



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

“ADOLESCENCIA, PERCEPCION DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCION
ANTE EL CONSUMO DE DROGAS”

REPORTE DE ACTIVIDAD PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

LETICIA ISABEL TELLEZ TERRAZAS

Asesora: Dra. Norma Coffin Cabrera

Dictaminadores: Lic. Edy Avila Ramos

Lic. María de Lourdes Jiménez Rentería



Tlalnepantla, Estado de México, 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, por su apoyo incondicional

*A mis asesores, por su guía, paciencia y apoyo

*A Adi, mi hermana adolescente

Gracias

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	5
Justificación	9
Capítulo 1: Adolescencia como Etapa existencial	11
1.1 Desarrollo Físico del Adolescente	
1.2 Cambios Psicológicos y Sociales durante la Adolescencia	
1.3 Problemas que enfrentan los adolescentes	
Capítulo 2: Adolescencia y consumo de drogas	23
2.1 Conceptos básicos	
2.2 Factores de Riesgo	
2.3 Factores de Protección	
Capítulo 3. Método	40
3.1 Participantes	
3.2 Instrumento	
3.3 Procedimiento	

Capítulo 4. Resultados	42
Capítulo 5. Discusión y Conclusiones	46
Referencias	48
Anexo 1	52
Anexo 2	55

INDICE

Introducción

Antecedentes

Justificación

1: Adolescencia como Etapa existencial

2: Adolescencia y consumo de drogas

3. Método

4. Resultados

5. Discusión y Conclusiones

Referencias

Anexo 1

Anexo 2

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la adolescencia se ha considerado un período de transición biológica y psicosocial entre la niñez y la edad adulta; un período lleno de oscuridad, angustia, miedo e incertidumbre, pero también llena de energía, esperanzas e ideales.

Freidenberg (1959; en Lafarga, 2000) describe la adolescencia como el período en el que el ser humano descubre lo que realmente es y siente, empieza a distinguir sus diferencias individuales respecto a los demás y se convierte en una persona con derechos y responsabilidades propias, capaz de entablar relaciones profundas y significativas con otros individuos de su misma edad.

Por su parte, Conger (1980; en Flores, 1995) plantea que la adolescencia puede ser la época de alegría irreprimible, así como de una tristeza y una pérdida aparentemente inconsolable, de una inclinación por lo grupos y por la soledad; del altruismo y egoísmo, de una curiosidad insaciable y al mismo tiempo de aburrimiento; de confianza y duda en uno mismo. Pero sobre todo, la adolescencia es un período de cambios rápidos: físicos, sexuales e intelectuales dentro del adolescente, y de cambios ambientales en la naturaleza de las exigencias externas que la sociedad impone en miembros en desarrollo.

Para Grinder (1983; en Flores, 1995), la adolescencia es un período de la vida en que tanto el individuo como la sociedad han de llegar a una componencia. El adolescente madura afirmándose como ser humano independiente, pero su sentido de competencia y de identidad dependen de las maneras como corresponda a las obligaciones y asimile las primeras experiencias.

En palabras de Lafarga (2000), la maduración de los órganos sexuales es el fenómeno más tangible y sobresaliente de los cambios biológicos y psicosociales del adolescente, y se manifiesta con las primeras poluciones nocturnas en los varones, la primera menstruación en las mujeres y la aparición de las características sexuales secundarias en ambos sexos; y aun cuando cada individuo tiene su propio período de transición, suele considerarse que este inicia entre los 10 y los 15 años en los niños, y entre los 9 y los 14 años entre las niñas (Sánchez y Jiménez, 1995).

Socialmente, los pares aparecen por primera vez con gran fuerza en la convivencia social y afectiva, y esto hace que la mayoría de los adolescentes trasponga temporalmente la presencia de los padres, y la familia queda en un segundo término.

En opinión de Dulanto (2000), para el adolescente la opinión, la aceptación y el reconocimiento de los pares significa la pertenencia a un grupo, el ser escuchado y

valorado. Esta fuerte socialización grupal del adolescente es una de las verdaderas oportunidades que tiene el joven para conocer y experimentar otros valores culturales, éticos o religiosos, es decir, es su primera y a veces única opción de conocer y vivir valores diferentes a los de su propia familia. Por otra parte, cuestionar y poner en tela de juicio la figura de los adultos es una actitud necesaria, casi obligada de los jóvenes que, de manera sistemática se usa por vez primera en la vida para conocer y analizar lo que hasta ese momento ha sido la interacción con las figuras más importantes de la niñez y que aun están presentes.

Proceso que a su vez constituye una clara expresión de la necesidad de alejarse emocionalmente, en una sana distancia, de las figuras adultas aunque sean queridas, necesarias y positivas.

Con esta nueva distancia el adolescente trata de formar, no sin experimentar una gran ambivalencia entre sus sentimientos infantiles de dependencia y su nueva condición de libertad, una identidad propia, y al mismo tiempo de conseguir la oportunidad, a través de la experiencia personal y de la participación social, de ser responsable de su proceso de vida, lo cual trae como recompensa la confianza en si mismo y, por tanto, una mayor seguridad, autoestima y autosuficiencia.

Vista de esta forma, la adolescencia es mucho más que un peldaño en la escala que sucede a la infancia. Es más bien un período de transición constructivo, necesario para el desarrollo de una identidad propia; una etapa de cambios durante la cual el joven busca las pautas que correspondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimientos socioculturales del momento que vive (Hurlock, 1989)

Sin embargo, cuando el deseo de identidad y autoafirmación encuentra una barrera de ridículo o rechazo y el adolescente, agobiado por sentimientos de soledad e incomprensión, con frecuencia se retrae y en el aislamiento busca restablecer el equilibrio y encontrar un sentido a la existencia. Un gran número de adolescentes supera esos obstáculos no sin crisis agudas; otros recuperan la seguridad regresando a conductas de sumisión infantil con la finalidad de evitar así la crisis, y otros más exageran la actitud rebelde como una forma de venganza y caen en conductas antisociales, delictivas o riesgosas (Lafarga, 2000)

Dentro de estas últimas se sitúa el consumo de drogas, ya sea legales o ilegales.

Hablar de consumo de drogas es hacer referencia a uno de los problemas más críticos que enfrentamos en la actualidad y que se ha constituido como un problema de salud pública.

En todo el mundo, millones de personas se ven afectadas por el uso de drogas, ya sea en forma directa, a causa de las actividades delictivas de traficantes, la violencia relacionada con ellas y la corrupción creciente.

Según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, existen en el mundo 185 millones de usuarios de drogas, que representan el 4.3% de la población mayor de 15 años. En México, el índice de consumo es inferior al observado en otros países.

De acuerdo con la información levantada en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, el número de personas que había utilizado alguna droga ilegal alguna vez en la vida fue de 1.5 millones, cifra que para 1998 se elevó a 2.5 millones (Balanzario y Díaz, 2001).

Los datos de la ENA de 1998, permitieron ver que el grupo más afectado era el de los hombres entre 18 y 34 años, entre quienes el uso de drogas alguna vez en la vida alcanzó una prevalencia de 15.61%, es decir, cerca de 1.3 millones de usuarios). Entre los menores de 18 años, la prevalencia total asciende a 3.57%. Asimismo, el uso de sustancias ilícitas entre los hombres era considerablemente más alto que en las mujeres: 11.09% contra 0.87%, una razón de 13 usuarios hombres por cada mujer.

Las sustancias cuyo uso se halló más extendido fueron la marihuana, la cocaína y los inhalables. Entre 1993 y 1998, su consumo alguna vez en la vida observó un incremento del orden de 1.4, 2.6 y 1.6 veces, respectivamente.

Por otra parte, La Encuesta Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar llevada a cabo en 1991 con 61,779 estudiantes dio como resultados que: son los varones de mayor edad y que cursan preparatoria quienes están en mayor riesgo de consumir sustancias. Las sustancias que registraron una mayor prevalencia alguna vez en la vida son los inhalables (3.5%), seguidos por las anfetaminas, los tranquilizantes y la marihuana. Además, 2.19% de los casos reportó haber utilizado dos o más drogas.

Los Estudios Epidemiológicos del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a CIJ llevados a cabo considerando los períodos de 1990 – 1998, proporcionan información concerniente a los pacientes usuarios de drogas que solicitan tratamiento en sus Unidades Operativas, que si bien no son representativos de la población de usuarios

de drogas en general y menos aun de la población general, aportan referentes útiles para el análisis de la tendencia y la forma del uso de drogas en nuestro país.

Dichos estudios encontraron que el consumo de cocaína presentaba una tendencia creciente, al pasar de 12.2% en 1990 a 61.6% en 1998. En proporciones considerablemente menores, el consumo de heroína y de metanfetaminas mostraron igualmente una tendencia al incremento y una paulatina diseminación.

En contraste, se observó la disminución del uso de inhalables (de 61.8% en 1991 a 40.5% en 1998) y una tendencia relativamente estable en el uso de depresores de uso médico y de marihuana.

Por otra parte, algunos datos del Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil, llevado a cabo en 2001, refieren que el 70.8% de la población atendida se ubicó en el rango de 15 a 29 años de edad; con un mayor consumo entre los hombres que entre las mujeres (razón de 6.7 hombres por cada mujer atendida).

Dicho estudio señala, como edad de inicio en el consumo de drogas, el rango de edad entre los 10 y los 19 años. Las principales sustancias de curso ilegal reportadas como drogas de inicio fueron la marihuana, la cocaína y los solventes inhalables.

De igual forma, el alcohol y el tabaco presentaron una alta frecuencia como drogas de consumo inicial.

Para 2002, de acuerdo con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones, se puede observar un incremento, respecto a 1998, en el índice de consumo de los adolescentes varones, de 27% a 35% y de 18% a 25% en las mujeres.

Estos datos indican lo siguiente: más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas, en una proporción de 3.5 hombres por cada mujer, encontrándose los índices mayores de consumo entre los habitantes de poblaciones urbanas.

La edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar el tabaco y el alcohol, la primera droga de uso fue la mariguana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. De acuerdo al sexo, se observa que entre los adolescentes varones la mariguana ocupa el primer lugar de preferencia, los inhalables ocupan el segundo, seguidos de la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar de la preferencia. En las mujeres el orden es un tanto diferente: la mariguana es el primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico y los disolventes ocupan del segundo al cuarto lugar.

Los datos anteriores nos muestran la magnitud del problema del consumo de drogas, y por consiguiente la importancia de atender tanto a sus posibles causas (factores de riesgo) como a las alternativas de prevención (factores de protección) y tratamiento.

De acuerdo con Alcántara, Reyes y Cruz (2003), los factores de riesgo, de los que se hablará más ampliamente en apartados posteriores, se definen como las características que existen en la comunidad, familia, escuela e individuo previo al consumo de drogas, que aumentan la probabilidad de que este fenómeno ocurra durante el desarrollo de la persona

Es importante decir que la existencia de dichos factores no es determinante para la aparición o mantenimiento del consumo de drogas, pues incluso adolescentes que viven en ambientes de alto riesgo son capaces de evitar el consumo de drogas; es decir, existen adolescentes que deciden no usar drogas, lo que se debe, fundamentalmente, a que perciben el consumo de sustancias como algo que daña su salud; a que no les interesan por temor a tener dificultades con sus padres y, en menor grado, por la percepción de ilegalidad asociada al consumo (López y Pérez, 2006)

Esta capacidad para percibir y enfrentar el riesgo que implica el consumo de drogas, se deriva de la puesta en marcha de factores protectores, es decir, de características del individuo, la familia, escuela y la comunidad que reducen la probabilidad de que éste se inicie, y que son transmitidos, en primer instancia, por la familia (Alcántara, Reyes y Cruz, 2003)

Básicamente, se habla de la autoestima, el apego escolar, y las habilidades sociales para la vida, como herramientas efectivas para enfrentar el riesgo, mismas que serán analizadas más adelante.

De esta forma, en el presente estudio se llevó a cabo un taller con adolescentes en la Escuela Secundaria Oficial No. 130, Netzahualcóyotl, con el fin de detectar los factores de protección y percepción de riesgo, con que cuentan, y tratar de incrementarlos o implementarlos con el fin de prevenir desórdenes psicosociales en esta población, como el consumo de drogas. Se aplicó un pre-test y post-test, lo cual permitió determinar de forma objetiva el impacto de dicho taller.

