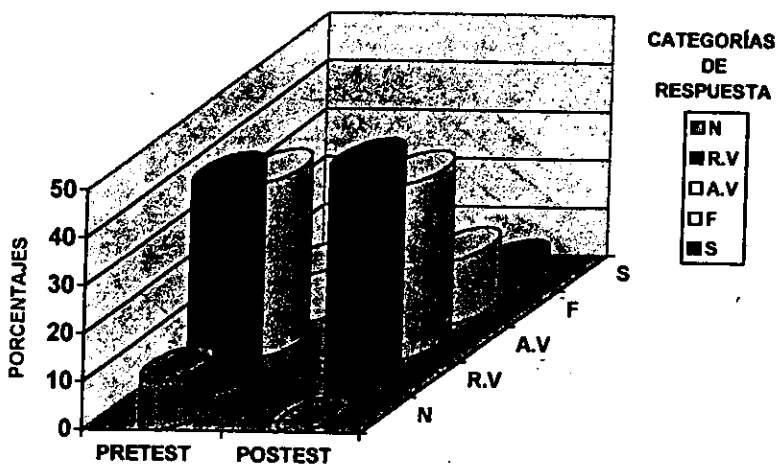


Figura 11. Actitud total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.



La figura 12, presenta el porcentaje de jóvenes del *grupo bajo tratamiento* que reporta en el postest del *área 4* tener una *actitud* sobre su desarrollo biopsicosocial, la cual mejoró en las categorías S, y A.V y empeoró en las categorías F y R.V.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	10	6.66
R.V	50	26.66
A.V	26.66	53.33
F	3.33	13.33
S	10	0

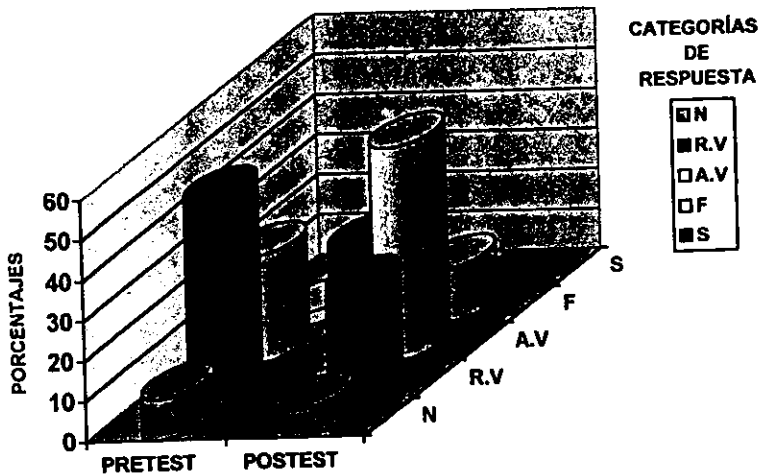


Figura 12. Actitud total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.

En la figura 13, se describe el porcentaje de participantes del *grupo sin tratamiento* que en el postest del *área 4 opinan* sobre el desarrollo biopsicosocial. Dicho porcentaje empeoró en M.A , M.D e I.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	16.66	6.66
I	66.66	53.33
M.A	16.66	40
C.A	0	0

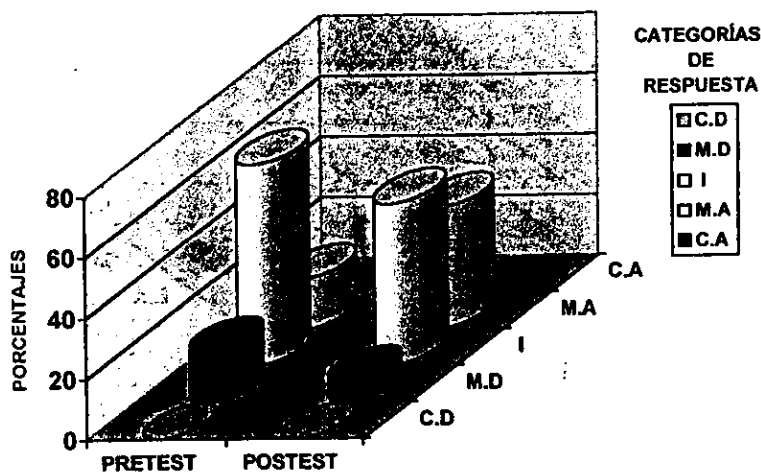


Figura 13. Opinión total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

El porcentaje de jóvenes del *grupo bajo tratamiento* en el *área 4* que *opinan* sobre el desarrollo biopsicosocial se presenta en la figura 14. El número de participantes mejoró su opinión en las categorías M.D, C.A e I y empeoró en M.A.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	6.66	10
I	63.33	53.33
M.A	20	36.66
C.A	10	0

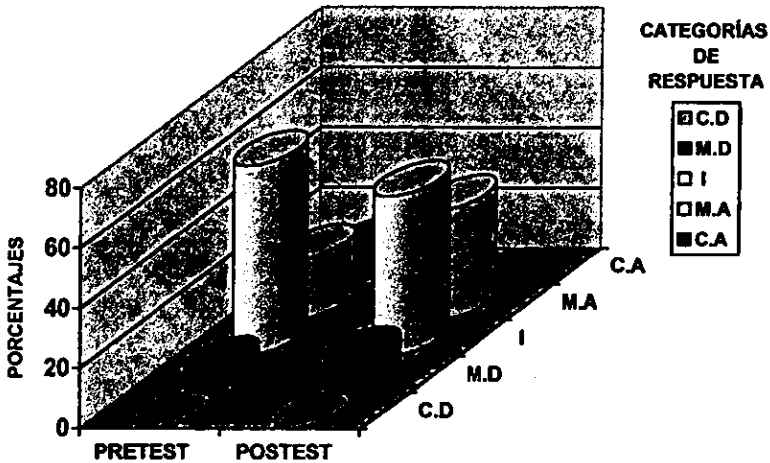


Figura 14. Opinión total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

En la figura 15, se ilustra el porcentaje de participantes del *grupo sin tratamiento* que en el postest del *área 5* reportaron empeoramiento en su *actitud* de S y F presenciar a jóvenes que usan cigarrillos y/o alcohol en reuniones sociales y mejoró su actitud en N, R.V y A.V.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	10	3.33
R.V	6.66	3.33
A.V	43.33	23.33
F	16.66	20
S	23.33	50

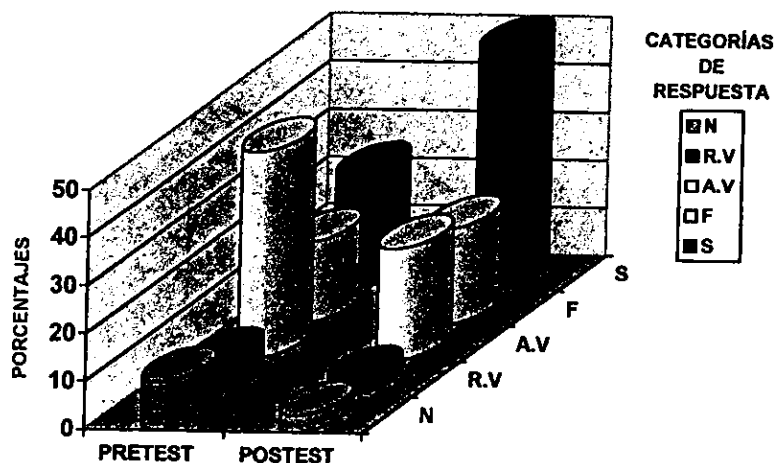


Figura 15. Actitud total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y S= Siempre.

La figura 16, ilustra el porcentaje de jóvenes del *grupo bajo tratamiento* en el *área 5*. En el postest, los estudiantes reportaron que continúan con una *actitud* de S presenciar a jóvenes que usan cigarrillos y/o alcohol en reuniones sociales, aunque en las categorías F y N, R.V y A.V mejoró y empeoró respectivamente el porcentaje de jóvenes con dichas actitudes.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
N	0	6.66
R.V	0	6.66
A.V	23.33	26.66
F	23.33	6.66
S	53.33	53.33

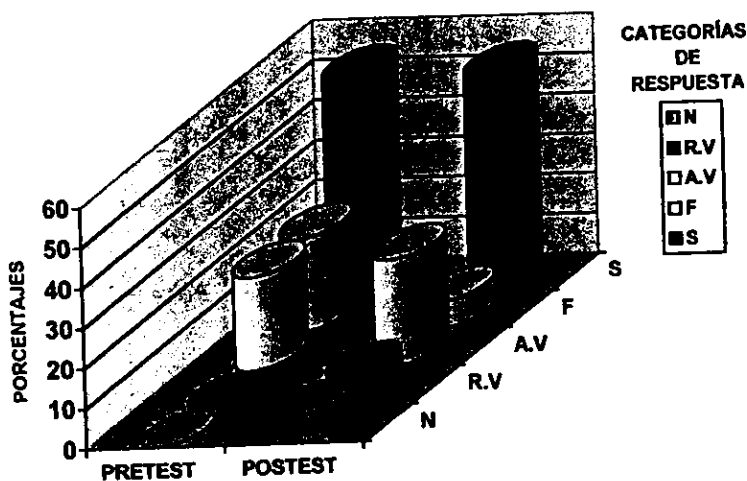


Figura 16. Actitud total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. N= Nunca, R.V= Raras Veces, A.V= Algunas Veces, F= Frecuentemente y  
 S= Siempre.

