



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

***PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN ADOLESCENTES DE
BACHILLERATO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y EL
IMPACTO DE LOS MATERIALES DIDACTICOS (PINTUTEALEE,
MEMORAMA, ANGELITOS Y DIABLITOS) EN LA MISMA.***

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA PRESENTA:**

ELIZABETH MARTÍNEZ BAHENA

DIRECTORA: MTRA. DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO



Tlalnepantla, Edo de México 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

Agradezco a DIOS que lo es todo para mí, la fuerza, la inspiración, el amor. GRACIAS por cada momento que me has regalado en la vida; ahora, al leer estas páginas y recapitular el tiempo de la investigación comprendo que puedo transmitir un poquito de lo que me has enseñado por medio de las personas que amo.

A mi FAMILIA: Mamá, Papá, Ricardo, Sergio; GRACIAS por enseñarme a Ser Yo misma, a lograr mis objetivos y sobre todo por su apoyo incondicional en cada momento. Aunque no lo diga mucho...LOS AMO

A mis AMIGAS y AMIGOS: GRACIAS por enseñarme a disfrutar de la vida y por aceptarme como soy, aunque a veces no me entiendan.

A mis HERMANOS FRANCISCANOS: GRACIAS por vivir junto a mí la locura del amor que transforma al mundo, por enseñarme que todo tiene una razón y por ayudarme a descubrir mi misión en el mundo.

Además GRACIAS a la Mtra. Diana C. Tapia Pancardo por su paciencia, comprensión y toda la libertad en el proyecto, a la Mtra. Myrna Valera Mota por darle pies y cabeza a mis números y al equipo de Orientadores y Tutores del Colegio de Bachilleres No.1 por todo su apoyo.

Específicamente quiero agradecerles a TODOS por enseñarme:

A ser yo misma (mi familia); que para disfrutar de la vida no se necesita alcohol ni otras sustancias (mis amigos y amigas); que para tener una experiencia religiosa y para ver a Dios no necesitas ni marihuana ni otra Droga, solo tienes que abrir los ojos y el corazón (mis hermanos JuFra); que no importa lo que todos digan y hagan mientras tu sepas quien eres (mi hermano adolescente); esto es lo que quise transmitir a cada persona y adolescente con el que pude compartir espero haberlo logrado.

Elizabeth Martínez Bahena

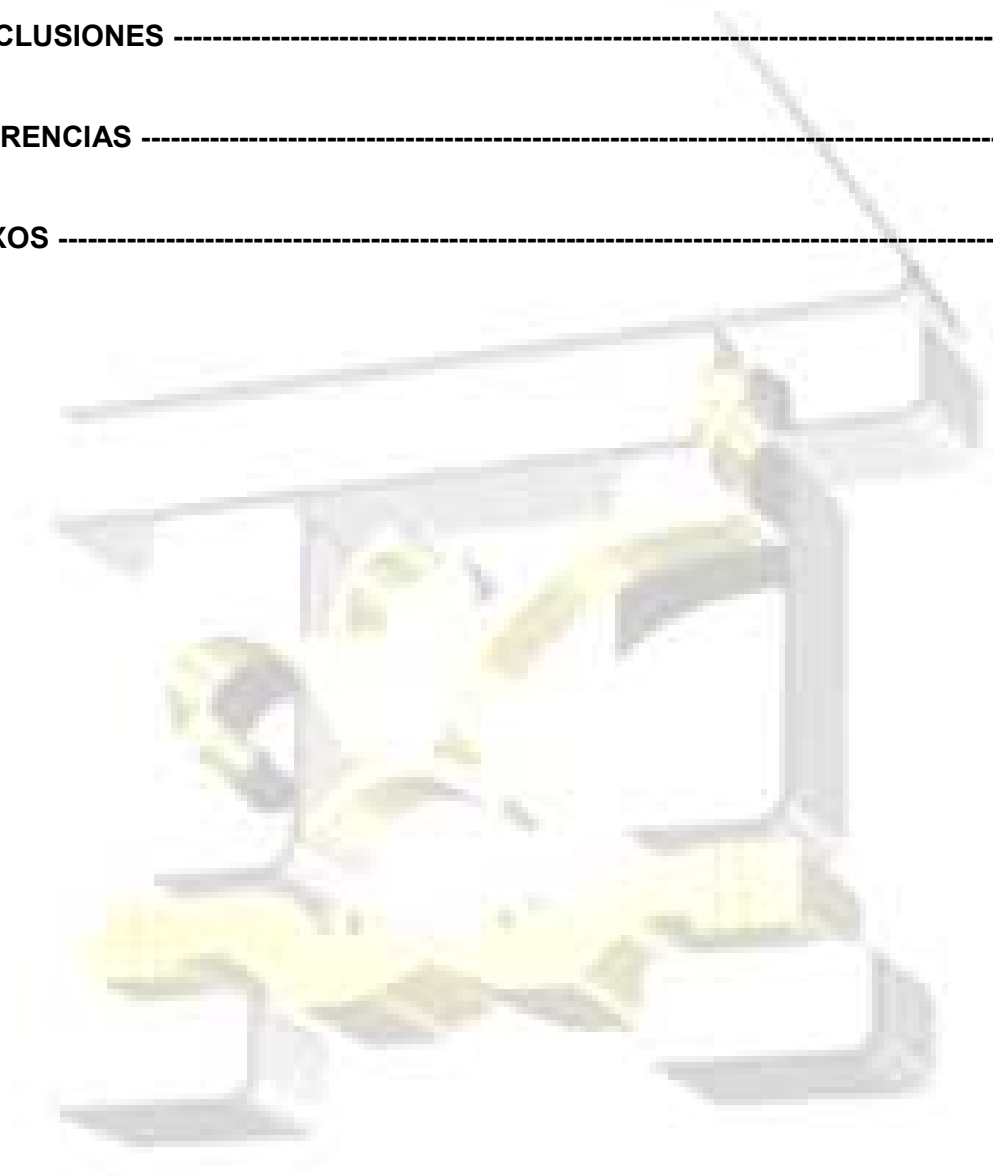
"Él me dijo que quería que yo fuera un nuevo loco en este mundo"...San Francisco de Asís

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVOS	12
CAPITULO 1: ASPECTOS GENERALES SOBRE LAS DROGAS	13
1.1. DEFINICIÓN	13
1.2. CLASIFICACIÓN	13
1.2.1. POR EFECTO	13
1.2.2. POR TIPO DE DEPENDENCIA	14
1.3. ASPECTOS GENERALES DE LAS DROGAS DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN	16
1.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL CONSUMO DE DROGAS	20
1.4.1. ÁMBITO INTERNACIONAL	20
1.4.1.1.1. ALCOHOL	20
1.4.1.1.2. TABACO	24
1.4.2. ÁMBITO NACIONAL	27
1.4.2.1. DROGAS LEGALES	27

1.4.2.1.1. ALCOHOL -----	27
1.4.2.1.2. TABACO -----	29
1.4.2.2. DROGAS ILEGALES -----	32
CAPITULO 2: ADOLESCENCIA Y DROGADICCIÓN -----	40
2.1. ADOLESCENCIA COMO ETAPA DE VIDA -----	40
2.1.1 DEFINICIÓN -----	40
2.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA -----	41
2.1.3. FACTORES DE RIESGO -----	47
2.1.4. FACTORES PROTECTORES -----	49
2.1.5. PERCEPCIÓN DE RIESGO -----	50
2.2. ADICCIÓN A LAS DROGAS -----	52
CAPITULO 3: MEDIDAS PREVENTIVAS -----	54
3.1. PREVENCIÓN -----	54
3.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD -----	55
3.3 . EL JUEGO EN EL APRENDIZAJE ADOLESCENTE -----	56
3.4 . TRABAJO CON GRUPOS -----	59
3.5 . ACCIONES DIRIGIDAS EN CONTRA DE LAS DROGAS -----	61

METODOLOGÍA	63
RESULTADOS	71
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	81
REFERENCIAS	83
ANEXOS	90



INDICE DE FIGURAS

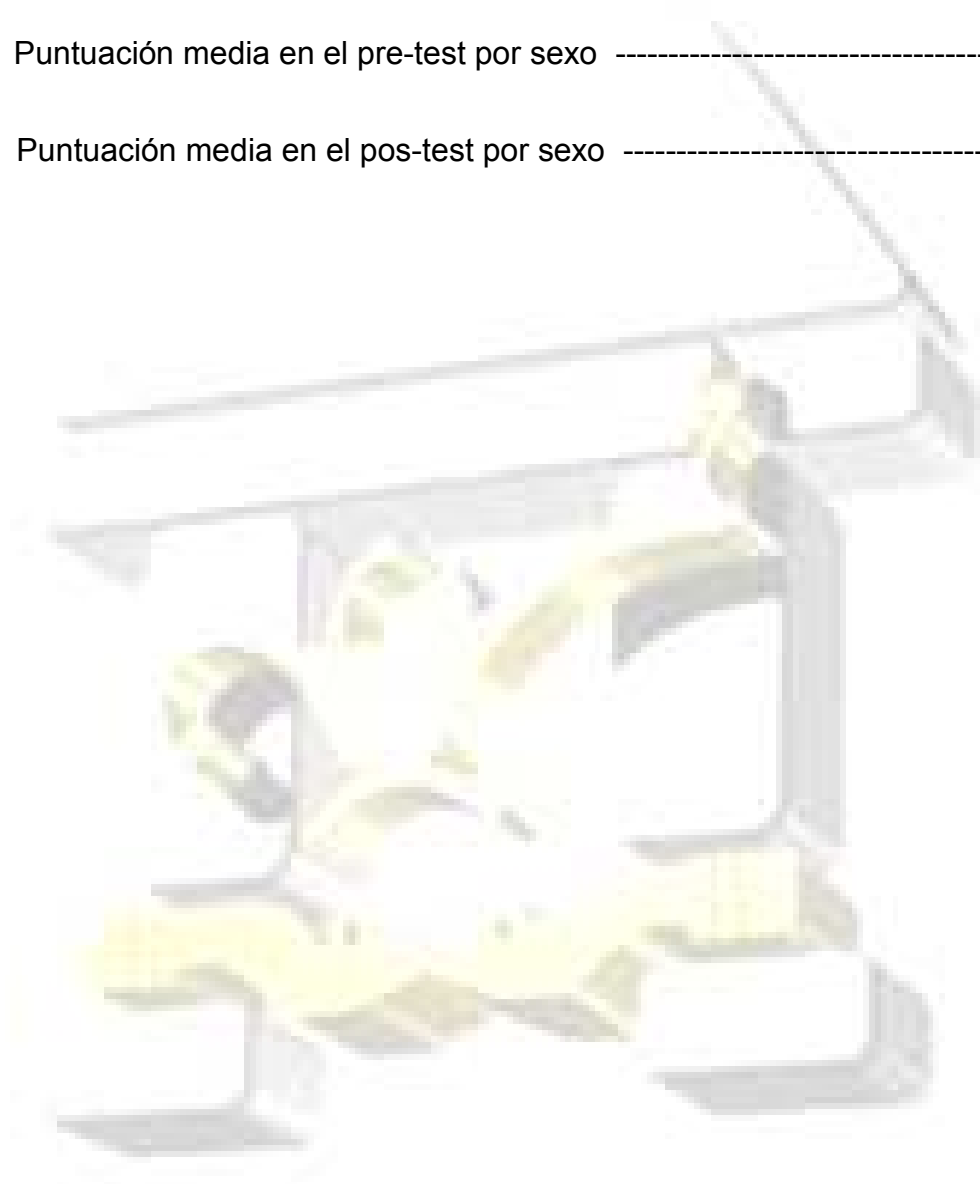
1. Población bebedora por sexo y edad -----	27
2. Población que abusa o depende de las drogas -----	28
3. Población bebedora según problemas por sexo -----	28
4. Población bebedora según problemas por sexo -----	29
5. Edad de inicio en consumo de tabaco -----	30
6. Razones de inicio para fumar según sexo y edad -----	31
7. Percepción sobre la adicción de diferentes drogas en la población -----	32
8. El entorno respecto al consumo de drogas -----	33
9. Disponibilidad de algunas drogas, para su uso -----	34
10. Prevalencia anual de consumo de drogas -----	35
11. Preferencia por tipo de droga -----	35
12. Diferencia en el consumo de drogas entre sexos -----	36
13. Riesgo de uso de drogas dada la oportunidad -----	38
14. Riesgo de progresión hacia el uso/dependencia de drogas -----	39

INDICE DE TABLAS

1. Clasificación de las drogas -----	13
2. Características de la dependencia según tipo de sustancia -----	14
3. Clasificación de las drogas según la OMS -----	15
4. Aspectos generales de las drogas de acuerdo a sus clasificaciones ----	16
5. Uso de alcohol entre jóvenes -----	23
6. Jóvenes que fuman en Latinoamérica -----	24
7. Mortalidad relacionada con el Tabaquismo -----	25
8. Operacionalización de variables -----	64
9. Población y muestra del estudio -----	69
10. Distribución de edades en la muestra -----	71
11. Media y desviación estándar por juego -----	71
12. Prueba “t” en el juego memorama -----	72
13. Prueba “t” en el juego Angelitos y Diablitos -----	72
14. Prueba “t” en el juego pintutealee -----	73
15. Puntuación media en el pre-test y el pos-test por edad -----	73
16. Puntuación media en el pre-test y el pos-test por sexo -----	74

INDICE DE GRAFICAS

1. Puntuación media en el pre-test por edad ----- 73
2. Puntuación media en el pos-test por edad ----- 73
3. Puntuación media en el pre-test por sexo ----- 74
4. Puntuación media en el pos-test por sexo ----- 75



INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas tanto legales como ilegales es un problema de salud pública, la porción de la población más afectada son los adolescentes; se ha comprobado que el alcohol y tabaco son las drogas de inicio, sobretodo en la población mexicana, iniciando entre los 11 y 20 años su consumo (Tapia, Bustos, Morales, 2008).

Los adolescentes mexicanos generalmente beben en cantidades excesivas, en una sola exposición, lo que provoca problemas graves tanto sociales como psíquicos y físicos, entre ellos graves accidentes; si se suma con el consumo de tabaco que lleva diariamente a la muerte alrededor de 147 personas, significa que en un año mueren aproximadamente 53,000 personas en nuestro país, por estas causas (ENA 2008).

Los adolescentes son un sector de la población susceptible a riesgos, sin embargo tienen una gran capacidad de aprender y crear factores de protección que les ayuden en su vida presente y para el futuro; una forma de crear estos factores es por medio del juego que a cualquier edad es instructivo e interesante.

En esta investigación se intentó demostrar que el juego es una herramienta de aprendizaje importante en la adolescencia y su impacto es tal que puede modificar la percepción que se tiene sobre un riesgo como lo son las drogas, además de ayudar a los profesionales a establecer comunicación con “el mundo adolescente” para fortalecer sus factores protectores, necesarios para tener una vida libre de drogas.

El presente trabajo inicia presentando algunos aspectos generales de las drogas, la epidemiología de su consumo; la forma en que los adolescentes están percibiendo este problema, así como los factores de riesgo y protección con los que tienen contacto, explica lo que es la percepción de riesgo del consumo,

aspectos de información preventiva y su relación con el juego y la importancia que tiene este en el aprendizaje.

Finalmente se describe la metodología de la investigación y la forma en que se realizó para llegar a los resultados y conclusiones expuestas en la Tesis presente.



JUSTIFICACIÓN

Se ha visto que los programas preventivos estructurados con el fin de modificar la percepción de riesgo han tenido resultados positivos en alumnos de secundaria, dónde además se ha comprobado que la percepción de riesgo es directamente proporcional con la edad, mientras más jóvenes menor percepción del riesgo tienen (Ortiz, Ramírez, Tapia, 2009); ahora se quiere saber si en la preparatoria sucede lo mismo.

Por lo que se hace necesario llevar a cabo un trabajo de investigación como el presente, con intervenciones preventivas contra el consumo de drogas en adolescentes entre 15 y 19 años, pues el inicio en el uso de drogas, se da entre los 11 y 20 años (Tapia, Bustos, Morales, 2008), haciendo de esta una población vulnerable y en riesgo. El fin de dichos programas es el de establecer estrategias para aumentar la percepción de riesgo en este sector.

El programa se llevó a cabo por medio de juegos, que ayudan al individuo a aprender de su entorno, obtener habilidades físicas, psicológicas y sociales (Bally, 1986), en las que podemos incluir la identificación de factores de riesgo y el aprendizaje sobre factores protectores; resulta interesante en la adolescencia pues se da un retorno del comportamiento infantil en medio de una creciente anticipación de la edad adulta y la participación en ella (Erikson, 1988).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El panorama epidemiológico muestra que 8 de cada 100 personas admitieron haber consumido sustancias “alguna vez en su vida”, entre los 10 y 19 años, empezando con el tabaco entre los 10 y 14 años y el alcohol entre 15 y 19 años; por lo que representan las tasas más altas de consumo, argumentando como causas: la curiosidad, la influencia de los amigos, la moda, la depresión, o por falta de comunicación en la familia (Francois, 2004).

Con frecuencia hombres y mujeres buscan las sensaciones placenteras proyectadas en los medios de comunicación: televisión, cine, revistas, espectaculares, etc., en donde todo parece sencillo apoyado por las sustancias como el alcohol y el tabaco para desarrollar las relaciones interpersonales (Ramírez, 2009).

Estas fuentes de información ofrecen planteamientos erróneos que terminan por causar desconcierto y frustración entre los adolescentes, que se encuentran en la construcción de su identidad, por ello se incrementan los factores de riesgo para el consumo de las drogas de inicio.

Existe información preventiva sobre el consumo de drogas en los programas educativos de secundaria y bachillerato, pero aun así las cifras de consumidores se incrementan. Quiere decir que de alguna manera no se está logrando impactar a los adolescentes con la información presentada, por ello es necesario utilizar para estos fines, materiales didácticos que realmente sean efectivos; por lo que surge la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál de los materiales didácticos (Pintutealee, Memorama, Angelitos y Diablitos), cambia en mayor medida la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en los adolescentes; hombres y mujeres, en diferentes edades?

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar entre los materiales didácticos Pintutealee, Memorama o Angelitos y Diablitos, cuál aumenta en mayor medida la percepción de riesgo sobre consumo de drogas, en adolescentes, tomando en cuenta edad y sexo.

ESPECÍFICOS

- Determinar si a mayor edad existe una mayor percepción del riesgo
- Comparar si existe diferencia en la percepción de riesgo entre hombres y mujeres.

