

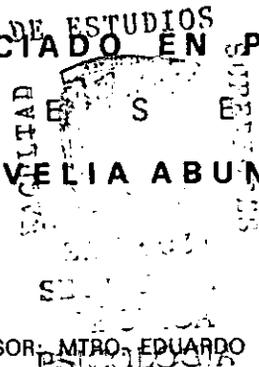


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

"ALTERNATIVAS DE INTERVENCION PREVENTIVA ANTE EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES"

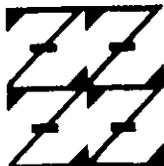
T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA POR EL SEÑOR CRUZ VELIA ABUNDIZ PEREZ



ASESOR: Mtro. EDUARDO A. CONTRERAS

201635

UNAM FES ZARAGOZA



LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXION

ENERO 2001



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.

Dedicatorias

A los jóvenes que por no saber como enfrentar sus emociones se encuentran atrapados en el doloroso camino de las adicciones a ellos este trabajo.

Roberto y Mariana

A mi esposo con el que estoy aprendiendo a compartir y a quien agradezco por apoyarme en mi formación profesional, con amor a Roberto.

A Mariana quien me ha dado los momentos más felices.

Sara y José Luis

A mis papas gracias por el apoyo incondicional que siempre me han dado y por su persistencia en mis momentos de necesidad. Que me ha servido para lograr esta meta.

A mis abuelitos: Bernardino, Carmen, Soledad y Esteban

A las personas que me permitieron tener recuerdos agradables en mi infancia, Abuelita Chole a quien felicito por que esta luchando por disfrutar su vida. Abuelito Esteban † a quien recuerdo con amor.

A mis primos y primas con los que disfrute mi infancia y parte de mi adolescencia.

A la familia Tapia Pérez, por los momentos agradables en el rancho.

De éstos momentos agradables no hubieran sido con la misma intensidad de compartidos con mis hermanos por supuesto a Sara, Vero (comadre), Mary, Chuy y a Alma.

A mis sobrinas y sobrino: a Bere (sobrina consentida), a Martha y Ali.

A mis tíos y tías.

A los que me apoyaron e hicieron menos dolorosa mi adolescencia a la familia Pantoja Verduzco a mi tía Chabelita y amigos de La Piedad Mich. A Cony.

A Victoria, Alonso, Javier, Héctor.

A mis compañeros de la carrera (Fernando, Yolanda, Gladis, Lucy, Toño, Moy, Caramen, Karla).

A mis amigos de atletismo (Miguel, Martín, Chucho, Lupita-David, Rafa-Norma, Alicia, Mónica, Cuate, y a aquéllos con los que compartí la pista)

A la comadre Vero por sus comentarios.

A mi asesor Eduardo Contreras

A Karla por su amistad y apoyo.

A Erika y a amigas del "Maria Curie".

A los que me apoyaron durante mi formación académica. A los profesores Samuel, Jesús Silva, Juan Martínez, Fernando González, Jorge Martínez.

Al programa de Becas de Licenciatura, por el apoyo para la realización de esta investigación.

A los que forman parte de la Secundaria "Nueva Creación", a los alumnos por su participación.

Al personal que formaba el CENCA a Paty, Nacho, Ely, Vero, Ana, Alicia, Paty Cervantes, Estelita, Marcos, Manuel, Roberto; a ellos gracias por permitirme aprender.

*A todas las personas con las que
compartí momentos de mi vida.*

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
Capítulo 1 ANTECEDENTES DE USO Y ABUSO.	7
Capítulo 2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES.	12
1. Clasificación de drogas según efecto.	
2. Depresores del Sistema Nervioso Central.	
3. Estimulantes del Sistema Nervioso Central.	
4. Alucinógenos.	
Capítulo 3 REPORTES EPIDEMIOLÓGICOS.	17
1. Tendencias.	
Capítulo 4 FACTORES DE RIESGO.	23
1. Factores de riesgo individuales.	
2. Factores de riesgo en la familia.	
3. Factores de riesgo en la escuela.	
4. Factores de riesgo en la comunidad marginada.	
Capítulo 5 FACTORES DE PROTECCIÓN.	33
1. Factores de protección en la familia.	
2. Factores de protección en la comunidad.	
3. Factores de protección en la escuela.	

Capítulo 6 AUTOESTIMA.	42
Capítulo 7 ASERTIVIDAD.	48
Capítulo 8 METODOLOGÍA.	54
1. Planteamiento del problema.	
2. Hipótesis.	
3. Variables.	
4. Procedimiento.	
Capítulo 9 CARACTERÍSTICAS Y CALIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS.	60
1. Escala de Autoestima de Rosenberg.	
2. Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.	
3. Escala de Actitud Ante los mensajes protectores del CHIMALLI.	
Capítulo 10 RESULTADOS.	64
Capítulo 11 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	81
BIBLIOGRAFÍA.	89
ANEXOS.	95

INTRODUCCIÓN

Las drogas han existido desde hace muchos años, en un principio con un enfoque mágico religioso, las cuales eran usadas por sacerdotes o por los líderes de la comunidad, posteriormente se les dio el uso médico, y en nuestra época en algunos casos con fines de intoxicación.

El consumo de sustancias psicoactivas es por hoy un problema de salud pública, ya que tiene repercusiones individuales (baja autoestima, irritabilidad, depresión, etc.), psicosociales (estar involucrado en actos delictivos, riñas, etc.), y que preocupa por que cada vez se inicia a edades más tempranas (Ortiz, et. al. 1999).

En la actualidad el consumo de drogas a aumentado considerablemente, especialmente en adolescentes. En estudios recientes, realizados por Medina (1996), Ortiz (1999) y Sánchez (1994), demuestran que el fenómeno de la farmacodependencia en México, va aumentando, no sólo en su magnitud, sino que se va extendiendo a núcleos específicos de población especialmente en el caso de niños y jóvenes entre 7 y 18 años de edad que recurren al uso de inhalables, marihuana, aunado al tabaco como droga de inicio.

Las drogas que más se consumen, según la Encuesta Nacional de Drogas (1993), en primer lugar esta la marihuana, continuando con los inhalables, cocaína, tranquilizantes, sedantes y heroína. Sin embargo los estimulantes como en el caso de la cocaína muestran incrementos importantes de hasta 10 veces a partir de 1987 a 1997 (Ortiz, 1997).

Por otro lado existen situaciones de alto riesgo como la pobreza, hacinamiento, malas condiciones de vivienda, desempleo, falta de escuelas, así como servicios sociales y de salud, aunado a los altos índices de criminalidad asociados al uso de drogas. Al respecto Hawkins, Catalano, y Miller (1992),

mencionan que la extrema pobreza es uno de los factores que en el futuro aumentan la probabilidad de presentar problemas del comportamiento antisocial en la vida del adulto, incluyendo el consumo de drogas.

Diversas instituciones se han preocupado por conocer las situaciones sociales e individuales respecto al consumo de drogas, a éstas causas les han llamado factores de riesgo y/o de protección.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define al Factor de Riesgo como una característica que se ha observado que esta asociada a un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad (Riegelman, 1992). En el campo de las Adicciones, los factores de riesgo se definen como las características que existen en el entorno social, en la comunidad, en la familia, en la escuela y en el propio individuo que pueden estar asociadas con el aumento en la probabilidad de que una persona se inicie en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Castro, 1990).

En contraposición de los Factores de Riesgo están los de Protección, éstos factores median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Para Rutter (1985 en: Kotliarenco, Cáceres y Fuentecilla 1997), el concepto de factor de protección alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone un resultado no adaptativo. Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas.

En la literatura disponible sobre estudios enfocados hacia la protección del uso de drogas, se puede identificar como factores de protección: los sentimientos de confianza, autoestima, asertividad, entre otros. La autoestima es, sin duda, uno de los elementos que habitualmente han estado relacionados con el síndrome de dependencia, de hecho, parece que ser farmacodependiente y tener una baja autoestima son dos cuestiones que desde siempre han estado vinculadas (Samuels y Samuels 1974, en: Apodaca 1996).

En estudios sobre autoestima, refieren que las personas que tienen baja autoestima no se valoran, permiten que no se les tome en cuenta y en ocasiones recurren al uso de sustancias psicoactivas para sentirse valorados(as) (Rodríguez, Pellicer, Domínguez, 1988).

Respecto a la Asertividad, estudios sobre causas de inicio en el consumo de drogas refieren que la presión del grupo de pares ejerce en ellos para tal inicio, siendo una conducta no asertiva (Ortiz, 1996), así como la incapacidad para expresar sentimientos (Medina, 1996 y Pons, 1997).

Existen otros factores de riesgo sociales que están asociados a las comunidades marginadas como: la existencia de leyes y normas que favorecen el consumo, la desorganización comunitaria, la falta de servicios y de vigilancia pública. Considerando que el medio ambiente y el contexto sociocultural son donde se transmiten influencias y modelos hacia el individuo, incluyendo los patrones de consumo. La disponibilidad de la droga son factores que facilitan el inicio de una adicción, además de las condiciones de vida marginal como la pobreza, el hacinamiento, el desempleo, y el tráfico ilegal de drogas puede asociarse con el incremento en la probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas (Galvan, Rodríguez, Ortiz, 1994; Medina, et. al. 1989 y González, 1991).

El objetivo de la presente investigación es identificar el grado de participación que tienen las variables de la autoestima y la asertividad ante el riesgo del consumo de drogas. En el presente estudio retomamos la autoestima y la asertividad como factores de riesgo por que se vinculan a las causas de inicio en el consumo de drogas (Grela, 1991; Medina, 1992; Ortiz, 1991; Villatoro, et. al. 1991).

De la población de estudio se captó un total de 58 alumnos de edades que oscilan entre los 12 a 16 años, que cursan la secundaria. Esta secundaria es la única en la comunidad, sólo cuentan con 4 salones en obra negra, un salón

. para la dirección y los tres restantes para cada grado.

Para evaluar las áreas se utilizaron. La escala de autoestima de Rosenberg, el inventario de asertividad de Gambrill y Richey. Para identificar el riesgo se utilizó la escala de actitud ante los mensajes protectores del Chimalli.

La organización de la presente investigación es la siguiente: Se inicia con antecedentes de uso y abuso de drogas, conceptos y definiciones, clasificación de drogas, reportes epidemiológicos, tendencias de consumo, así como la descripción de los factores de riesgo y de los factores de protección, continuando con la autoestima y la asertividad. Enseguida se planteo la metodología, resultados obtenidos, conclusiones, y por último se anexan los instrumentos utilizados.

ANTECEDENTES DE USO Y ABUSO DE DROGAS

Las sustancias naturales que alteran la conciencia del ser humano han existido desde hace muchos años; no obstante, cuando el hombre descubre que las sustancias psicoactivas afectan su conciencia permitiéndole interpretar de diferentes formas la naturaleza de su entorno es como logran utilizarlas.

Se observa que inicialmente el consumo de sustancias psicoactivas tenía un enfoque mágico y/o religioso, por ejemplo en la época del imperio incaico, el consumo de la coca era prerrogativa exclusiva de los incas, y el campesino sólo se limitaba a producirla, igual sucedía en otros lugares. El Ching, en uno de los trece libros sagrados de la China, describe que el zhi, definido como una hierba, "una pequeña planta que no es leñosa", y que al parecer se trataba de un hongo alucinógeno, éste sólo era comido por el emperador como un alimento ritual, sin dejar de lado que consumirlas tenía un objetivo religioso. Siglos después se le da el uso médico, pero es a finales del siglo XIX y principios del XX con las grandes revoluciones que se dieron en todo el mundo (industrial, social y científica), se presenta la iniciación de la búsqueda de la intoxicación mediante el consumo de sustancias naturales y posteriormente las sintéticas, generadas por el mismo hombre. Así en 1800 las drogas eran consumidas en forma natural, ignorando su composición química. Cabe mencionar el caso de la morfina, que se aisló alrededor de 1810, y fue en 1874 cuando se logró sintetizar la acetilmorfina, conocida como heroína, y luego patentada por el laboratorio Bayer en 1898; lo mismo sucedió con Niemann, quién aisló la cocaína en 1859, y Hofmann al LSD en los años cuarenta del presente siglo.

Con frecuencia, a lo largo de la historia se realizaron aseveraciones de varios personajes de renombre, quienes resaltaron los efectos de las sustancias psicoactivas hasta el punto de idealizarlas, como ocurrió con Sigmund Freud, Aldous Huxley y Carlos Castaneda entre otros.

Sigmund Freud (en: Jones, 1981, p.p. 96-97), a finales del siglo pasado con respecto a la cocaína. Utilizó los efectos estimulantes de la cocaína durante 10 años, con el objetivo de aumentar su capacidad, describiéndola de la siguiente manera en una carta que escribió a Martha Bernays su prometida.

"Se puede percibir un aumento de autocontrol y una mayor vitalidad y capacidad para el trabajo... En otros términos Usted se siente feliz, y pronto se le hace difícil pensar que esta bajo influencia de droga alguna... Se llega a este resultado sin ninguno de los desagradables efectos que siguen a la alegría producida por el alcohol"

Aldous Huxley (en: López, 1993 p. 23), con los alucinógenos, él fue un defensor público del consumo del LSD (ácido lisérgico).