El porcentaje de participantes del *grupo sin tratamiento* en el *área 5* se muestra en la figura 17. En el postest, el porcentaje de jóvenes que *opinó* sobre el proceso salud-enfermedad mejoró en M.A, M.D, I y empeoró en C.A.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	6.66	0
I	23.33	6.66
M.A	33.33	70
C.A	36.66	23.33

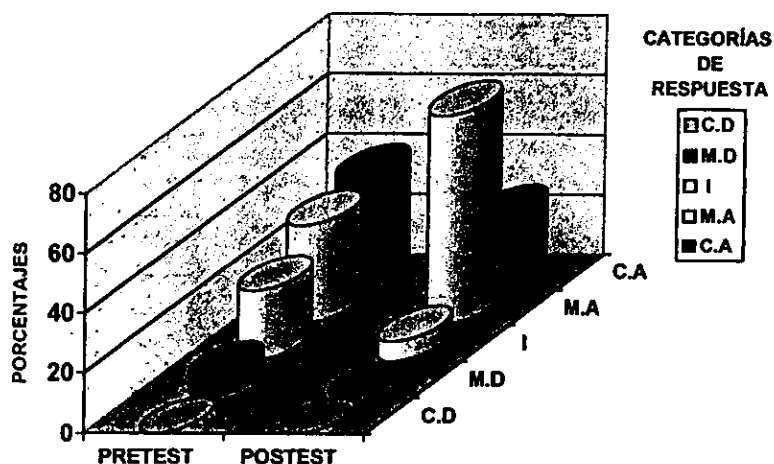


Figura 17. Opinión total del grupo sin tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

En la figura 18, se describe el porcentaje de jóvenes del *grupo bajo tratamiento* en el *área 5*. En el postest, el número de participantes que *opinó* sobre el proceso salud-enfermedad empeoró en las categorías C.A e I y en la categoría M.A mejoró.

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PRETEST %	POSTEST %
C.D	0	0
M.D	6.66	6.66
I	6.66	33.33
M.A	20	30
C.A	66.66	30

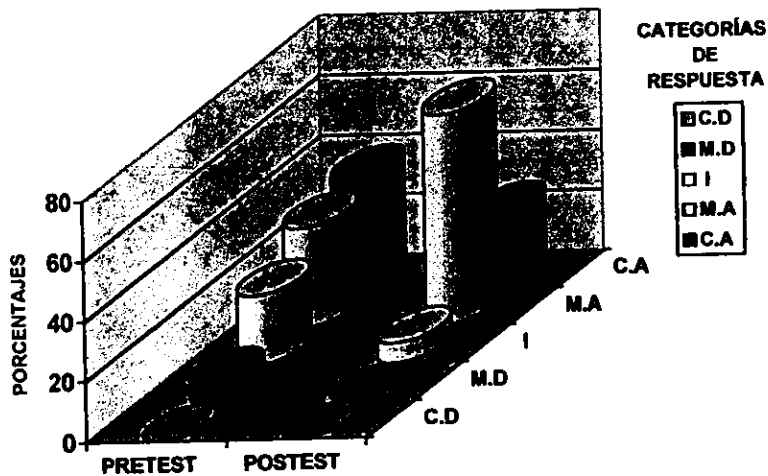


Figura 18. Opinión total del grupo bajo tratamiento por categoría en el pretest y postest.  
 Nota. C.D= Completamente en Desacuerdo, M.D= Moderadamente en Desacuerdo,  
 I= Indiferente, M.A= Moderadamente de Acuerdo y C.A= Completamente de Acuerdo.

De los resultados descritos anteriormente, sobre los postests del grupo sin tratamiento vs. grupo bajo tratamiento, se puede rescatar lo siguiente: el grupo bajo tratamiento opinó estar más de acuerdo con la efectividad de los programas y funciones de las instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia, que el grupo sin tratamiento (ver figuras 1 y 2). La actitud del grupo sin tratamiento para recibir y transmitir mensajes adecuadamente mejoró más que la actitud del grupo bajo tratamiento (ver figuras 3 y 4). Sin embargo, la opinión del grupo bajo tratamiento para comunicarse adecuadamente mejoró al compararla con la opinión del grupo sin tratamiento (ver figuras 5 y 6). La actitud del grupo bajo tratamiento ante la importancia de la familia y sus funciones fue constante y mayor a la actitud del grupo sin tratamiento (ver figuras 7 y 8). El grupo sin tratamiento mejoró su opinión respecto a la importancia de la familia y sus funciones en comparación al grupo bajo tratamiento (ver figuras 9 y 10). La actitud (ver figuras 11 y 12) y opinión (ver figuras 13 y 14) en el desarrollo biopsicosocial del grupo bajo tratamiento mejoró respecto a la actitud y opinión del grupo sin tratamiento. La actitud del grupo bajo tratamiento para presenciar a jóvenes que usan cigarrillos y/o alcohol en reuniones sociales, se mantuvo constante y empeoró en el grupo sin tratamiento (ver figuras 15 y 16). Por último, la opinión sobre el proceso salud-enfermedad del grupo sin tratamiento fue mejor que la opinión del grupo bajo tratamiento (ver figuras 17 y 18).

El "cambio" fue favorable en la opinión y actitud del grupo bajo tratamiento que concuerda con el hallazgo de Rodrigues (1976) de mostrarse más influenciables al cambio de actitudes las personas con baja autoestima y los que se aíslan socialmente. Los estudiantes que manifiestan tendencias depresivas son más factibles para cambiar de actitudes, Janis (1954 cit. en Wilson 1980). Al respecto, Ituarte (1994) considera que algunos jóvenes pueden perder o aumentar momentáneamente la seguridad que tenían en la infancia. Los cambios físicos y emocionales que se viven durante el desarrollo, así como la actitud de sus padres o conocidos que no tienen la capacidad necesaria para relacionarse con los adolescentes, pueden propiciar en ellos la pérdida de su autoestima, "si logras apreciar y valorar el gran potencial que tienes, tus capacidades y valor como persona, estarás en el camino que conduce al buen concepto de ti mismo; en una palabra: a tu autoestima" (p.88). Aunado a ello, se considera que la autoestima es un juicio de valor hacia nuestra persona, es amarnos, respetarnos y aceptarnos a nosotros mismos. De estar contentos de ser quienes somos y como somos, lo cual nos permite conocernos y valorarnos, es decir, de darnos cuenta lo valioso que somos. Debido a lo delicado e importante que es abordar el tema de la autoestima en cualquier persona y sobre todo en los adolescentes, para que se hubiese logrado un cambio de actitudes era necesario proporcionar medios alternativos que satisficieran



sus necesidades y la simple información no posibilitó dicho cambio en los participantes. Sirviendo como sustento la afirmación de Wilson (1980) "Las actitudes se desarrollan y cambian a medida que van satisfaciendo nuevas e importantes necesidades, motivos y metas, es decir, sirven de instrumento para proporcionar satisfacciones" (p. 279). El cambio mantiene animoso al individuo y con deseos de innovar, evita el estancamiento y fomenta los motivos para vivir.

Respecto a la actitud de seguir presenciando (participando en ellas) el consumo de sustancias tóxicas por jóvenes en reuniones sociales, puede relacionarse con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Adicciones (1993) sobre la influencia que tienen los "amigos" para que el adolescente cambie, participando como fuente de obtención de sustancias. Es en la etapa de la adolescencia, en la que se da frecuentemente la necesidad de pertenecer a un grupo y ser aceptado por el mismo. Del amigo que cultiva libremente a través del tiempo, espera que vea la realidad tal como la percibe él, recibir apoyo ante cualquier dificultad, que escuche sus problemas y le ayude a resolverlos, que lo acompañe en las buenas y en las malas. El amigo espera, en correspondencia, actitudes semejantes; por los amigos el adolescente está dispuesto, muchas veces, a sacrificios y renunciaciones.

Otro "cambio" correspondiente al descubrimiento de su propio cuerpo y de la importancia que éste tiene es considerado como cambio universal. Dichos cambios les inquieta, así como la preocupación por la ropa o por su apariencia personal. Es indudable que el crecimiento y el aporte hormonal en los adolescentes repercuten en sus emociones, no dando lugar, en comprender a los demás: "demasiado tiene con comprenderse a sí mismo..." (Williams, cit. en Ponce y Fisher, 1976). Este período de grandes cambios y adaptaciones, en ocasiones provoca en los adolescentes, confusión, conflictos y falta de seguridad recurriendo a la búsqueda de información en diferentes medios a su alcance que le den respuestas a sus dudas.