CAPITULO 1: ASPECTOS GENERALES SOBRE LAS DROGAS

1.1. DEFINICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprimible a tomar la sustancia en forma periódica o continuada, a fin de obtener sus efectos, y a veces de evitar el malestar de su falta (Martínez, Rubio 2002).

1.2. CLASIFICACIONES

1.2.1 POR EFECTO

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	
Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, drogas ansiolíticas.
Estimulantes o simpaticomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso.
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas.
Cannabinoides	Marihuana, Hachís.
Alucinógenos	Dietilamina de Acido Lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis
Solventes	Aerosoles, colas, tolueno, gasolina, disolventes.
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
Otros	Feniciclidina (PCP)

Tabla No. 1 Clasificación de las drogas según Shuckit (*Becoña – Vázquez, 2001*).

1.2.2. POR TIPO DE DEPENDENCIA

Se considera como *dependencia psíquica* a una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma la droga, o un impulso psíquico que requiere su administración periódica o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia de la droga.

En la *dependencia física* hay un estado de adaptación que pone de manifiesto al producirse intensas alteraciones corporales (síndrome de abstinencia) cuando se suspende la administración de una droga (Martínez, Rubio 2002).

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA						
	Cocaína	Anfetaminas	Barbitúricos BDZ	Cannabis	Opiáceos	Inhalantes
Acción Farmacológica	Estimulante	Estimulante	Depresor	Depresor y Estimulante	Depresor	Depresor
Dependencia psicológica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dependencia física	Sí	Sí	Sí	Discutida	Sí	Discutida
Síndrome de Abstinencia	Sí	Sí	Sí	Discutida	Sí	Discutida
Tolerancia	Discutida	Sí	Sí	Discutida	Sí	Sí

Tabla No. 2 Características de la dependencia según tipo de sustancia
(Martínez, Rubio, 2002).

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OMS	
Tipo de alcohol	Bebidas alcohólicas de cualquier clase.
Tipo de anfetamina	Anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato, y fenmetracina.
Tipo de Barbitúrico	Barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de cloral, el clordiacepóxido, el diacepan, el meprobamato, y la metacualona.
Tipo de Cannabis	Preparación de la Cannabis sativa, como marihuana (bhang, daggam, kif, maconha) ganja y hachís (charas).
Tipo de cocaína	Cocaína y hojas de coca.
Tipo de alucinógeno	Dimetilriptamina (DMT), lisérgida (LSD), mescalina, peyote, psicolocibina y estramonio.
Tipo de Khat*	Preparaciones de Catha edulis Forsk.
Tipo de Opiáceo	Opio, morfina, heroína, codeína, y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.
Tipo de Solventes Volátiles (producto de inhalación)	Tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos agentes anestésicos como el éter, el cloroformo, y el óxido nítrico.

*Arbusto de Arabia y Etiopía. Masticada como la cocaína, produce una agradable excitación que permite controlar la fatiga, el sueño y el hambre. Íntimamente unida a la religión.

Tabla No. 3 Clasificación de las drogas según la OMS

1.3. ASPECTOS GENERALES DE LAS DROGAS DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN.

DROGA	Alcohol
CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Legal - Sedante hipnótico
EFFECTOS SNC	Inicialmente y en poca cantidad es estimulante, sin embargo su efecto es mayormente depresor (Sedante hipnótico) al aumentar la cantidad de alcohol en sangre.
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGIA	Es inmediata, de acuerdo con la cantidad de alcohol que es absorbida y se encuentra en la sangre.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p>Hay una progresión de cambios psicológicos y fisiológicos correspondientes al incremento de los niveles de alcohol en sangre, medidos en g% (donde 0.08 g alcohol/100 ml = 17 mM):</p> <p>0.01 - 0.05g%. Cambios en la personalidad, alivio de la ansiedad, lubricante social (más parlanchín, enérgico, elocuente), desinhibición.</p> <p>0.05 – 0.08g%. Desinhibición significativa ("alma de la fiesta"), alteración del juicio, alteración de la cognición, la alteración de la función motora.</p> <p>0.08 – 0.15g%. Ataxia marcada (asombramiento; trastornos del habla), mayor deficiencia motora, deterioro de valor de tiempo de reacción, apagones.</p> <p>0.15 – 0.30 g%. Mayor sedación/hipnosis (estuporoso pero consciente), acercándose a la anestesia general, acercándose al coma.</p> <p>0.30 – 0.40 g%. Dosis letal para el 50% de las personas.</p>
COMPLICACIONES	Enfermedades del hígado, corazón, neurológicas; cáncer, pancreatitis, cirrosis, demencia de Korsakoff (por deficiencia de tiamina), síndrome alcohólico fetal, etc.

DROGA	Tabaco
CLASIFICACIÓN	Legal
EFFECTOS SNC	Estimulante
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y Psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGIA	La nicotina cuando es fumada e inhalada es absorbida rápidamente a los pulmones en partículas suspendidas de alquitrán. La nicotina llega hasta el cerebro en 8 segundos, por medio de la sangre.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p>La nicotina tiene un número de efectos fisiológicos, atribuido principalmente a su capacidad para activar los receptores ganglionares en el sistema nervioso autónomo, incluyendo la medula adrenal. Sin embargo, ésta activación es transitoria y es seguida por la persistente depresión de todos los ganglios autonómicos dependiendo de la dosis y la historia de la ingesta de la nicotina en los seres humanos, fumar cigarrillos aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial; la nicotina también produce dilatación bronquial y la estimulación de las glándulas salivales; además provoca un estímulo inicial de la motilidad en el tracto gastrointestinal, seguido por inhibición.</p> <p>La nicotina en un individuo que la consume por primera vez causa vómitos debido a la activación de los quimio-receptores desencadenadores eméticos en una activación vagal por reflejo e los nervios de la medula espinal.</p> <p>También tiene efectos ansiolíticos, pues activa transitoriamente el sistema nervioso autónomo.</p>
COMPLICACIONES	<p>El humo de la nicotina produce no sólo los niveles de Carboxihemoglobina altos, debido al monóxido de carbono del humo, también proporciona cantidades significativas de agentes carcinógenos que se han vinculado a los efectos tóxicos del hábito de fumar.</p> <p>Por ello se asocia a tres grandes tipos de enfermedades: los cánceres (boca, lengua, laringe, esófago, estómago, pulmones, etc.), cardiovasculares (Hipertensión, Infarto Agudo al Miocardio,</p>

	Angina en sus diferentes tipos, etc.), respiratorias por el daño del humo a los diferentes órganos (Enfisema Pulmonar, EPOC, etc).
--	--

DROGA	Cannabis
CLASIFICACIÓN	Illegal Natural
EFFECTOS SNC	Estimulante al inicio y depresora al aumentar la cantidad y el tiempo de exposición.
TIPO DE DEPENDENCIA	Psicológica y Física discutida.
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGIA	En minutos, cuando el THC llega al cerebro, a los receptores específicos.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p>La Marihuana produce efectos intoxicantes cuando se ingiere, generalmente por inhalación, que incluyen la euforia y de ánimo caracterizadas por sentimientos iniciales de "felicidad" facilidad de palabra repentina, un estado de sueño, o la activación general y la hiperactividad.</p> <p>Dosis más altas son asociadas con efectos de psicodélico, como el aumento de la sensibilidad al sonido y una mayor apreciación del ritmo y el tiempo. La percepción del tiempo, a menudo es más lento con una exageración de la sensación del tiempo. La percepción del espacio puede ampliarse, y los objetos cercanos pueden aparecer distantes. Hay algunos efectos de alucinaciones visuales.</p>
COMPLICACIONES	Los efectos patológicos de intoxicación por uso de dosis altas y de forma crónica incluyen los peligros de usar un automóvil o volar un avión mientras se está intoxicado, riesgos de salud para problemas cardíacos en aquellos con predisposición a enfermedades cardíacas, reacciones de ansiedad y pánico, la exacerbación de los

	<p>síntomas de la esquizofrenia en los individuos que son vulnerables a desarrollar esquizofrenia y la precipitación de síndromes parecidos a la esquizofrenia.</p> <p>Además, hay una hipótesis que dice que el humo de la marihuana tiene la misma toxicidad potencial que el humo de los cigarrillos con respecto a la función del pulmón. El mecanismo de acción de los cannabinoides provoca una desinhibición perceptual de señales, estados internos y externos sin una desinhibición motivacional.</p> <p>Esta percepción de desinhibición puede ser agradable o desagradable en función del contexto interno o externo del individuo.</p>
--	--

DROGA	Psicoestimulantes Cocaína, Anfetaminas, Metanfetaminas
CLASIFICACIÓN	Ilegal
EFFECTOS SNC	Estimulantes
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGIA	Depende de la forma de administración; oral 5 a 10 min, nasal 2 a 3 min, intravenosa 30 a 45 seg, fumada 8 a 10 seg.
MANIFESTACIONES CLINICAS	La cocaína y las anfetaminas producen euforia, aumentan la actividad, facilitan el rendimiento (particularmente en situaciones de fatiga) y disminución del apetito. También incrementa la presión diastólica y sistólica.
COMPLICACIONES	Disforia de retirada, paranoia y síntomas similares a la psicosis, cuando se sigue consumiendo o se intensifica su consumo. También es son comunes las alteraciones cardiacas, sobretudo el infarto agudo al miocardio.

Tabla No. 4 Aspectos generales de las drogas de acuerdo a sus clasificaciones (Koob – Le Moal 2006).

1.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL CONSUMO DE DROGAS

1.4.1 ÁMBITO INTERNACIONAL (AMERICA)

1.4.1.1. ALCOHOL

Actualmente, el abuso del alcohol es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, sin embargo en América Latina esta situación es aún mas grave pues se ha encontrado que los niveles de ingesta de alcohol son muy perjudiciales para esta región, lo cual se ve reflejado en que las estadísticas de América Latina superan a las medias globales en problemas como: Muertes relacionadas con el alcohol, consumo de alcohol, patrones de consumo de alcohol, trastornos por el uso de alcohol y que el alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en la Región (OPS/OMS 2007).

Mortalidad: Se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región (una interpretación de 323,000 muertes en 2002). Se estima que un 5.4% de todas las muertes en la América en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7% es decir, 68% más que el promedio mundial (OPS/OMS 2007).

Morbilidad: El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud, que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de

alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad (OPS/OMS 2007).

El consumo de alcohol en América es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial. En 2002, el consumo de alcohol per cápita en América fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros. Además de que el consumo excesivo episódico, especialmente entre jóvenes, es particularmente elevado en muchos países de la Región (OMS 2001). Los estudios sugieren que, en ciertos países en América, los niños están empezando a beber alcohol desde los diez años de edad (Carlini Cotrim 1999).

El consumo excesivo episódico, es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la Región; se define como cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión (o por un periodo de dos horas) para el hombre, y cuatro o más tragos estándar para la mujer, es un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección, ETS y VIH (Obot y Room 2005).

Recientes análisis de la Encuesta 2004 de Adicciones de Canadá describieron que el 62% del consumo de alcohol ocurría en días en los que consumían cinco o más tragos los varones y cuatro o más tragos las mujeres (Stockwell et al. 2005). Para los jóvenes de entre 19 y 24 años, este porcentaje se elevó a casi 90%. En muchos países en vías de desarrollo de la Región, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado (beber más de cinco tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes (Villatoro et al. 2005; Median Mora et al. 2003).

Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. Desde 2001, los análisis de las encuestas escolares en varios países de la Región (Tabla 5), en su mayoría patrocinadas por

CICAD (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas, indican que los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley.

El consumo excesivo episódico es especialmente más elevado en jóvenes. En Brasil, por ejemplo, una encuesta reciente sobre comportamientos relacionados con la salud en 800 estudiantes de secundaria y en siete escuelas privadas de enseñanza media y superior de San Pablo, se descubrió que el 25% de los adolescentes encuestados reportaron por lo menos una ocasión de consumo excesivo episódico (al menos cinco tragos en aproximadamente dos horas) en los 30 días anteriores.

Este mismo comportamiento fue reportado por el 10% de los 900 estudiantes de bajos ingresos encuestados en diez escuelas públicas (Carlini-Cotrim et al. 1998); en México, el 21% de los estudiantes de escuelas preparatorias reportaron una ingesta de cinco o más tragos por ocasión durante el mes previo a la encuesta (Villatoro et al. 2005).

USO DE ALCOHOL ENTRE JÓVENES

País	Género	Uso durante la vida	Uso en el año anterior	Uso en el mes anterior
Venezuela	Mujeres	63.1%	42.8%	23.1%
	Hombres	68.2%	49.4%	27.8%
	Total	65.6%	45.9%	25.4%
México*	Mujeres	46%	-	35.2%
	Hombres	45.8%	-	35.1%
	Total	45.9%	-	35.2%
Panamá	Mujeres	63.7%	43.8%	27.2%
	Hombres	63.9%	46.7%	31.0%
	Total	63.8%	45.2%	28.8%
Guatemala	Mujeres	47.9%	27.7%	13.3%
	Hombres	53.9%	34.4%	19.3%
	Total	50.5%	30.6%	15.8%
Nicaragua	Mujeres	53.6%	32.3%	16.0%
	Hombres	65.7%	44.3%	26.1%
	Total	59.0%	37.7%	20.5%
Uruguay	Mujeres	77.1%	65.3%	48.2%
	Hombres	79.4%	68.9%	52.5%
	Total	78.2%	67.0%	50.1%
Paraguay	Mujeres	60.8%	49.0%	40.0%
	Hombres	58.7%	48.1%	40.4%
	Total	59.8%	48.6%	40.0%
Brasil	Mujeres	70.3%	68.8%	48.3%
	Hombres	68.4%	66.2%	47.8%
	Total	69.3%	67.4%	48.0%
Colombia	Mujeres	74.2%	63.1%	49.0%
	Hombres	79.1%	68.4%	55.3%
	Total	76.4%	65.4%	51.9%
Chile	Mujeres	69.5%	59.2%	40.2%
	Hombres	66.8%	54.6%	40.2%
	Total	68.1%	56.9%	40.1%
Bolivia	Mujeres	34.0%	22.7%	13.7%
	Hombres	44.3%	30.9%	19.3%
	Total	39.0%	26.7%	16.4%
Ecuador	Mujeres	58.0%	39.8%	25.3%
	Hombres	63.3%	43.7%	30.9%
	Total	60.5%	41.7%	28.0%
Perú	Mujeres	47.2%	35.0%	23.2%
	Hombres	65.7%	40.1%	28.6%
	Total	59.0%	37.5%	25.9%
Argentina	Mujeres	62.3%	50.0%	42.0%
	Hombres	65.7%	56.6%	46.0%
	Total	59.0%	53.0%	42.2%

* Rango de edades de 12-18 años de edad (Villatoro et al. 2005)

Fuente para Brasil: SENAD (Secretaría Nacional Antidrogas); Fuente para México: Villatoro et al. 2005; Fuente para otros países: encuestas escolares CICAD

Tabla 5. Uso de alcohol entre jóvenes de 14 a 17 años en diversos países, 2001-2005

1.4.1.2. TABACO

El tabaquismo es un problema de salud que no se ha podido erradicar a pesar de las políticas mundiales y regionales en contra del tabaco y los principales atraídos hacia su consumo son los jóvenes debido a la comercialización que les ha hecho creer que les da estatus social.

Según datos de la OPS la prevalencia de tabaquismo en jóvenes en la región es en promedio de 13.3 % solo entre la edades de 13 a 15 años, tomando en cuenta para la encuesta a estudiantes entre 13 y 15 años que fumaron un cigarrillo o más en los últimos 30 días antes de ser encuestados.

En la siguiente tabla se observa detalladamente esta cifra por país, en ésta región.

JÓVENES QUE FUMAN

País	Año	Masculina (%)	Femenina (%)	Total (%)
Barbuda	2004	2.7	4.4	3.6
Argentina	2007	21.1	27.3	24.5
Bahamas	2004	6.2	3.7	5.2
Barbados	2007	14.3	9.3	11.6
Belice	2008	11.7	4.4	7.7
Bolivia	2003	20.3	12	16.3
Brasil	2006	9.1	12.9	12.3
Chile	2008	28	39.9	34.2
Colombia	2007	25.4	26.6	26.2
Costa Rica	2008	9.4	9.7	9.6
Cuba	2004	11.2	8.8	10
Dominica	2004	11.8	9.6	11.5
Ecuador	2007	23.2	18.1	20.5
El Salvador	2003	18.4	10.9	14
Estados Unidos	2004	12.1	13.9	13
Granada	2004	10.9	9.5	10.2
Guatemala	2008	13.7	9.1	11.4
Guyana	2004	11	5.4	8.1
Haití	2005	14.1	13.8	14

Honduras	2003	14.4	14.1	14.2
Jamaica	2006	20.6	10.9	15.4
México	2006	26.3	27.1	27.1
Nicaragua	2003	25.6	17.4	21.2
Panamá	2008	5.9	2.8	4.3
Paraguay	2008	11.3	5.5	8.3
Perú	2007	16.7	15.2	16.5
República Dominicana	2004	7.3	5.8	6.6
Saint Kitts y Nevis	2002	7	1.9	4.6
San Vicente y las Granadinas	2007	14.8	9.5	12
Santa Lucía	2007	17	9.6	12.7
Suriname	2004	9.3	4.7	6.9
Trinidad y Tobago	2007	14.7	10.3	12.9
Uruguay	2007	16.4	22.9	20.2
Venezuela	2003	7.8	6.3	7.1

Tabla 6. Jóvenes que fuman en Latinoamérica (Pan American Tobacco Information Online System, 2010)

Mortalidad

El tabaquismo causa cerca de 90% de muertes por cáncer de pulmón en los hombres y casi 80% en las mujeres. En Latinoamérica se habla de un promedio de 6971 muertes totales por cáncer de tráquea, bronquio y pulmón. Y una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón promedio de 14 por 100 000, debido al cáncer de tráquea, bronquio y pulmón.