Antecedentes

Uno de los asuntos más llenos de prejuicios y estereotipos es la drogadicción, conducta que constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y estabilidad social (Robles, 2001)

Aunque el consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, la preocupación actual se debe principalmente a que se han multiplicado considerablemente los círculos de usuarios, eventuales o permanentes; a que las edades de inicio han descendido notablemente y a la aparición constante de nuevas sustancias cada vez más accesibles, más potentes y más adictivas (Guisa, et. al., 2005)

Estas situaciones han convertido al fenómeno de la drogadicción en un grave problema social que afecta la salud física y mental de las personas, al generar daños orgánicos, empeorar la calidad de vida y limitar el desarrollo de metas personales; además de provocar una serie de problemas que no sólo afectan a quien se droga, sino a los familiares, amigos y a las personas que lo rodean; dificultar las relaciones interpersonales saludables (respeto, comunicación, confianza); incrementar el riesgo de tener accidentes y / o cometer actos delictivos, y agravar la economía personal o familiar (Barreda, et. al., 2001; Alcántara, Reyes y Cruz, 2003)

De acuerdo con Solís, Sánchez y Cortés (2003), los adolescentes son la población con más alto índice de consumo de drogas, debido a la etapa de vida en que se encuentran, así como a la presencia de ciertos factores de riesgo: bajo apego escolar y tener amigos y/o algún familiar consumidor de drogas, baja autoestima, dificultad para comunicarse de manera adecuada o tomar decisiones, entre otros.

La adolescencia ha sido considerada por si misma como una etapa difícil de inestabilidad y cambio, en la que le adolescente está abierto a la búsqueda y experimentación de nuevos caminos, incluyendo aquellos con implicaciones de riesgo o de desaprobación social.

En ocasiones, uno de esos caminos es el consumo de drogas, que puede representar una forma de responder a la crisis, un intento de escapar a la ansiedad y conflictos del adolescente; de experimentar sensaciones nuevas, de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía o simplemente de combatir el ocio (Sánchez y Jiménez, 1995)

Ante este panorama, es importante que los adolescentes cuenten con capacidades que les permitan evitar y enfrentar, de una manera adecuada, situaciones de riesgo, mismas que pueden ser aprendidas y desarrolladas tanto en el ámbito familiar como en el escolar.

La adquisición de dichas capacidades, invariablemente tiene sus bases en la transmisión de valores, creencias y actitudes por parte de la familia, ya que es aquí en donde se tienen las primeras experiencias de aprendizaje, se acuerdan normas, se

desarrollan los primeros hábitos y se inicia la convivencia con otras personas y es, al menos en teoría, el ambiente protector primordial con el que cuentan los adolescentes (Alcántara, Reyes y Cruz, 2002)

Posteriormente, la escuela desempeña un papel significativo al “enseñar” al individuo a desarrollar esas capacidades puesto que es uno de los escenarios que puede contribuir a la puesta en marcha de estrategias preventivas eficaces (Pérez, 2000)

No obstante lo anterior, la mayoría de las veces, tanto en las familias como en las escuelas, no se presta atención a la problemática del uso y abuso de drogas sino hasta que el problema se ha manifestado en uno de sus integrantes y en consecuencia solamente se considera la posibilidad de una intervención curativa.

Frente a esta tendencia en la atención del problema del consumo de drogas, viene ganando terreno una estrategia de intervención temprana orientada hacia la prevención del problema más que hacia la curación del daño.

La prevención, del verbo prevenir, se refiere a la posibilidad de evitar que algo, generalmente maligno, suceda. En este caso, evitar que se haga uso indebido de drogas, estrategia que se ha considerado como alternativa a la curación y/o rehabilitación.

Actualmente, la prevención se orienta hacia las situaciones y motivaciones que inducen al consumo de drogas. Esta nueva tendencia, basada en medidas sociales y ambientales tendientes a generar mejores condiciones de vida, ha tenido mayores repercusiones que cualquier otro recurso utilizado hasta el momento (Massün, 1991).

El objetivo general de la prevención del uso indebido de drogas es entonces, según una formulación de la UNESCO (1976; en Massün, 1991): “evitar o reducir en la medida de lo posible el uso extramédico de las drogas que causan dependencia; pero también, con un criterio más ajustado a la realidad, es buscar la reducción de la incidencia y la gravedad de los problemas individuales y sociales vinculados con el uso indebido de estas sustancias”.

Retomando la importancia del ámbito educativo, la prevención alude aquí a la puesta en marcha de actividades cuya finalidad sea la de evitar la aparición de trastornos en una población dada.

Esta estrategia de intervención recibe el nombre de prevención primaria que, de manera general, pretende actuar con anticipación sobre los eventos negativos que pueden incidir para que un individuo o grupo adquiera una enfermedad; o prepararlo para reaccionar de forma efectiva ante alguna condición adversa. Para el caso específico de

las adicciones, la prevención primaria tiene como objetivo principal **evitar el inicio** en el consumo de sustancias

En el ámbito concreto de la educación secundaria, las acciones a llevar a cabo se enfocan, desde esta perspectiva, en la intención de potenciar el desarrollo sano del alumno y/o prepararlo para reaccionar de manera eficaz ante la presencia de condiciones que posibilitan el consumo de drogas (factores de riesgo).

Dicha tarea, de acuerdo con Llanes (1982; en Zarate, 2000), puede lograrse a través de la implementación de programas educativos, los cuales están diseñados para orientar al individuo a desarrollar habilidades que le ayuden a enfrentar los riesgos que puedan 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: *a) Desarrollar habilidades sociales, b) Mejorar la comunicación interpersonal, c) Promover el autoconocimiento y la aceptación de si mismo, y d) Mejorar el logro académico.*

La responsabilidad de poner en marcha un programa educativo recae, en la escuela secundaria estatal, en el orientador educativo, quien imparte, en el tercer grado, la asignatura de Formación Cívica y Ética.

Dicha asignatura contempla, dentro de sus contenidos temáticos, la prevención de las adicciones, aspecto que requiere de atención multidisciplinaria y conjunta de distintos especialistas, con la finalidad de que la prevención resulte exitosa.

El trabajo multidisciplinario, de acuerdo con Pérez (2000) se entiende como la convergencia de distintas disciplinas en un objeto de conocimiento.

En este caso en particular se traduce en abordar la prevención de las adicciones a partir de los elementos que aportan tanto los profesionales involucrados directamente en el quehacer educativo, como personal de instituciones públicas, privadas y de asistencia social que cuentan con programas preventivos dirigidos a la población en riesgo, y que refuerzan los contenidos y actividades establecidas en los programas escolares vigentes.

Considerando lo anterior, y aunado al hecho que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), éstas han aumentado de manera considerable, siguiendo el patrón de la presencia de nuevas drogas, el objetivo del reporte de trabajo será mostrar los resultados obtenidos a partir de la realización de un programa preventivo dirigido a adolescentes de entre 13 y 15 años, en el que se analizará lo siguiente: percepción de riesgo, factores que propician el consumo de drogas y alternativas para evitarlo.

Esto justificaría la enorme labor que realiza el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Texcoco, considerando los recursos humanos y materiales empleados para abordar la problemática de las adicciones desde un marco preventivo, primordial para la situación actual de nuestros adolescentes en el país, así como la importancia del papel del psicólogo en el diseño, elaboración e implementación de dichos programas.

Justificación

Dada su formación profesional, el psicólogo aporta elementos que ayudan a conceptualizar integralmente la problemática de las adicciones, a la detección oportuna y precisa de los factores de riesgo, así como a la elaboración de programas específicos que permitan atender a la población en riesgo.

Por consiguiente, el psicólogo debe ejecutar acciones orientadas a la prevención de las adicciones, mediante actividades preventivo – educativas y de promoción, dirigidas a la población más vulnerable, tomando en cuenta las causas familiares, individuales y sociales que las provocan.

Al hablar de actividades educativo – preventivas, se hace referencia a la elaboración de material de difusión, pláticas sobre adicciones y su prevención, orientación a consumidores de drogas y/o sus familiares, canalización de casos cuando las necesidades que presenta el paciente no puedan ser atendidas por el propio profesional; consultas psicológicas ambulatorias a usuarios de sustancias adictivas o codependientes, y talleres dirigidos a población abierta o cautiva interesada en el tema o proveniente de familias zonas de alto riesgo, que constan de diversos módulos y son impartidos en varias sesiones.

Dichas acciones se llevan a cabo dentro del marco normativo establecido por el Sistema Municipal DIF Texcoco, institución de asistencia social creada con el objetivo de mejorar las condiciones familiares, sociales, de salud y económicas de los habitantes que integran el Municipio; especialmente de aquellos que viven en zonas marginadas y en las comunidades más vulnerables, priorizando la atención a la población más desprotegida: niños, mujeres, adolescentes, personas con capacidades diferentes y adultos mayores.

En esta Institución, el psicólogo tiene un papel determinante, ya sea en la prevención y detección de problemas que afecten el desarrollo del individuo, o en la atención directa al solicitante del servicio, ya sea por medio de la orientación psicológica o la canalización a otras instituciones.

En el caso específico del área de adicciones, el Sistema cuenta con un proyecto denominado PREADIC, es decir, Prevención de las Adicciones.

El objetivo del presente estudio es presentar el reporte de trabajo correspondiente a una propuesta de Taller Preventivo de las Adicciones, llevado a cabo en la Escuela Secundaria Oficial # 130 "Netzahualcóyotl", del municipio de Texcoco.

CAPITULO 1: ADOLESCENCIA COMO ETAPA EXISTENCIAL

Hablar de adolescencia casi de inmediato nos hace pensar en el período más difícil del desarrollo del ser humano en un número de años que sólo separa la niñez de la vida adulta y que debe ser superada lo más pronto posible. Sin embargo, la adolescencia se reconoce como un largo proceso, pues se considera que comprende de 10 a 12 años de vida cronológica, período durante el cual se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales que se caracterizan por ser impredecibles y que provocan desajustes en los chicos y las chicas, ya que se dan muchos reajustes, tanto al interior con ellos mismos como en las relaciones sociales con los demás, lo que les genera cierta inestabilidad en sus juicios, valores y sentimientos (Alcántara, Reyes, Cruz y Díaz – Barriga, 1999).

Los cambios físicos se producen a todo lo largo de los años adolescentes, pero la mayoría tienen lugar al fin de la infancia y principios de la adolescencia. Esto se conoce como la “fase de la pubertad, misma que se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa (Horrocks, 1993)

De acuerdo con Hurlock (1989), las modificaciones corporales que se presentan durante esta etapa se pueden dividir en cuatro categorías: aumento del tamaño corporal, cambios en las proporciones del cuerpo, desarrollo de las características sexuales primarias y desarrollo de las características sexuales secundarias.

1.1 Desarrollo Físico del Adolescente

Se produce una aceleración del crecimiento en cuyo transcurso el cuerpo alcanza las proporciones adultas. Dicha aceleración se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis meses a un año después de esta

a) Estatura

La estatura está regulada por la hormona del crecimiento, que en cantidades suficientes permite que los niños sanos alcancen su máximo tamaño normal, el cual generalmente se asemeja al de los padres.

El crecimiento en altura, en la mayoría de las ocasiones, precede al desarrollo del peso

b) Peso

El aumento de peso durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento de huesos y músculos. Los huesos se hacen más grandes y más pesados. Los músculos inciden más en el peso de los varones que en el de las mujeres, en quienes la adiposidad juega un papel importante en los cambios de peso.

Las mujeres experimentan el mayor aumento de peso poco antes y poco después de la pubertad; mientras que en los varones se presenta uno o dos años después que en las mujeres.

1.1.1 Cambios en las proporciones del cuerpo

Comprenden modificaciones externas e internas:

a) Cambios en el exterior del cuerpo

Durante la pubertad, la cabeza crece con lentitud en comparación con el resto del cuerpo; la frente se hace más alta y más ancha, y la nariz crece con rapidez. La boca se ensancha y la mandíbula se hace más prominente.

La línea de la cintura desciende por debajo de la mitad del tronco y se ensanchan los hombros (más en los varones) y las caderas (más en las chicas). Las piernas se hacen más largas en relación con el tronco, y a medida que esto sucede, toman una conformación llamativa, que se debe a la acumulación de tejido adiposo (mujeres), y a la de músculos y tejido adiposo (varones). De igual forma ocurre con los brazos. Las manos y los pies llegan a su forma y tamaño maduros antes que los brazos y las piernas. SU crecimiento se completa 4 o 5 años antes de alcanzarse el máximo de estatura.

b) Cambios en el interior del cuerpo

Durante esta etapa, los órganos del aparato digestivo casi alcanzan su tamaño y forma maduros. En el aparato circulatorio se produce el aumento del tamaño del corazón y también la longitud y grosor de las paredes de los vasos sanguíneos. Como resultado del crecimiento de los pulmones, hay notables cambios en la respiración, que ahora es más pausada que en la infancia, aunque el volumen del aire inhalado y exhalado sea mayor

1.1.2 Desarrollo de las características sexuales primarias

Estos cambios se refieren a los propios órganos sexuales cuya función es la reproducción.

- a) *Órganos sexuales masculinos:* Comprenden los genitales externos e internos. Los que se hallan en el exterior del cuerpo son el pene y el escroto; mientras que los localizados en el interior son el conducto deferente, la próstata y la uretra. Cuando los órganos de reproducción están funcionalmente maduros, por lo general aparecen las poluciones nocturnas, que pueden ser causadas por un sueño de excitación sexual.
- b) *Órganos sexuales femeninos:* La parte más importante del aparato reproductor femenino son los ovarios. Los ovarios y el útero crecen con rapidez durante la pubertad y aunque los ovarios no llegan a su peso y tamaño maduros sino hasta los 20 o 21 años, la indicación de madurez sexual está dada por la menarquía.