Al respecto, consideran a la familia como un medio o lazo que une al individuo con la comunidad social y en donde se establecen las bases para el sano desarrollo físico, intelectual y emocional de los hijos. Son los padres que al educar a sus hijos también de educan a sí mismos; es el hijo quien los vuelve padres, es decir, tienen que educar con el ejemplo, para propiciar el desarrollo de un hijo seguro de sí mismo y con personalidad equilibrada. En los momentos, en que los hijos tengan problemas o fracasos, no los lleve a dudar o no confiar en sus padres para comentar los sentimientos de sus vivencias. Sin embargo, su opinión para concebir a la farmacodependencia como un problema de salud pública que afecta por igual a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos y de todas clases sociales. Originada por múltiples factores, de tipo social, que al

coincidir con problemas familiares e individuales, llevan a las personas a buscar salidas equivocadas a través de los efectos de las drogas, no fue mejor que la opinión del grupo sin tratamiento, la cual puede variar, ya que como se señaló con anterioridad, la opinión representa un nivel más superficial que puede depender de las circunstancias.

Los "cambios" estadísticamente significativos de actitud y opinión en el grupo bajo tratamiento en las áreas 2 (*COMUNICACIÓN-actitud*), 3 (*FAMILIA- opinión*), 4 (*DESARROLLO INTEGRAL- opinión*) y 5 (*SALUD- ENFERMEDAD- actitud y opinión*) (ver figura 4) no se pueden tomar como efecto positivo lo que podría ser solamente indicio de cambio o deseos de actuar y opinar hacia las personas, cosas, sucesos... como se plantea en cada uno de los reactivos que miden estas respuestas. Por lo tanto, se considera dudosa la eficacia de las actividades desarrolladas por la responsable del proyecto para evitar que los experimentadores de drogas se convirtieran en usuarios adictos, promoviendo el desarrollo integral de sus habilidades.

Es cierto, que los participantes tuvieron la posibilidad de hacer preguntas espontáneamente, de expresar sus propias preocupaciones o intereses, aunque la responsable no aclaró ni orientó las preguntas o dudas que surgían, tampoco dispuso las inquietudes provocadas por la información que proporcionó respecto al tema de sexualidad. Además de presentar una actitud moralista para explicar el uso del condón a los hombres y a las mujeres. Ésto no corresponde con la sugerencia de Alonso (1977) "las actividades educativas, permiten la comunicación en dos sentidos: el aprendizaje y la expresión de sentimientos" (p.17) y de C.I.J. (1981) "la acción preventiva parte del supuesto de que cualquier intervención deja huellas en los sujetos receptores. Los efectos que se derivan de ella podemos agrupar en forma creciente según su profundidad: el aumento de la información que se tiene sobre el tema, el cambio de opiniones y la modificación de actitudes" (p.89). Lo cual imposibilita valorar su impacto en las actitudes en el grupo bajo tratamiento, tampoco era posible esperar modificaciones tangibles dado al número de sesiones que se impartieron, alteración en el contenido de las actividades a realizar en cada sesión y por incumplimiento de la responsable del proyecto.

El presente análisis comparativo permite tener una visión específica del proceso teórico-metodológico del proyecto en cuestión, en un grupo de estudiantes que han consumidores experimentales. A pesar de no ser una muestra representativa de la población mexicana, si amerita concluir sobre los efectos en todos y cada uno de los participantes en el estudio y de la proyección social que tiene la prevención del consumo de drogas.

## CONCLUSIONES

Es innegable que el problema de la farmacodependencia sigue constituyendo, en la actualidad, uno de los retos que enfrentan diversos países, entre los que se encuentra México. Este fenómeno de las drogas tiene causas y repercusiones biopsicosociales que rebasan las fronteras geográficas, observando características particulares en cada país y en cada región. Sus efectos se muestran en la seguridad y salud de individuos, familia y sociedad. En lo concerniente a nuestro país, basta señalar que como resultado de dicha situación, en 1986 se crea, por decreto presidencial, el Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, como órgano responsable de coordinar el esfuerzo para reducir la demanda de drogas. Sin embargo, en el período que va de 1980 a 1985 Centro de Integración juvenil A.C., que es una institución del Sector Salud, define a la farmacodependencia como un problema de salud pública y asume como estrategia principal la Educación para la Salud a través de la participación comunitaria, aborda el problema desde su contexto social específico, es decir, con base a las necesidades de la población que recibe el servicio. Además es una institución especializada en la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de la farmacodependencia. Prevenir es su actividad principal, por lo que le resulta de suma importancia acertar en la planeación y desarrollo de los programas preventivos, los cuales son comprobados en la evaluación de los mismos.

El proyecto O.P.A. (Orientación Preventiva para Adolescentes) fue elegido para ser evaluado cuantitativa y cualitativamente, como parte de un conjunto de proyectos que conforman el programa preventivo de C.I.J, relacionados y coordinados entre sí, para alcanzar metas y objetivos del plan, dentro de un período determinado, concluyendo que es un proyecto estructurado; es decir, cuenta con los elementos teóricos-metodológicos establecidos por Díaz y cols. (cits. en S.S y CONADIC, 1994) para considerarse como tal. Sin embargo, en la puesta en práctica con el grupo bajo tratamiento, la responsable del proyecto de diez sesiones que programó, sólo seis sesiones llevó a cabo y sus actividades no correspondieron a la revisión y reflexión que había preestablecido en una carta descriptiva. Así pues, de los temas centrales como: adolescencia, sexualidad, farmacodependencia, familia, comunicación y trabajo-vocación; únicamente los dos primeros temas citados fueron revisados sin incluir sus respectivos subtemas en su totalidad. Las

sesiones no fueron operadas en los días señalados, debido a las inasistencias de la responsable e incluso por no contar con los recursos materiales necesarios para el desarrollo de las actividades. Presentó una actitud “hermética” para abordar el tema -uso del condón- tanto con hombres como con mujeres, tampoco mostró habilidad para brindar información sobre conceptos básicos de sexualidad humana, no proporcionó retroalimentación oportuna cuando los participantes tenían dudas o un “semiconocimiento” hacia las preferencias sexuales, ni profundizó en temas específicos y relevantes como lo es la farmacodependencia y la comunicación. Además careció de antecedentes personales de cada uno de los participantes respecto a los motivos reales o aparentes de su inicio en el consumo de drogas y de su desempeño escolar; así como de la relación con su familia.

Aunque estadísticamente el grupo bajo tratamiento haya presentado mejoría en las áreas evaluadas, sus “cambios” se pueden considerar como indicio de cambio, ya que la última evaluación realizada a los adolescentes se aplicó a corto plazo, lo cual imposibilitó corroborar los resultados y evaluar el impacto en sus opiniones y actitudes.

Es primordial que el proyecto O.P.A sea aplicado con consistencia para obtener un impacto efectivo en los jóvenes. Algo de considerable importancia y que no debe olvidarse, ese es el hecho de que todo aquel que participe en este proyecto, sea como facilitador o como miembro del grupo de jóvenes, lo haga de forma voluntaria y no impuesta. Está comprobado en resultados de investigación que los programas impuestos fracasan o generan resistencia, provocando actitudes contrarias al espíritu positivo que se pretende lograr.

Es necesario analizar los *cambios biológicos* que experimenta el adolescente reconociéndolos en su cuerpo, con el fin de que comprenda lo que ocurre en él y la manera como lo vive. Enfatizando la importancia de conocer nuestro cuerpo, de aceptar nuestro cuerpo, reconocer y aceptar las diferencias entre sexos. Buscar una relación equitativa entre hombres y mujeres (estar con ellos, no contra ellos). Analizar el bombardeo constante de información relacionada con el sexo y la sexualidad. Los amigos, los maestros, los padres de familia, los medios de comunicación, como transmisores de diversos mensajes que van desde los aspectos fisiológicos del sexo y la reproducción, hasta las “maravillas” que se pueden esperar al experimentarlo, con vivir el aquí y el ahora sin medir las consecuencias.

Por un lado, los padres de familia y maestros se preocupan por los programas formales de educación sexual, mientras que los anuncios publicitarios, los programas de televisión, las películas y las canciones de moda se dedican a difundir mensajes que establecen que lo más importante es ser atractivo sexualmente y experimentar urgentemente el sexo.

Sin embargo, habría que preguntarse si todos estos mensajes están bien fundamentados y si en realidad podrían ser útiles como base para decidir cómo, cuándo, y con quién iniciarse en la vida sexual sin hacerse daño asimismo ni a los demás, sin culpas y sin temores, con el propósito de establecer relaciones significativas, duraderas y saludables.

Respecto a los *cambios psicológicos* que experimenta el adolescente es necesario que reconozca en otros adolescentes sentimientos y comportamientos similares a los que él mismo presenta en un clima de comunicación y confianza. Y que a través del diálogo encuentre una alternativa para compartir experiencias y buscar soluciones a sus problemas.