MORTALIDAD RELACIONADA CON EL TABAQUISMO

País	Año	Total # de muertes por el cáncer de pulmón	Tasa de mortalidad por el cáncer de pulmón (por 100,000)
Antigua y Barbuda	2004	3.82	4.7
Argentina	2004	9495.43	22.5
Bahamas	2004	28.12	11.2
Barbados	2004	20.09	6.2

Belice	2004	17.61	12.5
Bolivia	2004	601.75	11.4
Brasil	2004	22,338.89	15.6
Canadá	2004	17,590.55	36.4
Chile	2004	2,355.52	14.9
Colombia	2004	3,884.37	13.2
Costa Rica	2004	279.14	9
Cuba	2004	4,511.03	31.3
Dominica	2004	11.59	18.7
Ecuador	2004	737.28	8
El Salvador	2004	199.68	4.5
Estados Unidos	2004	163,891.25	38.8
Grenada	2004	10.07	12.7
Guatemala	2004	818.03	12.6
Guyana	2004	32.48	5.9
Haití	2004	206.16	4.5
Honduras	2004	552	16.2
Jamaica	2004	346.91	15
México	2004	8,034.00	10.7
Nicaragua	2004	305.94	11.2
Panamá	2004	242.88	10.3
Paraguay	2004	556.77	15.8
Perú	2004	1,776.92	9.6
República Dominicana	2004	1,074.28	16.9
Saint Kitts y Nevis	2004	2.18	5.1
San Vicente y las Granadinas	2004	11.64	13.4
Santa Lucía	2004	8.86	6.3
Suriname	2004	44.18	13
Trinidad y Tobago	2004	113.03	10.1
Uruguay	2004	1,238.96	27.8
Venezuela	2004	2,653.27	15

Tabla 7. Mortalidad relacionada con el Tabaquismo en latinoamerica (Pan American Tobacco Information Online System, 2010)

1.4.2. ÁMBITO NACIONAL

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA- 2008) realizada en conjunto por, la Secretaría de Salud y El Consejo Nacional contra las Adicciones en México, se observa el siguiente panorama.

1.4.2.1. DROGAS LEGALES

1.4.2.1.1 ALCOHOL

La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29.

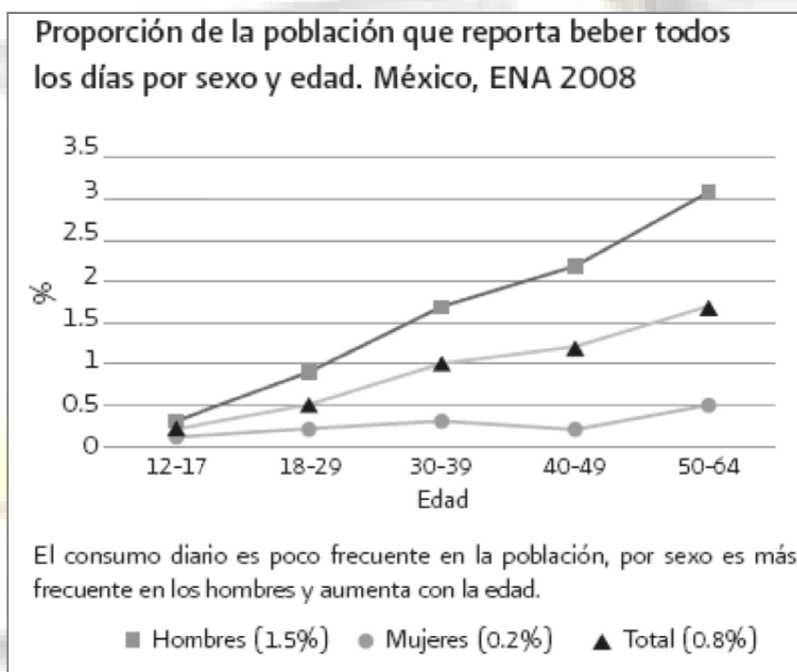


Figura 1. Población bebedora por sexo y edad. México, ENA 2008.

De esta población, el abuso y dependencia en adolescentes de 12 a 17 años en promedio en hombres es de 3.6% (245, 484) y 2.3% (146, 394) en mujeres.

Una cifra alarmante es la de abuso/dependencia (patrón de consumo desadaptativo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por la presencia de tres o más síntomas y uso continuado a pesar de la conciencia del daño), pues aunque es de 2.9% en total, se observa que en las adolescentes es más alta que en las mujeres adultas y que rebasa el total.

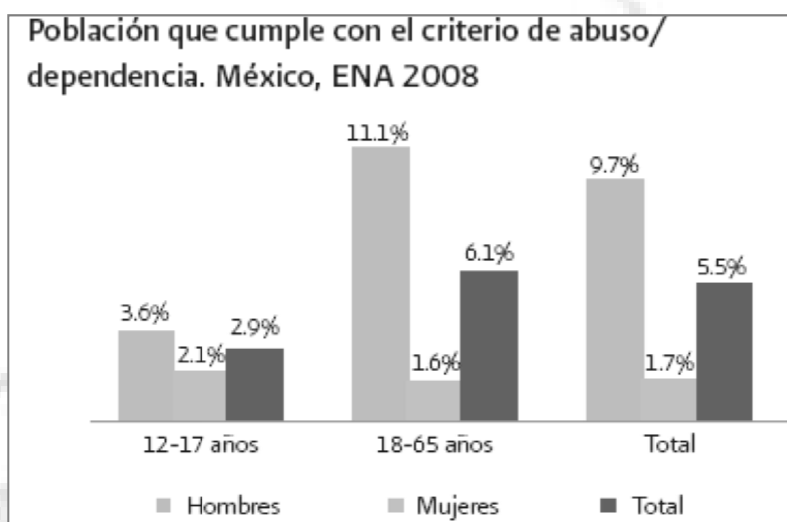


Figura 2. Población que abusa o depende de las drogas. México, ENA 2008.

El consumo de alcohol provoca problemas tanto sociales como psíquicos y físicos, a continuación se observa la situación de algunos de ellos en los adolescentes.

Problemas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ha tenido problemas con la policía debido al uso de bebidas alcohólicas	63 527	5.0	9 724	1.0	73 251	3.3
Ha tenido problemas con su salud debido a su consumo de bebidas alcohólicas	16 033	1.3	8 715	.9	24 748	1.1
Ha perdido o casi perdió un trabajo debido a la bebida	6 207	.5	1 153	.1	7 360	.3

Porcentajes obtenidos del total de bebedores definido en las columnas

Figura 3. Población bebedora según problemas, por sexo. México, ENA 2008.

Población total de 12 a 17 años, según problemas por el consumo de alcohol por sexo.
México, ENA 2008

Problemas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ha tenido problemas en su trabajo debido a su consumo de bebidas alcohólicas	8 438	.7	4 072	.4	12 510	.6
Ha tenido problemas con su familia debido a su consumo de bebidas alcohólicas	136 164	10.7	75 422	7.8	211 586	9.5
Se vio involucrado en una pelea debido a su consumo de bebidas alcohólicas	100 235	7.9	42 121	4.4	142 356	6.4

Porcentajes obtenidos del total de bebedores definido en las columnas

Figura 4. Población bebedora según problemas por sexo. México, ENA 2008.

Estas cifras nos pueden dar un panorama sobre la forma de beber de los adolescentes mexicanos que como ya se observó, generalmente beben en cantidades excesivas, en una sola exposición, lo que lleva a estos problemas como consecuencia de dicha ingesta masiva de alcohol.

1.4.2.1.2. TABACO

El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud, del cual México no está exento, diariamente mueren alrededor de 147 personas por causas vinculadas con el tabaco, lo que significa que en un año mueren aproximadamente 53,000 personas en nuestro país, por esta causa (ENA 2008).

Se observó que la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años y en la población adolescente fue de 13.7 años a diferencia de la población adulta que fue de 17.4 años.

Edad de consumo de tabaco por primera vez según grupo de edad (años). México, ENA 2008				
Grupos de edad			IC 95%	
			L. inferior	L. superior
Adolescentes	Media	13.7	13.5	13.8
Adultos	Media	17.4	17.2	17.5
Total	Media	17.1	17.0	17.2

Figura 5. Edad de inicio en consumo de tabaco. México, ENA 2008.

Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Con base en estos hallazgos, podemos concluir que las razones para el inicio del consumo de tabaco son similares tanto en hombres y mujeres como en adolescentes y adultos.

Razón por la que empezó a fumar según sexo y grupos de edad. México, ENA 2008							
			Sexo		Grupos de edad		
			Hombre	Mujer	Adolescentes	Adultos	Total
Porque su familia, amigos o compañeros fumaban		N*	5 230	2 455	491	7 193	7 685
	IC 95%	L. inferior	4 912	2 238	427	6 795	7 271
		L. superior	5 549	2 671	556	7 592	8 099
		%	29.8%	26.9%	24.1%	29.2%	28.8%
	IC 95%	L. inferior	28.3%	25.0%	21.5%	27.8%	27.5%
L. superior		31.3%	29.0%	27.0%	30.6%	30.1%	
Por curiosidad		N*	10 684	5 478	1 399	14 764	16 162
	IC 95%	L.inferior	10 256	5 145	1 280	14 232	15 599
		L. superior	11 112	5 812	1 517	15 295	16 725
		%	60.8%	60.1%	68.6%	59.9%	60.6%
	IC 95%	L. inferior	59.2%	57.8%	65.7%	58.4%	59.1%
L. superior		62.3%	62.4%	71.5%	61.4%	62.0%	
Otra razón		N*	1 663	1 176	148	2 691	2 839
	IC 95%	L. inferior	1 487	1 037	112	2 469	2 611
		L. superior	1 838	1 315	183	2 913	3 066
		%	9.5%	12.9%	7.3%	10.9%	10.6%
	IC 95%	L. inferior	8.6%	11.5%	5.8%	10.1%	9.9%
L. superior		10.4%	14.4%	9.1%	11.8%	11.5%	
Total		N*	17 577	9 109	2 038	24 648	26 686

*N en miles

Figura 6. Razones de inicio para fumar según sexo y edad. México, ENA 2008.

Para caracterizar a la población mexicana con respecto al consumo de tabaco, se utilizaron las siguientes definiciones:

- Fumador activo: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año.
- Ex fumador: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año
- Nunca ha fumado: persona que contestó no haber fumado en la vida.

En los adolescentes, el 85.1% (11 626.1) nunca ha fumado, el 8.8% (1201.7) es fumador activo y el 6.1% (840.5) son ex fumadores.

De estos adolescentes que son fumadores activos, el promedio de edad de inicio de consumo diario de tabaco es de 13.738 años.

1.4.2.2. DROGAS ILEGALES

En la ENA 2008 se observa un panorama del uso de drogas en el que se incluye la percepción de la población sobre el riesgo adictivo de algunas drogas además del consumo de estas.

El mayor consenso sobre el potencial adictivo de las drogas se observó para la marihuana (80.3%) y para la cocaína (75.8%); les sigue en importancia el alcohol (71.2%). Menor consenso se observó para el tabaco (66.4%), la heroína (60.3%), los inhalables (56.2%) y los alucinógenos (51.8%); sin embargo todavía hay personas que piensan que no causan ninguna adicción.

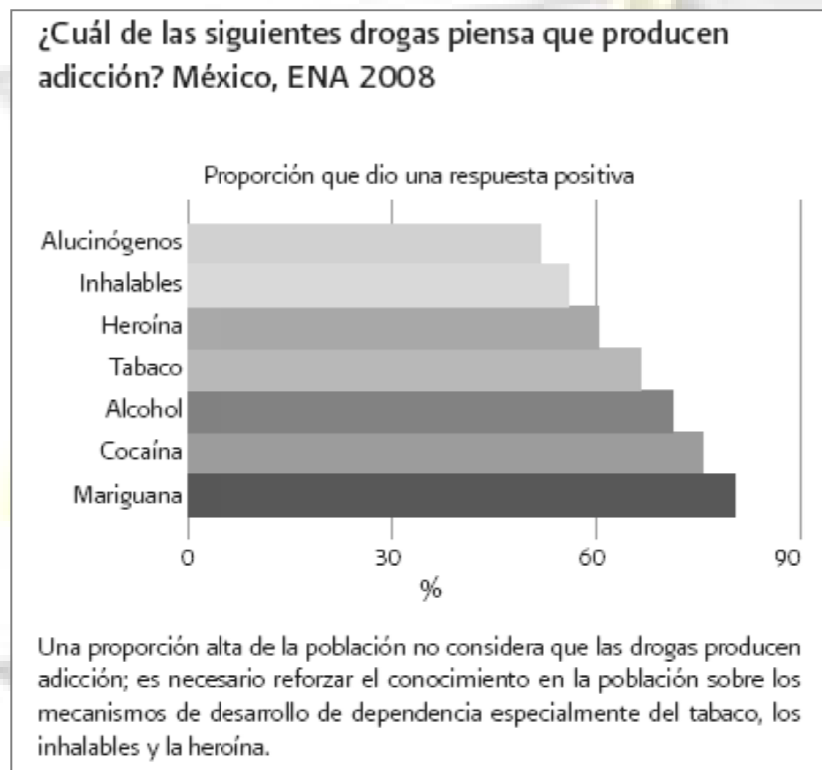


Figura 7. Percepción sobre la adicción de diferentes drogas en la población. México, ENA 2008.

Uno de los factores de riesgo más importantes que influyen en el consumo de drogas es la disponibilidad y uso de drogas en el entorno. La encuesta evaluó el consumo en el entorno de los individuos en la muestra. Se encontró que una proporción importante notificó problemas de consumo de alcohol en el padre (22%), y de consumo de drogas en el mejor amigo (12.9%) y en algún miembro de la familia (6.5%); 2 de cada 100 notificaron sobre un problema de consumo de alcohol en la madre. El consumo en la familia y en el entorno inmediato, particularmente de alcohol, dada su frecuencia, constituye un factor de riesgo importante, para la oportunidad de usar y para el uso.

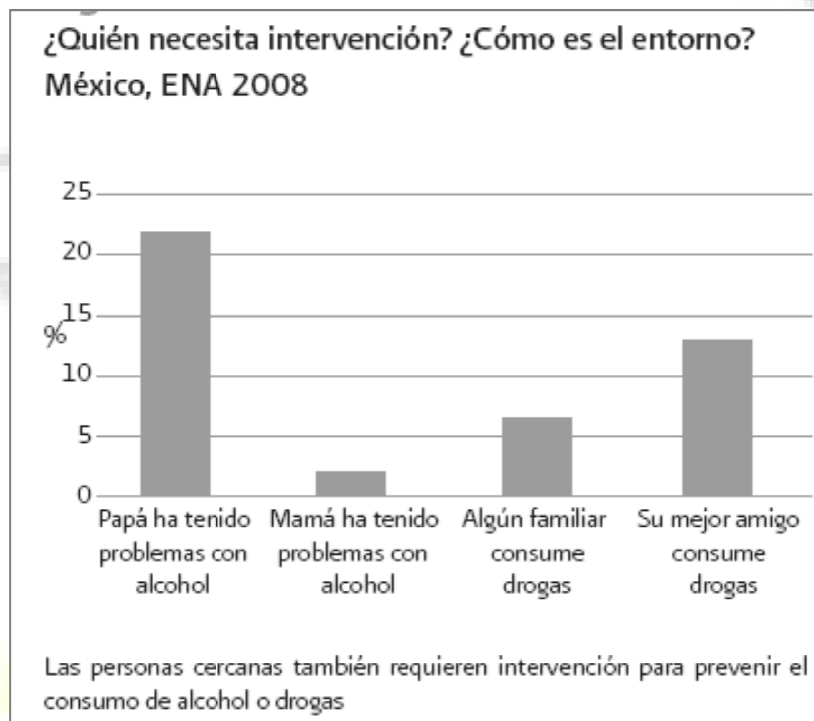


Figura 8. El entorno respecto al consumo de drogas. México, ENA 2008.

Para que un adolescente o joven se involucre con drogas debe encontrar una oportunidad para usarlas. Entender cómo se da la progresión desde que se le ofrece al individuo la oportunidad de uso hasta que desarrolla la adicción es crucial para el diseño de programas de intervención que permitan incidir en cada una de las etapas y así reducir la probabilidad de ocurrencia. Sabemos que muchos de los factores que se han asociado con el riesgo de usar drogas, como la

supervisión de los padres o el género, pueden relacionarse con el uso de drogas solamente si los jóvenes tienen acceso a ellas.

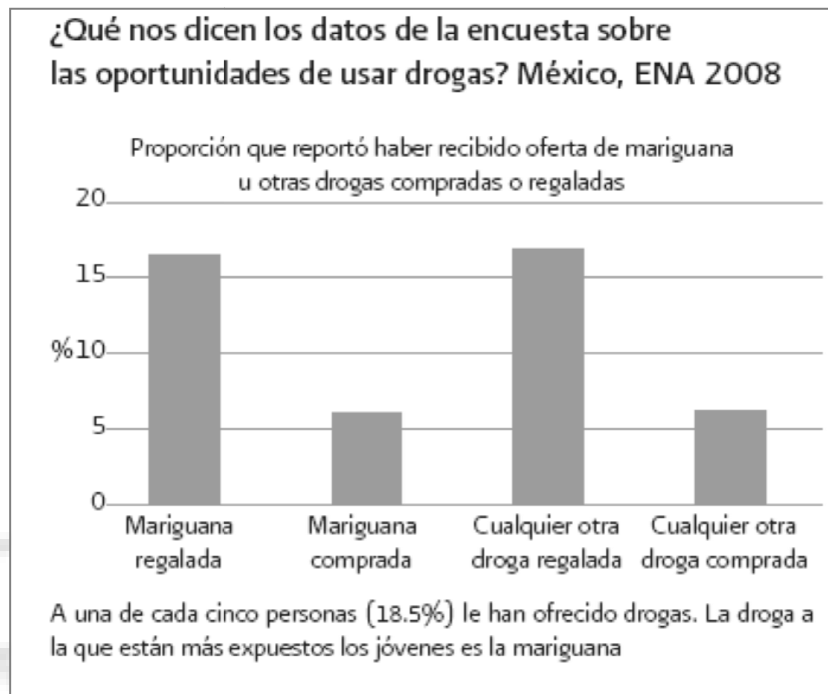


Figura 9. Disponibilidad de algunas drogas, para su uso. México, ENA 2008.

La exposición a la oportunidad está mediada por una serie de variables; entre los adolescentes, no estar en la escuela es un factor de riesgo importante. Los factores tales como trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo que consume, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos aumentan la probabilidad de la exposición a las drogas.

En la tabla siguiente se observa el panorama general del consumo de drogas y es de llamar la atención que el consumo en jóvenes es muy alto, pero en el sexo femenino la cifra es más alta en adolescentes que en adultas.