"Me parece que el LSD y los hongos se deberían usar, para esa iluminación dentro del mundo de la experiencia", "Un proceso que dura seis años de psicoanálisis puede desarrollarse en una hora con el uso del LSD".

Uno más fue Carlos Castaneda, sobre sus propias experiencias con alucinógenos en México, con su libro las enseñanzas de Don Juan (Castaneda, 1974).

Es así como a través de la historia las drogas se han usado con un propósito, específico ya sea médico, mágico, religioso o sólo para obtener sus efectos de intoxicación voluntaria justificándolo de diferentes formas como lo fue con los personajes antes citados.

Lo que difiere en el presente en cuanto al uso y abuso es la magnitud y la función de la cantidad del consumo de las sustancias psicoactivas, y de las consecuencias que éstas puedan ocasionar. Esta idea se describe a continuación.

Se considera entonces que el consumo moderado es el que "no causa problemas para la sociedad". Y de lo que socialmente esta permitido, siendo: alcohol, tabaco y fármacos a los cuales se les clasifica como drogas legales.

Considerando a éstas como las sustancias que socialmente están permitidas,

sin olvidar los efectos que pueden ocasionar, por un consumo crónico y/o agudo. Esto pasa por lo general inadvertido para el consumidor; es así como el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia, hasta el completo estupor. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos que dependen de la interacción del individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo.

Aunado a éstos factores, y de las características farmacológicas, sí el consumo de la droga es a grandes cantidades, puede causar estados de coma y aún la propia muerte. Por lo que es importante resaltar el estado emocional del individuo en el momento de la intoxicación. Las diferencias en su susceptibilidad, factores tales como el género, el peso, la talla, la edad, la frecuencia y cantidad del consumo, la edad de inicio, las ocasiones y circunstancias en las que tiene lugar el consumo y las expectativas propias y de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta, siendo éstos factores importantes para que los efectos de las drogas sean positivos o negativos.

La susceptibilidad que tiene el individuo con respecto a la droga, el consumo frecuente de ésta, puede tener consecuencias médicas importantes, por ejemplo dependencia física a una droga o bien problemas metabólicos (cirrosis hepática, encefalopatía, etc.), éstas se presentan independientemente de las circunstancias del consumo y aún sin que se llegue a la intoxicación notable. Las consecuencias sociales que no se asocian necesariamente con un estado de dependencia, sino con el abuso en ocasiones es de alto riesgo. Algunos de los problemas dependen de la combinación poco afortunada de la intoxicación episódica en ambientes peligrosos y demandantes. Otras consecuencias son los resultados de haber consumido en situaciones en las cuales se debía estar sobrio, lo que ocasiona que se considere al usuario como irresponsable o poco confiable (Medina, 1994)

Podemos darnos cuenta que el consumo de drogas tiene implicaciones tanto individuales como sociales haciéndolo un problema complejo. El aspecto social

ante el consumo de drogas se vincula a conductas antisociales en adolescentes. Al respecto en una encuesta realizada por Juárez, Medina y Berenzon (1997), se observó a una población de 3,501 estudiantes de enseñanza media y media superior en México, observaron que la violencia, la venta de drogas y el robo esta asociado al consumo de drogas, en comparación con los no usuarios. Del mismo modo encontraron diferencias significativas en el número de veces en que se cometieron actos antisociales por grupos en cuanto a género, edad y su ocupación. Además encontraron que los principales factores de riesgo para cometer actos antisociales son las variables que están asociadas a ser hombre, usar alcohol y drogas.

Así el abuso de sustancias psicoactivas, entre la población mexicana, implica un elevado costo social, ya que causa enfermedades, accidentes y violencia, provocando incapacidades físicas y mentales, muerte prematura y problemas sociales. Tal es el caso del consumo de alcohol que representa el principal riesgo de salud, por ejemplo la tasa de muerte por cirrosis es de la más alta del mundo ocupando el primer lugar (Medina, 1995). Así el consumo excesivo de alcohol se asocia con los accidentes y con la conducta delictiva. De acuerdo a datos proporcionados por los registros de instituciones oficiales se observó que entre los delincuentes sentenciados, la proporción de casos que delinquieron bajo los efectos del alcohol ha ido en aumento entre 1965 y 1989, pasando de 19% a un 25%. Entre los delitos cometidos con mayor frecuencia destacan las lesiones, los homicidios, los robos y daños en propiedad ajena y las violaciones. Por otro lado los accidentes registrados han ido en descenso en los años recientes, disminuyendo también la proporción bajo los efectos del alcohol. Los accidentes de tránsito representan alrededor del 60% de todos los accidentes. En los casos de traumatismo captados en 8 servicios de urgencias del D.F., 27.7% de los hombres y 4.3% de las mujeres resultaron con estimaciones positivas de alcohol en sangre. Un 58.4% de los lesionados en riñas o asaltos estaban bajo los efectos del alcohol. En otro estudio, con una muestra de Alcohólicos Anónimos (A.A.), un 62.2% de los miembros masculinos reportaron haber participado en riñas cuando se intoxicaban, un

58.4% fueron arrestados y un 33.6% detenidos por manejar ebrios (Rosovsky, Narváez, Borges, y González, 1992).

Por otro último, los daños ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas, se encuentran en diferentes niveles y formas, esto dependerá del tipo de sustancia consumida. Por ejemplo en el caso de los disolventes inhalantes las manifestaciones se dan en todos los sistemas y aparatos del ser humano, principalmente en el Sistema Nervioso Central (Barroso y Romero, 1988). En el estudio realizado por Tapia y Rosell (1994), en cuanto a la comprensión del lenguaje se encontró en dependientes a disolventes inhalantes, que el tiempo de respuesta ante estímulos verbales fue mayor, la fluencia verbal y la emisión del lenguaje se encontraron enlentecida, además de alteraciones específicas en la atención y problemas en las diferentes modalidades de la memoria, esto en comparación con un grupo control, lo cual indica que el uso de ésta sustancia afecta diferentes procesos importantes para el desarrollo del psiquismo humano.

Ya mencionado la historia y situación actual del uso y abuso de las drogas, se continuará con los conceptos básicos que hacen referencia a la interacción de la droga con el individuo.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Desde hace muchos años las drogas han existido dándoles un uso médico, religioso y en ocasiones de esparcimiento, esto se ha ido modificando a través de los años y de la accesibilidad a la droga, generando un problema complejo de farmacodependencia.

Para su mejor comprensión se describirán algunos conceptos básicos relacionados con las adicciones.

La adicción a las drogas es llamada también farmacodependencia:

El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre el organismo vivo y un fármaco o droga caracterizado por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación (O.M.S. citado por S.S. CONADIC, 1992).

Esta definición hace referencia a dos tipos de interacción entre el organismo y la droga, quedando la dependencia psicológica y la dependencia física.

Dependencia psicológica, es el estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con las drogas y que se mantiene por una búsqueda continua.

"La dependencia psicológica se define en función del tiempo y de la conducta que emplean los sujetos en obtener y administrarse la droga" (OMS, 1993).

La dependencia física, se define como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a la presencia de una droga, que cuando se suspende su administración o se contrarresta su efecto con otras drogas, se presentan claros síndromes de abstinencia.

"Dependencia física puede evaluarse a través de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen al suspender la droga, después de un periodo relativamente prolongado". (OMS, 1993).

Para entender el proceso de dependencia física es necesario conocer cómo se desarrolla el Síndrome de Abstinencia, ya que el mejor indicador del grado de dependencia física del organismo es: a mayor dependencia mayor síndrome de abstinencia.

"El Síndrome de Abstinencia es el conjunto de signos y síntomas que se observan como resultado de suspender la administración de una droga o de contrarrestar sus efectos con otra droga específica" (Jaffe, 1991).

En la dependencia psicológica y física, existen los mecanismos neurobiológicos y de las formas de administración. Cuanto más rápido y más cantidad de la sustancia psicoactiva llegue al cerebro, más intenso será el efecto euforizante, y más intensa será la dependencia, por lo que hace más difícil al farmacodependiente romper el ciclo de ingesta e iniciar periodos de abstinencia.

Los jóvenes farmacodependientes generalmente son poliusuarios lo que hace más complejo su tratamiento (Callejo, García, Merino, (s/año), Ortiz, 1997). Otra característica del poliusuario es que desarrolla dependencia física y psicológica, ya que consumen predominantemente heroína, sedantes, cocaína, alucinógenos o inhalables (Encuesta Nacional de Drogas, 1993).

Las drogas que producen dependencia (Alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes e hipnóticos, cocaína, alucinógenos, tabaco, disolventes inhalantes), son grupos de sustancias químicas que se cree actúan estimulando ciertas regiones cerebrales. Una zona que tiene un papel clave en las propiedades reforzadoras y euforizantes de las drogas es el área tegmental ventral, en donde están ubicados los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas, que conectan con el núcleo *accumbens* y la corteza límbica y frontal, entre otras zonas, las sustancias capaces de producir adicción son las que activan éstas vías.

Algunas drogas además de actuar sobre las zonas mencionadas, tienen la capacidad de producir cambios en otros sistemas cerebrales:

- 1) Los opioides (heroína, metadona, dextropropoxifeno, codeína, difenoxileno), por la estimulación del receptor opioide *mu*, inhibe la activación del *locus coeruleus*, y la retirada de la droga que se ha tomado de forma crónica provoca una descarga adrenérgica periférica y central, que justifica la sintomatología del síndrome de abstinencia que se caracteriza por: ojos llorosos, y contricción de las pupilas, nariz húmeda, euforia o relajamiento y bostezos, voz muy baja, pérdida del apetito, temblores, irritabilidad, pánico, escalofríos sudores y náuseas.
- 2) Los efectos de los depresores del sistema nervioso central (SNC) (alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos), se sustentan en el neurotransmisor GABA. Un aumento en el flujo del ion cloro a través de la membrana del receptor GABA- benzodiazepina origina una hiperpolarización de la misma, que se cree es el mecanismo que justifica la acción ansiolítica de los depresores del S.N.C. La ausencia de la estimulación crónica externa de éste receptor causa una hiperactividad de los sistemas noradrenérgicos que estaban inhibidos por el GABA, lo que ocasiona el cuadro de abstinencia, caracterizado por: disminución de las inhibiciones, doble visión, agresividad, habla enredada reflejos lentos. En el caso del alcohol el uso continuo ocasiona cirrosis hepática, problemas pancreáticos, entre otros. En el caso de barbitúricos y las benzodiazepinas en su uso continuo puede desarrollar paranoia, cambios de personalidad, entre otros (Uriarte,1990).

Por último, las drogas también se han clasificado de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central, las cuales mencionaremos a continuación.

Clasificación de drogas según efectos:

El interés de conocer más acerca de las sustancias tóxicas ha generado diversas clasificaciones que algunas han sido desechadas. Así mismo es importante conocer la interacción de la droga con el farmacodependiente.

El farmacodependiente por lo común consume diferentes tipos de drogas (Ortiz, et. al. 1996), lo cual obliga a hacer referencia a ellas, así como sus diferentes grupos de clasificación.

Por un lado desde la óptica legislativa tenemos una clasificación de los tóxicos en 2 grupos, las sustancias lícitas o legalmente aceptables (alcohol, tabaco, café, fármacos etc.) y las ilícitas o no legalmente aceptables (marihuana, cocaína, peyote, hongos, componentes químicos derivados del LSD -ácido lisérgico- como lo son éxtasis, piedras, etc.).

Retomaremos la clasificación de drogas de acuerdo a los efectos fisiológicos y químicos que actúan en el Sistema Nervioso Central (SNC), los cuales se agrupan en depresores, estimulantes y alucinógenos.

Depresores

En este se incluyen los que deprimen las funciones del S.N.C., a través de diferentes mecanismos de acción. Así, se encuentran bajo este rubro el alcohol etílico, los disolventes orgánicos industriales (inhalables), los ansiolíticos y los barbitúricos que se emplean para inducir el sueño (Cruz, 1994).

Estimulantes

En este grupo se incluyen las sustancias que de una u otra manera, producen un efecto estimulante en el S.N.C. Entre ellas están dos grupos: 1) los estimulantes mayores que engloban a la cocaína y las anfetaminas; y 2) los estimulantes menores como la cafeína y la nicotina.

La cocaína se extrae del arbusto americano, *Erythroxylum coca*. Tiene un altísimo potencial adictivo, su consumo genera autoadministración compulsiva, reducción de la fatiga y sensación de poder. Las anfetaminas son fármacos de prescripción médica que quitan el sueño, disminuyen el apetito y mejoran el rendimiento.

Los estimulantes menores tienen también un efecto de elevación del estado de ánimo y disminución de la fatiga, pero sus efectos son más modestos y tienen menor potencial adictivo que los estimulantes mayores (Cruz, 1994).

Alucinógenos

También llamados psicodélicos (reveladores de la mente) o psicomiméticos (simulan estados de psicosis), los alucinógenos son las drogas que en dosis no tóxicas, producen cambios en la percepción y pensamiento. Con un uso prolongado produce alteraciones en el estado de ánimo, confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio o tiempo (Hollister, 1984).