1.1.3 Desarrollo de las características sexuales secundarias

Se refieren a aquellos aspectos físicos que dan una apariencia “femenina” a las mujeres y “masculina” a los varones.

a) *Mujeres:*

- Ensanchamiento de los hombros e incremento en la amplitud y redondez de las caderas, quedando así limitada la cintura, que da al tronco una forma similar a la de un reloj de arena
- Conformación definida de brazos y piernas debido principalmente al tejido adiposo
- Desarrollo del busto
- Vello púbico
- Vello axilar
- Vello facial sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y al borde del mentón
- Pilosidad en los miembros
- Cambio de voz de una tonalidad aguda a otra grave
- Cambios en el color y la textura de la piel

b) Hombres:

- Ensanchamiento de los hombros, debido a la presencia de músculos pesados, lo que da al tronco una conformación triangular
- Forma definida de brazos y piernas debido al desarrollo muscular
- Nudos o leves protuberancias alrededor de las tetillas
- Vello púbico que se extiende hasta los muslos
- Vello en las axilas
- Vello facial sobre el labio superior, a los costados y en la barbilla, y pelo en la región de la garganta
- Pilosidad en los miembros, el pecho y los hombros
- Cambios de voz
- Cambios en el color y la textura de la piel

En vista de que dichos cambios están estrechamente relacionados con cambios psicológicos, situación a la que se hacía referencia al inicio del capítulo, no puede describirse a esta etapa de la vida como una simple adaptación a las transformaciones corporales, sino como una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica con todas las consecuencias personales y sociales que ello implica.

1.2 Cambios psicológicos y sociales durante la adolescencia

La adolescencia es una etapa compleja, un fenómeno personal pero a la vez vinculado con los pares, que implica también una serie de cambios psicológicos, sumamente variados y en ocasiones difíciles de enfrentar (Martínez, 2000)

En un intento por lograr una mejor comprensión de esta etapa de la vida, Dulanto (2000) lo ha dividido en tres etapas que pueden superponerse entre sí:

1. - Adolescencia Temprana: Que abarca de los 12 a los 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria.

2. - Adolescencia Media: Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, y entonces equivale al periodo del bachillerato o a la educación media superior.

3. - Adolescencia Tardía o Fase de Resolución de la Adolescencia: Comprendida de los 18 a los 21 años, y corresponde a la educación universitaria casi por completo.

Durante la adolescencia temprana la preocupación principal gira en torno a los cambios rápidos que surgen en la constitución física y van delineando una nueva silueta corporal, lo que produce inquietud y dudas respecto de su índole normal o anormal.

En un intento por adquirir un poco de seguridad y tranquilidad, los jóvenes en esa subetapa, comparan sus cuerpos con los de otros compañeros y al mismo tiempo pasan mucho tiempo contemplándose, descubriéndose frente al espejo, y en otras prácticas, como el ensayo de diferentes personales y comportamientos; surge una curiosidad firme y creciente por saber acerca de la anatomía sexual y del tamaño normal de pechos, testículos y pene. De manera simultánea, aparece una ansiedad notoria en torno a las características y el significado de la menstruación, las poluciones nocturnas y la masturbación.

Asimismo, durante la adolescencia temprana la separación emocional respecto a los padres se inicia de manera causal e imprecisa más que como un propósito consciente; así, aparece el deseo de independencia, cuya búsqueda se da a partir de la oposición y la rebeldía principalmente contra la familia, ya que el adolescente adopta opiniones contrarias a las de sus padres (Cohen, Khan, Nathan, Tordjman y Verdaoux, 1983), aunque al mismo tiempo, esta sana distancia puede generarle sentimientos de inseguridad, soledad y cierta melancolía, pues le preocupa bastante ya no tener la confianza de los padres, así como de las dudas en torno a estos y otros adultos de los cuales dependía; lo anterior, lleva al adolescente a tener carácter irritable y humor cambiante, y con frecuencia se separa de los padres aunque los necesite y los quiera (Sileo, 2000)

Por otra parte, el adolescente se identifica con modelos que están fuera del ámbito familiar y descubre en su grupo de amigos o en un amigo íntimo, un fuerte apoyo para iniciar su aparición en el escenario social, realizar actividades comunes e intercambiar pensamientos, emociones, miedos y dudas respecto a la independencia económica, social y legal; la sexualidad, la seguridad, la individualidad, el reconocimiento y los proyectos de vida; lo que a su vez refleja su primera y a veces única opinión de conocer y vivir valores diferentes a los de su familia (Cohen, et.al. , 1983; Dulanto, 2000)

En la adolescencia media, la mayoría ha logrado la transformación completa de su silueta corporal, no obstante que la preocupación del cuerpo no desaparece del todo, lo que puede reconocerse en el esfuerzo por convertirse en una persona atractiva, así como en el cuidado esmerado para estar a la moda, escoger la ropa y ocuparse en el arreglo

personal, pues los jóvenes están conscientes de que la apariencia física es la mejor tarjeta de presentación.

Asimismo, el número de sentimientos y el deseo de compartirlos con los amigos se acentúan y crecen, puesto que el núcleo de pares del medio es básico para considerarse con valía y aceptación para ser reconocidos como individuos y como miembros de su grupo. Durante esta subetapa, la necesidad de identidad grupal es mayor y entonces se dan con facilidad y sin restricción las conversiones a la subcultura del grupo con el cual se vincula el adolescente, lo cual implica en ocasiones que acepten los valores y las prácticas de sus amigos sin cuestionarlos, lo que puede traer consigo algunos comportamientos de alto riesgo, en su afán por experimentar y conocer situaciones nuevas.

Al mismo tiempo aparece una disposición manifiesta hacia la relación social y afectiva de índole heterosexual, se dan los ensayos de noviazgo, citas, preferencias de pares de sexo opuesto y enamoramiento (Horrocks, 1990); y aunque al mismo tiempo, se siente inseguridad, vacilación, ambivalencia y desconfianza hacia el otro sexo, se da un gran progreso en el campo de las emociones: la capacidad para entender los sentimientos de otros; lo que a su vez permite que se acreciente el desarrollo de la identidad del adolescente (López, 2000)

Desde el punto de vista cognitivo, la capacidad de abstracción y razonamiento se amplía de manera notable; así como también el aumento de la facultad intelectual, y sobre todo de la creatividad en cualquiera de sus formas, lo que permite también que las pretensiones vacacionales se vuelvan más reales.

En esta época, el individuo adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia, tanto personal como académica, pues al mismo tiempo se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro, pero que a menudo carecen de interés inmediato (Horrocks, 1990)

En la adolescencia tardía, la preocupación por el cuerpo y la apariencia personal desaparecen del plano de los grandes problemas.

La autonomía e independencia personales están en vía de lograrse por completo, y por ello, la conducta conciliatoria con los padres y los adultos aparece y se manifiesta en una tendencia a la aceptación nueva del diálogo sereno y la atención hacia sugerencia y consejos. La mayor parte del tiempo, las relaciones con los padres son ya armónicas a pesar de la separación intensificada, pero el encuentro con la identidad también crece con

un claro sentido personal a partir de la concepción que el adolescente tiene de sí mismo y de su nueva forma de pensar y actuar.

En el área cognitiva, el desarrollo del pensamiento abstracto es cada vez más grande y permite a los jóvenes establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad, lo que los alienta para disfrutar de sus cualidades, destrezas y aptitudes; además, afirman y definen su vocación: la entienden ya como parte de su proyecto de vida.

La adolescencia tardía conlleva la aparición de la moral posconvencional; por tal razón, en esta etapa los valores de los jóvenes son ya el producto de una meditación, así como la expresión de ser de sí mismos y, en parte, del grupo al que pertenecen, lo que permite desarrollar sus propios ideales y aceptarse como persona en concordancia con estos ideales (Horrocks, 1990)

De igual forma, los jóvenes aprenden a tomar decisiones más asertivas, establecen perspectivas del futuro, confían más en sus planes y logran delinear su proyecto de vida con mayor firmeza.

Las relaciones con los pares todavía son vitales, pero de mayor número y más selectivas, íntimas y enriquecedoras; los adolescentes establecen nuevos lazos de amistad con adultos, formalizan sus compromisos afectivos con la facultad para reconocer, respetar y valorar al compañero, y aprenden que parte de la felicidad consiste en saber satisfacer al otro.

Al llegar a este periodo del proceso del desarrollo, el ser humano ya es capaz de autoimponerse e imponer limitaciones en sus relaciones y estilo de vida. También percibe, convencido, que la autoridad permite desarrollar la vida con libertad, posibilidades de realización y seguridad (Dulanto, 2000).

Resumiendo, en las tres subetapas, la inseguridad, angustia, inestabilidad, pasión y la gran capacidad para vincularse son actividades características del adolescente, pues por medio de estas él encuentra la motivación para crear y buscar la estabilidad perdida, con lo cual aparece la necesidad básica que define al adolescente: el afán de búsqueda de su propia identidad.

El adolescente con frecuencia se pregunta “¿quién soy?”. Y aun cuando no está seguro de lo que quiere ser, si sabe lo que no quiere ser: teme convertirse en alguien más del montón o en la imitación de una imagen, y eso provoca que se torne desobediente y rebelde, pues de esta forma experimenta un sentido de identidad y autonomía frente a sus padres (Hurlock, 1989; Rodríguez, 2000)

Es a través de la práctica de esta nueva experiencia existencial, que los adolescentes logran la formación de un autoconcepto, que les llevará a construir una autoestima y a descubrir un nuevo estilo de ser y hacer la vida, responsabilizándose de sí mismo y asumiendo tanto sus aciertos como sus errores dentro de un marco social (familia y sociedad) que lo contenga por medio de normas y límites claros (Amara, 2000).

Si bien la mayoría de los adolescentes responde a las exigencias y oportunidades de vida que le ofrece dicho marco social para realizarse de manera individual, algunos otros deben enfrentar, con o sin ayuda de sus familias, una serie de problemas que en ocasiones llegan a deteriorar o impedir su desarrollo normal.

1.3 Problemas a los que se enfrentan los adolescentes

Cada persona, a lo largo de su desarrollo, se enfrenta a diversas situaciones que en ocasiones se viven como problemáticas, pero pareciera ser que algunas de ellas son más frecuentes durante la adolescencia que en cualquier otro momento de la vida.

Tal afirmación no implica una asociación directa entre adolescencia y conductas desviadas o indeseables, sino más bien una manifestación, que aparece en algunos casos, de la complejidad de las transformaciones que se dan durante este período de la vida y de la dificultad o facilidad de cada persona para enfrentarlas (Hurlock, 1989).

De acuerdo con diversos autores (Flores, 1994; Lehalle, 1986; Lafarga, 2000; Fréjaville, 1977; Raich, 1994; Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas 2000), Farnè, Sebellico y Antonelli, 1995) algunos de los problemas a los cuales se enfrentan los adolescentes, son los siguientes:

a) Deserción escolar

Actualmente se observa que los estudiantes se retiran de la institución educativa antes de obtener su certificado escolar, esto como resultado de posibles problemas vocacionales (falta de interés por la escuela y las actividades que esta ofrece, dificultad para cumplir las exigencias que son generales para todos los alumnos, etc.) y / o sociales y psicológicos (problemas familiares o carencia de recursos económicos, baja autoestima, déficit de aptitudes, entre otros) (Flores, 1994)

b) Desarrollo de la identidad

El adolescente tiende a sentirse inseguro debido a que está viviendo situaciones totalmente nuevas, tratando de integrarlas con la que ya tenía; está pasando por emociones y sensaciones nuevas y aún no sabe como hacerles frente (Flores, 1994)

Al mismo tiempo que busca formas y modelos para consolidar su identificación con los papeles masculinos o femeninos propios, el adolescente empieza a sentirse incómodo con la dependencia que caracterizó su vida de niño (Lafarga, 2000)

c) Lograr la independencia de la familia.

La conciencia de poder generar la propia vida le despierta al adolescente una autosuficiencia creciente en todos los órdenes y una necesidad de valerse por sí mismo, formular juicios propios sobre los acontecimientos y tomar decisiones propias. Esta autosuficiencia emergente y nueva por lo general se acompaña de inseguridad y miedo. El adolescente, acostumbrado a depender de los adultos, experimenta una fuerte ansiedad al aventurarse por sí mismo en la vida. Por consiguiente, y para callar ese miedo, exagera actitudes de autosuficiencia, alardea y asume actitudes de rebeldía con la intención de consolidar una seguridad interior (Lafarga, 2000). Al mismo tiempo, afirma que existen en su vida experiencias que no le interesa que sean del conocimiento o aprobación de la familia, y una necesidad creciente de hacer valer sus derechos (Flores, 1994)

d) Problemas asociados a la maduración sexual

En ocasiones los adolescentes presentan problemas en este aspecto debido principalmente a que no han recibido una información adecuada, por parte de sus padres, respecto a los cambios, tanto físicos como psicológicos, que acompañarán este momento de su vida. Así, la información deficiente o distorsionada que adquieren proviene, en la mayor parte, de sus amigos o compañeros, lo que en ocasiones desarrolla su curiosidad o estimula la urgencia de experimentar vivencias sexuales solos o con otros adolescentes.