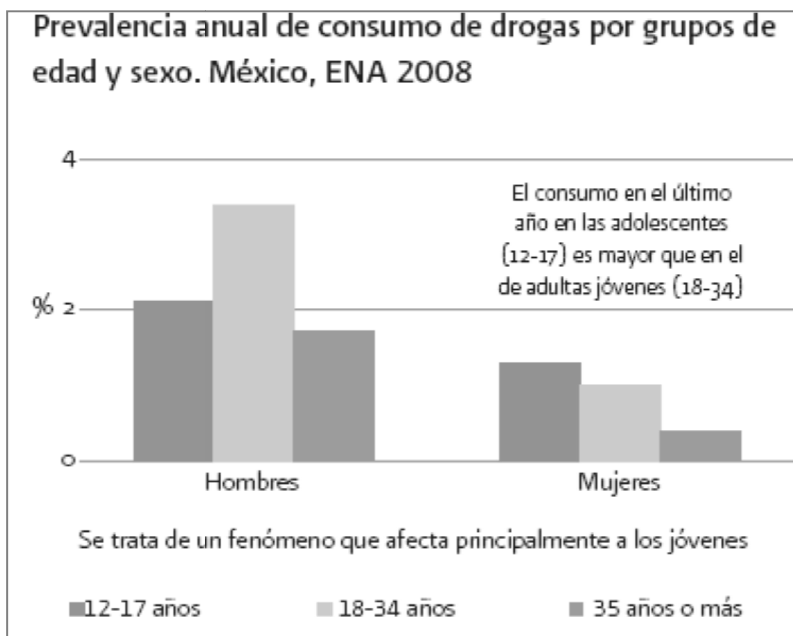


Figura 10. Prevalencia anual de consumo de drogas. México, ENA 2008.

Las droga que más se usa es la marihuana según estos resultados.

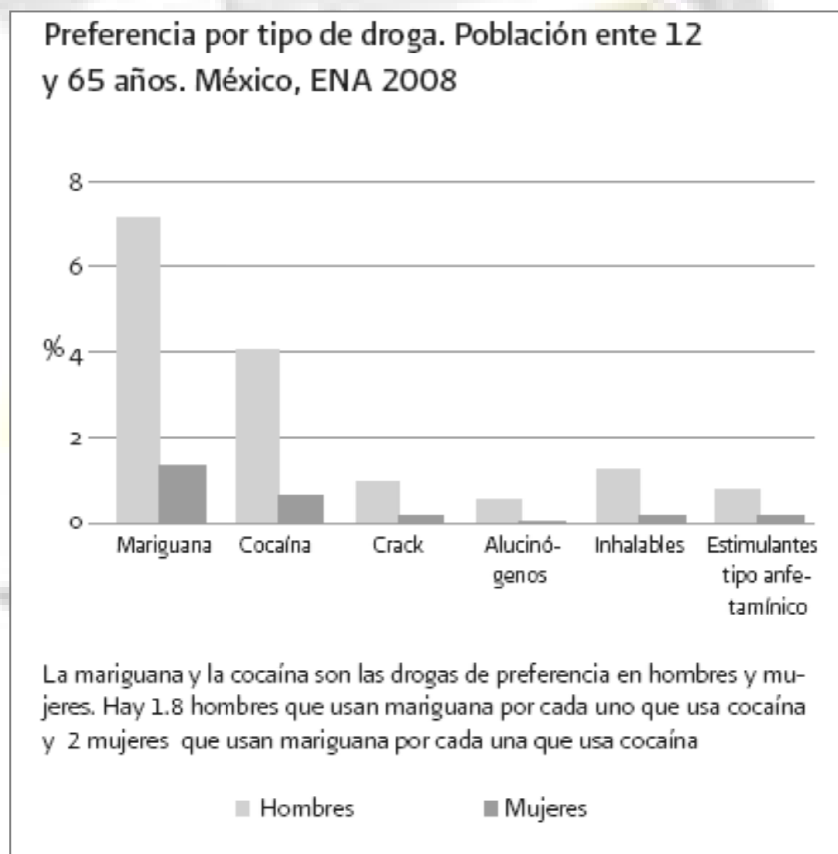


Figura 11. Preferencias por tipo de droga. México, ENA 2008.

Es importante definir la manera en que se presenta el consumo, dada la oportunidad de usar drogas; a esto se le llama prevalencia condicionada. Los datos indican que, si bien más hombres (9.1%) que mujeres (2.6%) han usado drogas, esto se debe principalmente a que han tenido más oportunidades de hacerlo. Cuando se controla la exposición a las drogas, las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, desaparecen. Alrededor de la mitad de quienes han estado expuestos a la venta o compra de marihuana u otras drogas la ha consumido (58% de los hombres y 53.1% de las mujeres). Las estimaciones de razones de momios indican que las mujeres tienen mayor probabilidad de probar marihuana si se la ofrecen, que los varones.



Figura 12. Diferencia en el consumo de drogas entre sexos. México, ENA 2008.

Un factor importante es saber la probabilidad de pasar del uso a la dependencia y si esta varía entre hombres y mujeres dada la oportunidad de usar. Los resultados indican que, una vez expuestos, ambos tienen la misma probabilidad de progresar al uso (13% de cada grupo consume dada la oportunidad) y a la dependencia (1.9% de los hombres y 1.1% de las mujeres que experimentan con drogas progresan a la dependencia).

Los datos de la encuesta indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Además, presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos.

Se sabe que el cerebro de los adolescentes está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, y es por ello que tendrían más propensión a tomar riesgos. Su condición de adolescentes les permite cuestionar el mundo de los adultos y, en este sentido, son una promesa de cambio social. Sin embargo, enfrentan también importantes riesgos que obligan a pensar en mecanismos para protegerlos de los daños potenciales a la salud durante este periodo de sus vidas.

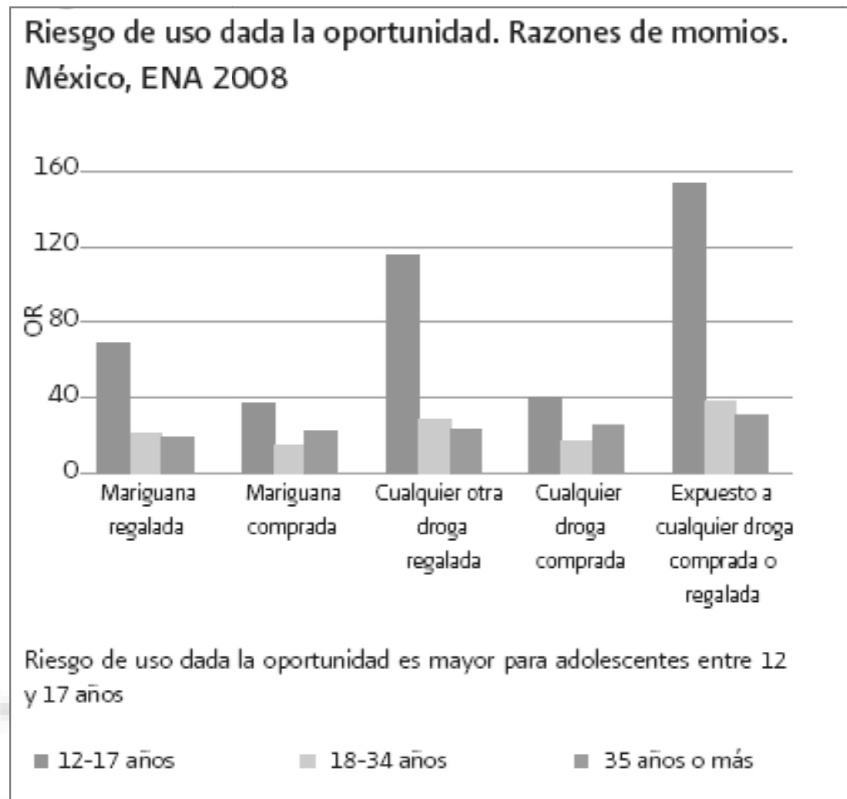


Figura 13. Riesgo de uso de drogas dada la oportunidad. México, ENA 2008.

Los adolescentes también progresan en mayor proporción hacia la dependencia. Dado el abuso, 35.8% de los adolescentes, 24.6% de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y 14.5% de quienes tienen más de 25 años progresan a la dependencia.

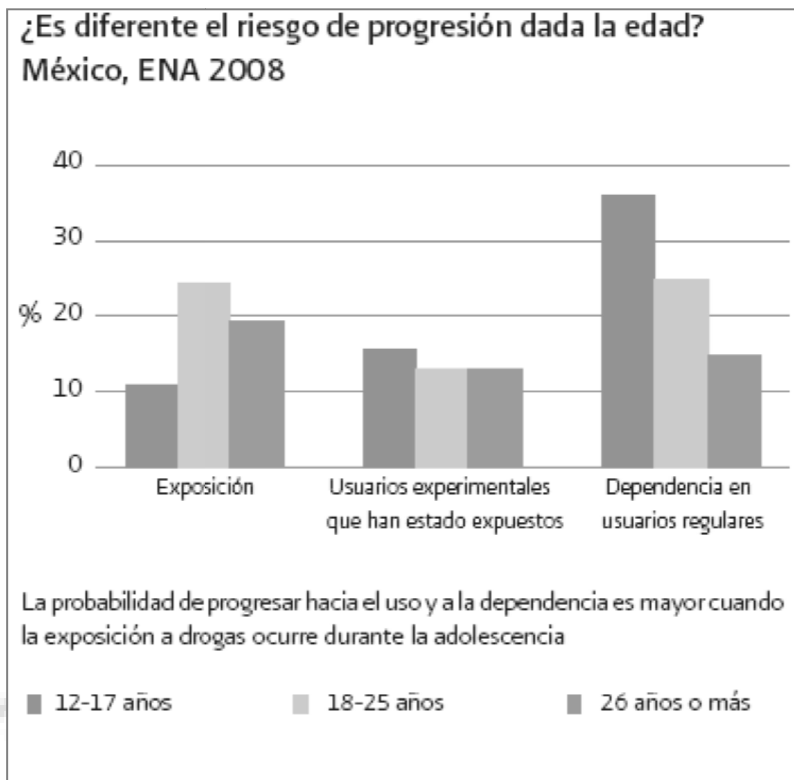


Figura 14. Riesgo de progresión hacia el uso/dependencia de drogas. México, ENA 2008.

CAPITULO 2: ADOLESCENCIA Y DROGADICCIÓN

2.1. ADOLESCENCIA COMO ETAPA DE VIDA

2.1.1. DEFINICIÓN

Punto de vista Terminológico: Adolescencia procede del vocablo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “desarrollarse a la madurez”, mientras que *adolescente*, deriva de *adulescens*, el participio presente del verbo. A diferencia de la forma que se emplea para designar al adulto, *adulescens* se refiere a un proceso y no a un estado; en latín mientras el adulto parece ser resultado de un proceso de crecimiento (*adultus*, participio pasado de *adulesco*), la adolescencia se considera como un proceso, como el paso de un estadio a otro. (Montero, 2006)

La pubertad se refiere a los cambios biológicos y fisiológicos asociados a la maduración sexual, mientras que la adolescencia es un concepto más amplio ya que contempla cambios de conducta y estatus social. La duración de la pubertad la determinan factores biológicos y de la adolescencia las instituciones sociales y el grupo social.

Psicológicamente: La adolescencia es una situación de cambio a la que el individuo necesita adaptarse, transformando sus conductas infantiles en las propias de un adulto.

Sociológicamente: La adolescencia es la etapa de transición de la infancia a la adultez, de la dependencia a la autonomía, y comprende dos partes:

1. Socialización: Desarrollo social, modo en que los individuos aprenden las maneras de pensar, sentir y actuar de la sociedad para participar en ella.
2. Papel o rol: Conducta que se espera en un individuo en virtud de su posición o estatus, el cual irá variando a lo largo de esta etapa de transición.

Adolescencia desde el enfoque psicosocial se define como: “Una etapa de transición, de la infancia a la adultez, en la que tiene lugar una gran parte del desarrollo físico, psicológico y social, y que por tanto, lejos de ser un mero intervalo temporal entre estas dos edades, constituye un proceso de recapitulación de toda la experiencia acumulada y de preparación para la vida adulta.

2.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Se ha llegado a definir la adolescencia como “La etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”, siendo la identidad un *continuum*. (Knobel, 2010).

Este proceso de duelo es básico y fundamental, la estabilización de la personalidad no se logra si no pasa por cierto grado de conducta “patológica”, que se podría considerar inherente a la evolución *normal* de esta etapa de la vida. Sintetizando las características de la adolescencia, se describe la siguiente sintomatología que integrará éste “síndrome de la adolescencia normal”:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad: Es el conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico en su mundo circundante que tiene características especiales en cada edad evolutiva. La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento de sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida.

Aquí se destaca la posibilidad de una disconformidad con la personalidad adquirida y el deseo de lograr otra por medio de una identificación a través de otros. Existen problemas de pseudoidentidad, expresiones manifiestas de lo que se quisiera o pudiera ser y que ocultan identidad latente, la verdadera, lo cual

puede llevar al adolescente a adoptar distintas identidades; por ejemplo: las *identidades transitorias, circunstanciales, y ocasionales*.

Así, la *identidad adolescente* es la que se caracterizará por el cambio de relación del individuo, básicamente con sus padres. En la adolescencia el individuo da un nuevo paso para estructurarse en la preparación para la adultez.

2. La tendencia grupal: En la búsqueda por su identidad, el adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de *uniformidad* que puede brindar seguridad y estima personal. En ésta etapa hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno.

El fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial. El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear: La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento del adolescente. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de familia, así como a la bisexualidad que acompaña a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso a la realidad externa. Esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar; por lo que las fantasías inconscientes y la intelectualización sirven como mecanismos defensivos frente a éstas situaciones de pérdida tan dolorosas.

4. Las crisis religiosas: En cuanto a la religiosidad, el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico fervoroso. Por supuesto, entre ellas hay una gran variedad de posiciones religiosas y cambios muy frecuentes. Es común observar que un mismo adolescente pasa incluso por períodos místicos o por períodos de un ateísmo absoluto. Surge una preocupación metafísica con gran intensidad, y las frecuentes crisis religiosas no son mero

reflejo caprichoso de lo místico, como a veces suele aparecer a los ojos de los adultos, sino intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y con el enfrentamiento del fenómeno de la muerte definitiva de su yo corporal. Así, la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar para él una salida mágica.

De tal manera que para la construcción definitiva de una ideología, así como de valores éticos o morales, es preciso que el individuo pase por algunas idealizaciones persecutorias y después las abandone por objetos idealizados para luego sufrir un proceso de desidealización que permita construir nuevas y verdaderas ideologías de vida.

5. La desubicación temporal: Desde el punto de vista de la conducta observable, es posible decir que el adolescente vive con una cierta desubicación corporal; convierte el tiempo en presente y en activo como un intento de manejarlo. En cuanto a su expresión de conducta, el adolescente parecería vivir en proceso primario con respecto a lo temporal, es decir, las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales.

Sin embargo, es durante la adolescencia que la dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminatorias. A las dificultades del adolescente para diferencias externo-interno, adulto-infantil, etcétera, se agrega la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro. En él se puede unir el “pasado y el futuro en un devorador presente”, presente que tiene características no discriminadas y que por lo tanto implicaría temporalidad diferente.

Mientras esto ocurre, la noción temporal del adolescente es de características corporales o rítmicas, o sea, basadas en el tiempo de comer, de defecar, de jugar, de dormir, de estudiar, creando así un tiempo vivencial.

A medida que se van elaborando los duelos típicos de la adolescencia, la dimensión temporal adquiere otras características. Surge entonces la

conceptualización del tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro.

6. La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad: En la evolución del autoerotismo a la heterosexualidad que se observa en el adolescente, se puede describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, que tiene características especiales en esta fase de desarrollo, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa, que sólo se da, con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, recién en la adultez.

Al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia su búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa. Es el período en que comienzan los contactos superficiales, las caricias –cada vez más profundas y más íntimas- que llenan la vida sexual del adolescente.

El enamoramiento apasionado es también un fenómeno que adquiere características singulares en la adolescencia y que presenta todo aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal del adolescente. El primer episodio de enamoramiento ocurre en la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad.

7. Actitud social reivindicadora: No todo el proceso de la adolescencia depende del adolescente mismo, como una unidad aislada en un mundo que no existiera. No hay duda alguna de que la constelación familiar es la primera expresión de la sociedad que influye y determina la conducta del adolescente.

La sociedad, aun manejada de diferente manera y con distintos criterios socioeconómicos, impone restricciones a la vida del adolescente. Éste, con su pujanza, con su actividad, con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificar la sociedad, que, por otra parte, está viviendo constantemente modificaciones intensas. Teniendo conciencia de la traspolación que significa, es

posible decir que se crea un malestar en el mundo adulto que se siente amenazado por los jóvenes que van a ocupar ese lugar y que, por lo tanto, son desplazados.

Las actitudes reivindicatorias y de reforma social del adolescente pueden ser la cristalización en la acción, de lo que ha ocurrido en el pensamiento. Las intelectualizaciones, las fantasías y sus propias necesidades refuerzan un yo grupal, creando un pensamiento activo.

Frente al duelo por los padres de la infancia, de la cual ya se ha hablado, el adolescente descarga todo su odio y su envidia y desarrolla actitudes destructivas. Si puede elaborar bien este duelo y reconocer la sensación de fracaso, podrá introducirse en el mundo de los adultos con ideas reconstructivas modificadoras, en un sentido positivo, de la realidad social, y tendientes a que cuando se ejerza su identidad adulta, pueda encontrarse realmente en un mundo mejor.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: La conducta de adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma más típica de expresión en estos momentos de la vida. El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces lo intenta y lo busca.

Muchas veces se ha hablado de la personalidad del adolescente como “esponjosa”. Es una personalidad permeable, que recibe todo y que también proyecta enormemente, es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes.

9. Separación progresiva de los padres: Ya se ha indicado que uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia. Por lo tanto, una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de los padres, lo que está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en un momento cronológico del individuo.

Ello significa que la presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil, y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto. Por otro lado, no muy definidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes; con ídolos de distinto tipo: cinematográficos, deportivos, etcétera, haciéndose estas identificaciones como sujetos parentales. Las relaciones con maestros, compañeros mayores, adquieren características parentales y pueden empezar a establecer relaciones mucho más satisfactorias.

10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: Ya se ha señalado que el fenómeno de duelo acompaña a la adolescencia, no sin provocar ansiedad y depresión.