En este grupo se incluyen: 1) el ácido lisérgico (LSD), 2) la psilocibina, que es la sustancia activa de los hongos alucinógenos; 3) la mezcalina principio activo del peyote; y 4) la fenciclidina, también llamada "polvo de ángel" o PCP. Algunos autores incluyen además a las cannabinoides ya que a dosis altas producen alucinaciones. Las cannabinoides, son los principios de la marihuana y de sus preparados (hashish). Se les llama así porque se obtiene de la planta de la marihuana, *Cannabis sativa*, su principal ingrediente adictivo es el delta 9 tetrahidrocanabinol (Cruz, 1994).

De esta clasificación de drogas día a día surgen nuevas sustancias tóxicas, así como diversas formas de administración, donde el farmacodependiente busca que la sustancia llegue lo más pronto al cerebro, sea vía nasal o intravenosa, teniendo como objetivo que los efectos sean más euforizantes y por tanto su dependencia sea más intensa lo que hace al consumidor más difícil lograr la abstinencia.

Ante este problema tan complejo diversas instituciones se han preocupado por realizar estudios sobre el consumo de las drogas y de sus repercusiones sociales e individuales. Sobre estos estudios se harán referencia en el siguiente apartado.

REPORTES EPIDEMIOLÓGICOS

Las instituciones que se han preocupado por realizar estudios sobre el consumo de drogas en nuestro país de manera sistemática son: El Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), la Secretaría de Educación Pública (SEP), los Centros de Integración Juvenil (CIJ), la Dirección General de Epidemiología con reportes semestrales (DIES) de Grupos Interinstitucionales (grupos no gubernamentales), para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID).

Dichas instituciones se encargan de realizar estudios epidemiológicos donde se observa que el abuso de las sustancias está ligado a la violencia en forma frecuente. Siendo entonces que la asociación entre violencia y abuso de sustancias puede ocurrir debido a las características farmacológicas que pueden inducir o facilitar un acto agresivo; estos efectos estarán mediados por las características de los individuos que los predisponen a buscar las drogas y a responder de determinada forma ante su consumo y por una sociedad que norma el tipo de comportamiento de sus miembros de acuerdo con factores tales como el sexo, edad y el escenario de exposición o disponibilidad de las sustancias influyen por tanto en el tipo de actividades que sus miembros tienen que realizar para procurarse la droga (Medina, 1996).

Diversos estudios se han enfocado a identificar las causas que refieren el motivo del consumo, haremos referencia a algunas de ellas.

Es importante mencionar que las causas para que un adolescente se inicie en el consumo de drogas está en gran medida, relacionada con: la disponibilidad de la droga, la curiosidad, la actitud, el uso de drogas por parte de los amigos, la aceptación social de la utilización de la droga, la búsqueda de identidad, el sentido de pertenencia, los riesgos que se asocian al uso experimental y la tendencia del individuo a buscar situaciones nuevas (Fuentealba, 1996).

Otro estudio considera la edad como un punto crucial para el inicio en el consumo de drogas de entre los 13 y 25 años de edad, y en otros donde el

consumo se inicia a una edad más temprana entre los 10 a 13 años, en los cuales conlleva más fácilmente a la dependencia (Sánchez, 1994; Ortiz, et. al. 1997).

En general las investigaciones epidemiológicas parecen constatar que la edad, en el inicio del consumo de drogas, va decreciendo progresivamente, llegando, en el caso de las drogas legales, a los diez años o menos (Torres, y Lopis, 1989).

Tal es el caso del alcohol considerada droga legal, donde las personas que abusan o bien son adictas a esta bebida han alcanzado cifras alarmantes, desafortunadamente, el consumo de bebidas alcohólicas se ha extendido entre jóvenes e incluso entre adolescentes (Macías, 1988).

Por otro lado la Secretaría de Educación Pública (SEP), y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), han realizado la: "Encuesta Nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar", apartir de los años 1976, 1978, 1980, 1989, 1991, 1993 y a la fecha la de 1996, a estudiantes de enseñanza media y media superior. Los resultados obtenidos en la encuesta de 1996 refieren que:

- 1) Las drogas de mayor consumo entre los estudiantes son la marihuana, inhalables y anfetaminas.
- 2) La mayoría de los estudiantes menores de 14 años, que son consumidores de tabaco, empezaron con éste hábito entre los 11 y los 12 años; los de 14 y 15 años empezaron entre los 13 y 14 años; y los que tienen 16 años ó más empezaron con este hábito entre los 15 y 16 años. Además se entrevistó a maestros, mencionaron que los alumnos de 5º y 6º grado iniciaron su experiencia con el consumo de drogas entre los 11 y los 13 años de edad, éstos datos indican que el inicio en el consumo de tabaco y otras drogas ocurre cada vez más a temprana edad (Villatoro, et. al. 1996).

Las cifras en cuanto a la edad de inicio en el consumo de drogas son alarmantes, tal es el caso de la cocaína y de las anfetaminas que han mostrado incrementos importantes, específicamente con el consumo de la cocaína de hasta diez veces (ver gráfica 2).

En el caso de Estados Unidos el consumo de la cocaína es del mismo modo alarmante. Del año 1978 al 1994, las personas que consumieron por más de una ocasión aumentó de 3400 a 142,900 respectivamente. Se estima que 9.8 millones de jóvenes de entre 12 y 20 años de edad son consumidores de drogas ilícitas (esta muestra es de los que solicitaron tratamiento). Si a estas cifras le agregamos que el consumo se vincula a problemas de salud, como: transmisión de enfermedades infecciosas, incluyendo SIDA/VIH, hepatitis, tuberculosis, además de incidir en los altos índices de criminalidad. Los efectos de criminalidad y los índices de consumo se vinculan. Los adictos a drogas como el "crack" (derivado de la cocaína), heroína y metanfetaminas tienden a involucrarse en número elevado de delitos (México y Estados Unidos ante el problema de las drogas, 1997).

Sin embargo en México que no es un consumidor en potencia como lo es el caso de Estados Unidos, también muestra incrementos importantes. Para ello la Dirección de General de Epidemiología con sus reportes semestrales, por medio del Sistema de Reporte de Información en Drogas, muestra las tendencias de consumo del periodo de 1987 a 1997, las cuales se describen a continuación.

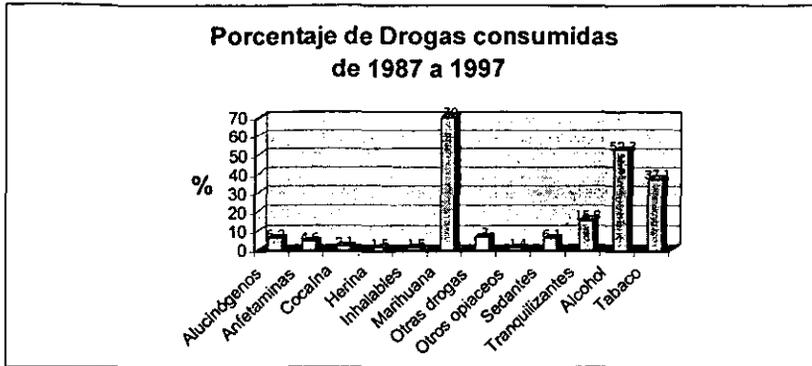
TENDENCIAS DEL CONSUMO

La Dirección de General de Epidemiología con sus reportes Semestrales (DIES), a través del Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), realizó un seguimiento de drogas consumidas en México a partir de 1987 a 1997.

En el periodo de 1987 a 1997, el SRID ha captado un total de 9228 usuarios de drogas en instituciones de salud y de procuración de justicia social en el área metropolitana de la Ciudad de México. La droga que más se reportó fue la marihuana con un 70%, en segundo lugar están los inhalables con un 54.4% y en tercero la cocaína con un 21%. Los tranquilizantes se han reportado un

15.8%, y los sedantes 6.1% del total de la muestra, y las demás drogas están por debajo del 10% en la categoría epidemiológica de alguna vez en la vida.

Gráfica 1



FUENTE: Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Junio 1996.

La marihuana y los inhalables han mantenido un nivel de consumo elevado, en cambio la cocaína y los sedantes han mostrado un incremento importante en los últimos semestres.

La cocaína se reporta en el año de 1997 aproximadamente 10 veces más en relación con 1987 y su incremento empezó a hacerse notorio a partir de 1992. Por su parte los sedantes se consumen aproximadamente 4 veces más que en 1987 y esto se nota especialmente a partir de 1995 año en que aumenta el registro de casos de usuarios de Rohypnol.

La heroína mostró un incremento importante entre 1991 y 1993, donde su consumo fue 4 veces más alto que en el año de 1987. Actualmente, se consume aproximadamente 2 veces más.

Como puede apreciarse hay drogas cuya tendencia de consumo es alta pero estable, como lo es el caso de la marihuana y los inhalables, en tanto que otras muestran incrementos importantes como es el caso de la cocaína y los sedantes, mientras que otras reflejan un uso bajo como el caso de los alucinógenos de origen natural cuyo uso ritual es propio de los estados del

sureste del país y en grupos minoritarios, mientras que el caso de la heroína tiene un uso elevado en la parte norte del país (Ortiz, et. al. 1997).

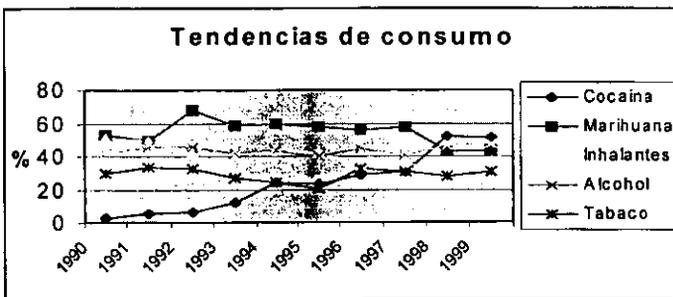
Estadísticas recientes demuestran que el consumo de drogas cambia de acuerdo a la época, en el 60's por ejemplo el consumo de LSD tuvo un gran impulso, posteriormente el uso de marihuana y en nuestra época el consumo de cocaína ha aumentado considerablemente aunado a los químicos que van ingresando. Es como si las drogas estuvieran de moda, esto no quiere decir que sean las únicas drogas de consumo, en realidad existe una gran variedad de éstas y es tan amplia que cada día surgen nuevas.

La siguiente gráfica (2), muestra el incremento en porcentajes del consumo de drogas de 1990 a 1999 de pacientes captados en centros de tratamiento, estos resultados muestran los incrementos respecto a las evaluaciones anteriores.

La droga cuya tendencia se incremento fue el consumo de la cocaína, y las que se mantienen son el tabaco y el alcohol, las que mostraron decrementos son inhalantes y marihuana.

Cabe resaltar que el consumo de la cocaína a la cual nos referiremos ya que muestra incrementos importantes donde para 1990 el consumo era mínimo a lo que se consume para 1999, no se puede asilar de las repercusiones que conlleva el consumo, ya que esta droga genera dependencia psicológica, donde el farmacodependiente hará lo posible por conseguirla, involucrándose en el robo ligado a la violencia y donde el farmacodependiente va perdiendo el apoyo social y familiar.

Gráfica 2



FUENTE: Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Junio 1999.

Si bien el consumo en general de drogas esta ligado a repercusiones sociales, robo, violencia, accidentes, etc. Estas situaciones conllevan a indagar sobre los posibles factores de riesgo que influyen en la presencia, desarrollo y mantenimiento de dichas conductas, en este sentido se ha encontrado que los jóvenes que consumen drogas, provienen de familias que en algunos casos cuentan con la presencia de un familiar alcohólico o drogadicto y otros simplemente consumen por curiosidad o por la presión del grupo de pares. Otra característica importante y preocupante es la edad de inicio, ya que cada vez inician a edades muy cortas, lo cual ubica a los adolescentes como la población en riesgo. De estos factores de riesgo y otros más se describirán con mayor detalle en el siguiente apartado.

FACTORES DE RIESGO

El incremento del consumo de drogas es alarmante, ya que se vincula a problemas sociales e individuales haciendo éste un problema complejo. Por lo que en este apartado se hará mención a los factores de riesgo posteriormente a los de protección que facilitan o evitan a que una persona se inicie en el consumo de drogas.

Para su mejor comprensión se describirán algunos conceptos sobre factores de riesgo, posteriormente se desglosarán cada uno de ellos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define al Factor de Riesgo como una característica que se ha observado que esta asociada a un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un Factor de Riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación causa efecto (Riegelman, 1992).

En el campo de las adicciones, los factores de riesgo puede definirse como ciertas características (tabla 1) que existen en el entorno social, en la comunidad, en la familia, en la escuela y en el propio individuo que pueden estar asociadas con el aumento en la probabilidad de que una persona se inicie en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Es importante diferenciar factores de riesgo de conductas de riesgo que en ocasiones son tratados como sinónimos. Los factores de riesgo son aquéllos estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. Son factores de riesgo problemas tales como disfunción familiar, padres consumidores de sustancias psicoactivas a alcohol, alteraciones psiquiátricas familiares, baja autoestima del adolescente, influencia negativa de los padres, factores de personalidad, conducta antisocial, vandalismo y otros. Mientras que las conductas de riesgo son las acciones, ya sean activas o pasivas, que involucren peligro para el bienestar del niño o que acarreen directamente consecuencias negativas para su salud o que

comprometen consecuencias negativas par su desarrollo, algunas de estas conductas de riesgo son: consumo de alcohol, delincuencia, deserción escolar, etc., dichas conductas de riesgo tienen como consecuencias accidentes, problemas legales, etc. (Valdés, et. al. 1995).