Dicha situación se ve agravada por la información que proporciona el medio que los rodea: películas, revistas, anuncios y que reduce la sexualidad a aspectos meramente biológicos. Lo anterior, en ocasiones los lleva a un ejercicio irresponsable de su sexualidad con consecuencias como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o los embarazos no deseados (Flores, 1994)

Cuando existe un embarazo no deseado, los adolescentes se ven abrumados por una serie de responsabilidades para las cuales no se sienten preparados, lo cual, esencialmente resulta una experiencia dramática para la adolescente, ya que suele ser rechazada por su familia, recibe poco o ningún apoyo de parte del padre del bebé, y en la mayoría de los casos debe abandonar sus estudios para conseguir un empleo marginal que apenas le permite obtener lo indispensable para subsistir. Adicionalmente, los hijos de padres adolescentes, en la mayoría de los casos, suelen ser niños prematuros y con

un peso inferior al promedio, y están más expuestos a enfermedades y complicaciones y suelen ser menos amados y aceptados, puesto que llegan en un momento en el cual sus padres no han alcanzado la madurez (Farnè y cols., 1995)

e) Depresión

Algunos adolescentes no saben como hacerle frente a todas las nuevas situaciones que está viviendo, y eso les provoca que se empiecen a sentir tristes, sin ánimos, con poco apetito, aislados de los demás (Flores, 1994). Una de esas situaciones, de acuerdo con Lehalle (1986) y Farnè, Sebenico y Antonelli, (1995) se refiere precisamente a la sensación de pérdida que experimenta el adolescente: pérdida de la persona o del objeto amados, de un estado anterior o de una situación ideal. Es decir, los adolescentes tienen dificultad para aceptar la pérdida de un afecto o de ciertas condiciones privilegiadas de su época infantil, incluyendo el hecho de que siempre había alguien para resolverles sus problemas. Tampoco saben encarar los conflictos propios de su edad, las inevitables dificultades con los padres, los problemas escolares ni las frustraciones amorosas. En algunos casos se sienten como si los hubieran abandonado, pues deben desprenderse de sus relaciones afectivas infantiles; tienen una imagen pobre de sí mismos, y al experimentar un sentimiento de ineptitud, no son capaces de actuar ante las circunstancias que deben enfrentar.

f) Trastornos alimentarios

Trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos, los más conocidos son la anorexia y la bulimia; que se desarrollan en gran medida como consecuencia de los valores culturales distorsionados relacionados con la belleza, el tamaño corporal y la identidad (Raich, 1994)

Las características centrales de la anorexia nerviosa son: la búsqueda fanática del peso más bajo posible; pérdida de peso de 15% o más; fobia al aumento de peso o a la obesidad; distorsión de la imagen corporal; amenorrea y negación, por parte de la persona que la padece (generalmente mujeres entre los 14 y los 18 años) de la gravedad de su desnutrición (Silber, 2000)

La bulimia consiste en una actitud compulsiva y de ansiedad vinculada con la ingestión de la comida; vómito provocado; uso y abuso de laxantes y purgativos y ejercicio físico, que en ocasiones es desmedido, y sin programación adecuada, y periodos de ayuno autoimpuestos por lapsos a capricho de quien la padece (Dulanto, 2000)

g) Ideación suicida y suicidio

La ideación suicida es más frecuente que el intento real de terminar con la vida, y se asocia a factores tales como problemas familiares, pérdidas personales y consumo de drogas (Medina-Mora y cols., 2000)

Por su parte, Conger (1977; citado en Coleman, 1980; en Lehalle, 1986) hace referencia también a la presencia continuada de un humor depresivo, de perturbaciones respecto del sueño o de la alimentación, de un declive en los resultados escolares; de la separación gradual del grupos social y el aislamiento, la interrupción de la comunicación con los padres o con las personas importantes en la vida del adolescente y la presencia de intentos de suicidio anteriores como señales indicadoras de este problema. No obstante, que existen diferencias entre ambas en cuanto al sexo al que pertenezca el adolescente: los intentos de suicidio son mucho más numerosos entre las chicas que entre los chicos (Lehalle, 1986)

h) Conductas antisociales

El comportamiento antisocial de algunos adolescentes se atribuye a un conjunto de causas, que comprende la personalidad de cada uno, su familia y el ambiente en el que vive. En general puede decirse que los adolescentes que cometen este tipo de conductas tienen un carácter extrovertido, egocéntrico, poco cooperativo, impulsivo y siempre dispuesto a procurar la satisfacción inmediata de sus deseos.

En sus familias se observa un gran número de trastornos físicos y emocionales, casos de criminalidad, de alcoholismo y desacuerdos conyugales, lo cual impide que el adolescente se identifique con algún modelo que merezca ser imitado. Además tienden a manifestar una escasa adaptación a la sociedad y al trabajo o la escuela debido a que se sienten incompetentes, faltos de identidad e inciertos acerca de su propia función (Farnè y cols., 1995)

i) Consumo o abuso de drogas

En estos años de crisis de identidad, algunos adolescentes recurren a las drogas como respuesta inmediata a sus problemas, y al tiempo que ponen en riesgo su salud física y psicológica, fracasan en su intento de resolverlos.

Dicho consumo y/o abuso se incrementa no solamente por esta crisis de identidad, sino también por la publicidad que lo incita (sobre todo cuando se habla de drogas legales) y, en palabras de Fréjaville (1977; en Lahalle, 1986) por el aburrimiento, la desvalorización o sobrevaloración de los padres, la “dependencia” respecto a un grupo y el consiguiente deseo de pertenencia al mismo y la necesidad de ver satisfechos los

deseos de manera inmediata. Situaciones de las cuales se hablará con mayor precisión más adelante, en la sección correspondiente a factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

Como puede verse, la adolescencia es una etapa crítica en la vida del ser humano que requiere de la puesta en marcha de diversas habilidades adquiridas por la persona a lo largo de su vida, las cuales le permiten establecer un estilo de vida saludable y enfrentar los riesgos de manera adecuada, sin recurrir al uso de drogas y / o de alcohol como vía de escape.

CAPITULO 2: ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE DROGAS

Como se ha señalado, la adolescencia es una etapa crucial en la cual se consolida la personalidad y la individualidad de las personas y el momento en el cual suele tomarse la decisión de experimentar o no con drogas (López y Pérez, 2006)

Dentro de los aspectos que distinguen a los adolescentes se encuentran: demasiada energía, inquietud por conocer y explorar nuevas cosas; rebeldía, principalmente contra la autoridad y el sistema, búsqueda de espacios de creación y recreación, invención de medios de expresión, descubrimiento de su identidad y sentido de pertenencia a un grupo (Solís, Sánchez y Cortés, 2003)

Estas características en ocasiones colocan a los jóvenes en diversas situaciones de riesgo que se analizarán más adelante, y que los hacen más vulnerables al consumo (uso y / o abuso) de drogas.

El consumo de drogas, y más precisamente la drogadicción, es un problema social y de salud pública que puede afectar a cualquier persona en cualquier momento de su vida, aunque es importante agregar que la población que se encuentra en mayor riesgo de iniciarlo, es precisamente aquella cuya edad oscila entre los 10 y los 18 años; es decir, la preadolescencia y la adolescencia (Alcántara, Reyes y Cruz, 2003)

Podría pensarse que el consumo de drogas es un fenómeno de reciente aparición, sin embargo, es muy antiguo, pues el hombre, de distintas maneras, ha experimentado con ellas durante miles de años con el fin de escapar de la realidad o de divertirse, y también para alcanzar la iluminación espiritual, realizar ceremonias y rituales, y con propósitos curativos.

2.1 Conceptos básicos

Anteriormente las drogas eran naturales y se obtenían generalmente de las plantas. Hoy existen también existen drogas sintéticas o de diseño, es decir, aquellas que son fabricadas en un laboratorio (Adolescentes y Drogas, s/f)

Pero entonces, ¿qué es una droga?

Al hablar de **droga o drogas**, se hace referencia a cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (esnifada, inyectada, tragada, fumada, tragada o inhalada), tiene capacidad para alterar ciertas funciones corporales, sensaciones, estados de ánimo o percepciones sensoriales (Op. cit.)

El uso regular de las drogas puede generar procesos como la tolerancia y la dependencia.

La **tolerancia** se define como una adaptación, por parte del organismo a la presencia regular de la sustancia, lo cual provoca una necesidad de consumir mayores cantidades de la misma para producir los mismos efectos (Solís, et. al., 2003)

La **dependencia** se presenta cuando la persona necesita consumir la sustancia de que se trate para no experimentar síntomas de abstinencia (dependencia física) y / o para afrontar la vida cotidiana (Robles, 2001)

El **síndrome de abstinencia** se refiere a los síntomas desagradables padecidos por una persona adicta cuando deja de consumir la droga (Stoppard, 2000)

Estos conceptos son básicos para entender la complejidad que representa el consumo de drogas, y asimismo para responder una pregunta importante: ¿todos los consumidores de drogas son adictos?

Es muy importante establecer una diferencia entre los tipos de consumidores que existen.

De acuerdo a Solís, Sánchez y Cortés (2003), los consumidores de drogas pueden clasificarse en dos categorías.

Por una parte están los **consumidores de uso**, que se subdividen en dos:

- *Experimentadores*: Son aquellas personas que utilizan las drogas en una sola ocasión para satisfacer su curiosidad
- *Sociales u ocasionales*: Las personas que consumen drogas sólo cuando están en un grupo o para hacer frente a una situación esporádica

Los **consumidores de abuso** se clasifican en:

- *Funcionales*: Son aquellos que necesitan usar drogas para funcionar en sociedad. No pueden realizar ninguna actividad si no las consumen, y presentan trastornos cuando no las ingieren.
- *Disfuncionales*: Aquellas personas que han dejado de funcionar en la sociedad, toda su vida gira en torno a las drogas y sólo se dedican a conseguirlas y consumirlas

Cabe aclarar que mientras a una persona no se le diagnostique una dependencia (tolerancia, síndrome de abstinencia y un deseo compulsivo de autoadministrarse la droga), no puede hablarse de drogadicción.

Por consiguiente, la drogadicción se refiere a la condición del que necesita consumir drogas a diario para sobrevivir (Stoppard, 2000)

Esta definición de drogadicción permite decir que se habla, ante todo de una enfermedad, y adicionalmente, de un problema social; lo primero porque afecta directamente la salud física y mental de las personas al generar daños orgánicos, empeorar la calidad de vida y limitar el desarrollo de metas personales y profesionales. Y lo segundo debido a que provoca una serie de problemas que no sólo afectan a quien se droga, si no también a los familiares, amigos y a las personas que lo (la) rodean; además dificulta las relaciones interpersonales saludables (respeto, comunicación, confianza); incrementa el riesgo de tener accidentes y / o cometer actos delictivos y agrava la economía personal o familiar (Alcántara, Reyes y Cruz, 2003)

El hablar de drogadicción como una enfermedad nos lleva a la identificación de sus causas o antecedentes (factores de riesgo) que pueden variar de sujeto a sujeto; y también de la posibilidad de prevenirla mediante el desarrollo de ciertas habilidades o conductas saludables (factores de protección); mismos que serán descritos a continuación.

2.2 Factores de Riesgo

Aun cuando el riesgo de experimentar problemas relacionados con las drogas es una realidad latente para un gran porcentaje de la población, particularmente jóvenes, no puede hablarse de un estereotipo de consumidor o de una relación directa adolescencia / consumo de drogas, y ni siquiera afirmarse que todas las personas tienen el mismo nivel de riesgo para iniciar esta conducta (Pérez, 2000; Elizondo, 2004)

De acuerdo con Pérez (2000), cada persona está en un determinado “nivel de riesgo”, que depende de la interacción dinámica de varios factores que lo predisponen o incitan al uso y / o abuso de drogas.