La cantidad y calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinarán la mayor o menor intensidad de sus sentimientos. En el proceso de fluctuaciones dolorosas permanentes, la realidad no siempre satisface las aspiraciones del adolescente, por lo que realiza intentos de conexión placentera, que no siempre logra, y la sensación de fracaso frente a ésta búsqueda puede ser muy intensa y obligar al individuo a refugiarse en sí mismo. Se produce un repliegue autista que es tan singular en el adolescente y que puede dar lugar a ese sentimiento de soledad tan característica de esa tan típica situación de “frustración y desaliento” o “aburrimiento”.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre los procesos de duelo por la pérdida de sus objetos parentales y su propio cuerpo infantil, al fallar sus intentos de elaboración, aparecen los cambios de humor y pueden aparecer como microcrisis.

2.1.3. FACTORES DE RIESGO

Cada persona se encuentra en un determinado “nivel de riesgo” que depende de la interacción dinámica de varios factores que lo predisponen o incitan al consumo y/o abuso de drogas, existen 3 niveles:

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 son determinantes 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. (Téllez, 2008).

Los factores de riesgo son aquellos que aparecen antes de que inicie el consumo de drogas, estos se definen como los atributos o características individuales, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas. Dichos factores tienen un efecto acumulativo, es decir, entre más factores de riesgo tenga una persona, mayor será la probabilidad de que consuma drogas.

Los factores de riesgo se dividen en 5 categorías:

1. *Influencias sociales a favor de las drogas*: Vienen de padres, amigos, hermanos, etc.; son muy significativas por que la primera experiencia social se da dentro de la familia; sin embargo a medida que crecen, los adolescentes tienen relaciones sociales fuera de la familia y su mayor influencia se da en el grupo de los amigos.

2. *Creencias y actitudes a favor de las drogas*: La creencia de que el uso de drogas no tiene consecuencias graves es muy común en la adolescencia y crece a medida que la socialización lleva al sujeto a consumirlas como parte de la socialización, volviéndose algo común y cotidiano.
3. *Lazos familiares débiles y supervisión paterna inadecuada*: Los lazos y relaciones afectivas entre padres e hijos tienen un papel importante para el desarrollo social y cognitivo de los adolescentes por lo que si los padres están poco involucrados con los hijos, tendrán menor autoridad ante ellos.
4. *Falta de interés por la escuela y pobre desempeño escolar*: La escuela es una institución que permite al adolescente desarrollarse en el ámbito individual y social, en ella se logra cierta independencia de la familia e integra nuevas pautas comportamentales y relacionales. Sin embargo se ha notado un incremento en el consumo de drogas en aquellos con problemas para adherirse a la escuela en la instancia formativa que además de conocimientos reproduce valores, actitudes, habilidades sociales, hábitos y estilos de vida.
5. *Conducta desviada previa*: En algún momento de desarrollo se pudieron aprender conductas violentas y el adolescente aprendió a resolver sus problemas de esta forma; de igual forma la disciplina incorrecta y la supervisión inadecuada provocan un comportamiento antisocial. (Téllez 2008).

2.1.4. FACTORES PROTECTORES

Son 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 (Téllez 2008).

Al igual que con los factores de riesgo, éstos son acumulativos y se requiere de la interacción de ellos para lograr el efecto protector.

Los principales factores protectores son:

- *Autoestima*: Es la valoración que tiene el individuo sobre sí mismo, indica hasta qué punto la persona se cree capaz, importante y competente. En ella se incluye el autoconocimiento, la autorrealización, el autoconcepto, autoaceptación, autorrespeto. y la autoevaluación. Esto permite a los individuos contar con capacidad, seguridad y firmeza para identificar las situaciones que le benefician o le perjudican.
- *Apego escolar*: Se refiere al proceso de permanencia y asistencia a la escuela; poner en práctica, desarrollar o fortalecer las capacidades de cada persona, además de motivar el interés y la creatividad.
- *Habilidades sociales*: Se refiere al conjunto de actividades exitosas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa las actitudes, sentimientos, deseos y opiniones de modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas; algunas son:
 - Comunicación
 - Resolución de problemas
 - Afrontar las emociones negativas
 - Asertividad

4.1.5. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Los riesgos de una adicción se encuentran presentes en la vida de todos los adolescentes, en mayor o menor medida, sin embargo la percepción que tienen de estos factores, podrían favorecer el uso de drogas, sobretodo si no se reconocen como tal.

La percepción puede variar de un individuo a otro influida por diversos factores, Según Moya (1994), estos factores se pueden dividir en tres categorías según tengan que ver con el perceptor, la persona (u objeto) percibido y el contenido de la percepción:

Factores asociados al perceptor. Es todo aquello que el perceptor espera, lo que implica las metas, también cómo se procesa la información y lo que se busca. De esta manera se formará lo percibido, con los estereotipos o la base del conocimiento ya existentes. Otro factor es la familiaridad, pues la impresión formada es más compleja y exacta cuando lo percibido, es casi desconocido. También influye el significado emotivo del estímulo y la experiencia del perceptor.

Factores asociados a la persona percibida. Habitualmente la persona percibida intenta regular y controlar, conscientemente o no, la información que presenta al perceptor, especialmente la información referente a uno mismo. A esto se le ha denominado manejo de la impresión. Puesto que los demás se están formando impresiones de nosotros continuamente, es importante influir sobre esa impresión en la dirección deseada.

De la misma forma en que el manejo de la impresión por una persona funciona, se puede hablar de los objetos percibidos, es decir, al hablar de riesgos, estos se presentan de una forma que llama la atención o es algo deseable para el perceptor.

Factores relativos al contenido de la percepción: Existen algunas características del contenido de lo percibido que influyen en la importancia que se le da a dicho contenido y que influyen en el proceso general de formación de impresiones. Aquí podemos hablar de los efectos de orden, el tono evaluativo de los elementos informativos, la información única y redundante y el carácter ambiguo de la información.

Hay algo que se llama efecto de primacía, en este se observa que lo primero que conocemos es lo que más influye en la percepción, y lo que conocemos posteriormente se sumará a estos primeros elementos; sin embargo existen ocasiones en que la información presentada en último lugar es la más fácil de recordar o más viva que la primera.

También el tono evaluativo de los elementos informativos influye en el proceso perceptivo; cuando la evaluación tiene elementos positivos y negativos, estos últimos tienen una mayor importancia en la impresión formada. También se ha visto que la información única o peculiar tiene un impacto más positivo sobre la impresión resultante que la información redundante, y que un rasgo claro y preciso tiene más importancia en el proceso de percepción que un rasgo ambiguo.

De esta forma podemos hablar de la percepción de riesgos como un proceso en el que hay influencias que tienen que ver con el perceptor, lo percibido y el contenido de la percepción; tomando en cuenta las consecuencias que podría desencadenar una acción.

2.2. ADICCION A LAS DROGAS

La adicción a las drogas o la dependencia a una sustancia es un desorden caracterizado por:

- 1) Compulsión al buscar y consumir la droga.
- 2) Pérdida de control en la limitación del consumo de drogas.
- 3) Emergencia de un estado emocional negativo (disforia, ansiedad, irritabilidad); cuando su acceso a las drogas es frustrado.

Actualmente se habla de tres tipos de usos de drogas:

1. Ocasional, uso social controlado.
2. Abuso de drogas, perjudicial.
3. Adicción a las drogas

Una visión psicodinámica de la adicción está integrada por una adicción neurobiológica con una focalización principalmente sobre los factores que propician una vulnerabilidad para la adicción.

El enfoque de esta aproximación es sobre el desarrollo de dificultades, trastornos emocionales, factores estructurales (ego), organización de la personalidad y la construcción de él mismo. (Koob, Le Moal 2006).

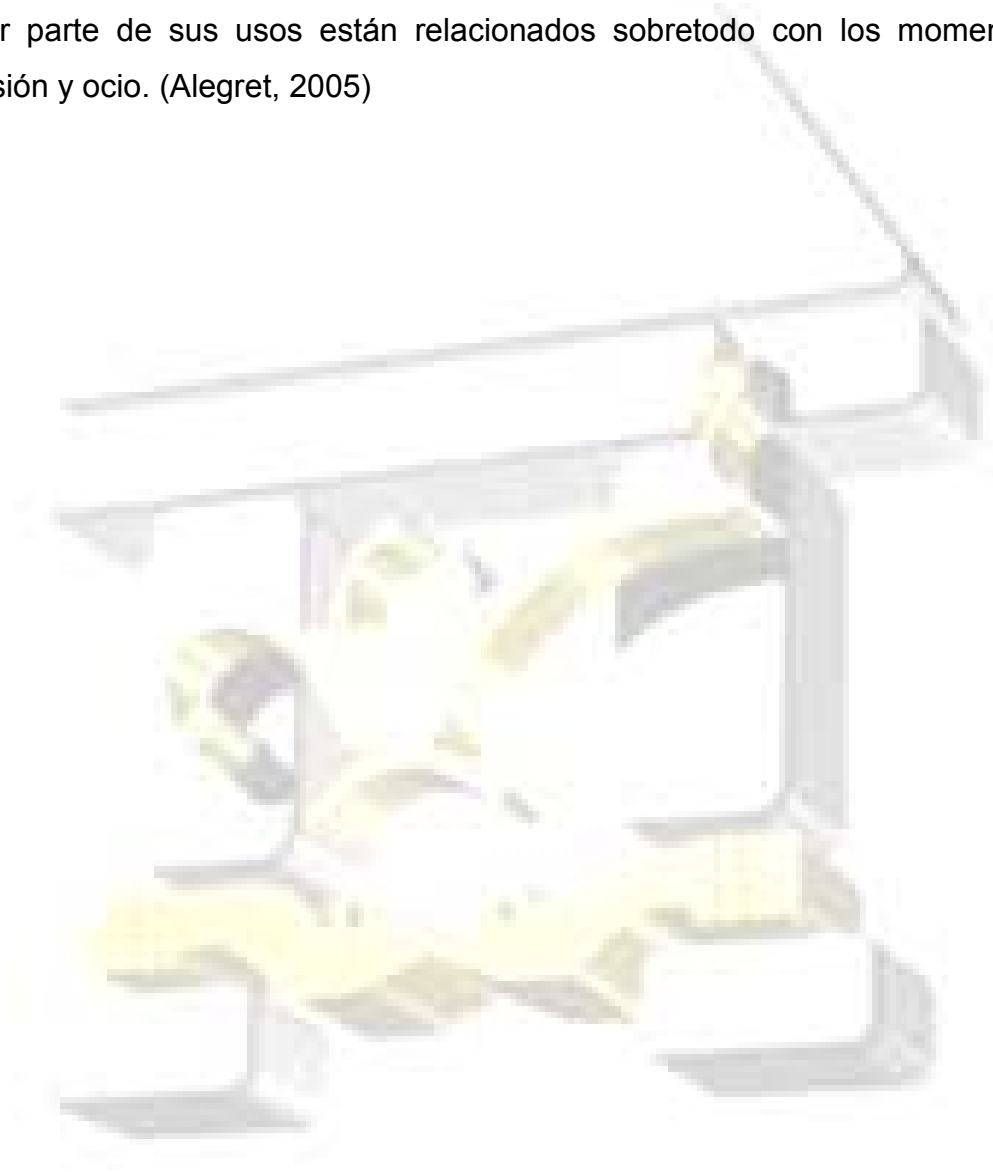
VARIABLES QUE DEFINEN Y CONFORMAN EL ACTO DE USAR UNA DROGA

Las expectativas sobre los efectos: Lo que esperamos obtener de manera consciente o implícita; en la adolescencia las expectativas de los efectos son más importantes que los propios efectos. Además puede responder a modas.

- La institucionalización y la transgresión social: el uso de una droga va enmarcado en un ritual determinado, o la transgresión del mismo, generalmente en la adolescencia se trata más de lo segundo.

- La relación social: el uso de drogas supone, por lo general, una toma de posición de la persona con respecto a los demás o a solas. Porque quieren ser como los demás o distinguirse.

El contexto vital del uso de las drogas: Los usos de drogas tienen sentido en función de momentos y situaciones vitales diferentes. En los adolescentes la mayor parte de sus usos están relacionados sobretodo con los momentos de diversión y ocio. (Alegret, 2005)



CAPITULO 3: MEDIDAS PREVENTIVAS

3.1. PREVENCIÓN

La palabra prevención proviene del latín “praeventious”, de “prae” antes y “eventious” evento que es un acontecimiento o suceso. Se refiere a las medidas que se toman para que un suceso negativo no acontezca, o minimizar sus efectos dañinos si no puede impedirse.

Existen tres niveles de prevención:

Prevención Primaria: Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad o problema.

Prevención secundaria: Se trata de detectar enfermedades o problemas y atacarlos oportunamente.

Prevención terciaria: Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad.

La prevención primaria que es en la que se enfoca este programa, se encarga de evitar la aparición del problema o reducir la frecuencia de nuevos casos problemáticos, tiene dos tipos: la proactiva que se dirige a estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo; y la reactiva que tiene como objeto preparar al sujeto de forma efectiva ante una situación estresante (González, 2003 en Tapia, Bustos, Morales 2008).

Los programas preventivos que tienen que ver con la orientación son proactivos, pues se anticipan al problema y se centran en la población de riesgo antes de que este se produzca. Su forma de prevención es directa e indirecta, reduce la aparición de la frecuencia de la aparición del problema, contrarresta las circunstancias nocivas, promueve la fortaleza emocional, protege a la población de

riesgo y contribuye a desarrollar una mayor competencia para afrontar posibles situaciones de riesgo.

En los programas preventivos, va ligada la prevención con el desarrollo y ambos conducen a la acción social, al cambio o transformación, que supone la propia intervención, en este tipo de programas se da la intervención primaria, en grupos grandes más que en individuos concretos, y se dirige a población que no hayan experimentado los desajustes previsibles, de ello se desglosan los programas de desarrollo personal, o de educación, o formación psicológica, en dónde se enfatiza el logro de competencias psicológicas y personales por parte de sus receptores (Martínez, 2002 en Tapia, Bustos, Morales 2008)

Al desarrollar un programa preventivo, es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- Partir de un modelo teórico adecuado que apoyen los datos empíricos y se puedan obtener buenos resultados.
- Tomar en cuenta los factores de riesgo y los factores de protección, los primeros se refieren a los atributos y/o condiciones que incrementan la probabilidad de caer en una adicción; y los segundos se refieren a las características individuales y condiciones situacionales que reducen las probabilidades de caer en una adicción. (Durán 2006, en Tapia, Bustos, Morales 2008).

Respecto a la aplicación de dicho programa, es necesario tomar en cuenta la población con la que se desea trabajar para a partir de ello planificar la extensión del programa, los contenidos y las estrategias de enseñanza-aprendizaje que se deberán llevar a cabo.

3.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Dentro de la prevención primaria se encuentra la Educación para la Salud, definida en 1983 por la OMS como cualquier combinación de actividades de información y

educación que conduzca a una situación en que las personas deseen estar sanas, sepan como alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando lo necesiten (Morales, Trujillo 2009).

La promoción de la salud ha formado parte constituyente de la concepción de atención integral a la salud de personas, familias y comunidades, siendo la educación para la salud un instrumento imprescindible, para este fin.

La educación para la salud se basa en la comunicación interpersonal, verbal y no verbal. La forma más difundida de educación para la salud tiene que ver con el trabajo grupal, pues se trata de un espacio que permite a los usuarios tomar conciencia de las enfermedades o problemas, de las cuestiones relacionadas con ello y de las dificultades para afrontar cambios que les beneficiarían.

Las técnicas grupales en el ámbito de la salud, pueden plantearse con diversas finalidades: como instrumento de intervención con los usuarios, como intervención en la propia organización sanitaria y como instrumento de investigación.

La educación para la salud grupal puede introducir elementos más novedosos en la relación profesional-usuario y en el mismo funcionamiento del equipo y la institución, al exigir nuevas conceptualizaciones y elementos técnicos (encuadres) que cuestionan el discurso dominante y que ayuden al cambio de valores, actitudes, creencias y comportamientos.

3.3. EL JUEGO EN EL APRENDIZAJE ADOLESCENTE

Según Piaget la etapa en la que se encuentran los adolescentes es la de las operaciones formales, última etapa del desarrollo cognitivo; Piaget subdividió esta etapa en dos; casi una función formal completa (11 a 12 hasta 14 o 15 años) y función formal completa (14 o 15 años). La división del periodo adolescente a los 14 o 15 años implica otra reestructuración y desequilibrio, que conduce a un nivel

de equilibrio y a una estructura intelectual de más alto nivel durante la adolescencia tardía.

En la adolescencia temprana observamos al *pensamiento operatorio formal emergente*, en ella los adolescentes pueden demostrar operaciones formales en algunas situaciones, y no en otras. Cuando alcanzan la siguiente subetapa se hacen más capaces de formular generalizaciones más elegantes y de adelantar incluso más leyes. Esta segunda subetapa es la verdadera o consolidada etapa del pensamiento operacional formal, donde el adolescente o el adulto demuestran tal pensamiento en una variedad de situaciones. (Rice, 1999).

Los adolescentes, son capaces de imponer una lógica proposicional sobre la lógica de las clases y las relaciones. En otras palabras, los adolescentes con operaciones formales son capaces, por medio del razonamiento inductivo, de sistematizar sus ideas y manejar críticamente su propio pensamiento para construir teorías acerca de él. Además, pueden examinar sus teorías tanto lógicamente como científicamente, considerando varias variables, y son capaces de hacer descubrimientos verdaderos, científicos, por medio del razonamiento deductivo.

El adolescente operacional formal, comienza a utilizar un segundo sistema de símbolos: *un conjunto de símbolos para los símbolos*, como por ejemplo el habla metafórica o los símbolos algebraicos u otras palabras o números. Las palabras ahora pueden contener un doble o un triple significado. Los *comics* pueden representar una historia completa, que de otra forma tendría que ser explicada con muchas palabras.

En resumen, el pensamiento formal, de acuerdo con Piaget, implica cuatro aspectos fundamentales: la introspección (pensar acerca del pensamiento), el pensamiento abstracto (ir más allá de lo real hacia lo que es posible), el pensamiento lógico (ser capaz de considerar todos los hechos e ideas importantes y formar conclusiones correctas, tales como la capacidad para determinar causa y

efecto), y el razonamiento hipotético (formular hipótesis y examinar la evidencia para ello, considerando numerosas variables).