A continuación se señala, en forma esquemática, una lista de factores de riesgo que operan a la par de los llamados de protección, identificados en la literatura mundial y vinculados con el abuso de sustancias, debido a que interesa la participación negativa de tales factores con miras de prevención.

Tabla 1

Factores de Riesgo relacionados con el uso, uso nocivo y abuso de psicotrópicos y otras sustancias de abuso
Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos.
Historia familiar de conducta antisocial.
Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar.
Familiares con escasas habilidades paternofiliales.
Dificultad en las relaciones familiares.
Uso de psicotrópicos por los mejores amigos.
Uso familiar de psicotrópicos.
Deficiente y escaso aprovechamiento escolar.
Enajenación y rebeldía.
Psicopatología, especialmente depresión.
Alteraciones conductuales como la vagancia, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, etc.
Desorganización estructural-funcional en la comunidad.
Conducta antisocial.
Baja o nula religiosidad.
Confusión y pérdida de valores.
Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas.
Conductas sexuales precoces.

Modificado de: Schydlower M., Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse, *Pediatrics* 1993; 91: 1010-1013, citado en Centros de Integración Juvenil (1998).

Para Bayés (1985), los factores psicológicos, cognitivos y motivacionales son producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socio económico y político, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y de las enfermedades, y en el

en la prevención de los trastornos y de las enfermedades, y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud, es decir que las variables psicológicas inciden en alguna medida de forma directa o indirecta positiva o negativa en todos los trastornos y enfermedades, y que a su vez poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico. De estos factores psicológicos los retomaremos como factores de riesgo.

Callejo, García y Merino (s/año). Señalan algunas de las siguientes características como factores riesgo, a partir de un estudio con adolescentes que tienen problemas con el consumo de alcohol:

- I. Es frecuente que los jóvenes no tengan conciencia de los riesgos que supone el consumo de alcohol.
- II. Existe una falta de acuerdo en la delimitación de lo que define a un joven con problemas de alcohol. Generalmente los problemas se manifiestan por embriagues, problemas en el área escolar, accidentes de tráfico, conductas violentas, problemas legales y conductas antisociales.
- III. Se desconoce qué jóvenes continuarán abusando del alcohol durante la edad adulta y cuáles abandonarán el abuso sin necesidad de intervención o tratamiento, por lo que es importante valorar los siguientes puntos:
 - ◆ Antecedentes familiares de dependencia alcohólica.
 - ◆ Consumo de otros psicotrópicos.
 - ◆ Conducta antisocial.
 - ◆ Tolerancia al alcohol.

Otro estudio sobre factores de riesgo para el inicio en el consumo de drogas lo realizó la ENA (1993), considerando 5 puntos importantes:

3. Facilidad para conseguir la droga
4. Pertenecer al sexo masculino
5. Tener una familia con baja escolaridad

Existen varios factores de riesgo que se han relacionado con el consumo habitual, el abuso y el eventual desarrollo de un trastorno por dependencia que persiste en la actualidad, dichos factores son: el sexo (predomina el masculino), la edad (el porcentaje de consumidores aumenta con la edad), la influencia de las prácticas religiosas (las creencias y rituales los ayudan a consumir menos sustancia), el grado de escolaridad (evita o favorece el desarrollo de una cultura de consumo selectivo de sustancias), la ocupación, la influencia o la presión de los amigos, estrato socioeconómico al que pertenecen y la dinámica familiar (Nazar, et. al. 1994).

Dichos factores de riesgo se describirán a continuación, haciendo referencia a los aspectos individuales, familiares, escolares y de los que se encuentran en la comunidad.

Factores de Riesgo Individuales

Es importante considerar las características propias del individuo en las que se pueden presentar algunos trastornos de personalidad, si existen como antecedentes: problemas tempranos o persistentes del comportamiento, depresión, timidez, inseguridad, agresividad, un control limitado de impulsos desde la infancia, con baja tolerancia a la frustración u otras patologías.

En este sentido se puede determinar la importancia del aspecto psicológico ya que conductas como autoestima, seguridad, pertenencia a un grupo familiar y social, deseo de vivir y de ser independiente, necesidad de ser creativo y de trascender son manifestaciones de un adecuado desarrollo de la confianza del individuo (Ortíz, 1992).

Los estados de ánimo negativos, la depresión y la irritabilidad son más frecuentes entre los usuarios de drogas que los no usuarios. En este estudio se encontró que la asociación entre la falta de reacción ante nuevos estímulos, la

Factores de Riesgo en la Familia

El papel de la dinámica familiar es muy importante en la etiología de la farmacodependencia, ya que constituye el primer sistema de educación, y es una fuente de valores para la persona, de modo que en el núcleo familiar recae la responsabilidad de favorecer el desarrollo humano en un ambiente sano. Es un hecho que algunos usuarios presentan ciertos rasgos de personalidad y antecedentes familiares muy parecidos: familias desestructuradas, escasa o nula comunicación entre sus miembros y padres consumidores (Galván, Rodríguez y Ortiz, 1994).

Se ha demostrado que los factores de riesgo aumentan si un integrante de la familia es adicto, los conflictos entre los miembros de la familia parece ser que es un pronóstico de delincuencia y abuso de drogas en los afectados (Pons, 1997).

El ambiente familiar se considera un factor de riesgo cuando tiene las siguientes características: dependencia de alcohol y/u otras drogas por parte de los padres, abuso y abandono de los hijos, padres antisociales, con desviaciones sexuales o enfermos mentales, altos niveles de tensión, incluyendo tensión económica, hacinamiento, padres desempleados, padres aislados totalmente, mujeres solas o padres solos, madres de familia sin apoyos adicionales, inestabilidad familiar, alto nivel de conflicto o violencia en la familia, ausencia de padres por separación, divorcio o muerte, falta de rituales familiares, prácticas parentales inadecuadas, poco contacto interpersonal, frecuentes cambios familiares.

Entonces en la familia se experimentan los sentimientos más intensos, las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones. Desde un enfoque analítico los factores que intervienen en el abuso del alcohol específicamente en bebedores crónicos, indican que la presencia de una madre dominante y un padre pasivo se relacionaba con el problema; otros señalaban la presencia de un padre dominante y abusivo como factor principal (Macías, 1988).

Los estados de ánimo negativos, la depresión y la irritabilidad son más frecuentes entre los usuarios de drogas que los no usuarios. En este estudio se encontró que la asociación entre la falta de reacción ante nuevos estímulos, la baja adaptación al cambio, la dificultad para la expresión del estado de ánimo o de los afectos, la baja autoestima, se asocian al uso regular del alcohol, tabaco y marihuana (Medina, 1995).

En otro estudio en cuanto a los problemas psicológicos se identificó que la poca tolerancia a la frustración y problemas de autoestima se asocian con más frecuencia al uso de drogas (Ortiz, et. al. 1999; Villatoro, et. al. 1996).

Aunado a la edad de inicio en el consumo de drogas, actualmente son los grupos de edad más jóvenes, quienes inician en el consumo. Los motivos más frecuentes para iniciarse en el consumo en estos grupos de edad son la curiosidad, la influencia de amigos y los conflictos familiares (Ortiz, 1992).

Otros factores de riesgo individuales son: moldeamiento, edad, influencia del medio, falta de habilidades sociales de los jóvenes al convivir con adictos, estrés, tensión o depresión Balzarreti (1994). Otro factor importante es el estado emocional, siendo los más frecuentes: la depresión, irritabilidad, angustia y tensión (Domínguez, González y Vázquez, 1994).

La percepción de riesgo ante el consumo de tabaco no es tan significativo entre hombres y mujeres, sin embargo en el consumo de alcohol y drogas, existe gran diferencia, ya que los varones consumen más que las mujeres (Berenzon, et. al. 1999).

Al respecto en la ENA (1993), sobre el consumo de tabaco refiere que los hombres consumen más que las mujeres, en esta encuesta el 2.1% de las mujeres dicen haber usado alguna vez en su vida, mientras que en hombres fue de 7.6% que usaron alguna vez en la vida. Otra diferencia es el tipo de droga, los hombres prefieren drogas no médicas (inhalables, marihuana, alucinógenos, cocaína), mientras que las mujeres consumen con mayor frecuencia drogas médicas sin prescripción (narcóticos y estimulantes).

Los factores de riesgo son la disponibilidad de la droga, que aumentará la frecuencia en el abuso, así como la disponibilidad de dinero que posean los adolescentes.

La extrema pobreza donde existe el desempleo, malas condiciones de vivienda, falta de escuelas, de servicios sociales y de salud, así como los altos índices de criminalidad y de prevalencia de uso de drogas, son factores que en el futuro aumentan el riesgo en problemas de comportamiento antisocial en la vida del adulto, incluyendo el consumo de drogas (Hawkins, Catalano, y Miller 1992).

Si bien las condiciones de vida en una zona marginada son situaciones estresantes que contribuyen a incrementar el consumo de drogas recurren a esto para aliviar su estado emocional. Esto explica en gran medida la dificultad para abatir las adicciones y recaídas. Así configura la secuencia: *factores de riesgo más estado emocional desadaptativo más estilos de afrontamiento inadecuados que conduce a las adicciones* (Dominguez, González, Vázquez, 1994).

Por otro lado desde un marco social, Seyle (1956 en: Balzarreti, 1994), desarrolló un modelo de estrés social y adaptación, considerando como factores de riesgo los siguientes 5 puntos:

- 1.- Eventos adversos importantes en la vida.
- 2.- Situaciones de estrés crónico.
- 3.- Falta de relaciones y soporte social.
- 4.- Falta de sentimiento de control sobre la actividad laboral y sobre la propia existencia.
- 5.- Altos niveles de hostilidad y desconfianza en las relaciones interpersonales.

Tomando en cuenta las investigaciones sobre los factores de riesgo (que se revisaron anteriormente), se empieza a hablar recientemente en prevención de factores protectores, es decir, de cómo volver a los jóvenes más resistentes para evitar ser impactados por los factores de riesgo. El modelo transversal

escolar de los hijos(as), la dificultad económica para el sostenimiento de los estudios (Hawkins, Catalano y Miller 1992).

En los problemas de tipo académico destacan los problemas de aprendizaje y la deserción escolar que se vinculan al inicio en el consumo (Ortiz, et. al. 1999).

Otros factores que están asociados con el inicio del consumo, son principalmente por la presión del grupo de pares continuando con la presencia de problemas académicos y en otros casos con dificultades en el aprendizaje, reflejándose también con la deserción escolar (Ortiz, et. al. 1997).

Otros factores que se ligan a los anteriores, son los factores de riesgo en la comunidad que mencionaremos en el siguiente tema.

Factores de Riesgo en Comunidad Marginada

Otros factores de riesgo para el inicio en el consumo se encuentran los que se ubican en la comunidad, ya que estos pueden favorecer el inicio en el consumo.

Los factores de riesgo en la comunidad son entre otros, la existencia de leyes y normas que favorecen el consumo, la desorganización comunitaria, la falta de servicios y de vigilancia pública. Considerando que el medio ambiente y el contexto sociocultural donde se transmiten influencias y modelos hacia el individuo, incluyendo los patrones de consumo, la disponibilidad de la droga son indicadores para el inicio de una adicción. Además las condiciones de vida marginal como la pobreza, el hacinamiento, el desempleo, y el tráfico ilegal de drogas pueden asociarse con el incremento en la probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas (Galván, Rodríguez y Ortiz, 1994; Medina et. al. 1989; González, 1991).

Si agregamos que los adolescentes viven en una zona donde existe el consumo de drogas como parte de la cotidianidad de la comunidad, y que esto hace más vulnerables a los adolescentes ante el consumo, entonces se le considera en estado de riesgo.

Con lo anterior es habitual asociar el consumo excesivo de alcohol con la convivencia familiar, reflejándose en trastornos que afectan a los hijos, tanto en el aspecto cognoscitivo como en el afectivo, en el proceso de la socialización y en otras funciones relacionadas con el aprendizaje. Otro problema muy importante que se presenta cuando uno de los cónyuges ha bebido en exceso, es la violencia con la que tratan a sus hijos y a los demás miembros de la familia. Esta violencia es expresada, física y/o verbal cuando la ejerce el hombre conlleva más fuerza emocional y física que cuando la ejerce la mujer.

En un estudio sobre el consumo de tabaco, se encontró que los posibles factores que influyen en el consumo en adolescentes son que: los padres u otros adultos cercanos a ellos fumen, de tal forma que los adolescentes no perciban el consumo como un riesgo, por el contrario favorece la aceptación, la tolerancia social y en algunos casos la accesibilidad para conseguir los cigarrillos (Berenzon, et. al. 1999).

Otro estudio se realizó en Estados Unidos sobre la percepción que tienen los adolescentes respecto al consumo de tabaco. Los niños y adolescentes perciben el hecho de fumar como una conducta adulta, frecuentemente empiezan a fumar para parecer mayores. Se encontró que los hijos de fumadores dicen dos veces más que quieren fumar que los hijos de los no fumadores. Los hijos de padres que lograron dejar de fumar, tienen menos probabilidad de fumar, en comparación con los hijos de padres que son fumadores (Organización Mundial de la Salud 1998).

Es decir la familia en algunos casos favorece el inicio en el consumo de drogas, pero no es el único factor de riesgo, a éstos se unen los factores de riesgo que se ubican en la escuela, los cuales se mencionará en el siguiente tema.