Este autor retoma la clasificación propuesta por el Instituto para el Estudio de las Adicciones para referirse a estos niveles de riesgo, divididos de la siguiente forma:

- 1) Sin riesgo. Implica que el individuo no está expuesto a factores de riesgo que puedan provocarle una problemática significativa; o bien, en el caso de estar expuesto, éstos no están influyendo de manera determinante en él; probablemente por la presencia de “resistencias” o “factores protectores”

- 2) Bajo riesgo o moderado. La persona ya manifiesta algunas problemáticas, puede estar experimentando algunos problemas familiares o escolares, o consumir esporádicamente tabaco o alcohol.
- 3) Alto riesgo. Tiene alto riesgo de experimentar problemas a causa de otros factores de riesgo personales, ambientales o familiares

Al hablar de factores que aparecen antes de que se inicie el consumo de drogas, se hace referencia a *factores de riesgo*, definidos como los atributos, o características individuales, condición situacional y / o contexto ambiente que incrementan la posibilidad del uso y / o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992; en Guía Técnica de Información Preventiva, CIJ, 2003)

Dichos factores tienen un efecto acumulativo; es decir, entre más factores de riesgo afecten a una persona, mayor será la probabilidad de que consuma drogas (Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986; en Kar, 1999)

De acuerdo con Kar (1999), los factores de riesgo se pueden dividir en cinco categorías:

- 1) Influencias sociales a favor de las drogas
- 2) Creencias y actitudes a favor de las drogas
- 3) Lazos familiares débiles y supervisión paterna inadecuada
- 4) Falta de interés por la escuela y pobre desempeño escolar
- 5) Conducta desviada previa

2.2.1 Influencias sociales a favor de las drogas (padres, amigos, hermanos)

La familia es el grupo donde los seres humanos adquieren patrones de conducta que pueden inhibir o promover el consumo de drogas en sus integrantes, ya que es el primer órgano de modelado, aprendizaje y socialización (Díaz – Barriga, Alcántara, Reyes y Cruz, 2003; Otero – López, 2001)

Por ello, si los padres realizan actividades desviadas, como el consumo de drogas, sus hijos tendrán una mayor probabilidad de imitarla, pues sirven como modelo para su propio comportamiento (Díaz – Barriga, et.al., 2003)

De acuerdo con Otero – López y cols. (2001) la mayor asociación entre el consumo del padre y del hijo corresponde al consumo de la misma sustancia, y el

consumo de tranquilizantes de la madre se asocia, de forma importante, con todo tipo de consumo adolescente.

Esto significa que lo que los hijos aprenden no es únicamente el consumo de una sustancia concreta, si no también la legitimidad de consumir sustancias que alteran el estado físico y /o psíquico del organismo.

Posteriormente, y a medida que el individuo alcanza cierto grado de madurez, que le estimula a incrementar su grado de interacciones fuera del marco familiar, el grupo de amigos adquiere un papel muy importante como elemento socializador, de aquí la importancia del tipo de amigos por los que se rodea el adolescente (Otero – López, et.al., 2001; Ham y Tapia, 1988)

La influencia de los pares se hace más importante, precisamente en la transición de la escuela primaria a la secundaria, de esta a la preparatoria, y de la preparatoria a la universidad (Berndt, 1979; Kandel, 1985; Krosnick y Judd, 1982; Silverberg y Gondoli, 1996; en Kar, 1999; Elizondo, 2004), ya que predispone de forma consistente para iniciar un consumo de drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Massün, 1991)

En palabras de Otero – López (2001), el porque del grupo de pares adquiere tanta importancia en la conducta adolescente, se debe a:

- La relativa posición de igualdad del sujeto con respecto al resto de los componentes del grupo.
- La homogeneidad o similitud de intereses, conductas, e incluso, edades
- La conformidad, apoyada por el hecho de que la pertenencia al mismo ha sido elegida por el sujeto.

2.2.2 Creencias y actitudes a favor de las drogas

La creencia acerca de que el consumo de drogas no provoca consecuencias graves, ni causa daños importantes, es un fuerte predictor acerca del uso de drogas durante la adolescencia (Kar, 1999)

Dichas creencias se hacen más marcadas a medida que los niños maduran, están expuestos a la influencia de personas que las consuman o ellos mismos las usan y por consiguiente consideran esta actitud como favorable y efectiva para socializar, divertirse y resolver problemas (Díaz – Barriga, et.al., 2003)

Además, para algunos adolescentes las emociones fuertes y las sensaciones intensas son una fuente de satisfacción muy importante; por lo tanto, los sucesos o las

acciones que provocan este tipo de experiencias se incorporan a sus vidas, satisfaciendo así su curiosidad e impulsándolos a seguir buscando más estímulos gratificantes e “inofensivos” (Díaz – Barriga, op.cit.)

De acuerdo con Elizondo (2004) a muchas personas les parece de lo más normal que los adolescentes consuman cigarrillos y alcohol, pues todo el mundo lo hace, e incluso, hay familias en las que esta situación, aunque sea grave, se niega o se acepta de manera disimulada.

Sin embargo, aun cuando el consumo de estas drogas sea legal y aparentemente inofensivo, en muchos casos significa la puerta de entrada hacia el consumo de las drogas ilícitas (Pérez, 2000; Elizondo, 2004)

2.2.3 Lazos familiares débiles y supervisión paterna inadecuada

De acuerdo con Hawkins, et.al (1992), la falta de involucramiento de los padres con los hijos, provoca lazos familiares y prácticas de organización débiles e inconsistentes.

Las relaciones afectivas entre padres e hijos juegan un papel importante en el desarrollo cognitivo y social del individuo, y en consecuencia, promueven la integración del sujeto en la sociedad convencional. En este sentido, la falta de vínculos afectivos en la familia incrementa la probabilidad de conducta desviada del hijo.

Dichos vínculos empiezan a consolidarse a partir del tipo de relaciones que se establecen entre los padres.

Si las relaciones entre los padres están presididas por características disfuncionales (hostilidad, ausencia de comunicación), éstas debilitan su autoridad ante los hijos, haciendo más difícil la tarea de socialización.

Por su parte, los hijos pueden percibir a sus padres como ajenos o lejanos, sentirse fuera de sus actividades o proyecto de vida, e inclusive, que no deseen comunicarse con ellos, ya sea porque no existe confianza, o porque la relación se ha caracterizado por la violencia, manifestada por medio del maltrato físico (golpes, violación) y / o psicológico (gritos, insultos, amenazas) (Díaz – Barriga, op.cit; Otero – López, op.cit)

A lo anterior también puede agregarse el tipo de educación que reciben los adolescentes, que invariablemente influirá en sus actitudes y conducta, tanto dentro como fuera de la familia.

En opinión de Otero – López (2001), las técnicas disciplinarias y las sanciones utilizadas por los padres constituyen el principal mecanismo a través del cual se promueve la creación en el hijo de los controles internos que posteriormente, y aun en

ausencia de control externo, le permitirán dirigir su conducta de un modo socialmente aceptable.

Conger (1980; en Ham y Tapia, 1988) argumenta que el adolescente que ha sido educado autoritariamente, puede convertirse en un adicto si su actitud es de rebeldía ante la familia a la que estuvo tanto tiempo sometido. Los adolescentes consumidores de drogas que han vivido en un ambiente de sometimiento por parte de sus padres, suelen experimentar sensaciones de no ser amados por ellos y de ser tratados con indiferencia y hostilidad.

Por otro lado, el adolescente que crece en un ambiente familiar en el que los padres tienen un carácter inseguro o son excesivamente indulgentes o incapaces de afirmar su papel de manera clara, también experimenta inseguridad, pues no existe claridad en cuanto a las reglas familiares o éstas son inconsistentes (Hawkins, op.cit.; Díaz – Barriga, op.cit.; Otero – López y cols., 2001)

2.2.4 Falta de interés por la escuela y pobre desempeño escolar

La escuela es una institución que permite a los adolescentes desarrollarse en el ámbito individual y social. Es en este contexto donde el adolescente logrará cierta independencia de la familia e integrará nuevas pautas comportamentales y relacionales, pero también en el cual se verá expuesto, sobre todo por la influencia de los pares (imitación y / o presión del grupo) a iniciar un consumo de drogas (Otero – López, 2001; Mendoza, 1995; en Pérez, 2000)

Asimismo, se ha demostrado que el uso de drogas en adolescentes se relaciona con la dificultad para adherirse a la escuela en tanto instancia formativa y “estructurante”, responsable no sólo de la transmisión de conocimientos, si no también de la reproducción de valores, actitudes, habilidades sociales, hábitos y estilos de vida (Guerra y Arellanez, 1999)

Hawkins, et.al (1992) sostienen que, en general, los estudiantes que muestran poco interés por la escuela y su asistencia a la misma responde más bien al deseo de buscar nuevos amigos, presentan un mayor riesgo de manifestar problemas durante la adolescencia. Señalan que entre las diversas variables que pueden aumentar el riesgo del adolescente frente al uso de drogas, figuran el bajo rendimiento académico y un desempeño deficiente en actividades escolares.

Por su parte Elzo, Ayestarán, Serrato, García y González (1992; en Guerra y Arellanez, 1999) y Otero – López (2001), mencionan que quienes perciben que su

desarrollo escolar es limitado, desarrollan mayor grado de insatisfacción, de distancia en relación con las normas escolares, de dificultad para identificarse con figuras adultas y de búsqueda de un grupo de pares que los acoja.

De igual manera, se ven afectados de un mayor aislamiento social y de la ausencia de un proyecto escolar y de vida.

2.2.5 Conducta desviada previa

En las familias se espera que los niños y adolescentes se comporten o sean de determinada forma, y para ello se establecen principios y normas de acción que favorecen su desarrollo y les indican que comportamientos son aceptables y cuales no (Díaz – Barriga, et.al., 2003)

Sin embargo, puede darse el caso de que las agresiones verbales y físicas, actos de vandalismo, robos a pequeña escala, consumo de distintas sustancias, configuren un patrón conductual característico de algunos adolescentes (Otero – López, 2001)

La agresión es un comportamiento aprendido que por lo general se adquiere en las primeras etapas de desarrollo de la niñez debido a la existencia de ciertas condiciones que la provocan.

En algún momento de su desarrollo, predispuesto por experiencias previas y aprendizaje de conductas violentas, o por haber tenido una crianza inadecuada, el adolescente debe haber aprendido a resolver sus problemas interpersonales, a liberar su frustración y a adquirir objetos materiales mediante el uso de la violencia. En esta etapa de su desarrollo el adolescente violento debe haber sido testigo de este comportamiento en su hogar, en el barrio, en la escuela o en la televisión; también debe haber visto la aprobación y el reconocimiento de dicha conducta; probablemente también haya tenido intenciones de llevar a cabo conductas violentas o fue recompensado cuando esto ocurrió (Eron, 2002)

De igual forma, la disciplina incorrecta y la supervisión inadecuada provocan un comportamiento antisocial en los jóvenes: cuando los niños son expuestos a modelos de comportamiento agresivo, se intensificarán sus niveles de agresión; por ejemplo, el castigo físico inflingido por los padres muchas veces sirve como modelo para una futura agresión por parte del mismo.

2.3 Factores de Protección

Ante la creciente magnitud del uso de drogas y la agudización de situaciones de riesgo a las que se enfrentan los niños y los adolescentes, es importante entender como muchos de ellos logran desarrollar mecanismos protectores (Pérez, 2000)

Cuando se conjugan algunos o varios de los factores mencionados en el apartado anterior, suelen establecerse situaciones de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar patrones conductuales disfuncionales o desviados, sin embargo, también es muy notorio el hecho de que niños y adolescentes inmersos en dichas situaciones logran sobreponerse al efecto negativo de la exposición a tales factores, preservándose del abuso de alcohol y tabaco y del consumo de otras sustancias, y llegando incluso a alcanzar un alto nivel de competencia social, autonomía y logro; es decir, son “resistentes o resilientes” (Pérez, 2001)

Actualmente, los factores de protección se estudian sustentándose, precisamente, en investigaciones acerca del concepto de resiliencia.

Dicho término se refiere a la habilidad que tiene un sujeto para ajustarse y adaptarse a los cambios, demandas, desilusiones y eventos altamente estresantes, de manera positiva, lo que a su vez le permite copiar conductas pasadas y le dan fortaleza para ajustar o manejar adversidades, realizando los cambios necesarios de acuerdo a las circunstancias (Gómez, 2000)

De acuerdo con Pérez (2001), algunas de las características generales de la resiliencia son:

- Es resultado de la interacción entre el individuo o sistema y su medio
- Aparece como la habilidad de enfrentar eficaz y adecuadamente situaciones adversas y eventos traumáticos, además del desarrollo del potencial de ajuste individual o del sistema
- Es dinámica; varía a lo largo del tiempo de acuerdo a las circunstancias, con el desarrollo del individuo o del sistema y con la calidad de los estímulos a los que están expuestos
- Para nutrirse y fortalecerse requiere del apoyo social y de la disponibilidad de recursos, oportunidades y alternativas de ajuste como factores protectores
- Si bien la resiliencia comprende una serie de características y habilidades de ajuste propias del individuo o sistema, solo llega a evidenciarse en situaciones adversas o de riesgo específicas.