La familia como grupo primario tiene un papel primordial en el desarrollo de los individuos, transmitiendo normas y valores, ubicando al ser humano en su contexto social. El adolescente experimenta cambios en el interior de su familia, por una parte escucha: "todavía eres muy pequeño para...", por otra: "ya tienes suficiente edad para...". Todo esto implica confusión, fricciones y una serie de ajustes del adolescente al interior de la familia. El adquirir un mayor conocimiento acerca de sí mismo que ayude a una mejor integración y comunicación con la familia, entre los adolescentes y adultos. Al mismo tiempo, comprender y asumir la adolescencia como una etapa de *cambios*, una oportunidad para tomar decisiones en donde la *familia* debe adaptarse y buscar nuevos estilos para relacionarse, respetando la individualidad. No necesariamente los cambios en la familia tienen que ser adversos, sino al contrario, pueden ser necesarios y saludables ("la familia tiene que ser las raíces, pero también las alas - para que el hijo tenga la capacidad de volar").

Es necesario que el adolescente analice las normas y los valores familiares y reflexione cómo influyen en la percepción que tiene el adolescente de sí mismo.

A la par de los cambios que experimenta el adolescente a nivel individual y familiar, se comienzan a presentar modificaciones con relación a los roles que juega en la *sociedad*, inmersos en problemáticas políticas y económicas. Por ende,

es crucial que el adolescente pueda compartir y analizar las experiencias que enfrenta al tratar de cambiar o de asumir nuevos roles. Además de reconocer algunos "ritos de iniciación" a los que se puede enfrentar (fiesta de quince años, primera vez-primeras relaciones sexuales, consumo de drogas...).

El adolescente se encuentra inmerso en los medios masivos de comunicación (radio, televisión, revistas, cine, etc.) recibiendo un bombardeo informativo, que fomenta un estilo de vida orientado al consumismo y a la "satisfacción" de necesidades creadas; por ello, se hace necesario una reflexión y análisis de los mensajes que transmiten, identificando los patrones de conducta, modelos y estereotipos sociales que son representados por hombres y mujeres.

De igual manera, en los medios masivos de comunicación las frases como: "Di no a las drogas" y "Las drogas destruyen" difundidas por Televisa, la Secretaría de Salud "Más vale prevenir que curar" y "Prevenir es salud", la Procuraduría General de la República con "No te arriesgues, no vale la pena" y actualmente Televisión Azteca, con "Vive sin drogas" se hicieron o se están haciendo común en varias campañas publicitarias dirigidas a la población en general. Por su parte, el Consejo Nacional Contra las Adicciones y la Procuraduría General de la República señalan medidas preventivas (ver anexos 4 y 5), que corresponden a los temas centrales de una Educación para la Salud contemplados por Centro de Integración Juvenil en el proyecto O.P.A, siendo éstos: familia, comunicación, desarrollo integral y proceso-enfermedad.

Enseñar a los jóvenes a enfrentar las *adversidades de la vida* y salir de ellas fortalecido. Una de estas adversidades pueden ser: el rompimiento del noviazgo. El sentimiento amoroso es el motor de la vida, pero a veces termina. El adolescente tiene el derecho de sentirse triste y de expresar este sentimiento para que pueda fluir y esté en la posibilidad de encontrar más tarde una nueva relación que le permita vivir la experiencia de estar enamorado otra vez. El rompimiento de una amistad importante, es otra de las adversidades que comúnmente enfrenta el adolescente. Ante esta situación, una opción es analizar si es factible una reconciliación, y sino es posible ésta, guardar como un tesoro lo que aportó el amigo. El reconocer "su parte" en el rompimiento brinda la oportunidad de cambiar de actitud y lograr mantener relaciones sanas, respetuosas y prolongadas en el futuro.

Aún cuando actualmente el divorcio o separación de los padres es una situación aceptada socialmente y que ya no es un estigma el ser hijo de padres divorciados, la realidad es que los efectos que la separación tiene en los hijos, siguen siendo devastadora, a menos de que exista una decisión compartida, manejada con sinceridad y respeto entre la pareja y sus hijos. Con ello, los adolescentes podrían aceptar los cambios y aprenderían a manejar un nuevo sistema y relación con sus padres, al tener presente que los divorciados son ellos y él sigue teniendo padre y madre.

Es importante fomentar la autoestima (el amor y respeto a sí mismo) del adolescente para que enfrente y asuma este período con mayor facilidad, compartiendo y reflexionando en torno a las cualidades y aspectos positivos que tiene como ser único y su valor como persona no puede ser sustituido por nadie, para evitar sentimientos de menosprecio o depresión que lo pueden conducir al uso de drogas, afectando su salud tanto a corto como a largo plazo. Cuando se ingieren sustancias tóxicas, las capacidades intelectuales, físicas y emocionales quedan afectadas. Aunque el usuario siente que no ha cambiado en nada, sino por el contrario, ha mejorado con el consumo, no se da cuenta de lo negativo de su cambio hasta que se demuestra desde fuera que está en un error. Puede pensar que habla más espontáneamente, más acorde a las circunstancias, más a la moda, cuando en realidad sus ideas son incoherentes. Además no se pueden practicar deportes sanamente si se utilizan drogas e inclusive el uso de alguna de éstas, como el tabaco, reduce en gran medida el rendimiento físico. Incluir drogas en la vida diaria implica también que el nivel nutricional quedará afectado pues en tanto algunas aumentan el hambre, otras la quitan. También es más común que se presenten problemas de salud asociados sobre todo los de tipo pulmonar como son gripa, catarro, alergias y bronquitis. Al respecto, es necesario que el adolescente se dé la oportunidad de entrar en contacto con sus sentimientos para darse cuenta de que no necesita ningún tipo de droga para disfrutar de la vida. Reconocer que tiene la capacidad para sentir alegría, tristeza y amor por sí mismo y por los demás. El uso de drogas sólo impide sentirse y expresar los sentimientos y emociones que en la etapa de la adolescencia son tan abundantes. Dicha capacidad debe ser fomentada por los padres con una sólida autoestima que repercute en el comportamiento del hijo, ya que el trato que brindan a las demás personas refleja la forma en que se trata a sí mismo. Cuando los padres establecen límites y los

mantiene a través de recompensas más que de castigos, promueven en sus hijos, una alta autoestima. En cambio los que no dan límites y utilizan más el castigo, propician el desarrollo de una baja autoestima. El establecimiento de la democracia en la relación padre-hijo, en familias que toman en cuenta los derechos y opiniones del joven, facilitan el desarrollo de una autoestima alta; en cambio las familias que adoptan una actitud dictatorial y no toman en cuenta el punto de vista de los hijos propician el desarrollo de una autoestima baja (Coopersmith, 1967 cit. en Ituarte, 1994).

En el periodo de la adolescencia, la autoestima constituye el núcleo de la personalidad responsable en gran medida de la facilidad o dificultad que experimenta el adolescente cuando trata de mejorar su personalidad (Hurlock, 1987). Razón por la cual, es importante que los padres de familia y maestros orienten y apoyen oportunamente al adolescente en esta etapa de su vida.

Los sentimientos de poca valía y un concepto pobre sobre la integridad de las personas, son pensamientos o actitudes aprendidas y reforzadas en las diversas etapas de la vida por las que atraviesa el ser humano; de esta forma, pueden ser desaprendidas e integrar en su lugar nuevos conocimientos favorables para el individuo. En este sentido los cambios van a depender en gran parte de la propia voluntad y los deseos de modificarlas.

La autoestima se contempla como una capacidad de elección, debido a que la persona tiene la opción de modificar los medios que están a su alcance para sobrevivir y obtener bienestar. De esta forma, el mejoramiento de la autoestima requiere de la necesidad de saber que las elecciones que se efectúen serán adecuadas con la realidad, la satisfacción y la vida personal. En la medida que se toma conciencia del poder de elección para las acciones que se realizan, se adquiere el sentido de ser personas, de ser adecuados con la manera característica de actuar, de ser aptos (Rogers, 1961 cit. en Ituarte, 1994).

Retomando las aclaraciones anteriores, el proyecto O.P.A podría valorar los siguientes elementos propuestos por el D.I.F (1992) que constituyen características y elementos que pueden reforzarse a lo largo de sesiones preventivas, mediante el empleo de técnicas grupales para que los adolescentes mejoren su forma de pensar sobre sí mismos y por lo tanto, incrementen la estimación sobre su persona.

**Aceptación-** Consiste básicamente en la identificación y aceptación de cualidades, habilidades y conductas favorables y desfavorables.



**Animación-** Requiere del cambio en las actitudes, pensar que sí se pueden realizar las acciones que se encomienden; darse tiempo suficiente para alcanzar metas personales.

**Aprecio-** Implica el amor propio, la aceptación de errores y el aprendizaje constante, así como el reconocimiento de éxitos y fracasos.

**Autoayuda-** Se refiere a la búsqueda y consecución de metas realistas, aprendiendo habilidades nuevas, desarrollando y fortaleciendo las existentes.

**Confianza en sí mismo-** Significa que el individuo actúe de una manera en la que se sienta contento y satisfecho, con plena seguridad en cada uno de sus actos. Que le permita tomar decisiones dejando al margen la reprobación o la crítica.