Factores de Riesgo en la Escuela

En el ámbito educativo, algunos factores que pueden pronosticar una posible iniciación en el consumo de drogas son: el fracaso escolar (sobre todo si ocurre en los últimos años de la educación elemental), el desinterés por el desarrollo

ecológico considera que el desarrollo humano bajo el cual la personalidad es vista como un proceso de adaptación al ambiente, permite trasladarse de los factores de riesgo a los factores de protección, es decir, pretende crear el ambiente propicio y ponerlo al servicio del desarrollo humano, por tanto, para ser exitoso es necesario crear contextos y ambientes protectores (Castro, 1990).

De éstos factores protectores se describirán en el siguiente apartado.

FACTORES DE PROTECCIÓN

En contraposición de los Factores de Riesgo están los de Protección éstos factores median o moderan los efectos de la exposición al riesgo, los factores de protección aumentan su resistencia, por lo que será menos probable que se abuse de las drogas aún cuando se esté expuesto a ellas.

Para Rutter (1985 en: Kotliarenco, Cáceres y Fuentecilla, 1997), el concepto de factor de protección alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas, éstas difieren en tres aspectos cruciales:

Primero un factor puede no constituir un suceso agradable, por lo tanto los eventos displacenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares.

Segundo los factores de protección a diferencia de las experiencias positivas, incluyen un componente de interacción. Las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado adaptativo. Los factores protectores, por su parte, manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo del que se esperaba.

Tercero un factor puede no constituir una experiencia en absoluto, sino una cualidad o característica individual de la persona. Las niñas, por ejemplo parecen menos vulnerables que los niños ante diferentes riesgo psicosociales (Rutter, 1970, 1982, 1985, en: Kotliarenco, Cáceres y Fuentecilla, 1997),

En la literatura disponible sobre estudios enfocados hacia la protección del uso de drogas, se pueden identificar como factores protectores los sentimientos de confianza, autoestima del niño, reconocimiento del esfuerzo, logros escolares,

deportivos, apoyo externo que se manifiesta en aprecio y aceptación, y la familia que promueve en el individuo la formación de valores positivos.

Señala Rutter (en: Krauskopf, 1994), que un mismo factor puede ser de riesgo o de protección (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto de la vulnerabilidad que se produce al comprender ampliamente el significado de peligro, haber tenido una exposición gradual a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuestas que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelajes apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano. En un estudio efectuado en Costa Rica se pudo constatar que los adolescentes en cuyos hogares se comentaban los problemas de cualquier miembro de la familia, donde afrontaban y se conversaban habitualmente sobre alternativas reales de solución o de enfrentamiento, desarrollaban mayor sentido de competencia para conducirse en situaciones adversas.

Sobre éstos factores de protección familiares y otros más que se ubican en el ámbito educativo y en la comunidad, se mencionarán a continuación.

Factores de Protección en la familia

La estrategia social que propone el modelo de factores de riesgo y de protección enfatiza que el vínculo familiar, constituye un aspecto de protección en contra el consumo de drogas. Por lo general, aquellos niños que disfrutaban de fuertes lazos familiares, mantendrán normas en contra del uso de drogas y, por lo tanto, estarán menos expuestos a la drogadicción. Otros aspectos pueden considerarse son la existencia de expectativas sociales definidas entre los miembros de la familia, el respaldo, la valoración de los logros personales y familiares, la creación de un ambiente de protección y de apoyo, y el estímulo de los vínculos sociales (Argüelles, y Cárdenas, 1994).

Pons (1997), propone un modelo preventivo dirigido a padres de familia, basado en el fomento de la autoestima, la creación de canales adecuados de comunicación y expresión de sentimientos, la enseñanza de habilidades sociales y el mantenimiento de actitudes críticas ante el consumo. Lo que propone Pons, es lo siguiente:

- Que exista comunicación afectiva, que incluya una plática donde se escuche al hijo.
- Se fortalezca la autoestima y el autoconcepto positivo de los hijos.
- La expresión de los sentimientos sea coherente, es decir reconocer y aceptar los propios sentimientos de los padres, de tal manera que así se transmitan a los hijos.
- Proporcionar información sobre las consecuencias nocivas del abuso de sustancias, así como propiciar y permitir al niño o a los adolescentes el acceso a esta información.
- Se considera importante el establecimiento de reglas, ya que una actitud excesivamente laxa en los padres puede ser tan negativa como lo es una actitud muy restrictiva, en el posible desencadenamiento del abuso de sustancias tóxicas. Por lo cual se propone establecer un sistema flexible de normas de convivencia familiar de un intercambio consecutivo de libertad y responsabilidad como estrategia educativa.
- De igual manera se propone que en el contexto familiar favorezca el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento a la presión grupal. Cabe mencionar que tales moldeamientos sean a través de la propia conducta de los padres, especialmente en cuanto al uso moderado y responsable de bebidas.

Otro estudio sobre la dinámica familiar, lo realizó Noller y Callan (1991 en: González, Andrade, y Jiménez, 1997). Hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente, concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas,

organizadas cuando fomentan la independencia de sus miembros. Además de una comunicación eficaz en la familia que es un determinante para su bienestar. De la misma manera es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía con sus amistades se involucren en problemas de conducta.

Otra estudio realizado por Denton y Kampfe (1994 en: González, Andrade, y Jiménez, 1997), sobre la familia y de su relación con el consumo de sustancias, indican que la importancia de la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas en la familia ayudan al adolescente a evitar el consumo de sustancias.

Si bien uno de los principales factores de protección se encuentran en la familia, entre otras cosas funciona como un agente socializador, de tal manera que incide en el desarrollo sano del individuo. Sin embargo no son los únicos factores de protección, existen también los que se ubican en la comunidad, de los cuales se mencionarán en el siguiente tema.

Factores de Protección en la Comunidad

La comunidad puede conseguir que "la calle" deje de ser un lugar de riesgo, para convertirse en un lugar de encuentro participativo, por lo tanto educativo y formativo (Vega, 1993).

La comunidad es de hecho, el marco educativo en que el individuo, familia e instancias educativas formales adquieren sentido de unidad integradora de la acción preventiva. La comunidad se convierte así en un agente integrador de las aportaciones de individuos, grupos e instituciones. En este contexto comunitario, la participación de las asociaciones de padres, junto con la institución escolar y los recursos de ella derivados (profesionales, consejeros escolares, escuelas de padres) tomarán la forma de acción coordinadora preventiva (Berjano, 1988).

Vega (1994), señala la posibilidad de utilizar recursos y servicios comunitarios que faciliten, apoyen y complementen la labor preventiva familiar y escolar de manera integrada, con los siguientes objetivos:

- Identificar y movilizar los recursos existentes en la comunidad, ya sean organizaciones juveniles, asociaciones vecinales, medios de comunicación, instituciones educativas y sanitarias, organizaciones culturales, políticas y sindicales, etc.
- Estudiar el alcance y las características que en la comunidad adquieren los problemas de salud en general y del consumo de drogas en particular, a través de los medios técnicos más adecuados para tener un conocimiento preciso.
- Establecer mecanismos de coordinación cooperativa de los recursos existentes dentro de la comunidad, así como plantear y desarrollar los esfuerzos necesarios para lograr la consecución de otros recursos y servicios aún no existentes, pero igualmente necesarios para continuar con los objetivos propuestos.
- Proponer y elaborar intervenciones educativas que impliquen la participación de individuos, grupos e instituciones.
- Desarrollar mecanismos para obtener apoyos económicos, humanos y técnicos que hagan posible y mejoren las intervenciones planteadas.

Para Funes (1990), la participación comunitaria, debe surgir con las siguientes propuestas de los jóvenes:

- Impulsar la presencia de educadores de calle y de animadores juveniles en la mayoría de barrios y comunidades, con el objetivo de generar el autodescubrimiento de alternativas de ocio por parte de los niños y adolescentes.
- Revisar el diseño y funcionamiento de espacios juveniles tales como casa de juventud, etc., con la finalidad de hacer posible una diversidad de actividades alternativas que satisfagan tanto como sea posible la diversidad de demandas de los adolescentes.

demandas de los adolescentes.

- Ceder lugares de reunión y diversión que cumplan la función de discotecas o bares, de manera que no estén sometidos a los intereses económicos de los establecimientos habituales.
- Estimular programas que compartan la presencia de educadores conocidos, en los lugares de ocio habitualmente frecuentados por los adolescentes.
- Incentivar presupuestalmente a las asociaciones y entidades juveniles y de educación de tiempo libre que no se limiten a la infancia, sino que tengan grupos y programas de actuación con adolescentes.

Se trata de recuperar y fortalecer lo que Vega (1993), denomina "pedagogía del tiempo libre", donde la calle se convierta en un lugar privilegiado de encuentro y comunicación, en el cual los individuos puedan crecer y desarrollarse como personas. El tiempo libre es el mejor espacio educativo para la prevención de los problemas relacionados con el uso de drogas, pues se trata de adaptar estas intervenciones educativas a las demandas y necesidades de los propios niños y/o jóvenes, es decir, que ellos mismos se "construyan" sus propias actividades de ocio.

Aunado a estos factores de protección en la comunidad se encuentran los factores de protección en el ámbito escolar, los cuales describiremos enseguida.

Factores de Protección en la Escuela

Si bien la escuela es donde se comparte la mayor parte del tiempo y que sin lugar a dudas es donde en algunos casos los adolescentes inician su experiencia con el consumo de drogas (ENA, 1993). Pero también es un espacio que favorece a que un adolescente no inicie en dicho consumo. A continuación mencionaremos algunas propuestas para fortalecer los factores protectores que se ubican en el ámbito escolar.

Dentro del ámbito educativo, es necesario fomentar desde la infancia

momentos avanzados de la escolarización, que coinciden con el final de la enseñanza básica (13/14 años) o el principio de la enseñanza media (14/15 años); es decir al principio de la adolescencia, cuando los jóvenes comienzan a tomar contacto habitual con las drogas (Mendoza, Villarrasa, Ferrer, 1986).

La propuesta que hace Vega (1991), es ir más allá de charlas, folletos o de campañas informativas que realmente no son de gran impacto, lo que sugiere es una actuación dirigida a la prevención del abuso de drogas, en los siguientes puntos:

- Estrategias de educación formal. Se trata de incluir el tema de alcohol y drogas dentro del curriculum escolar, integrándolo en el programa de diferentes asignaturas y niveles, con lo que se aseguraría un tratamiento multi-disciplinario.
- Estrategias de educación informal. Se proponen actividades no necesariamente incluidas en los programas académicos, que pueden incluir actividades específicas con sujetos alcohólicos y toxicómanos colaborar en campañas preventivas institucionales, etc.
- Desarrollo de un clima sano. Incluye tanto las buenas relaciones entre alumnos y profesores, como la existencia de un ambiente físico adecuado y la ausencia de drogas dentro del plantel.
- Servicios de apoyo. Se trata de ofrecer al alumno todo lo que necesite para su desarrollo integral, exista o no consumo de drogas. Incluiría tanto los servicios de apoyo propiamente escolares como los propios de la comunidad.

Dentro de un programa educativo para el adolescente, la escuela conlleva necesariamente la participación activa de los padres así como de los profesores. Respecto al papel que desempeña el profesor, en diversas investigaciones han señalado que el alumno en caso de tener algún problema con las drogas, solicitaría ayuda primero a su familia y en quien menos confiaría sería en el profesor (Berjano, 1991; León, Noha y Rodríguez, 1990).

Sin embargo los profesores son los poseedores de las experiencias, conocimientos y destrezas docentes necesarias para realizar las siguientes funciones:

- Integrar en el plan de acción del curso escolar las actividades de educación para la salud.
- Consolidar la realización de actividades de educación para la salud, por medio de una metodología activa y participativa, dentro y fuera del aula.
- Contemplar y favorecer conocimientos, actitudes y comportamientos de promoción de la salud.
- Desarrollar en el alumno un sentido crítico de "lectura" de la realidad.
- Activar y coordinar la participación de alumnos y padres en el proceso educativo.

Mientras que a los alumnos les corresponde:

- Ser sujetos activos de la educación para la salud en la escuela, participando en la realización y diseño de actividades, así como en su evaluación a través de los órganos de participación disponibles.
- Integrar los nuevos conocimientos, habilidades y hábitos adquiridos en un contexto global, haciendo posible su utilización de manera práctica y eficaz, en el medio sociocultural donde acontece su conducta.

Finalmente, la familia también debe ser invitada a participar en las actividades de educación para la salud, donde podrán llevar a cabo las siguientes funciones:

- Intervenir en el diseño y evaluación de las actividades de educación para la salud, a través de su actividad en los órganos de participación disponibles.
- Asegurar la continuidad educativa de los procesos iniciados en la escuela.
- Proteger las acciones educativas de las actitudes, valores o conductas contradictorias que pueden disminuir la eficacia del proceso educativo.

- Favorecer el estudio de alternativas posibles a los problemas detectados, ayudando a comprender de manera más adecuada, la realidad social y cultural en que se desarrollarán las actividades educativas.

Por último en esta investigación retomamos a los factores individuales autoestima y asertividad como factores de riesgo o de protección.

La autoestima y la asertividad son sentimientos que se van introyectando a través de las relaciones con los padres o adultos cercanos. De estas dos variables las retomaremos en los siguientes apartados.