Todas las manifestaciones motoras que no parecen perseguir inmediatamente una finalidad vital pueden considerarse como juegos (Bally, 1986). Estas manifestaciones ayudan al individuo a aprender de su entorno, obtener habilidades tanto físicas como psicológicas y sociales; el juego evoluciona a lo largo de la vida de las personas pero es mayor en los más jóvenes, sin embargo el hombre juega durante toda su vida, no solo para aprender también como distracción (Bally, 1986).

El juego es más divertido cuando es espontáneo, cuando surge de una integración de impulso e ideas y proporciona expresión, liberación, a veces climax, a menudo dominio, y cuando en cierto grado es vigorizador y refrescante. El buen juego te deja con una sensación de bienestar, de felicidad, de estar vivo.

Según Erikson (1988), los jóvenes tienden a seguir jugando y hacer comedia de formas que súbitamente puede resultar que eran acción irreversible, incluso acción de un tipo que pone en peligro la seguridad, viola la legalidad y, demasiado a menudo malogra el futuro del actor.

El retorno en la adolescencia de un comportamiento infantil en medio de una creciente anticipación de la edad adulta y participación en ella. Se señala la impulsividad de la maduración sexual y del poder del equipo agresivo y el horizonte cognoscitivo inmensamente ensanchado. Existe la intensidad de unirse al grupo de iguales a toda costa, una búsqueda de inspiración (que ahora con frecuencia se sacrifica a las drogas) y pese a ello, también la necesidad desesperada de un universo ideológicamente unificado, sancionado por líderes que darían sentido tanto a la libertad como a la disciplina.

En el mundo animal el juego de los jóvenes se halla vinculado a la adaptación de la especie a una sección del ambiente natural. El juego del humano debe orientarle dentro de las posibilidades y las fronteras primero de lo imaginable y lo posible y luego hacia lo que sea más efectivo y permisible en un marco cultural. Para ser verdaderamente adulto debe renovar a cada nivel algo de la disposición al juego de la infancia y algo de la deportividad de la juventud.

El niño en sus juegos y la persona joven en sus bromas y deportes e incursiones en la política, protegidos ambos, hasta cierto punto, de que sus juegos “cuenten” como acción irreversible, pese a ello se ocupan de cosas tan centrales como resolver el pasado y anticipar el futuro.

3.4. TRABAJO CON GRUPOS

Un grupo se define como un conjunto de personas con una característica o interés comunes; en este caso podemos hablar de grupos de adolescentes; este grupo ofrece un espacio propicio para que se produzcan cambios de actitud y comportamiento.

La relación que se establece entre la información y la afectividad en el grupo es lo que favorece el aprendizaje; pues se trata de convertir en enseñanza y aprendizaje toda conducta y experiencia, relación o quehacer que los adolescentes compartan.

El grupo ofrece la posibilidad de realizar identificaciones, de manera que los miembros pueden emprender comportamientos y actitudes que ven en los otros.

El aprendizaje es la modificación mas o menos estable de pautas de conducta, entendiendo por conducta todas las manifestaciones del ser humano, sea cual fuere el área en que aparezcan (Bleger, 1984 en Martínez, Del Pino, 2006)

El proceso de aprendizaje funciona en el grupo en tanto éste cree sus objetivos y logre descubrimientos mediante una activación de lo que en cada ser humano hay de riqueza y experiencia, aun por el simple y mero hecho de vivir; mediante la verbalización de experiencias y vivencias que expresan los participantes, el aprendizaje que se produce es significativo ya que implica a toda la persona: intelecto y afecto.

Uno de los modelos más desarrollados por la enfermería en atención primaria para trabajar con grupos es el “grupo operativo”, para Pichón-Riviere un grupo operativo es un “grupo centrado en la tarea” (Martínez, Del Pino, 2006), por ello lo fundamental no es la “dinámica de grupo”, sino su quehacer, la tarea. La dinámica grupal es lo que hará que pueda realizarse la tarea, ofrecerá el espacio de interacción entre sus integrantes y facilitará el aprendizaje. La tarea incluirá el qué, el cómo y el para qué del grupo.

La tarea estará siempre en relación a la elaboración de resistencias que se producen frente a la posibilidad del cambio; de ser exterior al grupo debe pasar a ser interior del mismo. Este proceso, en que la tarea va perteneciendo al grupo, se le denomina apropiación de la tarea. Trabajar un tema y las dificultades, miedos y ansiedades que le rodean, en una dinámica grupal, sintiéndolo como propio, constituye esa tarea.

En este proyecto particular, la tarea, que es el juego mismo, permite al adolescente interactuar con el tema con la protección para las acciones que este proporciona; ayudando a que se reflexione, dialogue, comparta y analice la realidad, con sus propios códigos y de una forma amena y motivadora.

Otro elemento fundamental es el coordinador del grupo pues es quien ha de ayudar al proceso grupal y a ver los obstáculos que dificultan los cambios; por lo que el profesional debe facilitar el dialogo, la comunicación y ayudar al grupo, mostrándole sus dificultades, coordinando que el proceso grupal funcione.

La intervención de enfermería generalmente tiene como objetivo ayudar a que determinados hábitos o estilos de vida, perjudiciales en determinados grupos de población, sean modificados por los individuos que afecta.

La enfermera está preparada para hacer un abordaje multidisciplinar e integral, contemplando al individuo desde una perspectiva integradora en su grupo primero y después en su entorno; por todo esto las enfermeras se constituyen como dinamizadoras del trabajo grupal en atención primaria.

Se persigue pasar de conseguir un cambio directo de comportamiento (enfoque parcial e individual) a una internalización de la salud.

3.5. ACCIONES DIRIGIDAS EN CONTRA DE LAS DROGAS

Las investigaciones demuestran que quien consume drogas ha pasado por un proceso de vulnerabilidad permanente que consiste en la acumulación de riesgos individuales, colectivos y sociales que promueven un estrés psicosocial que pasa inadvertido por la familia, escuela y la comunidad. (Castro y Margin 2009 en Velázquez, Tapia, 2011).

La adolescencia es el momento en el que se inicia mayormente con el consumo de drogas, por ello es adecuado prevenir el abuso y dependencia de sustancias en esta etapa y existen diversas estrategias encaminadas a este fin.

La educación para la salud como forma de prevención tiene diversos modelos y orientaciones; el enfoque cognitivo-conductual para la prevención es un modelo de entrenamiento en habilidades que se puede usar para evitar el uso y abuso de sustancias en adolescentes, buscando atender la conducta de uso para disminuir el riesgo de una adicción, mediante un estilo de afrontamiento social adaptativo como son las habilidades sociales. (Ruiz y Medina Mora, 2007 en Velázquez, Tapia, 2011).

Existen diferentes estrategias para la prevención de drogas en adolescentes la estrategia cognitivo conductual retoma el modelo de riesgo y protección como el modelo que ha sido considerado en la prevención del uso de drogas, pues los estilos de vida que aprenden los adolescentes son los que pueden protegerlos o ponerlos en riesgo de iniciar, abusar o depender de una sustancia. (Velázquez, Tapia, 2011).

Esta estrategia basada en las habilidades sociales como factores protectores ofrece a los adolescentes una serie de alternativas frente a la posible problemática de enfrentar situaciones de abuso de alcohol tabaco u otras drogas.

La atención de este grupo vulnerable en materia de inicio en el consumo de drogas y los factores de riesgo asociados, son un gran reto para el trabajo en lo referente a la salud social; ya que debido a la transformación que se vive en la familia de los adolescentes, quienes están cada vez más relacionados con instituciones que atienden sus necesidades desde la guardería, el preescolar, los otros niveles educativos, y de salud requieren que dichas instituciones les proporcionen factores protectores.

En el Colegio de Bachilleres No1, dónde se llevó a cabo esta investigación se tiene en cuenta la necesidad de implementar programas con impacto real en la población; teniendo como antecedente en el plantel al proyecto *Chimalli*, el cual desarrolla por medio del área de orientación actividades que contribuyen a la formación integral de los jóvenes, en dicho proyecto se promueven actitudes preventivas personales y comunitarias que forman redes de apoyo en la misma comunidad. Este antecedente permitió que el proyecto actual fuese aceptado y apoyado por directivos, orientadores y tutores del plantel.

METODOLOGÍA

Esta investigación se llevó a cabo en el marco del Programa “Atención al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes”, que se encuentra vigente en la FES-Iztacala en la Carrera de Enfermería.

Fue una investigación cuantitativa con diseño pre-experimental que tiene un alcance exploratorio y utiliza un modelo Pretest - Posttest con un solo grupo,

G1 O1 T O2, donde:

G1: Grupo de estudiantes

O1: Primera observación por medio del instrumento.

T: Uso de materiales didácticos

O2: Segunda observación posterior al uso de materiales didácticos, por medio del instrumento de medición.

Hipótesis

H1: De los materiales didácticos, es Angelitos y Diablitos el que cambia en mayor medida la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en adolescentes.

H2: Las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los hombres.

H3: A mayor edad existe mayor percepción de riesgo sobre el consumo de drogas.

Relación de Variables

Variable independiente: Aplicación de los materiales didácticos Pintutealee, Memorama, Angelitos y Diablitos

Variable dependiente: Cambios en la percepción de riesgo después de usar los materiales didácticos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	INDICADOR	MEDICIÓN	ANALISIS
Género	Rol social con el cual se identifica la persona	Sexo	Masculino Femenino	Nominal	Porcentajes
Edad	Edad cronológica en años	Edad	15 - 19	Nominal	Porcentajes
Influencias sociales a favor de las drogas	<ul style="list-style-type: none"> Son aquellas influencias que provienen de relaciones sociales fuera de la familia, la mayor se da en el grupo de los amigos, ésta radica en la tendencia natural del adolescente por ser parte de un grupo. Además es importante para el adolescente, la forma en que se ve ante el mundo, pues ya no se considera "un niño" por ello busca estándares sociales que adoptar para que se le acepte como adulto, uno de ellos puede ser el uso de drogas. Otro factor social es la disponibilidad de las drogas que se refiere a la accesibilidad que tiene el adolescente ante ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> Amigos/pareja (¿Si fuera necesario consumir alguna droga específica para entrar en un grupo social lo harías?, ¿si te ofrecieran drogas tus amigos, las aceptarías?, ¿para disfrutar de una fiesta o evento social es necesario que haya alcohol?, ¿Si él o la chav@ que te gusta consume alguna droga y es necesario que la consumas para estar con él o ella, lo harías?) Imagen (¿Consumirías una droga para verte mayor o para verte mejor?) Disponibilidad (¿Es común que te ofrezcan drogas?) 	<p>Escala de likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indistinto, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo)</p>	<p>Razón</p> <p>(1= menor percepción de riesgo, 5= mayor percepción de riesgo)</p>	Prueba "t" de student

Influencias familiares a favor de las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Vienen de padres, amigos, hermanos, etc.; son muy significativas por que la primera experiencia social se da dentro de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares (¿crees que en tus reuniones familiares es necesario consumir alcohol?, ¿la violencia familiar predispone al consumo de drogas?) 	Escala de likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indistinto, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo)	Razón (1= menor percepción de riesgo, 5= mayor percepción de riesgo)	Prueba "t" de student
Creencias y actitudes a favor de las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • La creencia de que el uso de drogas no tiene consecuencias graves y el contraste de atribuirles propiedades sobretodo en la personalidad, es muy común en la adolescencia y crece a medida que la socialización lleva al sujeto a consumirlas como parte de ésta, volviéndose algo común y cotidiano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración del alcohol y tabaco como droga ¿consideras que el alcohol y tabaco son drogas? • Consumo de drogas como algo normal (¿Consideras que las personas de tu edad deben consumir ciertas drogas? ,¿las drogas te ayudan a desinhibirte, "te dan valor"?) • Consecuencias negativas del consumo de drogas (¿crees que el consumo de drogas tenga consecuencias negativas en tu persona , ¿Crees que podrías llegar a sufrir de la adicción a alguna droga?, ¿Crees que consumir una droga te puede llevar a consumir otra?) • Curiosidad (¿Probarías una droga por curiosidad?) <p>Capacidad de afrontar los problemas (¿ Si tuvieras problemas muy graves, consumirías una droga para evadirlos?)</p>	Escala de likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indistinto, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo)	Razón (1= menor percepción de riesgo, 5= mayor percepción de riesgo)	Prueba "t" de student

Tabla 8. Operacionalización de variables

Instrumento de recolección de datos

La encuesta utilizada para el pretest – postest (Anexo 1) tuvo como objetivo: medir la percepción del riesgo sobre el uso de las drogas en adolescentes; en la primera parte se piden datos socio-demográficos, la segunda parte consta de 18 ítems, divididos en 3 áreas:

1. Influencias sociales a favor de las drogas
2. Influencias familiares a favor de las drogas
3. Creencias y actitudes a favor de las drogas

Se midió la percepción de riesgo por medio de una escala de razón que va de mayor a menor percepción de riesgo, de acuerdo al puntaje que va de 1 a 5 por pregunta; donde a mayor puntaje se tiene mayor percepción del riesgo.

Respuestas	Puntaje	Percepción de Riesgo
Totalmente en desacuerdo	5	Alta
En desacuerdo	4	Alta
Indistinto	3	Moderada
De acuerdo	2	Baja
Totalmente de acuerdo	1	Nula

Considerando que en las preguntas 9, 12, 13 y 14 la escala y los puntajes están invertidos, no afectando a la puntuación total.

Respuestas	Puntaje
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Indistinto	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

Materiales

Se tomaron los materiales elaborados por Pasantes participantes en el Programa “Atención al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes” (Fabiola Belén Ramírez Cruz, María del Carmen Noguez Díaz, Berenice América Ocampo Suárez).

Los materiales son *Memorama*, *Angelitos* y *Diablitos*, y *Pintutealee* (anexo 2); que consisten en lo siguiente:

1. *Memorama*: Se trata de un juego de mesa muy parecido al tradicional, en el que se colocan tarjetas sobre la mesa y se encuentran los pares; la única diferencia en este juego es que las tarjetas contienen información e imágenes con respecto a las diferentes drogas, su clasificación, los efectos más característicos, algunas consecuencias de su consumo, y mensajes preventivos. Se juega en grupos pequeños y se les pide leer para el equipo las tarjetas al encontrar un par
2. *Angelitos* y *Diablitos*: Es un juego de mesa, en el que observamos 30 casillas en 6 columnas, cada casilla es una imagen en la que observamos situaciones que reflejan factores de riesgo, factores protectores y habilidades sociales, con respecto al consumo de drogas; se juega en grupos pequeños, con la ayuda de un dado cada jugador pasa por diferentes casillas en las que debe interpretar para sus compañeros la imagen y decir cómo puede ayudarle o perjudicarlo en su vida.

Dentro del juego el dado representa la toma de una decisión, que tendrá consecuencias y puede llevar a ganar o perder, pues no se trata de llegar a la casilla final sino de llegar a una de las casillas que representan el éxito, aunque también se puede llegar a casillas que representan la violencia, la enfermedad e incluso la muerte en las que se pierde; por ello puede haber mas de un ganador.

Una parte interesante de la actividad es pedir a cada participante que al llegar a una de las casillas finales, narre una historia en la que recuerde las casillas por las que pasó y lo relacione con el final respondiendo a la pregunta ¿Qué sucesos me llevaron al éxito o al fracaso?

3. Pintutealee: Es un juego que se realiza en equipos, se requiere de un lugar en el que haya espacio, se utiliza un tablero y las tarjetas que corresponden al color de las casillas en las que se describe la actividad a realizar, se juega ayudado de un dado con el cual cada equipo que tiene un ficha representativa en el tablero avanza en las casillas, dependiendo del color de la casilla hay una actividad:
 - a. Amarillo – Pintar o dibujar
 - b. Verde – Actuar o representar una situación
 - c. Naranja – Leer la información contenida en la tarjeta
 - d. Azul – Castigo

Los dibujos son principalmente de drogas, se les pueden pedir de acuerdo a su clasificación o alguna sustancia en específico; las situaciones que se representan tienen que ver principalmente con el entorno y los amigos, son situaciones de riesgo para ellos o para otros y se les pide que en la representación den una solución al problema; las tarjetas de lectura contienen información sobre las drogas y sus efectos, además de algunos consejos para alejarse de ellas; los castigos son actividades como cantar, bailar, declamar una poesía o contar un chiste.

Población y muestra

La población consta de 2232 adolescentes entre los 15 y 19 años, pertenecientes al Colegio de Bachilleres No1, plantel El Rosario, que cursan el 2° y 4° semestre del bachillerato en el turno matutino.

Semestre	Población	Muestra	Masculino y Femenino (por juego)
2°	1392	300	50
4°	840	270	45
Total	2232	570	

Tabla 9. Población y muestra del estudio.

Se calculó una muestra probabilística, tomando en cuenta que se desconoce la cantidad de hombres y mujeres por semestre, por ello se tomaron las encuestas de 50 hombres y 50 mujeres en cada juego, en 2° semestre y en 4° semestre se tomaron las encuestas de 45 hombres y 45 mujeres de cada juego dando una muestra total de 570 sujetos.

Criterios de inclusión

- Estudiantes del Colegio de Bachilleres No1.
- Estudiantes del 2° y 4° semestre de Bachillerato.
- Edad entre 15 y 19 años.
- Ambos géneros.

Criterios de exclusión

- No haber interactuado con el material didáctico.
- Demostrar poco interés en las actividades.
- Contestar los cuestionarios de forma incoherente.

Criterios de eliminación

- No haber dado su consentimiento informado para el uso de la información.
- No haber contestado el instrumento en el pretest o el postest.

Validez

Constructo: Existe un aumento en la percepción de riesgo después de la aplicación del juego. Se obtuvo una validez con un coeficiente de correlación de 0.83

Confiabilidad

Se obtuvo una confiabilidad de 0.90, calculada por alfa de Cronbach en el paquete estadístico SPSS versión 16.0.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en el Paquete Estadístico SPSS V 16. Se aplicó la estadística descriptiva, solicitando medidas de tendencia central, presentando los resultados en gráficas y la Estadística inferencial con t de Student Pareada.

Aspectos de ética y bioética

Se informó a los padres de familia así como a los directivos y profesores del Bachillerato sobre las actividades realizadas además del uso de la información obtenida; de igual forma a cada participante se le notificó el uso de la información obtenida para que diera su consentimiento al respecto.