**Elogios-** Es el orgullo por los éxitos personales.

**Respeto-** Implica que el individuo se sienta orgulloso de su integridad, aprecie y reconozca sus talentos especiales.

**Toma de tiempo-** Donde el individuo pueda gozar de las actividades que realice, de su propia compañía y tome los momentos, lugares y tiempos necesarios para reflexionar y considerar sus emociones.

La modificación de la autoestima puede manejarse con el establecimiento de metas, contratos consigo mismo, actitudes y actividades. A la vez de rodearse de atmósferas que promuevan la confianza, el afecto, el respeto y la aceptación; involucrarse en actividades donde sea posible el éxito y no en aquellas en las que se sabe anticipadamente que se va a fracasar.

A grosso modo, la autoestima se conforma durante los primeros años de vida del niño y se refuerza a lo largo de la misma, siendo la familia un factor determinante para dicho proceso. Las influencias externas también refuerzan los sentimientos de valía o inutilidad que el individuo aprendió en su núcleo familiar.

Para Rodríguez (1988) generalmente, las personas que tienen una baja autoestima sienten que valen poco, muestran pensamientos negativos en espera de lo "peor"; se ocultan detrás de la desconfianza sintiéndose por ello solas y aisladas, siendo vulnerables a las drogas, alcohol u otras formas de evadir la realidad.

Los hijos que provienen de familias conflictivas presentan sentimientos de inferioridad, crecen en un ambiente donde la comunicación no es directa, existen reglas inflexibles y se les critica por sus diferencias castigando sus errores.

Contrariamente, las personas con una elevada autoestima muestran responsabilidad, amor y competencia; confían en sus propias decisiones y

vez, usuarios esporádicos, consumidores funcionales y verdaderos dependientes. La información sólo debe ser suministrada por gente preparada y aún así ha de ser revisada sistemáticamente para no conducir a errores de interpretación” (S.S y CONADIC, 1994 p.127).

Muchas personas carecen de información correcta y no es raro que los adolescentes piensen que saben más sobre las drogas que sus padres y maestros. Al respecto, es apremiante que el uso y abuso de drogas a un nivel de prevención primaria sea aplicable en el plano educativo desde el nivel preescolar, ya que en esta etapa del desarrollo, los niños son más receptivos a la educación preventiva, para crear conciencia en ellos y entrenarlos en habilidades de prevención.

Se puede asegurar que no existe una educación para la salud mental en México, pocos padres se ocupan para que ellos y sus hijos acudan a talleres, cursos, seminarios, entre otros, que les permita adquirir conocimientos, cambio de actitud y conducta ante los problemas sociales que vivimos, como es el de la farmacodependencia. Es importante que el sistema educativo fomente una cultura hacia la salud mental, lo que hace necesario que sean analizados los planes de estudio para que éstos incluyan materias que contribuyan al desarrollo personal, en donde se aborden temas como el de sexualidad, habilidades sociales, autoestima, comunicación, familia y por supuesto la farmacodependencia, sus causas, manifestaciones y sus posibles soluciones para mejorar las condiciones de vida y evitar la presencia de factores de riesgo que propician dichos problemas sociales, ya que con una mejor formación los niños desarrollarán hábitos y valores que necesitarán para enfrentarse de manera adecuada y funcional en la sociedad en la que se encuentran inmersos y bloquear las influencias negativas que frenen el desarrollo de generaciones actuales y ser a su vez, promotores potenciales en la prevención de la farmacodependencia para generaciones futuras. De igual forma, es conveniente que en un futuro próximo se valore la labor del psicólogo y sea quien imparta dichos cursos, talleres seminarios, pues generalmente son trabajadores sociales u otros profesores quienes se encargan de su ejecución y no le dan la debida importancia que tiene cada uno de los aspectos relacionados con el bienestar mental y le restan trascendencia académica.

A nivel de prevención secundaria el trabajo multidisciplinario que es la actividad donde diferentes disciplinas actúan en el terreno práctico ante un mismo objeto, pero en distintos niveles, lo que genera un lenguaje en común entre

profesionistas, lo cual permite un intercambio y creación de estrategias más eficaces (González y Toriz, 1985). Este trabajo conjunto y coordinado de distintas disciplinas para abordar el problema tienen como objetivo fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias contribuyendo así a la prevención e intervención de casos. La intervención multidisciplinaria se lleva a cabo en dos formas de tratamiento: a corto plazo, el primer grupo en detectar el consumo de drogas es el de los médicos, cuyo deber es promover la salud y el reestablecimiento de los pacientes, respetando el trato confidencial de la información proporcionada por un paciente; diagnostica y trata enfermedades, así como promueve la salud y el bienestar. El tratamiento a largo plazo incluye la atención psiquiátrica o la psicológica. Los psicólogos son especialistas en la evaluación y tratamiento de problemas emocionales e intelectuales que preferentemente tiene que ser a nivel individual, familiar y grupal.

En nuestro país, la labor multidisciplinaria de atención al consumidor de drogas está integrada por educadores de la salud como psicólogos, médicos, trabajadores sociales y enfermeras, los cuales realizan su intervención en aislado, es decir, no existe una tarea de comunicación en equipo (interdisciplinaria). La interdisciplina es la actividad científica en donde diferentes disciplinas se integran para configurar un nuevo campo de acción y de conocimientos. Esto implica la creación de un nuevo objeto teórico y práctico, así como la reintegración y el reordenamiento de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas insertadas. Este tipo de trabajo, a diferencia del multidisciplinario, crea diferentes niveles de conocimiento (González y Toriz, op. cit.). Al respecto, Ramírez (1993) considera que la psicología es capaz de abrir nuevas expectativas de estudio y/o tratamiento para problemáticas emergentes, como por ejemplo la farmacodependencia, iniciando por la comprensión de la realidad social y su estructura particular. Es entonces que se debe pensar en la construcción de un modelo preventivo que logre tener relevancia a partir de la superación de esquemas tradicionales de abordaje y no caer en la escisión del objeto y del sujeto. "Es importante dejar de lado las ortodoxias metodológicas con el fin de lograr un alcance más comprensivo y generar un verdadero impacto social a partir de hacer una verdadera psicología" (p. 16).

Es escasa la información sobre el trabajo interdisciplinario en donde alguna disciplina se haya integrado a la psicología para conformar un nuevo campo de

estudio sobre el consumo de drogas y a nivel práctico no se han reportado resultados de investigaciones acerca de este fenómeno y mucho menos con población adolescente. Lo cual, nos indica la inexistencia de una cultura de labor interdisciplinaria para atender a la farmacodependencia como un problema multifactorial.

Otra tarea que es frecuente en México es la desprofesionalización, cuyo objetivo es difundir los conocimientos propios de una disciplina a las personas que no tienen acceso a éstos sean no profesionales o paraprofesionales para la solución de problemas concretos (Brea y Corea, 1980 cit. en McDoneld y Dorban, 1981). Los paraprofesionales son personas que trabajan con un profesionista que tiene un certificado o licencia profesional, es preciso que los profesionales capaciten a paraprofesionales para tener una cobertura más amplia y con procedimientos adecuados. En psicología esta tarea es desempeñada por estudiantes que se encuentran cursando los últimos semestres de la carrera, creando un puente para cubrir las necesidades de la comunidad con menores recursos económicos que un trabajo realizado por profesionales.

En la labor no profesional existe la participación o acceso libre de cada miembro de la comunidad interesados en resolver problemas a los medios o herramientas que están en manos y al servicio de unos cuantos (González y Toriz, 1985). El entrenamiento es dirigido por un profesionista. Entre los no profesionales figuran los padres y/o familiares, personal de custodia, sacerdote, líder y empleado, su trabajo se realiza en el ambiente natural y no es remunerado. La ventaja de entrenar a padres es que el tratamiento puede ser aplicado todo el día, realizarse día tras día mientras sea necesario, el trabajo puede ser preventivo y correctivo.

Para Vargas (1981) la desprofesionalización es económica, se pueden seleccionar a las personas de las mismas comunidades o lugares donde se trabaje; ofrece la ventaja de investigar variables que no se han considerado o que se pasan por alto; se da un incremento en la participación por parte del profesional en la estructuración del sistema educativo.

La desprofesionalización en el área psicológica se lleva a cabo a través de: a) charlas sobre tópicos y problemas psicológicos relacionados con la vida comunitaria, discusiones abiertas sobre distintos problemas presentados por los participantes. La intervención del psicólogo se va reduciendo a moderador y orientador, siendo así más activa la participación comunitaria, y b) cursos sobre

fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos de la psicología, de forma que los participantes los implementen en diferentes situaciones.

Para brindar atención a consumidores de drogas es crucial un trabajo multidisciplinario que al mismo tiempo exige crear una interdisciplina, pues sólo de esta manera el usuario se verá fortalecido. La colaboración entre los profesionales, tanto a nivel personal como institucional, genera el intercambio de experiencias, información, ideas, proyectos, y la formación de asociaciones civiles que agrupan especialistas de diversas disciplinas, como psicólogos, trabajadores sociales, médicos, entre otros (Osorio y Nieto, 1993). Claro, sin dejar de lado, la desprofesionalización que a través de la labor de los paraprofesionales y no profesionales contribuyen a desarrollar actividades para y con la comunidad y a obtener resultados con mayor facilidad con menos recursos económicos y humanos.