AUTOESTIMA

Considerando que los factores de riesgo son las características que existen en la familia, en la escuela, en la comunidad y en el propio individuo y que están asociados a la probabilidad de que una persona inicie en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Retomaremos la autoestima y la asertividad como factores de riesgo, las cuales se describirán a continuación.

Para este tema de autoestima se analizarán diferentes conceptos, así como su relación con el consumo.

La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo, siendo la autovaloración que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso (Coopersmith, 1967). Es el grado relativo de valoración de aceptación con que las personas perciben su autoimagen (Gurney, 1988). Estas percepciones incluyen la imagen de sí mismos en comparación con otros (percepción de sí), la imagen que percibe que los otros tienen de él (percepción del otro), y la imagen de cómo quisiera ser (de sí mismo) (Quandt, Selznick, 1984). A mayor discrepancia entre el autoconcepto ideal y la percepción que tiene de sí o de la respuesta a las expectativas del otro, hay mayor alteración en la autoestima (citado: Montt, Ulloa, 1996).

Se refiere a los pensamientos y sentimientos que la persona tiene de sí misma, como medio para denotar valía y satisfacción (Rosenberg, 1965, en: González, Andrade, y Jiménez, 1997).

La autoestima se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, a través de la interacción del sujeto con otros sujetos y del sujeto consigo mismo, tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia (Pelham, y Swann, 1989, citado: Montt, y Ulloa 1996).

Los primeros años de vida la calidad de las relaciones que el niño establece con las personas que lo cuidan define la confianza básica que éste tendrá consigo mismo y con los demás. De este modo, los padres exigentes, demandantes punitivos, con lejanía afectiva, promueven el desarrollo de sentimientos de inseguridad, en tanto que el contacto con padres proveedores de experiencias gratificantes facilitan el desarrollo, de sentimientos de seguridad. Así mismo, todas las experiencias tempranas relacionadas con el cuerpo, constituyen una de las primeras "imágenes" del *self*. Las experiencias de falta de soltura, debilidad física o incomodidad, de bienestar físico, agilidad o autosatisfacción con el propio cuerpo van a propiciar el desarrollo temprano de una menor o mayor autocanfianza (Brinkmann, Segure, Solar 1989, en: Montt y Ulloa 1996).

La etapa escolar cobra gran importancia ya que es un periodo crítico en la formación del autoconcepto. El desarrollo del pensamiento lógico-concreto permite que el niño evalúe sus habilidades y las compare con la de otros y con las expectativas de sus padres. El niño carece de la capacidad para valorarse a sí mismo de un modo exacto, se ve a través de los ojos de aquellos con los que se identifica. La percepción que el niño tiene de él puede ser falsa o verdadera, pero sí ésta es negativa desarrollará un autoconcepto desfavorable, la cual se expresa a través de una actitud quejumbrosa y crítica, búsqueda de atención, necesidad de ganar, actitud inhibida y poco sociable, excesivo temor a equivocarse, actitud insegura, necesidad compulsiva de aprobación.

Esta situación cobra particular importancia en la adolescencia, que es una etapa en la que se involucran cambios fisiológicos y psicológicos e interpersonales, en la que las relaciones familiares comparten una demanda de relaciones sociales "extra familiares" y donde los grupos de amigos compiten y ganan intereses al grupo familiar. En este nuevo sistema de relaciones se presenta un reacomodo del adolescente consigo mismo y con los demás en los que ensayan y experimentan nuevas respuestas de enfrentamiento.

Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina su vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias

asociadas al desarrollo del pensamiento hipotético-deductivo, tienden a generar un Yo ideal muy alto, en el que muchos jóvenes sienten que no pueden alcanzar. Este "Yo" ideal puede constituirse en una fuente potencial de amenazas a la autoestima (Haeussler y Milicic, 1995).

La autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida como: la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescentes, entre otros (Montt y Ulloa 1996).

El desarrollo de una autoestima alta, propicia el desarrollo de una personalidad sana, en la que el individuo se siente satisfecho consigo mismo y con sus relaciones personales. Así la persona que se autoestima, tiene confianza en su propia competencia para tomar decisiones, aprecia su propio valor y está dispuesta a respetar el valor de los demás, se acepta totalmente a sí misma como persona, como ser humano, es decir goza por sus habilidades y capacidades, pero también reconoce sus propias limitaciones y debilidades (Satir, 1988).

Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), mencionan que una persona con autoestima alta, vive comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor, siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia. Al apreciar debidamente su propio valor esta dispuesto a valorar a los demás, también reconoce las propias limitaciones y debilidades.

Por el contrario, cuando una persona piensa que vale poco espera ser engañado, pisoteado, despreciado por los demás y curiosamente al anticipar lo peor generalmente le acontece para defenderse, ponen un muro de desconfianza, vive aislado y solo, pero también le es fácil pisotear y despreciar a los demás (González, 1994).

Al respecto Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), señalan que las personas que no se valoran, se sienten desesperadas ante los problemas de la vida y creen que no los pueden solucionar. Las personas con baja autoestima,

piensan que no valen nada o muy poco, esperan ser menospreciados por los demás. Como defensa se escudan en la desconfianza y el aislamiento acompañados del temor. El temor limita y evita que las personas tomen decisiones por sí mismas, lo cual da origen a sentimientos de inseguridad e inferioridad, lo que los lleva a sentir envidia y celos de lo que otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparentemente abnegación, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad, rencor, sembrando así sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias y grupos sociales.

Cuando una persona de baja autoestima sufre derrotas se siente desesperada y se pregunta: ¿Cómo puede alguien tan inútil enfrentar dificultades así?. Por lo que en ocasiones no sorprende que una persona recurra al consumo de drogas Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988). En este sentido la baja autoestima está relacionada con la persona adicta y con el familiar (codependiente), donde el adicto necesita al otro para que le llame la atención, de confrontarlo, de convencerlo de que deje de consumir, sintiéndose en ese momento con más responsabilidad. Cuando el adicto con baja autoestima se ha sentido devaluado, tenderá a devaluar a su pareja con ironías con desaprobaciones con críticas, juzgándolo y desaprobando todo lo que la otra persona hace, haciéndolo sentir mal (Guzmán, 1995).

La autoestima es, sin duda, uno de los elementos que habitualmente han estado relacionados con la adicción, de hecho, parece que ser farmacodependiente y tener una baja autoestima son dos cuestiones que desde siempre han estado íntimamente unidas (Samuels y Samuels, 1974, en: Apodaca, 1996).

Así mismo se ha encontrado que el consumo de sustancias está ligado con la autoestima. El farmacodependiente, logra la alteración del estado de ánimo por medio del consumo de drogas, este no sólo significa un logro temporal de la disminución del dolor psíquico, sino también una reunión simbólica con el objeto de amor, de cuidado de "la buena madre", un sentimiento marcadamente

ausente en el vacío de su vida cotidiana (Reilly, 1975 en: López, López, y López 1994).

Setterlud y Niedenthal (1993), plantean que los individuos con baja autoestima tienden a tener una identidad "confusa, plástica e inestable". Esto implica que los adolescentes con baja autoestima tendrán dificultades para definir su identidad social y personal.

Para González, (1994). La baja autoestima da lugar a sentimientos de inferioridad que llevan a las personas a presentar las siguientes características:

- a) Hipersensibilidad a la crítica: La persona cree que la crítica pone de manifiesto su inferioridad.
- b) Sobrealardeada : cree que actuando así, elimina su sentimiento de inferioridad.
- c) Hipercrítico, critica lo que hacen los demás para que estos se ocupen de defenderse y no vean en lo que él falla.
- d) Temor a la competencia: piensa que no van a ganar y mejor se rehusan a competir.
- e) Sentimiento de persecución: cree que los demás hacen cosas para molestarlo o impedirle el éxito.
- f) Se oculta: prefiere un sitio donde no sea tomado en cuenta.
- g) Autorecrime: emplea este recurso para liberarse del esfuerzo y hacer que los demás no lo exijan.

Los individuos con baja autoestima tienen reacciones negativas más intensas frente al fracaso. Esto los lleva a pensar en forma negativa sobre otros aspectos de sí mismo, produciendo una generalización.

Otro aspecto que también se relaciona con el farmacodependiente son las conductas no asertivas, tema del cual se describirá después del siguiente cuadro.

Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), demuestran el siguiente cuadro sobre algunos puntos respecto a la autoestima alta y baja, que sirven como base para reconocer e identificar la propia autoestima, así como la de los demás, con finalidad de hacer consciente sobre los propios sentimientos y modificarlos a fin de obtener autoestima alta, que a su vez permitirá tener autoconfianza para la toma de decisiones.

Autoestima	
Alta	Baja
Usa su intuición y percepción	Usa sus prejuicios
Es libre y nadie lo amenaza, ni amenaza a los demás	Se siente acorralado, amenazado, se defiende constantemente y amenaza a los demás
Dirige su vida hacia donde cree conveniente, desarrollando habilidades que hagan posible esto	Dirige su vida hacia donde otros quieren que vaya, sintiéndose frustrado, enojado y agresivo
Es consciente de su constante cambio, adapta y acepta nuevos valores y rectifica caminos	Inconsciente del cambio, es rígido en sus valores y se empeña en permanecer estático
Aprende y se actualiza para satisfacer las necesidades del presente	Se estanca, no acepta la evolución, no ve necesidades, no aprende
Acepta su sexo y todo lo relacionado con él	No acepta su sexo, ni lo relacionado con él
Se relaciona con el sexo opuesto en forma sincera y duradera	Tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto. Si lo hace es en forma posesiva, destructiva, superficial y efímera
Ejecuta su trabajo con satisfacción, lo hace bien y aprende a mejorar	Ejecuta su trabajo con satisfacción, no lo hace ni aprende a mejorar
Se gusta a sí mismo y gusta de los demás	Se disgusta a sí mismo y le desagradan los demás
Se aprecia y se respeta y así a los demás	Se desprecia y humilla a los demás
Tiene confianza en sí mismo y en los demás	Desconfía de sí mismo y de los demás
Se percibe como único y percibe a los demás como únicos y diferentes	Se percibe como copia de los demás y no acepta que los otros sean diferentes
Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y permite que lo hagan los demás	No conoce sus sentimientos, los reprime o deforma; no acepta la expresión de sentimientos de los demás
Toma sus propias decisiones y goza con el éxito	No toma decisiones, acepta las de los demás, culpándolos si algo sale mal
Acepta que comete errores y aprenden de ellos	No acepta que comete errores, o se culpa y no aprende de ellos
Conoce sus derechos, obligaciones y necesidades, los defiende y desarrolla	No conoce sus derechos, obligaciones ni necesidades, por lo tanto no los defiende ni desarrolla
Asume sus responsabilidades y ello lo hace crecer y sentirse pleno	Diluye sus responsabilidades, no enfrenta su crecimiento y vive una vida mediocre
Tiene la capacidad de autoevaluarse y no tiende a emitir juicios de otros	No, se autoevalúa, necesita de la aprobación de otros, se la pasa emitiendo juicios de otros

ASERTIVIDAD

La asertividad es otro factor de riesgo en el área individual, que se vincula a las características del fármacodependiente. Para entender mejor este tema a continuación se describirán algunos conceptos.

El concepto de asertividad tiene su origen con Salter (1948), fue quien exaltó las virtudes de la conducta de tipo asertivo, aún sin denominarla de esa forma. Salter mencionó seis ejercicios excitatorios para aumentar la expresividad de los individuos: 1) externar literamente cualquier sentimiento, 2) emplear expresiones verbales y faciales que acompañan a diferentes emociones, 3) expresar una opinión contraria o desacuerdo, 4) emplear deliberadamente la primera persona al hablar, 5) la expresión y la aceptación del elogio y 6) improvisar y actuar espontáneamente. Posteriormente fue definido el concepto de asertividad por Lazarus, entre otros que mencionaremos enseguida.

Para Lazarus (1966), es toda expresión socialmente aceptable de derechos y sentimientos personales, lo cual incluye rechazos, reclamos, expresiones de premio y afecto así como exclamaciones de sentimientos personales tales como satisfacción, disfrute y cólera.

La asertividad, es la expresión congruente de nuestros pensamientos, deseos, necesidades, sentimientos y derechos que respetamos y deseamos que los demás respeten y no estamos, por lo tanto, dispuestos a permitir que no sean tomados en cuenta o violados. Implica un respeto por los deseos, pensamientos y necesidades de los demás, así como una comunicación fluida con el otro a quien tengo en cuenta a partir de que me tengo en cuenta a mí mismo (Grela, 1991).

Rim y Master (1981), mencionan que es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos.

Gordon (1977), señala que la conducta asertiva, tiene como objetivo fundamental proponer la comunicación y la reciprocidad, ofreciendo la posibilidad de defender los derechos propios tras la expresión de nuestros pensamientos (de forma directa), sentimientos (de forma sincera) y creencias (de forma apropiada y oportuno), sin violentar los derechos de los demás. A veces, sin embargo la conducta asertiva puede no tener el efecto deseado y, por lo contrario, las personas de nuestro alrededor respondan defensivamente.