Los **factores de protección**, componentes fundamentales de la resiliencia, a los cuales se hará referencia a continuación, son definidos como: *atributos o características individuales, condición situacional y / o contexto ambiente que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso y / o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas* (Clayton, 1992; en Guía Técnica de Información Preventiva, CIJ, 2003)

Dichos factores, al igual que los factores de riesgo, no suelen presentarse de forma aislada, si no que en la realidad interactúan, se complementan o incluso unos comprenden a otros. Por ejemplo, para la toma de decisiones con respecto al consumo de drogas o ciertos valores sociales. También ocurre que favoreciendo la competencia individual para la interacción social que capacita para la autoafirmación, se repercute en el autoconcepto y la autoestima (s/autor, www.monografias.com/trabajos13/ladrogcc/ladrogcc.shtml)

De acuerdo con diversos autores, los principales factores de protección son los siguientes:

2.3.1 Autoestima

Se refiere a la valoración que el individuo hace de si mismo; indica hasta que punto la persona se cree capaz, importante y competente. Es decir, la autoestima es la apreciación negativa o positiva que se tiene de uno mismo.

Aquellas personas que muestran una autoestima óptima, reflejan mayor seguridad en las acciones de su vida cotidiana.

De acuerdo con Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas (1995) la autoestima es propiciada desde el nacimiento, ya que el hecho de que el niño o la niña se sientan queridos por sus padres, le va a dar la posibilidad de adquirir las bases que necesita para tener una autoestima adecuada que le permita sentirse apto (a) para la vida.

Por el contrario, una autoestima inadecuada lo (la) puede hacer percibirse como un ser inepto para enfrentarse al futuro.

Los padres deben creer en sus hijos y producir en ellos las convicciones de que lo que hacen tiene un significado, lo cual se logra a través de la empatía. O sea, percibir las necesidades del otro y responder adecuadamente de tal manera que el niño se sienta realmente comprendido.

Las necesidades a que se hace referencia se relacionan con la satisfacción de necesidades básicas y de crecimiento personal, las cuales, de acuerdo con Solís et.al. (2003), se explican de la siguiente forma:

Necesidades básicas:

- *Fisiológicas:* La satisfacción del hambre, la sed, el descanso, el sueño, etc. son requerimientos vitales del organismo para que funcione adecuadamente
- *De seguridad:* Se relacionan con la integridad personal, contar con sistemas de justicia que proteja al individuo, con trabajo para obtener los recursos económicos para cubrir los satisfactores de casa, educación y sustento.
- *De pertenencia:* La necesidad de afecto y solidaridad a través de la integración a grupos, comunidades o clubes que den a las personas identidad y aceptación de los otros.
- *De reconocimiento:* El valor que los otros proporcionan a un individuo y el lugar en que lo ubican, por ejemplo: el más popular, estudioso, inteligente, etc.

Las **necesidades de crecimiento** comprenden:

- **Auto-realización:** Es el comportamiento que algunas personas tienen en cuanto se muestran más autónomas en sus acciones; los individuos realizados se sienten gratificados y con deseos de realizar sus mayores objetivos a través del esfuerzo, la creatividad y el trabajo.
- **Autoconocimiento:** Es el conjunto de habilidades, expresiones y manifestaciones, que nos permite saber el porqué de las propias acciones y sentimientos. Cuando alguien tiene conocimiento de sus cualidades logra tener una personalidad estable.
- **Autoconcepto:** Es la imagen que cada uno percibe de su persona y que se refleja en la conducta; por ejemplo: el participativo, el tímido, la inteligente, etc.
- **Autoevaluación:** Es el análisis personal de las situaciones y acontecimientos, ya sean positivos o negativos; por ejemplo, que un adolescente tome una decisión que sea de su agrado, misma que le trajo

situaciones positivas que le satisfacen y le permiten un crecimiento y aprendizaje constante.

- **Autoaceptación:** Es el reconocimiento integral de cada quien: la forma de ser y sentir. Por ejemplo, cuando alguien se acepta con sus virtudes y defectos, no le afectan las críticas de los demás.
- **Autorrespeto:** Tiene que ver con la forma en que una persona satisface sus necesidades personales, tomando en cuenta sus principios y valores, de tal manera que pueda expresar libremente sus emociones y sentimientos, sin sentir culpa por la forma en que piensa o actúa.

La autoestima pues, permite a los individuos contar con capacidad, seguridad y firmeza para identificar las situaciones que le benefician o le perjudican. La persona con una autoestima adecuada sabe que el consumo de cualquier sustancia (alcohol, tabaco u otras drogas) puede provocarle daños tanto físicos como emocionales.

2.3.2 Apego Escolar

El apego escolar es un concepto que se utiliza para explicar el proceso de permanencia y asistencia a la escuela, independientemente del grado que se curse. La asistencia a la escuela no sólo implica aprobar las materias, sino también poner en práctica, desarrollar o fortalecer las habilidades de cada persona, además de motivar el interés y la creatividad (Solís, et.al, 2003; Hawkins, et.al, 1992)

Diversos autores coinciden en que un adecuado y exitoso desempeño escolar constituye un factor determinante para el desarrollo del sujeto en otros campos de su vida (Berrueta – Clement, 1984; Brophy y God, 1986; en Guerra y Arellanez, 2000)

Por consiguiente, la existencia de un clima social de aceptación y apoyo en la escuela, la participación activa de los alumnos en el aprendizaje y en la construcción de significados, así como la motivación intrínseca por el estudio, favorecen la identificación de los alumnos con la comunidad escolar; la satisfacción de sus necesidades de pertenencia, autonomía y competencia; un mejor desempeño académico, y la disminución de trastornos de conducta y del consumo de sustancias (Watson, Battistich y Solomon, 1997; op.cit)

De acuerdo con Soriano (1990), el consumo de drogas es menor entre los jóvenes que asisten a la escuela. Añade que los estudiantes no solo están más protegidos contra

el uso de drogas, sino que este se relaciona, ya sea como causa o efecto, con la deserción escolar.

Lo anterior indica que un bajo apego escolar constituye un factor de riesgo y que, por el contrario, una alta adherencia puede actuar como factor protector.

Por ello es necesario identificar algunos de los componentes que contribuyen al desarrollo de mayor adherencia o apego escolar.

En primer lugar, se ha destacado que el apego escolar guarda estrecha relación con el rendimiento académico; esto es, con el grado de aprovechamiento medido en las calificaciones obtenidas mediante la aplicación de una prueba (Matus, 1992)

El rendimiento escolar se halla vinculado principalmente con los recursos y habilidades de los estudiantes para responder a los requerimientos académicos, es decir, con las estrategias o los hábitos de estudio (Negrete y Reyes, 1988)

El tiempo dedicado a estudiar en casa no solo incide positivamente en el nivel de aprovechamiento (Simmons y Leigh, 1980; López, 1986; en Guerra y Arellanez, 2000), sino que refleja el interés del alumno por el estudio y su compromiso de logro, factores que igualmente se han señalado como predictores del éxito académico.

Además, la adherencia escolar depende también de factores motivacionales, de personalidad y conductuales, así como de la calidad de las relaciones interpersonales en la escuela. Así, Quesada sostiene que el autoconcepto y la motivación para el estudio (entendida como el compromiso propositivo del alumno para dominar sus materias escolares) representan un predictor del desempeño escolar incluso más importante que la inteligencia.

2.3.3 Habilidades Sociales

Las relaciones interpersonales son una parte muy importante de la actividad humana, puesto que prácticamente todas nuestras horas de vigilia las pasamos en una u otra forma de interacción social, ya sea de persona a persona o en grupos, al menos en parte, por la gama de nuestras habilidades sociales.

El término **habilidades sociales** hace referencia al conjunto de conductas exitosas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de modo adecuado a la situación respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Flores, 1994)

A partir de ello se entiende a las habilidades sociales como estrategias socialmente aprendidas y con una funcionalidad específica, ya que capacitan al adolescente para resolver conflictos interpersonales, potenciar las relaciones con los demás, comunicarse de forma asertiva y resolver problemas (Flores, 1994; Otero - López, 2000)

Los elementos que conforman a las habilidades sociales son:

a) Comunicación verbal y no verbal

En un primer momento, es necesario reconocer la importancia de la comunicación como un proceso de relación interpersonal que se establece entre dos o más personas en el marco de secuencias de comportamiento, verbal y no verbal, con el objetivo de transmitir o intercambiar información

El comportamiento o la comunicación no verbal se refieren a: la forma de mirarse, de sentarse y acercarse a alguna persona; del tono de voz y de la actitud al hablar con alguien más.

Por otra parte, la comunicación verbal es un instrumento muy útil para precisar acuerdos, indagar expectativas e intereses y facilitar el establecimiento y mantenimiento de una relación saludable con los otros.

El hecho de ser hábil para comunicarse, aleja al adolescente de los riesgos de la manipulación o de la influencia negativa de otros; por consiguiente, de acuerdo con Pick, et.al. (1992), para hacerle frente es necesario:

- *Clarificar los propios deseos e intereses

- *Expresar verbalmente de manera clara, abierta y directa (ser asertivo), los sentimientos, ideas y expectativas

- *Establecer acuerdos de manera verbal

- *Respetar, actuando de acuerdo con los sentimientos, ideas y expectativas de uno mismo, pero tomando en cuenta los sentimientos, ideas y expectativas del otro

- *Anticiparse a las situaciones

- *Hablar y llegar acuerdos antes de actuar

Dada la importancia de que el adolescente neutralice dicha influencia o manipulación, es también importante que conozca y utilice distintas formas de decir “no” (negarse abiertamente, dar una excusa, cambiar de tema, técnica del disco rayado, retirarse de la situación, etc.) (Otero - López, 2001; Rojas, 1998)

b) Resolución de problemas

En el transcurso de la adolescencia, el sujeto se encuentra con múltiples y variadas situaciones ante las que se deben tomar decisiones. En ocasiones las decisiones se refieren a dilemas importantes, mientras que en otros casos tienen una naturaleza más trivial. No obstante, son muchos los factores que alteran, de manera notable, esta capacidad de resolución de problemas (baja autoestima, presión ejercida por los amigos, conflictos familiares, etc.)

Por consiguiente, el entrenamiento en resolución de problemas trata de ayudar a los adolescentes a definirlos de un modo realista para, a continuación, buscar la mejor solución.

Para ello, de acuerdo con Pollard, Anders, Cardona, Delgado, Benell, Hernández-Alarcón, Lara, Catano, Martínez, Nieves-Blas, Olivares, Pina, Redondo-Churchward () y Otero - López (2001), se trata de reseñar el conjunto de situaciones valoradas por el adolescente como problemáticas, de la siguiente forma:

- a) Delimitar el problema (¿cuando sucede?, ¿con quien estoy?, ¿donde estoy?)
- b) Elaborar una lista de posibles soluciones
- c) Analizar las posibles consecuencias de la puesta en marcha de cada una de las alternativas planteadas
- d) Escoger una de las soluciones y llevarla a cabo

En suma, al potenciar esta capacidad se potenciará asimismo la racionalidad en sus repuestas conductuales, el autocontrol y la autonomía, es decir, se logrará un mayor ajuste social.

c) Afrontar las emociones negativas

Otro aspecto importante dentro de las habilidades sociales es que el adolescente aprenda estrategias que faciliten el manejo de distintos tipos de emociones negativas que con frecuencia experimentan.

Lo que se pretende con esto es que el adolescente llegue a considerar las emociones como uno de los fenómenos psicológicos de mayor importancia en la vida de las personas; que compruebe la naturaleza y alcance de la relación pensamientos – emociones y conducta y, por último, que disponga de “herramientas” útiles para hacer frente a distintos tipos de emociones negativas, adoptando tanto respuestas cognitivas como emocionales adaptativas que promuevan una actitud positiva y activa ante las mismas.

d) Asertividad

Poder comunicarse de manera directa y clara es una habilidad que puede ser aprendida a través de un entrenamiento. Uno de los componentes de la comunicación clara y abierta es la asertividad (Pick, et.al, 1995)

La asertividad, se define como la habilidad para transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa que tiene como meta lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario (Rojas, 1998. Manual de "Taller de Habilidades Sociales I, Asertividad")

Por consiguiente, la asertividad permite habilitar cotidianamente un estilo de comunicación que fortalece una convivencia sana, sin recurrir a situaciones riesgosas para expresar las ideas, como es rechazar el consumo de drogas con los amigos, es un estilo de comunicación que funciona como "mediador" entre dos o varias personas, cuyo propósito es que prevalezca el respeto por las ideas de cada parte, aun cuando no se esté de acuerdo con ellas.

De acuerdo con Romero, García, Arteaga, Flores y Vega (2006), la conducta asertiva implica una serie de conductas y, en relación con las metas que se propone la persona, comprende lo siguiente:

Metas:

- a) Comunicación
- b) Mutualidad: Dar y recibir respeto, pedir "juego limpio", llegar a acuerdos

Implica:

- a) Defender los derechos propios y, por lo tanto, actuar responsablemente
- b) Expresar pensamientos, sentimientos y creencias de forma directa
- c) Actuar de tal manera que no viole los derechos de los demás

Mensaje:

- * "Esto es lo que YO PIENSO"
- * "Esto es lo que YO SIENTO"
- * "Así es como YO VEO la situación"

Por su parte Aguilar (1988), menciona que existen nueve componentes que conforman la estructura de una conducta asertiva.