Al hacer la presente evaluación del proyecto preventivo de adicciones (O.P.A) se enfatiza cómo es concebida y su importancia como elemento privilegiado de retroalimentación para el equipo médico- técnico y sobre todo para analizar su grado de efectividad. También es posible apreciar a la evaluación cuantitativa como una aproximación que no deja de ser útil. Sin embargo, desde hace tiempo era necesaria una evaluación cualitativa que complementara la función auto-observadora que Centro de Integración Juvenil recientemente desarrolla en el seguimiento de sus actividades cotidianas y a la vez contar con una cosmovisión externa que enriquece la labor institucional, a través del análisis de un modelo que no está operando, lo que hace necesario sentar las bases para que a partir del conocimiento de la farmacodependencia como problema de salud pública y de sus posibles soluciones, tener la capacidad para ejecutarlas y hacer visible lo invisible de esta tarea preventiva. Considerando el contenido del proyecto O.P.A para la labor preventiva de la farmacodependencia, es crucial que promueva en los grupos de trabajo, la toma de decisiones encaminada a crear hábitos que conserven la salud física y mental. Ahora bien, la asertividad puede complementarse con otros factores como la autoestima, las habilidades sociales, entre otros, ya que éstos se interrelacionan y por sí solos son necesarios más no suficientes para prevenir el consumo de drogas como factores de protección.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- Alonso, P. (1977). *Educación para la salud. Publicaciones técnicas de medicina preventiva y social*. Facultad de medicina. UNAM. México.
- Bastar, S. y Godinez, J. (1987). *Manual de prácticas de servicios de Psicología. Sesión bibliográfica*. ENEP Zaragoza.
- Bee, H. y Mitchell, S. (1987). *El Desarrollo de la persona: en todas las etapas de su vida*. Edit. Harla. México.
- Benedict, R. (1973). *Continuities and discontinuities in cultural conditioning. Psychiatry*, 1.
- Blair, G. y Jones, S. (1983). *Cómo es el adolescente y cómo educarlo*. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- Caplan, G. y Levovici, S. (1973). *Psicología social de la adolescencia*. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- Castro, M.E. (1982). *Consumo de drogas en diferentes sectores de la población mexicana: tendencias y factores de riesgo. Reunión sobre investigación y enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría*.
- 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. Rev. Salud Mental*. 10 (4).
- Castro, M.E. (1990). *Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria en el plantel escolar. Salud Pública de México*. 32 (3).

Castro, M.E., Almazán, G. y Villaseñor, G. (1993). *Una alternativa de diseño y evaluación de programas preventivos del uso indebido de drogas. Prueba piloto en la Delegación Tláhuac*. Edit. CONADIC. México

Centros de Integración Juvenil (1981). *Guía técnica para la realización del proyecto genérico escuelas*. Edit. C.I.J. México.

Centros de Integración Juvenil (1982). *Fd. Año 1. No. 3*

Centros de Integración Juvenil (1983). *Fd. Vol.2 No.1*

Centros de Integración Juvenil (1985). *Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia*. Edit. CIJ. México.

Centros de Integración Juvenil (1986). *Manual de capacitación para el voluntariado*. Edit. CIJ. México.

Centros de Integración Juvenil (1992). *Epidemiología del abuso de drogas en la República Mexicana. Panorama comparativo en los Estados Unidos de América*. Vol. 3.

Centros de Integración Juvenil (1994). *Quehacer institucional 1982-1992*. Edit. CIJ. México.

Conger, J. (1980). *Adolescencia: Generación presionada*. Edit. Tierra Firme. México.

Debesse, M. (1955). *La crisis de la originalidad juvenil*. Edit. Nova. Buenos Aires.

De la Serna, J., Castro, M.E., Rojas, E. y García, G. (1991). *Opinión de padres de familia y maestros sobre el uso de drogas en los jóvenes*. Rev. Mexicana de Psicología. 8 (1,2).

Desarrollo Integral de la Familia (1992). *Adolescencia y sexualidad*. Edit. DIF Estado de México. México.

- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Estudios de Psicología del mexicano*. Edit. Trillas. México.
- Dinwiddie, D.H., Reich, T. y Cloninger, C.R. (1990). *Solvent use and psychiatric comorbidity*. British Journal of Addiction. 85.
- Dwyer, F. P. (1970). *Report to the people*. 12°. Distrito de Nueva Jersey, XIV, No.1.
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias del comportamiento*. Edit. Harla. México.
- Feshbach, N. y Sones, G. (1971). *Sex differences in adolescent reactions towards newcomers*. Developmental Psychology. 4.
- Flores, V. y Guarneros, S. (1994). *Problemas de drogadicción en adolescentes y su relación con las habilidades sociales*. Reporte de investigación. Licenciatura. ENEP Iztacala.
- Galván, E., Reid, J., y García, V. (1993). *Prevención en materia de adicciones*. Edit. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- González-Forteza, C., Salgado, N., y Andrade, P. (1993). *Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes*. Rev. Salud Mental. Vol. 16 No.3.
- González, Y. y Toriz, A. (1985). *La terapia conductual en el tratamiento de padres agresivos*. Tesis de licenciatura en Psicología. Campus Iztacala-UNAM.
- Hubert, R (1965). *El desarrollo mental*. Edit. Kapelusz. Buenos Aires.
- Huisman, D. (1979). *Enciclopedia de la Psicología*. Edit. Plaza Janes S.A. Barcelona.
- Hurlock, E.B. (1987). *Psicología de la adolescencia*. Edit. Paidós. México.
- Ituarte, A. (1994). *Adolescencia y personalidad. Orientación educativa*. Edit. Trillas. México.



Lerner, V. y Vicary, R. (1984). *Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York longitudinal study*. Journal of Drug Education. 14 (1- 8).

Lutte, G. (1991). *Liberar la adolescencia*. Edit. Herder. Barcelona.

Llanes, B.J. (1982). *Prevención de la farmacodependencia*. Edit. Concepto. México.

Massün, E. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. Edit. Trillas. México.

McDoneld, M. y Dorban, M. (1981). *La desprofesionalización de la psicología en el área de retardo de una comunidad marginada*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Campus Iztacala-UNAM.

McKinney, J., Fitzgerald, H y Strommen (1982). *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. Edit. Manual Moderno. México.

Mead, H. (1985). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago. Press.

Medina-Mora, M.E., Ortiz, A., Caudillo, C. y López, S. (1982). *Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos*. Rev. Salud Mental. 5 (1).

Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). *Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional*. Anales 3. Reseña de la VII Reunión de investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Mussen, P.H., Conger, J.J. y Kagan, J. (1990). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Edit. Trillas. México.

Muuss, R. (1988). *Teorías de la adolescencia*. Edit. Paidós. México.

Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre las drogas*. UNESCO. Paris.

Ogalde, I. (1984). *Cómo formular objetivos de aprendizaje*. Edit. Edicol. México.

- Osorio y Nieto, C. (1993). *El niño maltratado*. Edit. Trillas. México.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1986). *Psicología del desarrollo*. Edit. Mc Graw Hil. México.
- Pépin, L. (1975). *La Psicología de los adolescentes*. Edit. Oikos. Barcelona.
- Pierini, C.D. (1973). *La identidad en el adolescente*. Edit. Paidós-Asappia. Buenos Aires.
- Ponce, A. y Fisher, M. (1976). *Psicología de la adolescencia*. Edit. Manual UTEHA. México.
- Powell, M. (1975). *La Psicología de la adolescencia*. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.
- Ramírez, J. (1993). *Sociedad, Grupos y Salud Mental*. Edit. Trillas. México.
- Rimm, D. (1987). *Terapia de la conducta*. Edit. Trillas. México.
- Rivera, B. y Ortega, P. (1992). *Resultados generales de la encuesta nacional sobre necesidades, intereses y costumbres en adolescentes escolarizados de planteles oficiales*. Edit. D.I.F. México.
- Rodriguez, A (1976). *Psicología social*. Edit. Trillas. México.
- Rodríguez, M. (1988). *Autoestima. Clave del éxito personal*. Edit. Manual Moderno. México.
- Rojas, E., Galván, J., Carreño, S., Villatoro, J., Medina-Mora. M.E., Juárez, F., Berenzon, S., López, E. y Niquéiz, G. (1993). *Prevalencia de consumo de drogas en población escolar*. Rev. Salud Mental. Vol. 16 No.4.

Ruiz, J.M. (1996). *Cómo ser una evaluación de centros educativos*. Edit. Narcea. Madrid.

Secadas, F. y Serrano, G. (1984). *Psicología evolutiva 14 años*. Edit. CEAC. España.

Secretaría de Salud (1990). *Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas*. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

Secretaría de Salud (1992). *Las drogas y sus usuarios*. Edit. Secretaría de Salud y CONADIC. México.

Secretaría de Salud (1993). *Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas Ilegales*. Edit. Secretaría de Salud. México.

Secretaría de Salud y CONADIC (1994). *Programa contra la farmacodependencia 1992-1994*. Edit. Secretaría de Salud. México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (1992). *Adolescencia y sexualidad*. Edit. DIF. Estado de México. México.