La asertividad al igual que la autoestima se van adquiriendo a partir de las interrelaciones con los otros. Retomaremos el concepto de asertividad desde la explicación del aprendizaje de la conducta social, donde el factor más crítico parece ser el modelado, donde los niños observan a sus padres interactuando con ellos así como con otras personas y aprenden su estilo. Tanto las conductas verbales (p.e. temas de conversación, hacer preguntas, dar información) como las no verbales (p.e. tono de voz, expresiones faciales, contacto ocular) pueden aprenderse de esa manera. La enseñanza directa a través de instrucciones (p.e. "lávate las manos antes de ir a comer", "di lo siento", "saluda"), es otro vehículo importante para el aprendizaje. Las respuestas sociales pueden ser reforzadas o castigadas, lo que hace que aumenten, se modifiquen, disminuyan o desaparezcan. Como es natural estos factores se encuentran insertados en un contexto socio cultural que determina lo adecuado o inadecuado de la conducta social. Las habilidades para interactuar socialmente pueden deteriorarse por falta de uso, después de largos periodos de aislamiento y también dependen de las oportunidades de la interacción de cada individuo. La actuación social puede ser también inhibida u obstaculizada por alteraciones cognitivas y afectivas, como la ansiedad y la depresión (Caballo, 1991: en Guerra, 1996). El entender como se adquiere la asertividad permite tener parámetros para el mejoramiento de esta.

Rim y Master (1981), señalan que la asertividad cuando es incrementada beneficia al "cliente" en dos formas significativas; en primer lugar se considera que comportarse de manera más asertiva tendrá un sentimiento de bienestar,

en segundo lugar, será capaz de lograr recompensas sociales (así como materiales) significativas, obteniendo así mayor satisfacción en la vida.

Para evitar el manejo de relaciones interpersonales tan difíciles y destructivas, es preciso recurrir a conductas de asertividad, las cuales son desconocidas por el farmacodependiente (Grela 1991).

Grela (1991), enlista las características de un individuo asertivo:

- Define sus propios derechos, teniendo en cuenta intereses propios y ajenos.
- Identifica y exterioriza sus pensamientos y sentimientos de modo directo, sincero y oportuno.
- Pretende mejorar la comunicación y enriquecer sus relaciones interpersonales, a través del principio de reciprocidad en el respeto de las necesidades, del diálogo honesto y la mutua empatía.
- Inspira respeto y confianza en sus interlocutores, quienes se sienten escuchados y entendidos.
- Tiene y demuestra plena autoaceptación de sus errores, así como de sus aciertos.
- Se enfrenta con los problemas abiertamente y con justicia desde una perspectiva responsable.
- Elige por propia voluntad.
- Está dispuesto a tomar el mando pero también a cederlo, según lo determinen los acontecimientos.
- Busca siempre negociar y no ganar en caso de conflicto.
- Busca la realización del propio potencial sin explotarlo o inhibir a otros.

- El incremento de su autoestima no gira entorno del reconocimiento externo, sino que el concepto de sí mismo descansa más en sus propias realizaciones y del logro de sus metas.
- Posee una sensación de bienestar, tranquilidad y paz que abarcan todos los ámbitos de su vida cotidiana.

Considerando que existen numerosas situaciones de conducta no asertiva en el paciente quien se inhibe ante un miedo o temor neurótico, es necesario identificarlas, para que el manejo terapéutico sea abordado, a la vida real del paciente tomando en cuenta los siguientes dos puntos básicos:

- 1) Entrenamiento en aserción.
- 2) Entrenamiento en habilidades humanas específicas tales como relaciones familiares, relaciones sociales, laborales, interpersonales, etc.

Por otro lado sí el sujeto está inhibido de decir o hacer acciones, puede ser incapaz de quejarse de un mal servicio, de un lugar específico, por que tiene miedo de lastimar, puede sentirse incapaz de expresar diferencias de opinión con sus amigos, por que tiene miedo de no caerles bien; del mismo modo, puede sentirse incapaz de levantarse y abandonar una situación social que se ha vuelto aburrida por que teme parecer ingrato, también es incapaz de exigir el pago de un préstamo o de administrar una reprimenda legítima a un subordinado por que teme que se desvirtúe su imagen de "gente honorable" e imposibilitada de expresar afecto, admiración o alabarla por que encuentra esas expresiones embarazosas, le importa mucho el "que dirán" (Salter, 1982).

Por lo que las personas no asertivas tienen problemas en el ámbito personal y de socialización, tal es el caso de las personas adictas quienes suelen estar en situaciones no asertivas, involucrando a otra persona que en ocasiones es un familiar (sea hermano, padre/madre o pareja) en este sentido el codependiente y el adicto tienen dos funciones, la primera es pasiva, mientras que la segunda es agresiva. El familiar (codependiente) tiene una actitud pasiva, refiere evitar fricciones a toda costa, aunque reprima sus sentimientos, agregando que no

puede expresar su enojo. Por otro lado el adicto que tiene una actitud agresiva, él tiene como meta ganar a toda costa, usando expresiones excesivas, humillación, degradación o desprecio hacia el otro, quien progresivamente se debilita quien a final de cuentas se coloca a su disposición (Grela, 1991).

A partir de las conductas no asertivas se han planteado diferentes puntos de vista sobre el manejo terapéutico.

Para Smith (1974), la terapia asertiva tiene como objetivo que el sujeto pierda miedo y desinhiba su acción para que los efectos de su conducta tengan valor de reafirmación de su autoestima y de sus capacidades. También sería un modo de ganar control, amortiguando los efectos perturbadores de la amenaza que de hecho puede consistir en el simple temor de no "atreverse" a afrontar una situación objetiva, controlable para el sujeto.

Kelly (1982), propuso la terapia de rol fijo que consiste en una mezcla de recursos de la psicología cognitiva y conductual. En esta terapia se instruye al paciente para que represente el rol de una persona libre de ansiedad y la inadecuación que él sufre, adoptando en forma ficticia la manera de percibir el mundo de ese sujeto imaginario; esto se hace continuo de manera sistemática, hasta que el paciente ya no sienta que esta "ACTUANDO".

Finalmente la asertividad implica que existen derechos como la responsabilidad de poder controlar y dirigir la propia vida, de acuerdo a las necesidades personales e internas, sin embargo la educación que se recibe, por lo general es en el sentido de siempre estar al servicio del otro, de lo que quieren los demás y no de lo que realmente se desea, y por eso la persona no puede decir no, por lo que se pasa toda una vida tratando de dar gusto a los otros sin tenerse en cuenta así mismo, lo cual origina muchos problemas, el más grave es sentirse víctima de la situación explotada.

A manera de resumen las drogas han existido desde hace muchos años, sin embargo en la actualidad es un problema de salud pública. Por lo que se han

realizado investigaciones sobre su etiología para entender y atender el problema de la farmacodependencia.

Dichos estudios refieren que las causas de inicio en el consumo de drogas son multifactoriales. Donde los factores familiares, escolares, individuales y los de la comunidad entre otros, pueden favorecer a que un adolescente se inicie en el consumo. Sin embargo son pocos los programas de prevención que se realizan con adolescentes, algunos de ellos son programas estructurados con actividades planeadas antes de conocer a la población, sin la realización de un diagnóstico que permita conocer que es lo que la comunidad requiere, así como la evaluación del impacto del programa que se implementó.

Siendo entonces nuestro objetivo identificar el grado de participación de las variables de autoestima y asertividad ante el consumo de drogas en adolescentes que viven en una comunidad marginada. Consideramos la autoestima y la asertividad como factores de riesgo, ya que son indicadores de causas de inicio en el consumo de drogas (Grela, 1991; Medina, 1992; Ortíz, 1991; Villatoro, et. al. 1991).

De este proceso diagnóstico se describirá en el siguiente apartado.

METODOLOGÍA

Existen estudios para entender el problema de la farmacodependencia, pero son pocos los programas de prevención que se llevan a cabo, algunos de éstos se basan en pláticas informativas sin saber cuáles son los resultados, en otros de los casos se realizan actividades programadas previamente sin la realización de un diagnóstico.

Como antecedente, la necesidad de realizar esta investigación surge a partir de la experiencia que tuve en el Centro Contra las Adicciones (CENCA), Institución de Asistencia Privada (IAP).

El CENCA es una clínica de asistencia a farmacodependientes y a sus familiares con dos programas de atención: tratamiento y prevención. En el área de prevención se trabaja en escuelas, grupos organizados, unidades habitacionales y en empresas dando pláticas informativas, sin realizar un diagnóstico que permita conocer el impacto o el cambio que pudiera darse.

La población de estudio surge a partir de que los padres de familia de una comunidad marginada solicitan al CENCA, se les apoye con pláticas informativas sobre el consumo de drogas y de los daños que estos ocasionan.

Ante esta situación se desprende el siguiente objetivo y los problemas de investigación.

OBJETIVO :

Identificar el grado de participación que tienen las variables individuales de autoestima y asertividad ante el riesgo del consumo de drogas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los adolescentes con alta autoestima y asertivos se ubican en bajo riesgo ante el consumo de drogas?.

Problemas específicos:

1. ¿Los adolescentes con alta autoestima, se encuentran en bajo riesgo ante el consumo de drogas?
2. ¿Los adolescentes con baja autoestima, se encuentran en alto riesgo ante el consumo de drogas?.
3. ¿Los adolescentes asertivos, se encuentran en bajo riesgo ante el consumo de drogas?.
4. ¿Los adolescentes no asertivos, se encuentran en alto riesgo ante el consumo de drogas?.

VARIABLES

Independientes

Autoestima y Asertividad.

Asertividad

Conceptual

La asertividad, es la expresión congruente de pensamientos, deseos, necesidades, sentimientos y derechos que respetamos y deseamos que los demás respeten. Implica un respeto por los deseos, pensamientos y necesidades de los demás, así como una comunicación fluida con el otro a quien tengo en cuenta a partir de que me tengo en cuenta a mí mismo (Grela, 1991).

Operacional

Respuesta de los sujetos al inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

Autoestima

Conceptual

La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo, siendo la autovaloración que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso (Satir, 1988).

Operacional

Respuesta de los sujetos a la escala de Autoestima de Rosenberg.

Dependiente

Riesgo ante el consumo de drogas.

Riesgo

Conceptual

Alto riesgo:

Se considera "alto riesgo" a los que presentan vulnerabilidad ante el consumo de drogas (Castro, 1992).

Bajo riesgo:

Poca disponibilidad de la droga (Castro, 1992).

Operacional

Respuestas de los sujetos a la Escala de Actitud ante los mensajes protectores del Chimalli.

HIPÓTESIS GENERAL:

Los adolescentes que tiene una alta autoestima y tienen conductas asertivas se ubican en bajo riesgo ante el consumo de drogas

Hipótesis específicas.

- Los adolescentes con alta autoestima, se encuentran en bajo riesgo ante el consumo de drogas.
- Los adolescentes con baja autoestima, se encuentran en alto riesgo ante el consumo de drogas.
- Los adolescentes asertivos, se encuentran en bajo riesgo ante el consumo de drogas.
- Los adolescentes no asertivos, se encuentran en alto riesgo ante el consumo de drogas.

METODO

DISEÑO

Ex post facto (Tamayo y Tamayo 1995).

Sujetos

Se trabajó con 58 adolescentes, 29 mujeres y 29 hombres, de edades entre los 12 y 16 años, (población total de la Secundaria "Nueva Creación" ubicada en la Col. Nueva San Isidro, municipio de Chimalhuacán Estado de México), de nivel socioeconómico bajo. Las características de la comunidad son de zona marginada ya que no cuentan con los servicios básicos.

Muestra

Es no probabilística por conveniencia.

Control de variables:

Edad: de 12 a 16 años

Nivel escolar: cursando la Secundaria

No consumo anterior de drogas

Procedimiento

Procedimiento General

1. La muestra se obtuvo por el CENCA, a solicitud de los padres de familia.
2. Se tomó una muestra de 58 estudiantes de la Secundaria "Nueva creación", que cumplió con las siguientes características:
 - a) Pertenecía a una de las escuelas del Municipio de Chimalhuacán, subsidiada por el Estado de México.
 - b) La población de la Secundaria pertenece a un nivel socioeconómico bajo, considerando que el ingreso económico es del salario mínimo (de dos a tres salarios). Las características de la población son de zona marginada.
3. Como antecedente se trabajó con los adolescentes con los objetivos del CENCA, durante 6 meses. Uno de los objetivos que persigue el CENCA, es la realización de actividades que los adolescentes propongan mediante un grupo focal, aunado a pláticas informativas. Por medio del grupo focal que se realizó con los adolescentes, propusieron la realización de un torneo de fútbol durante tres meses. Al término de las actividades programadas por el Centro y ya establecido el rapport con la población se aplicaron los siguientes instrumentos.
4. Se aplicaron 3 instrumentos:

Para la realización de estos instrumentos se les pidió a los sujetos su autorización para su aplicación, así como la posibilidad de no hacerlo o bien de omitir sólo su nombre sin que esto repercutiera en sus actividades escolares, otra de las indicaciones fue que no se preocuparan por el tiempo (sólo un adolescente no quiso participar).

Para la aplicación de los instrumentos, las autoridades nos programaron día y hora para cada grupo, a estos les aplicamos los tres instrumentos en una sola ocasión con un tiempo aproximado de 60 minutos.

Los instrumentos se mencionan a continuación.