- 1) *Respetarse a si mismo*: Concebirse como una persona que necesita cuidarse

- 2) *Respeto por los demás*: Reconocer a las personas que nos rodean como merecedores de ser tratados con respeto y dignidad
- 3) *Ser directo*: Implica garantizar que los mensajes transmitidos sean lo suficientemente claros, sencillos y precisos.
- 4) *Ser honesto*: Decir lo que verdaderamente se desea, piensa o siente
- 5) *Ser apropiado*: Para lograr una comunicación satisfactoria es necesario tomar en cuenta tanto lo que se dice o se escucha, como el tiempo y el contexto donde esto ocurre
- 6) *Control emocional*: Lograr un adecuado control emocional implica encauzar las emociones para que éstas no lleguen a niveles de intensidad que provoquen reacciones ineficientes.
- 7) *Saber decir*: Depende de lo que se quiera obtener al transmitir el mensaje.
- 8) *Saber escuchar*: Es un proceso activo que requiere de un esfuerzo para comprender lo que los demás quieren transmitir
- 9) *Ser positivo*: Significa reconocer e informar a los demás que nos damos cuenta que ellos también intentan beneficiar y ayudar a otros.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

Para llevar a cabo el estudio se utilizó un diseño pretest- postest, y las variables de estudio fueron: percepción de Riesgo y Factores de Riesgo y de Protección con que cuentan los participantes.

3.1 Participantes:

56 adolescentes (33 mujeres y 23 hombres) que cursan el tercer grado en Escuela Secundaria Oficial No. 130 “Nezahualcóyotl” del Municipio de Texcoco en el turno matutino, y cuyas edades oscilan entre los 13 y los 16 años. La muestra fue seleccionada aleatoriamente de entre los grupos de 3º. de esa Secundaria.

3.2 Instrumento:

Cuestionario de evaluación pretest-postest para población adolescente tomado de la Guía Técnica del Proyecto OPA (Orientación Preventiva para Adolescentes) elaborada por los Centros de Integración Juvenil, A.C. Dicho instrumento fue aplicado de manera piloto con población adolescente que acudía a escuelas secundarias del D. F., antes de ser aplicado por el personal operativo de los centros locales. Consta de 13 reactivos: 4 directos y 9 inversos, con cinco opciones de respuesta: Totalmente en desacuerdo, Desacuerdo, Indistinto, De acuerdo y Totalmente de acuerdo (Véase Anexo 1).

Las puntuaciones asignadas van desde 1 punto, hasta 5 puntos.

3.3 Procedimiento:

Para llevar a cabo el estudio, se solicitó por parte del DIF Texcoco, autorización a la Directora de la Secundaria Oficial # 130 “Nezahualcóyotl”, con el fin de realizar el presente taller preventivo con sus alumnos, presentándole la propuesta y el objetivo del trabajo, mismo que sería distinto a los talleres que se estaban llevando a cabo con el resto de la población que cursa el tercer grado en esa escuela (Véase anexo 2).

Una vez que se obtuvo la autorización, y la selección aleatoria de la muestra, la Directora de esta Secundaria informó a la Orientadora del grupo que éste había sido elegido para llevar a cabo el taller; y que las sesiones se llevarían a cabo una vez por semana durante 12 semanas, dentro de una de las horas-clase que tienen destinadas para impartir la materia de Formación Cívica y Ética.

Se hizo del conocimiento de la Directora y de la Orientadora, que dentro de las 12 sesiones, se considerarían 10 para desarrollar los factores protectores a través de técnicas que favorecen el moldeamiento y modelamiento de conductas contrarias al consumo de drogas, y dos más para la aplicación del cuestionario: una al inicio del taller (pretest) y otra al final del mismo (postest), mismas que también se usarán para llevar a cabo el encuadre y el cierre del mismo.

Posteriormente, la Orientadora avisó a sus alumnos que se llevaría a cabo un Taller de Prevención de Adicciones, impartido por la Psicóloga quien tiene a su cargo el Programa de Prevención de las Adicciones (PREADIC) en el DIF Texcoco, explicándoles que las actividades estarían encaminadas al desarrollo de habilidades de protección ante el consumo de drogas, y que se llevarían a cabo en su salón de clases

Durante la primera sesión del trabajo directo con el grupo, la investigadora les explicó a los participantes que el objetivo del taller era favorecer el aprendizaje significativo de opciones saludables para hacer frente a las situaciones de riesgo ante las adicciones, así como la metodología de trabajo y la duración del mismo.

Posteriormente, y cuidando los lineamientos éticos de la investigación aplicada, se hizo de su conocimiento que tanto la información proporcionada en los cuestionarios pretest - postest, así como los comentarios que hicieran a lo largo de cada una de las sesiones del taller, sería confidencial y voluntaria, proporcionándoles la dirección y teléfono del DIF, adonde podrían acudir en caso de necesitar apoyo psicológico.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

El taller se llevó a cabo durante tres meses correspondientes al ciclo escolar, completando así las 12 sesiones planteadas al inicio del mismo. Cada una de éstas se realizó en el salón de clases de los participantes a la misma hora y durante el mismo día de la semana, y una vez concluido el taller, se aplicó nuevamente el cuestionario sobre percepción de riesgo que se les proporcionó al inicio.

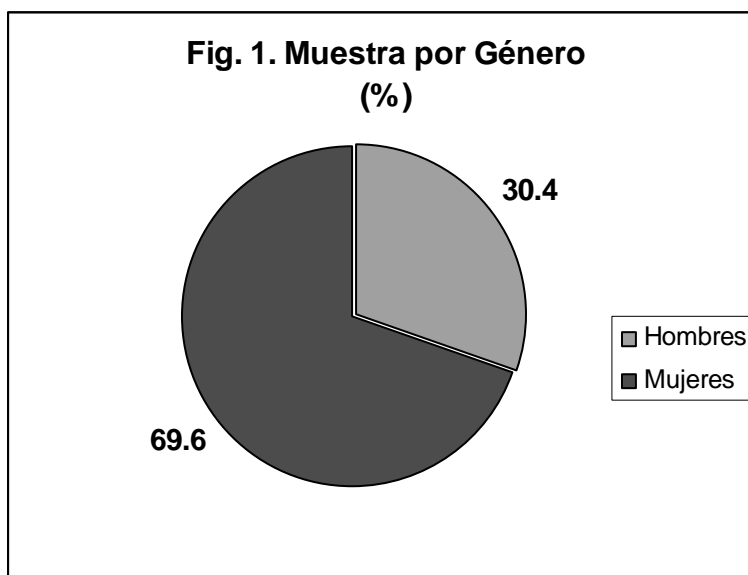
Para esta nueva aplicación, se volvió a trabajar en el mismo salón de clases, aunque en esta ocasión, los participantes ocupaban lugares distintos, pues habían sido cambiados por la orientadora con base en sus calificaciones.

Nuevamente, se dio a los participantes la instrucción de que era importante que respondieran todas las frases y que no omitieran escribir sus datos completos.

Una vez que se contó con las dos aplicaciones del cuestionario (pretest y postest), se llevó a cabo una comparación entre las respuestas proporcionadas por los participantes.

A continuación se presentan los datos encontrados a partir de los análisis estadísticos realizados con el SPSS (12.0).

En la Fig. 1 puede observarse la distribución de la muestra por género (N=56):



Por otro lado, al establecer comparaciones, se encontraron diferencias significativas entre el pre-test y post-test aplicados a la muestra, encontrando que $t_{(56)} = 69.837$; $p < 0.0001$.

Con respecto a factores de protección, no hubo diferencias significativamente estadísticas en la muestra, entre el pre-test y el post-test, encontrando que la $t_{(54)} = -1.534$; $p > 0.05$. Cabe mencionar que este hallazgo se debe a que desde el pre-test ya mostraron presencia de factores de protección.

Al analizar estadísticamente las diferencias en cuanto a la percepción de riesgo, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres: $t_{(54)} = -832$; $p > 0.0001$.

Se encontraron modificaciones en cuanto a la percepción de riesgo en los hombres entre el pre-test y el post-test: $t_{(16)} = 29.169$; $p < 0.0001$.

Asimismo, se encontraron modificaciones en cuanto a la percepción de riesgo en las mujeres entre el pre-test y el post-test: $t_{(38)} = 70.576$; $p < 0.0001$.

Es importante mencionar que los adolescentes participantes en el estudio, tanto hombres como mujeres, percibieron, durante el pretest, como poco riesgoso el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco), lo cual podría deberse al hecho de que en el pre-test ya mostraban presencia de factores de protección; no obstante, para el caso de drogas ilegales, esta percepción de riesgo era mayor, aunque solamente considerando el consumo como una práctica constante, y no meramente experimental. Esto también puede deberse a la presencia de factores protectores, donde la drogas ilegales se perciben como peligrosas.

Una vez aplicado el programa preventivo, se observó en la muestra una robusta percepción del riesgo del consumo de drogas tanto legales como ilegales, lográndose el objetivo del taller.

Haciendo referencia a los factores protectores considerados para llevar a cabo el taller, se encontró lo siguiente:

- Factores tales como la toma de decisiones, autoestima y capacidad para enfrentar la presión, estuvieron presentes desde la primera aplicación del cuestionario diagnóstico, tal como lo indican las respuestas de los participantes al mismo, y se vieron reforzados a lo largo del taller, lo cual puede reflejarse en las respuestas proporcionadas en el postest.
- Al analizar, el factor que se refiere a la opción que tienen para divertirse o manejar su tiempo libre, al aplicar el pretest se encontró que una parte de la muestra (29%) sí consideraba como una opción de entretenimiento o

sinónimo de diversión, el consumo de sustancias, en especial, de alcohol, sin que ello se asociara con la adicción, sino más bien como una forma de experimentación. Dicho dato, cambió a partir del trabajo preventivo, ya que solamente un 10% de los adolescentes manifestaron esta idea en el postest.

- Para el aspecto que considera la exposición a la oferta de consumir drogas, pudo notarse que un bajo porcentaje (10%), se reportaban expuestos a esta situación de manera constante, mismos que volvieron a manifestar esta situación durante la segunda aplicación del instrumento, aunque incrementaron su percepción de riesgo en cuanto al consumo de drogas tanto legales como ilegales.
- En el caso del resto de los sujetos que conformaron la muestra (89.2%), su baja exposición al riesgo se mantuvo constante en los dos momentos del estudio.

En cuanto a estos datos, cabe destacar que solamente un sujeto manifestó un alto riesgo en el pretest, ante la oferta en el consumo de drogas, ya que le eran ofrecidas de manera frecuente, y una adecuada percepción del mismo una vez que se llevó a cabo la aplicación del taller preventivo. Sin embargo, este mismo participante modificó su percepción acerca del peligro que representa el consumo de alcohol y tabaco, pasando de considerarlo peligroso en el pretest, a poco dañino en el postest, tal como lo indican sus respuestas a los dos cuestionarios.

En cuanto al consumo de drogas, con excepción de dos participantes, el resto de la muestra manifestó no haberlas consumido incluso aquellos a quienes se las habían ofrecido con frecuencia.

Cabe mencionar que en el caso de los dos sujetos referidos, ambos informaron, tanto en el pretest como en el postest, consumo frecuente de tabaco.

A partir de los hallazgos anteriores puede decirse que, en general, no hay diferencias de género en cuanto a la percepción de los factores de riesgo y de protección

No obstante, en cuanto a la percepción de riesgo, sí hay diferencias entre el pretest y post-test en ambos sexos. Es decir, el taller logró que los jóvenes, tanto hombres como mujeres, incrementaran su percepción de situaciones de riesgo, sin que esto alterara, de manera negativa los factores de protección, con los que ya contaban; sino que por el contrario, los reforzó.

Lo anterior es importante debido a que, si bien los adolescentes tienden a percibirse como sujetos de bajo riesgo ante ciertas situaciones peligrosas, la implementación de acciones preventivas eficaces puede favorecer el desarrollo y fortalecimiento de factores protectores que pueden ser usados en diferentes momentos y circunstancias.

CAPITULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio, se puede afirmar que la adolescencia es un período de múltiples cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. De igual forma, se apoyan distintos puntos de vista propuestos para entender a la adolescencia, que si bien se contraponen, pueden explicarla como un proceso crítico en la vida del ser humano.

Por una parte, Goldstein (1980; en Flores, 19994) y Wise (1980; en Flores, 1994), mencionan que durante esta etapa se expande la vida social del adolescente, y que cuando éste tiene déficits en habilidades para adaptarse a su medio social, puede verse reflejado en el problema de la drogadicción.

Gesell (s/f; en Flores, 1995) a su vez, expone que la adolescencia no debe ser necesariamente una etapa turbulenta, errática y atribulada, ya que la considera, en su totalidad, como un proceso de maduración no exento de irregularidades.

Si bien estas posturas se contraponen, al mismo tiempo pueden complementarse y ayudar a explicar los hallazgos que se mencionaron anteriormente.