Schwebel, R. (1991). *Decir NO no es suficiente*. Edit. Paidós. México.

Stone, L.J. y Church, J. (1980). *El adolescente de 13 a 20 años*. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Stone, L.J. y Church, J. (1981). *Niñez y adolescencia*. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Vargas, J. (1981). *Entrenamiento a padres de principios básicos de modificación de conducta para la rehabilitación de sus propios hijos en una comunidad de escasos recursos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Campus Iztacala-UNAM.

Weiner, I. y Elkind, D. (1976). *Desarrollo normal y anormal del adolescente*. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Weiss, C. (1985). *Investigación educativa*. Edit. Trillas. México.

Wilson, G. (1980). *Actitudes*. Edit. El Manual Moderno. México.

Windle, M. (1992). *A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors*. Developmental Psychology. 28 (3).

# ANEXOS

# ANEXO 1

## ESCALA DE ACTITUDES Y OPINIONES PARA ADOLESCENTES

Existen varias actitudes que la gente necesita realizar casi a diario para relacionarse con otras personas sintiéndose bien consigo mismo. Nos gustaría conocer en cuáles de éstas sientes que eres exitoso y en cuáles sientes que no lo eres.

Intenta valorar cada una de ellas lo más objetivamente posible, procurando no dejar de contestar a ninguna de las que aquí se describen. Si no entiendes alguna palabra o no estás seguro de lo que significa, por favor pregunta a la persona que te proporciona esta escala.

Recuerda que, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo estamos interesados en conocer tu opinión acerca de tus actitudes.

A continuación encontrarás una lista de actitudes. Lee cuidadosamente cada una de ellas y marca con una (x) el número que mejor describa qué tan exitosas son tus actitudes. Contesta en la hoja de respuestas evitando hacerlo en esta escala. Marca tus respuestas de acuerdo al siguiente código:

- Marca con una (x) el número 1 si **NUNCA** presentas esta actitud.
- Marca con una (x) el número 2 si **RARAS VECES** presentas esta actitud.
- Marca con una (x) el número 3 si **ALGUNAS VECES** presentas esta actitud.
- Marca con una (x) el número 4 si **FRECUENTEMENTE** presentas esta actitud.
- Marca con una (x) el número 5 si **SIEMPRE** presentas esta actitud.

Finalmente, queremos aclararte que cuentas con aproximadamente 50 minutos para dar respuesta a la escala. De antemano agradecemos tu colaboración.

### I.-INSTITUCIONES

1.- Existen instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia ¿Crees que las acciones realizadas por éstas, tengan repercusiones satisfactorias en nuestra sociedad?

1    2    3    4    5

2.- En nuestra sociedad se da gran difusión de las acciones emprendidas por las instituciones que previenen el fenómeno de la farmacodependencia.

1    2    3    4    5

3.- La aplicación de los programas de dichas instituciones previenen de manera efectiva la farmacodependencia en adolescentes.

1    2    3    4    5

4.- En la escuela se recibe información teórica acerca del fenómeno de la farmacodependencia.

1    2    3    4    5

## **II.- COMUNICACIÓN.**

5.- Pones atención cuando alguien te está hablando y haces un esfuerzo por entender lo que se te está diciendo.

1    2    3    4    5

6.- Inicias una conversación hablando con personas desconocidas o conocidas.

1    2    3    4    5

7.- Cuando necesitas obtener información sobre algún aspecto particular sabes qué preguntar y te diriges a la persona indicada.

1    2    3    4    5

8.- La capacidad de una persona para comunicarse eficientemente le permite lograr que los demás respondan adecuadamente a sus solicitudes y que le respeten, así como comprender y respetar a los demás.

1    2    3    4    5

9.- Las formas comunicativas deficientes ocasionan conflictos, sentimientos de insatisfacción y frustraciones.

1    2    3    4    5

10.- Explicas con claridad a otros cómo hacer una tarea específica de tal forma que logres hacerte entender.

1    2    3    4    5

11.- Pones atención a las instrucciones que te dan otras personas y las llevas a cabo adecuadamente.

1    2    3    4    5

12.- Permites que otras personas conozcan tus emociones y sentimientos haciéndoselos saber.

1    2    3    4    5



13.- Los monólogos largos sin retroalimentación son una forma de comunicación deficiente.

1    2    3    4    5

14.- Una forma de comunicación inadecuada es insistir demasiado para que los demás acepten una idea o concepto.

1    2    3    4    5

15.- Cuando alguien te dice algo que no es muy claro, dices o haces cosas que indican lo que te quieren decir para comprobar lo que has entendido.

1    2    3    4    5

16.- Expresas tu punto de vista en una conversación interesante.

1    2    3    4    5

17.- La expresión facial y ademanes son una forma de comunicación.

1    2    3    4    5

### III.- FAMILIA.

18.- La familia está conformada por el padre, la madre y los hijos.

1    2    3    4    5

19.- La familia es el medio de transmisión de los juicios y valores que poseen los integrantes de ésta.

1    2    3    4    5

20.- Cuando tienes algún problema, confías en tu familia para contárselo.

1    2    3    4    5

21.- La familia ayuda a solucionar problemas.

1    2    3    4    5

22.- Los padres promueven las acciones independientes de los hijos.

1    2    3    4    5

23.- Los padres son congruentes con lo que hacen y dicen.

1    2    3    4    5

24.- La familia hace énfasis en las cualidades y aspectos positivos de sus miembros.

1    2    3    4    5

25.- La comunicación es un factor importante para el desarrollo óptimo de la familia.

1    2    3    4    5

26.- Crees que los jóvenes tienen buena relación con su familia.

1 2 3 4 5

27.- Los hijos laboran en las actividades del hogar.

1 2 3 4 5

28.- Los hijos buscan el diálogo con los padres.

1 2 3 4 5

29.- Existen actividades que se realizan exclusivamente con la familia.

1 2 3 4 5

30.- Existen factores que impiden que una familia funcione armónicamente.

1 2 3 4 5

31.- La familia es primero.

1 2 3 4 5

#### IV.- DESARROLLO INTEGRAL.

32.- Los seres humanos viven períodos evolutivos fisiológicos, morfológicos y psicológicos iguales.

1 2 3 4 5

33.- Los cambios físicos que vive el joven constituyen las causas principales de sus preocupaciones.

1 2 3 4 5

34.- Los jóvenes tienen sentimientos de fealdad y deformidad.

1 2 3 4 5

35.- Los jóvenes padecen frecuentes y bruscos cambios de ánimo.

1 2 3 4 5

36.- Los (as) muchachos (as) tienden a encerrarse en sí mismo.

1 2 3 4 5

37.- El joven tiene baja autoestima.

1 2 3 4 5

38.- Los jóvenes son por naturaleza tristes.

1 2 3 4 5

39.- Los jóvenes se preocupan por su aspecto físico y vestimenta.

1 2 3 4 5

40.- Los jóvenes tienen desinterés por conocer sobre su sexualidad.

1 2 3 4 5

**41.-** La agresividad es una de las características principales en los jóvenes.

1 2 3 4 5

**42.-** Surgen problemas que los jóvenes tienen que evadir.

1 2 3 4 5

**43.-** Los jóvenes desconocen la trascendencia que tienen los problemas sociales como la farmacodependencia o el vandalismo.

1 2 3 4 5

**44.-** Te sientes triste con frecuencia.

1 2 3 4 5

**45.-** Te falta confianza en tí mismo.

1 2 3 4 5

**46.-** Crees que la vida es injusta.

1 2 3 4 5

**47.-** Te hierde que te critiquen.

1 2 3 4 5

**48.-** Estás solo con frecuencia.

1 2 3 4 5

**49.-** Te preocupa tu aspecto personal.

1 2 3 4 5

**50.-** La gente vale por lo que tiene.

1 2 3 4 5

**51.-** Las figuras de autoridad saben lo que dicen.

1 2 3 4 5

**52.-** Se deben esconder las debilidades.

1 2 3 4 5

**53.-** Te gustaría ser como muchos otros.

1 2 3 4 5

**54.-** Crees que la opinión de los demás es más importante que la tuya.

1 2 3 4 5

**55.-** Crees en la ley de todo o nada.

1 2 3 4 5

**56.-** Envidias a mucha gente.

1 2 3 4 5

**57.-** Si alguien comete un error es un tonto.

1 2 3 4 5

**V. SALUD - ENFERMEDAD.**

**58.- Existe una diferencia marcada entre la salud y la enfermedad.**

1    2    3    4    5

**59.- La enfermedad se relaciona con los problemas de convivencia de una persona.**

1    2    3    4    5

**60.- La salud está dada en función del equilibrio emocional, físico y social en que se encuentra la persona.**

1    2    3    4    5

**61.- La farmacodependencia es un problema de salud pública.**

1    2    3    4    5

**62.- La farmacodependencia es desarrollada por cualquier persona.**

1    2    3    4    5

**63.- Un joven que ingiere alcohol hasta no recordar lo que hace o dice (cada 8 días) es un alcohólico.**

1    2    3    4    5

**64.- El consumo de drogas le ocasiona al joven problemas familiares.**

1    2    3    4    5

**65.- El consumo de drogas le ocasiona al joven problemas sociales.**

1    2    3    4    5

**66.- El joven tiene problemas personales cuando consume drogas.**

1    2    3    4    5

**67.- Has presenciado cuando en una reunión social de jóvenes uno de ellos comienza a usar cigarrillos, alcohol u otro tipo de sustancia.**

1    2    3    4    5

# ANEXO 2

**HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y  
OPINIONES PARA ADOLESCENTES**

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F) GRUPO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

De las alternativas que se te exponen, elige la que más se acerca a la actitud que presentas en cada situación descrita marcando con una (x), el número que corresponda.