RESULTADOS

Se tomó una muestra probabilística de 570 estudiantes, de los cuales el 50% son hombres y el 50% son mujeres, con edades entre 15 y 19 años, en las siguientes proporciones:

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

DISTRIBUCIÓN DE EDADES						
EDAD	15	16	17	18	19	
CANTIDAD	164	244	129	28	5	570
PORCENTAJE	29%	43%	22%	5%	1%	100%

Tabla 10. Distribución de edades en la muestra.

Edad media: 16 años.

RESULTADOS POR JUEGO

Se analizaron los conjuntos de datos obtenidos y se encontraron los siguientes resultados:

Juego	Pre-test		Pos-test	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Memorama	3.61	0.90	3.57	0.85
Angelitos y Diablitos	3.53	0.94	3.55	0.63
Pintutealee	3.58	0.85	3.71	0.63

Tabla 11. Media y desviación estándar por juego.

Posteriormente se realizó un prueba “T de student” pareada, en la que se compararon las medias de cada juego, obteniendo los siguientes resultados:

Memorama		
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>
Media	3.613125	3.570625
Varianza	0.81058292	0.73264625
Observaciones	16	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.9913767	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	15	
Estadístico t	1.37616863	
P(T<=t) una cola	0.09448412	
Valor crítico de t (una cola)	1.75305033	
P(T<=t) dos colas	0.18896825	
Valor crítico de t (dos colas)	2.13144954	

Tabla 12. Prueba “t” en el juego memorama.

Angelitos y Diablitos		
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>
Media	3.534375	3.556875
Varianza	0.90003958	0.82983625
Observaciones	16	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.99241235	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	15	
Estadístico t	0.74638054	
P(T<=t) una cola	0.23348764	
Valor crítico de t (una cola)	1.75305033	
P(T<=t) dos colas	0.46697529	
Valor crítico de t (dos colas)	2.13144954	

Tabla 13. Prueba “t” en el juego Angelitos y Diablitos.

Pintutealee		
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>
Media	3.586875	3.71125
Varianza	0.73239625	0.39979833
Observaciones	16	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.98036951	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	15	
Estadístico t	1.86446553	
P(T<=t) una cola	0.04097235	
Valor crítico de t (una cola)	1.75305033	
P(T<=t) dos colas	0.08194469	
Valor crítico de t (dos colas)	2.13144954	

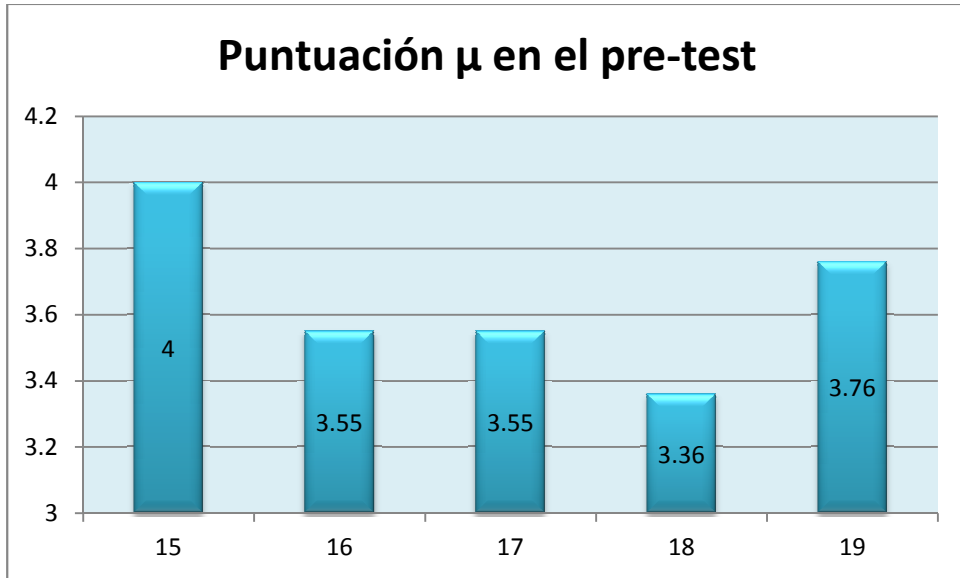
Tabla 14. Prueba “t” en el juego Pintutealee.

Resultando ser Pintutealee el que aumenta en mayor medida la percepción de riesgo en los adolescentes con una $P < 0.5$ (confiabilidad del 95%).

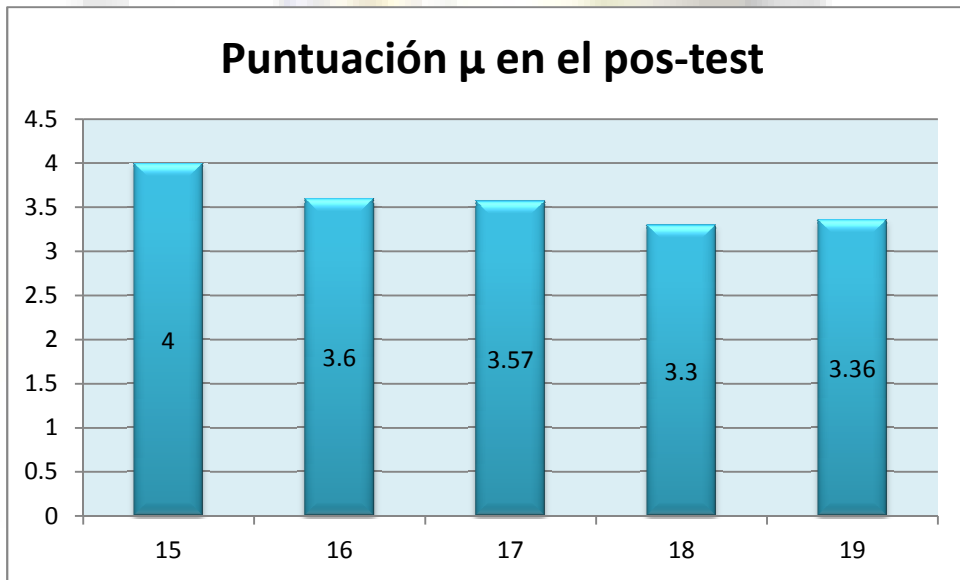
Con respecto a la edad y la percepción de riesgo en la población se obtuvo lo siguiente:

Edad	Puntuación μ en el pre-test	Puntuación μ en el pos-test
15	4	4
16	3.55	3.6
17	3.55	3.57
18	3.36	3.3
19	3.76	3.36

Tabla 15. Puntuación media en el pre-test y el pos-test por edad.



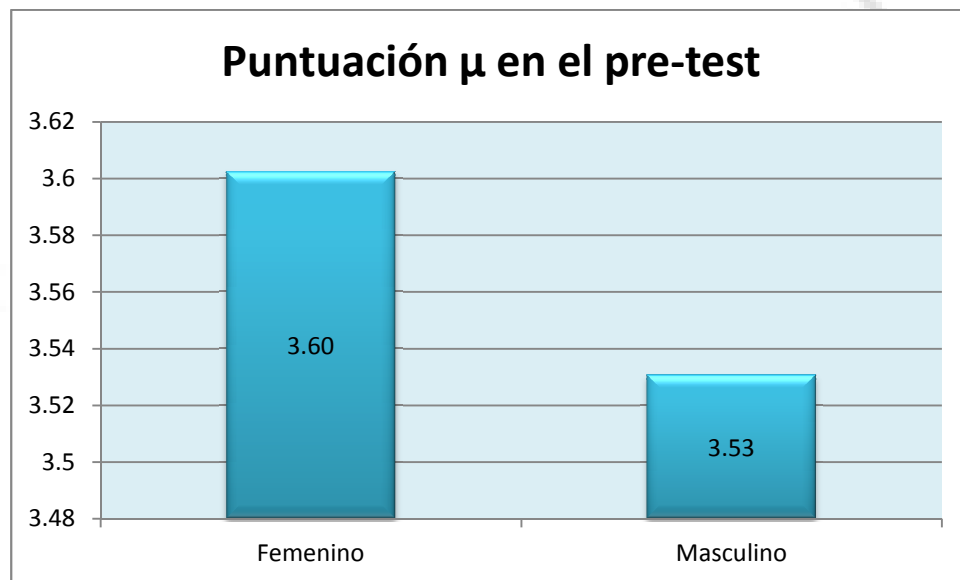
Grafica No 1. Puntuación media en el pre-test por edad
Fuente: Trabajo de campo Colegio de Bachilleres No 1
Julio 2010. n = 190



Grafica No 2. Puntuación media en el pos-test por edad
Fuente: Trabajo de campo Colegio de Bachilleres No 1
Julio 2010. n = 190

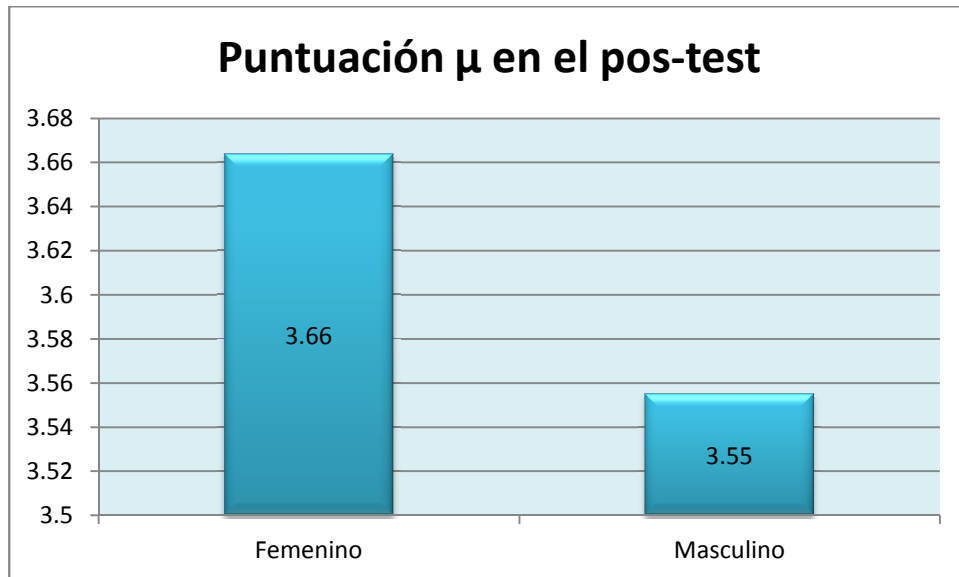
Sexo	Puntuación μ en el pre-test	Puntuación μ en el pos-test
Masculino	3.60	3.66
Femenino	3.53	3.55

Tabla 16. Puntuación media en el pre-test y el pos-test por sexo.



Grafica No 3. Puntuación media en el pre-test por sexo.

Fuente: Trabajo de campo Colegio de Bachilleres No 1
Julio 2010. n = 190



Grafica No 4. Puntuación media en el pos-test por sexo.

Fuente: Trabajo de campo Colegio de Bachilleres No 1

Julio 2010. n = 190

DISCUSIÓN

La población observada presenta una edad media de 16 años, pudiendo encontrar en ellos las características planteadas por Knobel, 2010, como la sobre identificación masiva que lleva al observador a estar “ajeno” al grupo; las constantes fluctuaciones del humor, que además son exageradas; los problemas con la autoridad o quienes pueden representarla, etc.

Por ejemplo se observó una actitud diferente ante la persona que coordinaba el juego, en este caso un profesional de Enfermería, con uniforme, que con ropa común, esto último permitiendo mezclarse y un mayor acercamiento a los sujetos.

En México la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco se da entre los 11 y 20 años, con cifras entre el 2.3% y 2.9%, lo cual resulta alarmante pues los adolescentes beben generalmente de manera excesiva en una sola exposición, llevándolos a consecuencias graves; el alcohol generalmente se acompaña de tabaco, su consumo inicia desde los 13 años, y las causas principales son la curiosidad (68.6%) y la influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores (24.1%); sin embargo hay un esperanzador 85% que nunca ha fumado.

El desorden de la adicción a las drogas es frecuente en esta edad y los factores de riesgo principales se enfocan en las creencias con respecto a ellas; por ejemplo en la Encuesta Nacional de las Adicciones las personas responden sobre el potencial adictivo de algunas drogas identificando a la marihuana (80.3%) y a la cocaína (75.8%) como las más adictivas; les sigue en importancia el alcohol (71.2%), pero el menor consenso se observó para el tabaco (66.4%), la heroína (60.3%), los inhalables (56.2%) y los alucinógenos (51.8%); además de que todavía hay personas que piensan que no causan ninguna adicción.

En la investigación se observa en el rubro de las creencias una puntuación media en el pretest de 3.1 puntos, lo que indica que es aproximadamente la mitad de los adolescentes quienes creen cuestiones como que las drogas no causan adicción, que el alcohol, y el tabaco no son drogas o que su consumo es normal a ésta edad; coincidiendo con lo mostrado en la población mexicana por la ENA y los ubica en un riesgo moderado según la escala utilizada por Téllez, 2008.

Se considera a éstas creencias que son parte del contexto y a las características individuales, como Factores de Riesgo que incrementan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas.

Otros Factores de Riesgo importantes son la disponibilidad y el uso de drogas en el entorno, según la ENA. En los resultados obtenidos por medio de ésta investigación se observa en los rubros de Influencias sociales a favor de las drogas una puntuación media de 4.16; en influencias familiares de 3.48 y en disponibilidad en el entorno 3.2; concordando con los de la ENA.

Tomando en cuenta lo anterior, el programa preventivo utilizado, que tiene un enfoque hacia los adolescentes muestra al juego como medio eficaz para aumentar la percepción de riesgos relacionados con las drogas, en este caso específico se observó en la muestra un aumento en la percepción de riesgo con una puntuación de 3.5 en el pre-test y de 3.6 en el pos-test.

La etapa la etapa operacional formal que según Piaget viven los adolescentes, les permite utilizar diversos sistemas de símbolos que aunados a la diversión que provoca el juego, llevan al adolescente a conclusiones e interpretaciones de las cuales aprenden factores protectores del entorno, resultando una forma muy adecuada de educación para la salud.

Se puede observar dentro de los resultados que las puntuaciones medias en las encuestas se encuentran alrededor de los tres puntos, lo que indica que la población tiene un riesgo moderado, según la clasificación de Téllez (2008), esto quiere decir que la mayor parte de los adolescentes en el estudio pueden consumir esporádicamente tabaco o alcohol, además de que pueden estar experimentando algunos problemas familiares o escolares, relacionados con los principales factores de riesgo presentes que son sociales y familiares.

Todos los juegos utilizados aumentan la percepción de riesgo en los adolescentes del estudio, sin embargo al comparar las medias en el pre-test y el pos-test con una prueba "T de student pareada", resulta ser el juego Pintutealee el que aumenta en mayor medida la percepción del riesgo en los adolescentes ($P < 0.05$, confiabilidad 95%).

Esto demuestra que hubo cambios en la percepción de riesgo después de interactuar con los materiales. Podemos comprobar así lo que dice Erikson (1988), que "los jóvenes siguen jugando y hacen comedia de formas que de otra manera serían acciones irreversibles", preparándose así para el futuro, pues el juego humano orienta dentro de sus posibilidades y las fronteras de lo imaginable hacia lo que sea más efectivo en su marco cultural haciendo que las habilidades sociales que se aprenden por este medio ayuden a resolver problemas inmediatos a la situación mientras se minimizan las posibilidades de futuros problemas (Téllez, 2008).

Con respecto a las edades con las que se trabajó y la proporción con la percepción de riesgo resulta inconsistente la comparación con lo sucedido en escuelas secundarias, en las que Ortiz, Ramírez y Tapia (2009) encontraron que a mayor edad existe mayor percepción de riesgo y en el presente trabajo se observa que a menor edad existe mayor percepción de riesgo con la excepción de los 18 y 19 años en los que se encuentran invertidos los valores, esto se observó antes de la interacción con el juego y se mantiene después de la misma.

Esta diferencia puede deberse a que los adolescentes se encuentran en la construcción de su identidad, coincidiendo con Knobel (2010); quien dice que les lleva a adoptar distintas identidades que pueden ser transitorias, circunstanciales y ocasionales, además de que en su personalidad y sobretodo en la conducta hay contradicciones pues no pueden mantener un línea rígida, permanente o absoluta. Aunado a ello, la separación progresiva de los padres que se refleja en las diferencias con la autoridad, puede haber influido en sus respuestas a la encuesta.

Además hay una diferencia entre la percepción de riesgo de hombres y mujeres, la cual puede estar influenciada por las características del perceptor; una parte de la triada que menciona Moya (1994) son parte de la percepción junto con el objeto percibido y el contenido de la percepción; pues socialmente y personalmente la educación y los roles son diferentes en hombres y mujeres a lo largo de la vida; en este caso encontramos una mayor percepción de riesgo en las mujeres antes y después de la intervención, lo cual coincide con lo planteado por Tapia, Villalobos, Valera, et al, (2011).

Los resultados son alentadores pues se puede decir que al haber aumento en la percepción de riesgo de los adolescentes también se fomentaron los factores protectores en ellos.

CONCLUSIÓN

La percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en los adolescentes es un tema que se ha visto muy poco desde la perspectiva de la Enfermería, por ello resulta muy enriquecedor retomarlo para la prevención de las adicciones, con un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario que favorezca el fomento a la salud y la prevención de las adicciones en éste grupo vulnerable y se logre hacer algo que realmente influya en la vida y el futuro de los adolescentes, para ello es necesario contar con herramientas no solo metodológicas sino didácticas que sean efectivas; objetivo fundamental de esta investigación, el cual se ha cumplido, logrando identificar el impacto de algunos juegos en las intervenciones y cuál de ellos tiene mejores resultados.

Con respecto a la pregunta inicial se llegó a la conclusión de que el material didáctico con mayor impacto en la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en los adolescentes es Pintutealee, esto lo podemos atribuir a que el adolescente aprende de su entorno por medio del juego, dando soluciones creativas a situaciones de riesgo en las que puede incursionar de forma protegida por la reversibilidad de sus acciones en el juego mismo obteniendo así habilidades físicas, psicológicas y sociales que podrá internalizar como factores protectores que posteriormente formarán parte de su identidad.

En una de las hipótesis se plantea la posibilidad de que el juego Angelitos y Diablitos sea el que cambie en mayor medida la percepción de riesgo en los adolescentes, esto porque permite la proyección de consecuencias en las decisiones tomadas dentro del juego, que reflejan la vida misma. El adolescente que se encuentra en la etapa operacional formal, comienza a formar un segundo sistema de símbolos por lo que todo, desde las palabras y las imágenes pueden contener un doble o triple sentido. Por lo anterior Angelitos y Diablitos tiene una gran ventaja con respecto a otros juegos como el Memorama que se queda en la parte abstracta y no da soluciones concretas y aplicables a los problemas.