Es decir, como pudo verse, la percepción de riesgo que tenían los adolescentes al inicio del taller era baja, lo que, de acuerdo con Llanes (1980; en Ham y Tapia, 1988), se refiere al hecho de que algunos de ellos consideran al consumo de drogas como una posibilidad para introducirse en una nueva dimensión y encontrar nuevos caminos de resolución a problemas sociales y personales.

Para estos jóvenes, los primeros ensayos motivados por la simple curiosidad, reforzados por los efectos farmacológicos de la droga, pueden entonces servir de punto de partida hacia el hábito (Massün, 1991)

Sin embargo, todo adolescente que piensa y siente, tiene problemas de menor o mayor gravedad, pero que no conducen automáticamente al uso indebido de drogas, ya que pueden resolverse por muchos otros medios (Dulanto, 2000).

Dichos medios reducen el impacto del riesgo y permiten al adolescente desarrollar la capacidad para superar situaciones que lo pongan en peligro.

Por consiguiente, se puede afirmar que es de vital importancia detectar aquellas situaciones que disminuyen la vulnerabilidad e incrementan la resistencia, e incorporarlas al abordaje preventivo.

Para facilitar este proceso, se han propuesto dos opciones para la prevención: en la primera de ellas, denominada “riesgo/protección”, se busca que los factores de

protección disminuyan los efectos de la exposición a los factores de riesgo (Hawkins, Catalana y Miller, 1997), lo cual fue el punto de partida de este estudio, es decir, identificar situaciones de riesgo, y posteriormente desarrollar alternativas protectoras.

En la segunda de ellas, llamada "protección/protección", se intenta que un factor de protección potencialice los efectos de otros factores de este tipo (Hawkins, op. cit.)

Dicho enfoque pudo haber enriquecido y favorecido aun más la intervención preventiva llevada a cabo en este estudio, y al mismo tiempo lograr, tal como se encontró, una modificación en la participación del riesgo de los participantes; lo cual puede considerarse como una opción para posteriores trabajos.

Resumiendo, se puede decir que toda intervención preventiva debe enfocarse a disminuir y moderar los efectos de los factores de riesgo y a desarrollar factores protectores a través de una estrategia múltiple que impacte a los diversos ámbitos en que se desenvuelven los adolescentes utilizando, como afirma Massün (1991), la educación como técnica de prevención, en el sentido de desarrollar o fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos y grupos ante la oferta (hasta ahora inevitable) de drogas.

REFERENCIAS

- Alcántara M., H., Reyes M., M. P. & Cruz, S. (1999). **Como Proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia.** México, D.F.: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Amara, P. J. (2000). Desarrollo de la identidad. En: Dulanto, G. E. (2000), **El Adolescente.** (165 – 172). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- Balanzario, L. M. C. y Díaz, N. D. B. (2001). **El Consumo de Drogas Ilícitas en México. Población general, Estudiantes, Menores trabajadores, Pacientes usuarios de drogas.** Subdirección de Investigación. México, D. F.: Centro de Integración Juvenil. Documento de Circulación Interna.
- Barreda, S. L, Aguilar, G. J. A., Meyenberg, V. I., Ortiz, D. A., Robledo, G. R., Rodríguez, R. G. & Serna, H. L. (2001). **Formación Cívica y Ética 3.** México. Ed. Santillana
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2001). **Estudio epidemiológico del Consumo de Drogas entre Pacientes de primer ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil.** Documento de Circulación Interna México, D.F.: Autor
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2003). **Guía Técnica de Información Preventiva.** Documento de circulación Interna. México, D. F.: Autor
- Dulanto, G. E. (2000a). La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto, G. E. (2000), **El Adolescente.** (143 – 157). México, D.F.: Ed. McGraw – Hill.
- Dulanto, G. E. (2000b). Desarrollo Psicosocial Normal. En: Dulanto, G. E. (2000), **El Adolescente.** (158 – 164). México, D.F.: Ed. McGraw – Hill.
- Dulanto, G. E. (2000c). Desarrollo afectivo. En: Dulanto, G. E. (2000), **El Adolescente.** (208 – 217). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- Dulanto, G.E. (2000d). Alimentación. En: Dulanto, G. E. (2000), **El Adolescente.** (85 – 91). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill
- Flores, L. V. (1994). “**Problemas de Drogadicción en Adolescentes y su Relación con las Habilidades Sociales**”. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México
- Guerra, L. L. I. & Arellanez, H. J. L. (2000). Adherencia Escolar y Consumo de Drogas. Informe de Investigación No. 99 – 07. México, D. F.: Centros de Integración Juvenil. Documento de Circulación Interna.

- Guisa, C. V. M., Díaz – Barriga S., L., Fernández C. C., Alpízar R., G., Balanzario L., M., Gómez M., P., Huidobro C., E., Lovaco S., M. E., Ocadiz G., K., Quintanilla B., J., Riquelme G., E., Sánchez H., R., Solís R., L. & Gutiérrez de V., E. G. (2005). ***Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención.*** México, D.F.: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Ham, A. L. y Tapia, E. A. (1988). “Posibles Factores que influyen en el fenómeno de la Farmacodependencia” Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx, México
- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1997). ***Factores de Riesgo y Protección para Problemas relacionados con el Consumo de Alcohol y Drogas en la Adolescencia y Adulthood Temprana: Implicaciones para la Prevención del Abuso de Sustancias (síntesis).*** Revista Enlaces, 35, Centros de Integración Juvenil, A.C. Documento de Circulación Interna. pp 21- 27
- Horrocks, J. E. (1993). ***Psicología de la Adolescencia.*** México. Ed. Trillas
- Hurlock, E. B. (1989). ***Psicología de la adolescencia.*** México. Ed. Paidós
- Isaías, L. M. Desarrollo psicosexual. En: Dulanto G. E. (2000), ***El Adolescente.*** (173 – 179). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- Kar, S. B. (1999) Substance abuse prevention: A multicultural perspectiva
- Lafarga, J. (2000). Psicogénesis de los valores morales. En: Dulanto, G. E. (2000), ***El Adolescente.*** (222 – 228). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- López, G. E. y Pérez, B. M. (2006). ***Adicciones y juventud, población en riesgo.*** Revista Liberaddictus 91. pp. 20 – 22.
- Martínez, S. J. L. (2000). El adolescente y sus pares. En: Dulanto, G. E. (2000), ***El Adolescente.*** (218 – 221). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- Massün, E. (1991). ***Prevención del uso indebido de Drogas.*** México. Ed. Trillas
- Otero, L. J. M., Bados, L. A., Cáceres, C. J., Del Castillo, M., James, A., Javaloyes, A. Lemos, G. S., Olivares, R. J., Regadera, L. A., Saldaña, G. C., Villena, I. J. (2001). ***Consumo de drogas y comportamientos delictivos en la adolescencia.*** En: Detección y Prevención en el aula de los problemas del Adolescente. pp 179 - 212 España: Psicología Pirámide.
- Pascual, C., Cavestany, M., Moncada, S., Salvador, J., Melero, J. C. y Pérez de A., J. A. (2001). ***Drogas: Más Información, Menos Riesgos.*** Plan Nacional Sobre Drogas. España: Ministerio del interior y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Pérez , G. J. (2000). “**Prevención de adicciones en la Educación Secundaria: Fundamentos y Criterios para un Instrumento de Diagnóstico desde la Orientación Educativa**”. Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Pérez, I. V. (2001). **Resiliencia. Una revisión documental**. Informe de Investigación No. 99 – 10. México, D.F.: Centros de Integración Juvenil. Documento de circulación Interna.
- Rodríguez, P. E. Desarrollo de la personalidad. En: Dulanto G. E. (2000), **El Adolescente**. (180 – 184). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- Romero, A. A., García, M. L. G., Flores, G. L. y Vega, L. C. (2006). **Manual de Prevención de Riesgos Sociales en Adolescentes**. Documento de Circulación Interna. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.
- Secretaría de Salud. (2002). **Encuesta Nacional de Adicciones**. México, D. F.: Autor
- Silber, T. J. (2000). Anorexia Nerviosa. En: Dulanto, G. E. (2000), **El Adolescente**. (127 – 134). México, D. F.: Ed. McGraw – Hill.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. (2006). **PREADIC. Prevención de las Adicciones. Carpeta de Inducción**. Toluca, Méx., México: Autor
- Solís R., L. R., Sánchez G., A. & Cortés F., R. (2003). **Drogas: Las 100 preguntas más frecuentes**. México, D. F.: Centros de Integración Juvenil, A. C.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA ADOLESCENTES

Instrucciones: Escribe en la línea o en su caso marca con una "X" la opción que corresponda.

Nombre (solo con fines de control de la información): _____

Edad: _____ (años cumplidos)

Sexo: _____ Hombre _____ Mujer

Ocupación: Estudias _____ Trabajas _____ Estudias y trabajas _____ Otra _____

1. Aceptaría que mi mejor amigo me invitara droga diciéndome que no me pasará nada
a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

2. Si supieras que tu mejor amigo está tomando drogas, le advertirías algo
a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

3. Para disfrutar de una fiesta o un evento social es necesario que haya alcohol
a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

4. Es común que te ofrezcan drogas
a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

5. En alguna ocasión he consumido drogas
a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

6. Fumo frecuentemente
a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

7. Consumo alcohol con regularidad
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____
8. Las drogas ayudan a desinhibirte
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____
9. Consumir drogas solo una vez no hace daño
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____
10. Las drogas pueden causar adicción
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____
11. El cigarro y el alcohol son una droga
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____
12. El consumo de más de tres copas de alcohol en una sola vez es dañino
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____
13. El humo del cigarro también afecta a las personas que no fuman
- a) Totalmente en desacuerdo _____ b) Desacuerdo _____ c) Indistinto _____
d) De acuerdo _____ e) Totalmente de acuerdo _____

ANEXO 2

CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIALES
1	Presentación, encuadre y diagnóstico	<p>*Que los participantes y la coordinadora se presentaran.</p> <p>*Establecer reglas que normaron el taller</p> <p>*Detectar necesidades del grupo</p>	<p>*Presentación falsa</p> <p>*Lluvia de ideas</p> <p>*Cuestionario</p>	<p>*Pizarrón, gises, lápices, hoja de cuestionario para cada participante</p>
2	Conceptos básicos de las adicciones	<p>*Que los participantes obtuvieran y manejaran información básica y científica sobre las adicciones</p>	<p>*Tormenta de ideas</p> <p>*Relación de columnas</p> <p>*Expositiva</p>	<p>*Hoja para cada participante, lápices o bolígrafos</p>
3	Prevención	<p>*Que los participantes identificaran los principales factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas</p>	<p>*Lluvia de ideas</p> <p>*Expositiva</p> <p>*Las flores</p> <p>*Análisis de canción</p>	<p>*Hojas de colores para cada participante, pizarrón, gises, lápices o bolígrafos, disco y grabadora</p>
4 y 5	Mitos y realidades sobre las drogas	<p>*Que los participantes obtuvieran y analizaran información real y científica sobre las drogas de mayor consumo</p>	<p>*Lluvia de ideas</p> <p>*Expositiva</p> <p>*Rompecabezas</p> <p>*Plenaria</p> <p>*Corrillos</p>	<p>*Rompecabezas por equipo, lápices, hojas, tabla con información básica sobre drogas para cada participante</p>

6 y 7	Autoestima como factor de protección	*Que los participantes identificaran a que se refiere el concepto de autoestima, como se conforma, y como les podría ayudar a protegerse contra el consumo de drogas	*Lluvia de ideas *¿Quién soy? *Expositiva *Palabras que me definen (mi abecedario) *Como me ven me tratan *Entrevista *Sopa de letras *Reflexión individual y grupal *Representación	*Hojas para cada participante, lápices, cinta adhesiva
8 y 9	Comunicación y asertividad	*Que los participantes identificaran y analizaran los diferentes tipos de comunicación que existen y como estos los pueden poner en riesgo o ayudar a evitar el riesgo del consumo de drogas	*Rompecabezas *Análisis de frases *¡No me jalen! *Y yo, ¿cómo me comunico? *Reflexión individual y grupal *Representación	*Hojas por participante, lápices, frases para reflexionar, rompecabezas por equipo
10	Lo que transmite la publicidad	*Que los participantes analizaran como los medios de comunicación pueden influir en la decisión de iniciar un consumo de drogas	*Anuncios publicitarios *Cuestionario *Discusión grupal	*Anuncios de bebidas alcohólicas y cigarrillos de distintas marcas, hojas, lápices

11	Toma de decisiones	<p>*Que los participantes analizaran como toman decisiones y conocieran alternativas que les permitan obtener mejores resultados</p>	<p>*Algunas preguntas... *Problemas y soluciones *Reflexión individual y grupal *Representación</p>	<p>*Pizarrón, gises, y hojas y lápices por participante</p>
12	Cierre	<p>*Que los participantes elaboraran las conclusiones del taller *Identificar cambios en su percepción de riesgo y de protección</p>	<p>*Cuestionario *Collage *Expositiva</p>	<p>*Hoja de cuestionario por participante, lápices o bolígrafos *Revistas, tijeras, pegamento, cinta adhesiva, plumones</p>