- 1.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 2.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 3.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 4.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 5.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 6.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 7.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 8.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 9.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 10.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 11.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 12.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 13.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 14.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 15.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 16.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 17.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 18.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 19.- (1) (2) (3) (4) (5)

- 20.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 21.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 22.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 23.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 24.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 25.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 26.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 27.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 28.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 29.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 30.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 31.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 32.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 33.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 34.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 35.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 36.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 37.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 38.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 39.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 40.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 41.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 42.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 43.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 44.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 45.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 46.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 47.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 48.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 49.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 50.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 51.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 52.- (1) (2) (3) (4) (5)

- 53.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 54.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 55.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 56.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 57.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 58.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 59.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 60.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 61.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 62.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 63.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 64.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 65.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 66.- (1) (2) (3) (4) (5)
- 67.- (1) (2) (3) (4) (5)

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.**



# ANEXO 3

CARTA DESCRIPTIVA GRUPO O.P.A. 3o. DE SECUNDARIA.

SESIÓN	TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS	MATERIAL
7a. sesión	*Comunicación	*Comunicación en los diferentes ámbitos de desarrollo: escuela, familia y reuniones *Barreras en la comunicación	*Reflexionar sobre las diversas formas de comunicación y las dificultades que regentan en el proceso.	*Cenas y gastos (30') *Está en los ojos (15') *Comentarios (15')	*Participantes.
8a. sesión	*Yo y el mundo	*Amistad *Gente que no piensa como yo *Responsabilidad *Familia *Futuro *Obstáculos	*Generar un espacio en que sea posible reflexionar respecto a mí persona y cómo afectan las personas	*Carta a un amigo en otro país (10') *Te muestro una hoja de mi diario	*Hojas de cuaderno *Plumas
9a. sesión	*Trabajo-vocación	*Intereses *Necesidades *Capacidades *Área académica *Área cultural *Área laboral *Otras áreas	*Comprender que cada persona necesita reflexionar seriamente para descubrir, decidir y llevar a la práctica su vocación *Analizar la vocación de cada quien en función de sus intereses, necesidades, capacidades personales y posibilidades reales *Promover la búsqueda de información y ubicación de requerimientos de acuerdo a la vocación	*Expositiva (15') *La nave (30') *Discusión en equipos (15')	*Pizarrón *Gises *Hojas en blanco *Plumas
10a. sesión	*Cierre	*Valoración del proceso grupal *Valoración del contenido temático *Finalización del evento	*Evaluar el desempeño y la inducción de los participantes en la comprensión de los contenidos *Declarar el cierre del evento	*Fantasía del futuro (20') *Lluvia de ideas (30') *Despedida (10')	*Los participantes *Hojas de papel en blanco *Plumas

## CARTA DESCRIPTIVA GRUPO O.P.A. 3o. DE SECUNDARIA.

SESIÓN	TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS	MATERIAL
1a. sesión	*Apertura	*Encuadre *Presentación *Expectativas	*Aumentar la cohesión grupal *Favorecer un ambiente de confianza para el trabajo *Proponer a los chicos un encuadre de trabajo.	*El grupo entrevista a alguno de sus compañeros (45') *Expositiva (10')	*Mizdas de hojas en blanco.
2a. sesión	*Adolescencia	*Convivencias en grupo *Drogas *Música *Estudio *Tiempo libre	*Favorecer la reflexión entorno a las cuestiones que favorecen y dificultan las relaciones interpersonales *Destacar algunos elementos prácticos para la selección y relación con las amistades	*Expositiva (20') *Lluvia de ideas y debate (40')	*Participantes.
3a. sesión	*Sexo: Teoría y práctica	*Cortijo *Paternidad *Embarazo *Sentimientos *Anticonceptivos *Infidelidad *Tendencias sexuales	*Estimar el grado de información que el grupo tiene respecto a la sexualidad y aclarar los mitos e inquietudes correspondientes *Reflexionar con el grupo respecto a las responsabilidades y el compromiso que implica el manejo de su sexualidad	*Nos fuimos de reva y ¡Oh! (60')	*Mizdas de hojas de papel *Plumas *Tarjetas con leyendas escritas relativas al SIDA
4a. sesión				*Colocación del condón (60')	*Modelo de hule
5a. sesión				*Técnicas de coqueteo	*Participantes
6a. sesión	*Aertividad	*Derechos sexuales *Metas, planes *Ideales, sueños *Resolución de problemas *Toma de decisiones.	*Conocer nuestros derechos en relación con los demás *Autoobservación respecto a la toma de decisiones, los logros y problemas cotidianos; las experiencias propias y ajenas *Aprender técnicas de toma de decisiones y de resolución de problemas.	*Debate (20') *Exposición de experiencias (20') *Expositiva (20')	*Participantes *Pizarrón *Cisnes

# ANEXO 4

- Vivo en el seno de una familia bien integrada.
- Mi familia me quiere y me apoya en todo lo que hago.
- Mis padres beben ocasionalmente, con responsabilidad y no consumen otras drogas.
- Me gusta mi forma de ser y sé que con esfuerzo consigo lo que me propongo.
- Me enfrente a la vida con optimismo porque sé como superar mis problemas.
- Cuando estoy nervioso o presionado busco alternativas en pasatiempos sanos.
- Ninguno de mis amigos consume alcohol y otras drogas.
- Yo sé que el uso de alcohol y drogas no solucionan los problemas, sino que los empeoran.
- En mi familia se habla libremente acerca del sexo, las drogas y de cualquier tipo de problemas que pudieran afectarnos.
- Apreocio lo que soy y hago.
- Practico algún deporte con regularidad.
- Pienso en mi salud antes de arriesgarme.
- En mi familia hay muchos problemas y todos nos llevamos mal.
- No tengo con quien hablar de mis problemas.
- En mi hogar se consume frecuentemente alcohol y a veces otras drogas.
- De plano no la hago en nada.
- No sé por qué no he alcanzado mis metas en la vida.
- En mis ratos libres no encuentro nada interesante que hacer.
- Yo no consumo drogas ilegales, pero tengo amigos que sí lo hacen y llegan a ofrecérmelas.
- Yo creo que las drogas no hacen daño.
- En mi casa no se habla de temas como el sexo, las drogas y problemas familiares.
- Nunca estoy conforme con lo que hago o digo.
- No practico ningún deporte.
- Soy muy arriesgado y le entro a todo.

# ANEXO 5

*Piensa en tus hijos...*

## **10 CONSEJOS**

**PARA EVITAR EL CONSUMO DE DROGAS**  
*No te arriesgues, no vale la pena*

- 1.- Platica con tus hijos acerca del daño que ocasiona el consumo del alcohol y de las drogas.
- 2.- Comunícate con tus hijos, escúchalos y entérate de sus dudas, intereses y problemas.
- 3.- Propicia la convivencia familiar en un clima de armonía y respeto, que les haga sentirse bien consigo mismos y con los demás.
- 4.- Incúlcales valores firmes que les permitan desarrollarse adecuadamente.
- 5.- Dales un buen ejemplo, que tus hábitos y actitudes respecto al consumo del alcohol y las drogas sean congruentes con lo que les dices.
- 6.- Apóyalos y participa en sus actividades deportivas, recreativas y culturales.

- 7.- Si tus hijos han aprendido a ser respetuosos y seguros de sí mismos, podrán manejar la presión que ejerzan los grupos de amigos negativos.
- 8.- Que las reglas familiares sean claras y específicas en relación de lo que se permite y de lo que no se tolera.
- 9.- Únete con otros padres que tengan inquietudes y necesidades parecidas en lo que se refiere a la educación de los hijos.
- 10.- En caso de que algún miembro de tu familia tenga problemas de drogas, acude a la Procuraduría General de la República en el D.F. y en sus 31 Delegaciones Estatales

**con gusto te atenderemos**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN DEL DELITO Y  
SERVICIOS A LA COMUNIDAD**

626 41 05 \* 626 43 75 \* 626 43 73

626 4376 y 91 800 00 252 (sin costo)

Av. Paseo de la Reforma No. 75 1er. piso

Col. Guerrero, Delegación Cuauhtémoc

C.P. 06300 México, D.F.

**PGR**  
PROCURADURÍA  
GENERAL  
DE LA REPÚBLICA

**UNIDAD NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA Y LA DROGADICCIÓN**