Sin embargo ésta hipótesis se rechaza pues el juego Pintutealee ha resultado ser el que tiene un mayor impacto en los adolescentes lleva grandes ventajas pues en él se resuelven de forma creativa situaciones en las que se han encontrado o se encontraran en un momento cercano; siendo la experiencia lo que lleva a este juego a ser el mejor para la intervención en esta edad, concordando con Erikson (1988) al decir que se da un retorno al comportamiento infantil en medio de un creciente anticipación de la edad adulta y participación en ella.

El trabajo con grupos que lleva indirectamente a la socialización ayuda en la educación para la salud, sobretodo en temas como las adicciones que tienen una gran carga social y en una etapa como la adolescencia en la que según Knobel (2010), el grupo brinda al adolescente seguridad y estima personal, pues le transfiere gran parte de la dependencia que anteriormente mantenía con la estructura familiar.

El profesional de Enfermería egresado de la FES- Iztacala tiene un perfil que garantiza una guía adecuada y productiva para estos grupos de trabajo encaminados a identificar los factores de riesgo individuales, familiares y sociales en los grupos vulnerables así como rescatar y fomentar los factores protectores y habilidades que ayuden en la vida al adolescente, además de resolver los problemas que se le presenten y canalizar aquellos que necesitan de la ayuda de otros profesionales.

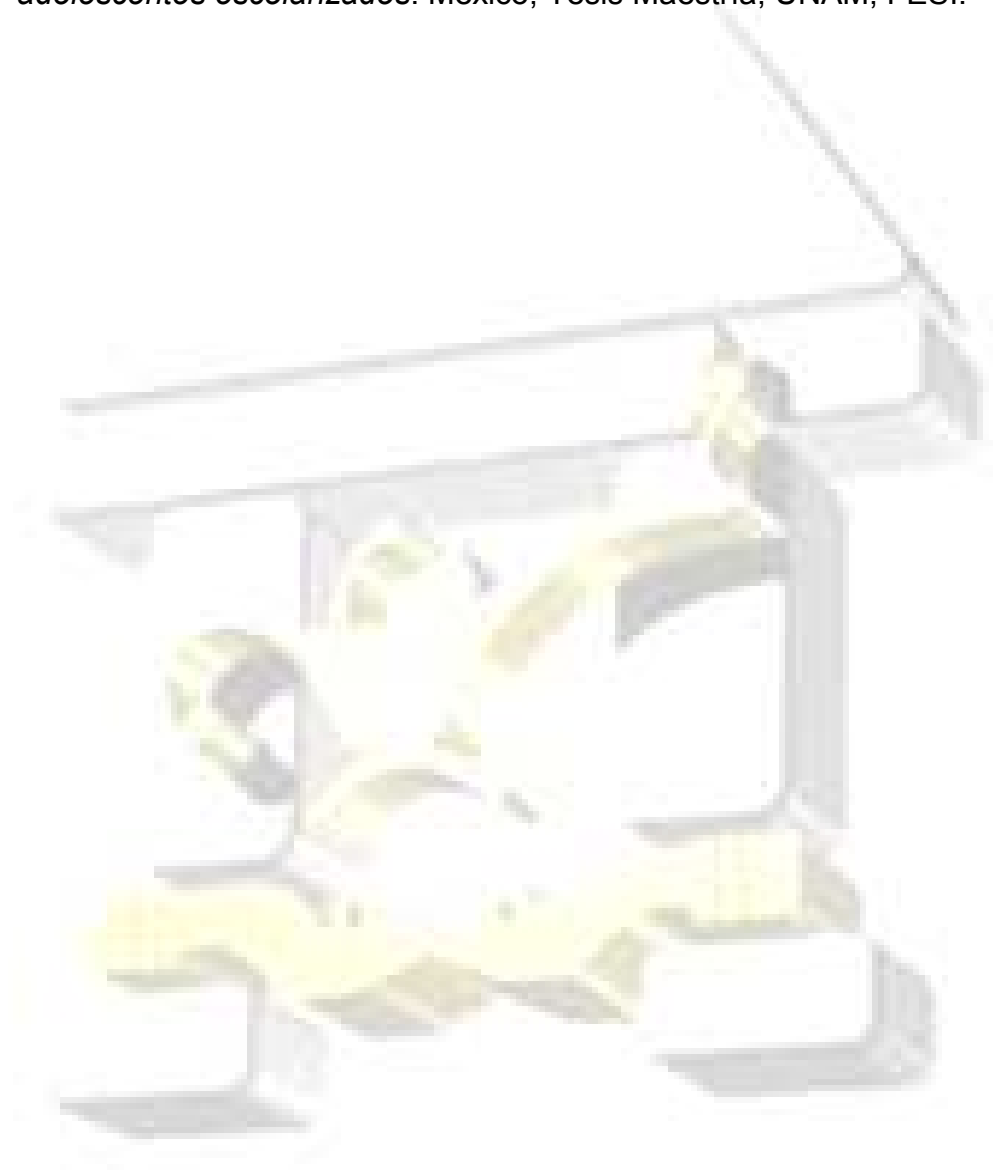
REFERENCIAS

- Alegret J. (2005), capítulo 2: Los usos de drogas en la adolescencia en *Adolescentes: Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo* (pp 51- 55), Barcelona: Ed. Grao.
- Alonso T. J. (2010), *Diseños en investigación y estadística aplicada*. México: Coordinación Editorial UNAM, FESI.
- Ardila A. (1986), *Psicología de la percepción*. México: Ed. Trillas.
- Bally G. (1986), *El juego como expresión de libertad*. México: Ed. Fondo de cultura económica.
- Becoña E. (2001), *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: Ed. Síntesis.
- Erikson E. (1988), capítulo 6: Juego y actualidad en *Juego y desarrollo* (pp 113 – 149). Barcelona: Ed. Crítica.
- Feldman F. (2006), *Escuela y prevención de las adicciones*. México: Liberaddictus A.C.
- Francoise D. (2004), *La causa de los adolescentes*, México: Ed. Paídos
- Guerrish K., Lacey A. (2008), capítulo 29: Estudio de las relaciones entre los datos cuantitativos en *Investigación en Enfermería* (pp 454- 472). Madrid: Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Jaffe J., Petersen R., Hodgson R. (1990), *Vicios y drogas: problemas y soluciones*. Mexico: Ed. Harla.

- Katz D., Piaget J., Inhelder B. (1998), *Psicología de las edades. Del nacer al morir*. España. Ed. Morata.
- Knobel M., (s.f.), *Síndrome de la adolescencia Normal*, recuperado el 20 de Mayo de 2010 de <http://orgonon.galeon.com/Adolescencianormal.htm>.
- Koob G., Le Moal M.(2006), *Neurobiology of Addiction*, USA: Ed. Elsevier Inc.
- Martínez M., Rubio G., (2002), *Manual de drogodependencias para Enfermería*. España: Ed. Díaz de Santos, S. A.
- Montero Y. (2006), capítulo 2: El adolescente como objeto de socialización, en *Televisión, valores y adolescencia* (pp.33-36), Barcelona: Ed. Gedisa.
- Morales C. D., Trujillo R. M. (2009), *Taller preventivo sobre adicciones dirigido a adolescentes de una escuela secundaria*. México, Tesis Licenciatura (Psicología) UNAM, Facultad de Psicología.
- Novak J. (1998), *Conocimiento y aprendizaje*. Madrid: Ed. Alianza Editorial.
- OPS/OMS (2007), *Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción, capítulo 1: Panorama de los daños relacionados con el alcohol y las tendencias en la región*, recuperado el 20 de Abril de 2010 de <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>.
- Ortíz O. G., Ramírez C.B., Tapia P.D. (2009), *Percepción de Riesgo sobre las drogas de inicio por los adolescentes con nivel escolar de secundaria*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.

- Polit D., Hungler B. (2000), *Investigación Científica en Ciencias de la Salud (Principios y Métodos)*. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Rice, F. P. (1999), *The adolescent: Development, Relationships and culture*. The United States of America: Ed.: Prentice-Hall.
- Secretaría de Salud Pública (2008), *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, Recuperado el 20 de Abril de 2010 de <http://www.conadic.salud.gob.mx/>.
- Pan American Tobacco Information Online System (PATIOS) consultado el 21 de Mayo de 2010 en : <http://www.paho.org/tobacco>
- Ramirez C.F.B. (2009), *Influencia de un material didáctico aplicado a adolescentes sobre la percepción de riesgo del consumo de drogas*. México. Tesis Licenciatura, UNAM, FESI.
- Tapia-Conyer R. (1994), *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. México D.F.: El manual moderno.
- Tapia P.D., Bustos S.V., Morales R. L. (2008), *Frecuencia de Toxicomanías y edad de inicio en los adolescentes y adultos jóvenes del municipio de Sitalá, Estado de Chiapas*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Tapia P.D., García B. J. (2009), *Adicciones más frecuentes en los adolescentes en situación de calle*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Tellez L. (2008), *Adolescencia, Percepción de riesgo y Factores de Protección ante el consumo de drogas*, México, Tesis Licenciatura (Psicología) UNAM, FESI.

- Valdez G. J. (2005), *El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. México, Tesis Licenciatura (Psicología) UNAM, Facultad de Psicología.
- Velázquez D. E, Tapia P. D. (2011), *Prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados*. México, Tesis Maestría, UNAM, FESI.

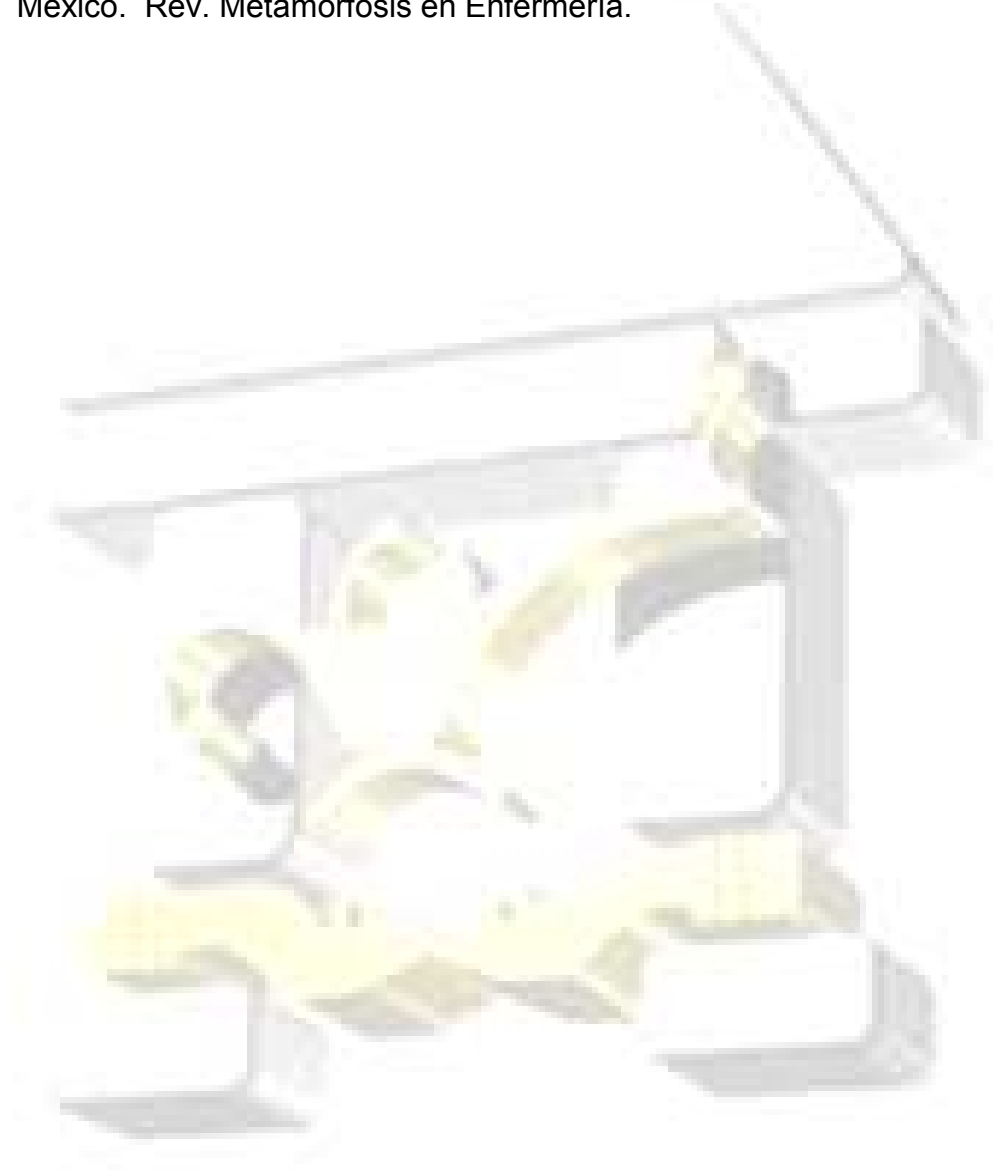


CITADAS

- Tapia P.D., Bustos S.V., Morales R. L. (2008), *Frecuencia de Toxicomanías y edad de inicio en los adolescentes y adultos jóvenes del municipio de Sitalá, Estado de Chiapas*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Secretaría de Salud Pública (2008), *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, Recuperado el 20 de Abril de 2010 de <http://www.conadic.salud.gob.mx>.
- Ortíz O. G., Ramirez C.B., Tapia P.D. (2009), *Percepción de Riesgo sobre las drogas de inicio por los adolescentes con nivel escolar de secundaria*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Tapia P.D., Bustos S.V., Morales R. L. (2008), *Frecuencia de Toxicomanías y edad de inicio en los adolescentes y adultos jóvenes del municipio de Sitalá, Estado de Chiapas*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.
- Bally G. (1986), *El juego como expresión de libertad*. México: Ed. Fondo de cultura económica.
- Erikson E. (1988), capítulo 6: Juego y actualidad en *Juego y desarrollo* (pp 113 – 149). Barcelona: Ed. Crítica.
- Francoise D. (2004), *La causa de los adolescentes*, México: Ed. Paídos.
- Ramirez C.F.B. (2009), *Influencia de un material didáctico aplicado a adolescentes sobre la percepción de riesgo del consumo de drogas*. México. Tesis Licenciatura, UNAM, FESI.
- Martínez M., Rubio G., (2002), *Manual de drogodependencias para Enfermería*. España: Ed. Díaz de Santos, S. A.

- Becoña E. (2001), *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: Ed. Síntesis.
- Koob G., Le Moal M.(2006), *Neurobiology of Addiction*, USA: Ed. Elsevier Inc.
- OPS/OMS (2007), *Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción, capítulo 1: Panorama de los daños relacionados con el alcohol y las tendencias en la región*, recuperado el 20 de Abril de 2010 de <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>.
- Pan American Tobacco Information Online System (PATIOS) consultado el 21 de Mayo de 2010 en: <http://www.paho.org/tobacco>.
- Montero Y. (2006), capítulo 2: El adolescente como objeto de socialización, en *Televisión, valores y adolescencia* (pp.33-36), Barcelona: Ed. Gedisa.
- Tellez L. (2008), *Adolescencia, Percepción de riesgo y Factores de Protección ante el consumo de drogas*, México, Tesis Licenciatura (Psicología) UNAM, FESI.
- Alegret J. (2005), capítulo 2: Los usos de drogas en la adolescencia en *Adolescentes: Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo* (pp 51- 55), Barcelona: Ed. Grao.
- Morales C. D., Trujillo R. M. (2009), *Taller preventivo sobre adicciones dirigido a adolescentes de una escuela secundaria*. México, Tesis Licenciatura (Psicología) UNAM, Facultad de Psicología.
- Rice, F. P. (1999), *The adolescent: Development, Relationships and culture*. The United States of America: Ed.: Prentice-Hall.

- Velázquez D. E, Tapia P. D. (2011), *Prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados*. México, Tesis Maestría, UNAM, FESI.
- Ortíz O. G., Ramirez C.B., Tapia P.D. (2009), *Percepción de Riesgo sobre las drogas de inicio por los adolescentes con nivel escolar de secundaria*. México. Rev. Metamorfosis en Enfermería.





ANEXO 1: INSTRUMENTO



Esta investigación tiene como objetivo medir la percepción del riesgo sobre la adicción a las drogas en adolescentes. La información recabada es confidencial y será utilizada solo con fines de investigación.

FECHA _____ GRADO _____ GRUPO _____ SEXO (F) (M) EDAD _____

Instrucciones: Marca con una “x” la opción que consideres adecuada.

*****IMPORTANTE:** Considérese como **DROGA:** toda sustancia que introducida en el organismo provoque un cambio físico o mental (alcohol, tabaco, marihuana, anfetaminas, cocaína, inhalantes, etc.)

PREGUNTA	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indistinto	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
¿Para disfrutar de una fiesta o evento social es necesario que haya alcohol?					
¿Si fuera necesario consumir alguna droga específica para entrar en un grupo social lo harías?					
¿Si tus amigos te ofrecieran una droga, la aceptarías?					
Si él o la chav@ que te gusta consume alguna droga y es necesario que la consumas para estar con él o ella, ¿lo harías?					
¿Consumirías una droga para verte mayor o para verte mejor?					
¿Es común que te ofrezcan drogas, en tu entorno?					
¿Crees que en tus reuniones familiares es necesario consumir alcohol?					
¿La violencia familiar predispone al consumo de drogas?					
¿Consideras que el alcohol y tabaco son drogas?					
¿Consideras que las personas de tu edad deben consumir alcohol y tabaco?					

PREGUNTA	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indistinto	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
¿Las drogas te ayudan a desinhibirte, “te dan valor”?					
¿Crees que el consumo de drogas tenga consecuencias negativas en tu persona?					
¿Crees que podrías llegar a sufrir de la adicción a alguna droga?					
¿Crees que consumir una droga te puede llevar a consumir otra?					
¿Probarías una droga por curiosidad?					
¿Si tuvieras problemas muy graves, consumirías una droga para evadirlos?					

°° ¡ ¡ ¡MUCHAS GRACIAS! ! !°°



**ANEXO 2: IMÁGENES DE LOS JUEGOS
Y LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA**

MEMORAMA



ANGELITOS Y DIABLITOS



PINTUTEALEE