- I. Escala de Autoestima de Rosenberg (1967), como antecedente se aplicó a población mexicana de entre 13 y 15 años de edad (González, 1993).
 - II. Escala de Asertividad de Gambrell y Richey (1975).
 - III. Escala de actitud ante los mensajes protectores del Chimalli, forma parte del programa "Construye tu vida sin adicciones", en el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), (Castro 1992; 1997).
5. Se calificaron los instrumentos, de autoestima y asertividad los cuales arrojan resultados individuales, posteriormente la Escala de Actitud ante los mensajes protectores del Chimalli, que permite conocer el grado de riesgo de forma grupal.

Posteriormente se agruparon de acuerdo a los resultados obtenidos de las escalas de Autoestima y Asertividad, quedando de la siguiente manera:

- Autoestima: Alta autoestima (39 sujetos), Baja Autoestima (13 sujetos), Ni alta Ni baja Autoestima (6 sujetos).
 - Asertividad: Asertivos (15 sujetos), No asertivos (5 sujetos), Actores Ansiosos (36) e Indiferentes (2).
6. De acuerdo a los resultados obtenidos por los instrumentos de asertividad y autoestima se les aplicó a cada grupo de éstos la escala de Actitud ante los mensajes protectores del Chimalli, para identificar el grado de riesgo y de tal manera aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

CARACTERÍSTICAS Y CALIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS

A continuación se describen las características de los instrumentos aplicados a los sujetos.

Autoestima Rosenberg (1965)

La escala de Rosenberg para adolescentes, esta compuesta por 10 reactivos con opciones de respuesta de tipo Likert, 1=totalmente de acuerdo a 4=totalmente en desacuerdo, donde a mayor puntaje significa mayor nivel de autoestima. Esta escala tiene como antecedente su aplicabilidad en población mexicana de entre los 13 y los 15 años de edad, en el que encontraron que el instrumento tiene una consistencia interna global de .75 (González, Rodríguez, 1993). Previo a los análisis multivariados en la muestra del trabajo, también se analizó su consistencia interna y validez de constructo. Los diez reactivos originales de la escala se sometieron al análisis factorial (rotación varimax), el cual, arrojó dos factores con valores Eigen iguales o superiores a 1.0, que explicaron el 43.6% de la varianza total de escala. En el factor 1 (28.0% de la varianza total) se agruparon los cinco reactivos enunciados en forma positiva AESTPOS y en el factor 2 (15.6% de la varianza total), los 5 reactivos enunciados originalmente en forma negativa, por lo que recodificaron para que a mayor puntaje en la sumatoria de la escala, mayor nivel de autoestima, de modo que este factor fue denominado conceptualmente como falta de autoestima positiva. La consistencia interna de la escala global fue de .68 y de cada dimensión fue de .70 y .59, respectivamente (González, Andrade, Jiménez, 1997).

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)

El inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975), es aplicable a población en general con reactivos que presentan situaciones de interacción

con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas, se engloban en 8 categorías:

- Rechazar peticiones
- Admitir limitaciones personales
- Iniciar contactos sociales
- Expresar sentimientos positivos
- Afrontar la crítica de los demás
- Discrepar de sus opiniones
- Realizar conductas asertivas en lugares públicos
- Expresar sentimientos negativos

Los 40 reactivos son contestados en dos ocasiones de manera independiente, para ello se tapa la columna izquierda (GI), mientras se contesta la columna derecha (PR) y viceversa, para que una respuesta no contamine a la otra y la evaluación sea la adecuada (ver anexo nº 7):

1. Grado de Incomodidad (GI), evalúa el malestar subjetivo que la persona experimentaría en las situaciones descritas según puntuación que va de 1 a 5 (1=nada; 5= demasiado).
2. Probabilidad de respuesta (PR), evalúa la probabilidad de que la persona lleve a cabo la conducta descrita, referida en una escala de 1 a 5 (1=siempre, 5= nunca).

Finalmente se le pide a la persona que señale aquellas situaciones en las que le gustaría ser más asertivo o comportarse de manera distinta a como lo hace normalmente.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en ambos indicadores (GI; PR), según las autoras configuran en cuatro grupos posibles:

1. "Asertivos", personas con GI bajo y PR alta, que serían las propiamente asertivas, no experimentan incomodidad y actúan asertivamente.
2. "No asertivos", personas con GI alto y PR baja; es decir personas que manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas, sin actuar asertivamente.

3. "Actores ansiosos", personas con GI alto y PR alta. Serían personas que despliegan conductas asertivas pero experimentan altos niveles de ansiedad.
4. "Indiferentes", personas con GI bajo y PR baja. No actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad.

El análisis factorial del indicador de GI determinó la presencia de once factores:

1. Iniciar interacciones (reactivos 9,15,17, y 18).
2. Confrontación (r. 26,32,35,36,38,y 39).
3. Dar retroalimentación negativa (r. 7,8,27,28 y 29).
4. Responder a las críticas (r. 5, 12, 14, y 24).
5. Rechazar peticiones (r. 1, 3, 6, y 11)
6. Manejar situaciones de servicio (r. 4, 23, 25)
7. Resistir la presión de otras personas (r. 31 y 34).
8. Involucrarse en conversaciones agradables (r. 30 y 37).
9. Halagar a otros (r. 2 y 16).
10. Admitir deficiencias personales (r. 10 y 19).
11. Manejar una situación molesta (r. 13 y 40).

Escala de actitud ante los mensajes protectores del CHIMALLI

Es un instrumento que permite diagnosticar el grado de riesgo al que esta expuesto el grupo de adolescentes con el que se trabaja. El instrumento se denomina: "Escala de Actitud ante los mensajes protectores del Chimalli" (Chimalli es una palabra náhuatl que significa escudo o protección).

Las respuestas a que los jóvenes dan al instrumento permite conocer el grado de riesgo (alto, bajo) en el que se encuentran, así como las áreas en donde éstos se localizan (estado general de salud, manejo de la sexualidad, uso y abuso de drogas, conductas compulsivas, eventos negativos de la vida y actos antisociales), con un total de 42 preguntas (Castro, 1992).

La hoja de calificación contiene 9 columnas: *La primera* se refiere al número de pregunta del cuestionario a calificar, *la segunda* señala a que área corresponde cada pregunta de la escala, *la tercera* indica cuál es la letra que corresponde a

la alternativa correcta, esta opción tendrá el valor de "1" pues califica el factor de protección, si el adolescente marca otra alternativa se anotará "0", que califica el factor de riesgo, *la cuarta* corresponde al número de cuestionarios.

Calificación:

1. En la 4ª columna se anota la respuesta de acuerdo a la alternativa correcta de la 3ª columna, si la respuesta es igual a la alternativa se calificará 1 y si es diferente será 0.
2. Se suma el puntaje por respuesta (anotándolo en la 6ª columna).
3. Se suma el puntaje total por área (anotarla en la 7ª columna).
4. Se divide el puntaje entre el total de sujetos y anotar en la 8ª columna el nivel de protección grupal.
5. La cifra obtenida en el nivel de protección grupal por cada área (columna 8), multiplicar por 100 y dividir entre el número total de reactivos de cada área, el porcentaje obtenido anotarlo en la 9ª columna de diagnóstico de protección grupal. De tal manera que las áreas con menor puntaje serán calificadas como "alto riesgo", mientras que en las áreas de mayor puntaje serán calificadas en "bajo riesgo".

Como antecedente de esta escala se diseño en 1989, durante los diez últimos años, el modelo Chimalli ha sido evaluado y modificado hasta su versión actual. Esta escala se aplicó en 7 ciudades en por lo menos un plantel siendo en la Ciudad de México, Zacatecas, Guadalajara, Aguascalientes, San Luis Potosí, Queretaro y León Castro (1999).

Por último en el siguiente apartado se describen los resultados obtenidos a partir de estos instrumentos.

RESULTADOS

El área de autoestima tiene como finalidad valorar la confianza en sí mismos, creando su propia escala de valores.

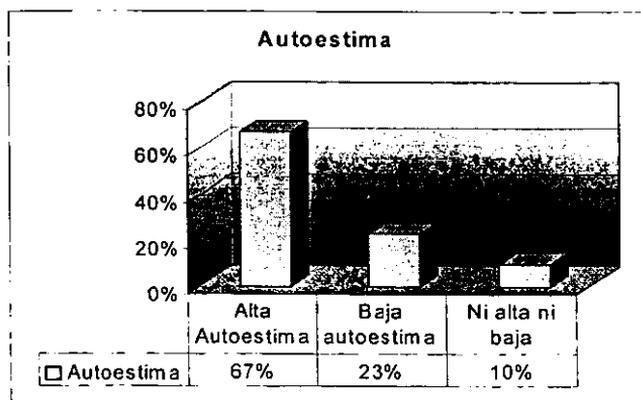
Para realizar el diagnóstico de riesgo respecto al área de autoestima, primero se agruparon a los sujetos de acuerdo a los resultados que se obtuvieron en el instrumento, como se muestra en la tabla (1).

Tabla nº 1

AUTOESTIMA	SUJETOS (f)
Autoestima	39
Baja Autoestima	13
Ni baja Ni alta Autoestima	6
Total	58

La siguiente gráfica (1), muestra en porcentajes (aproximados) los resultados de la escala de autoestima, quedando de la siguiente manera: el 67% de los jóvenes tiene alta autoestima, el 23% de los jóvenes tienen una baja autoestima, el 10% de los jóvenes tiene una autoestima ni alta ni baja.

Gráfica 1



Resultados en porcentajes aproximados de los adolescentes con relación a su autoestima

De acuerdo a estos resultados a los adolescentes les gustaría tener más respeto por sí mismo, además sienten que son personas de confianza y que realmente toman una actitud positiva para sí mismos.

Para conocer el grado de riesgo respecto al área de asertividad, primero se agruparon a los sujetos de acuerdo a los resultados obtenidos de ésta área como se presenta en la siguiente tabla (2).

Tabla nº 2

CONDUCTAS ASERTIVAS	SUJETOS (f)
Asertividad	15
No Asertivo	5
Actores Ansiosos	36
Indiferentes	2
Total	58

Los resultados obtenidos del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, de acuerdo a las combinaciones de los indicadores de Grado de Incomodidad y Probabilidad de respuesta, quedaron de la siguiente forma:

El 26% de los jóvenes son *asertivos* con Grado de incomodidad bajo y Probabilidad de respuesta alta, tiene conductas asertivas sin experimentar incomodidad.

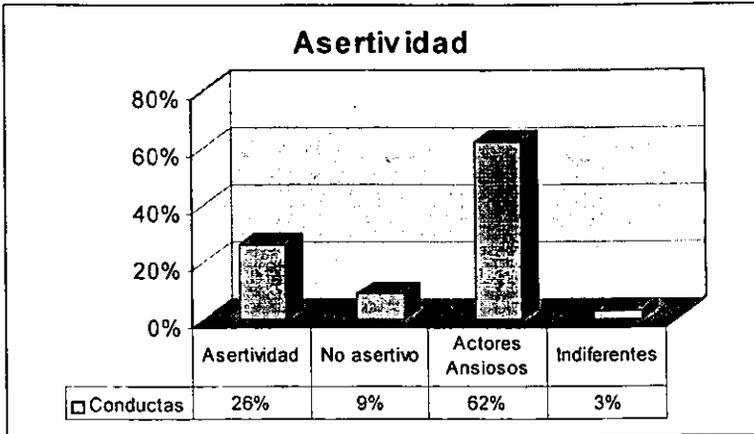
El 9% de los jóvenes tienen conductas *no asertivas* con Grado de incomodidad alto y Probabilidad de respuesta baja, experimentan altos niveles de ansiedad en situaciones que se requieren conductas asertivas, sin actuar asertivamente.

El 62% son *actores ansiosos* con Grado de incomodidad alto y Probabilidad de respuesta bajo, despliegan conductas asertivas, pero que experimentan altos niveles de ansiedad.

El 3% son *indiferentes* con Grado de incomodidad bajo y Probabilidad de respuesta bajo, éstos no tienen conductas asertivas, pero tampoco experimentan ansiedad.

La siguiente gráfica (2), muestra estos resultados obtenidos en porcentajes (aproximados) respecto a la área de asertividad.

Gráfica 2



Resultados en porcentajes aproximados del área de asertividad

Se les pidió a los sujetos que seleccionaran situaciones del instrumento en las que les gustaría ser asertivos o comportarse de manera distinta a como lo hacen normalmente.

Los hombres seleccionaron: pedirle un favor a alguien, admitir que se tiene miedo, pedir tolerancia, expresar una opinión diferente de lo que se esta hablando, resistir la presión de los amigos o familiares para beber, aceptar una cita, solicitar empleo y preguntar cuando se tiene alguna duda.

Mientras que los ítems más señalados por las mujeres en las que les gustaría tener conductas asertivas, estuvieron relacionados con disculparse cuando se tiene un error, pedir una cita, decirle a una persona que ha hecho algo injusto para ella, elogiar a un amigo, así como preguntar cuando se tiene alguna duda.

Tanto a mujeres como a hombres les gustaría ser asertivos en aceptar una cita, así como preguntar cuando se tiene alguna duda. Por otro lado a los hombres les gustaría rechazar la invitación de un amigo a beber y/o utilizar alguna droga. Considerando esta como un factor de riesgo para el inicio en el consumo de drogas, donde si bien la presión del grupo de pares influye para la iniciación del consumo.

Diagnóstico de riesgo

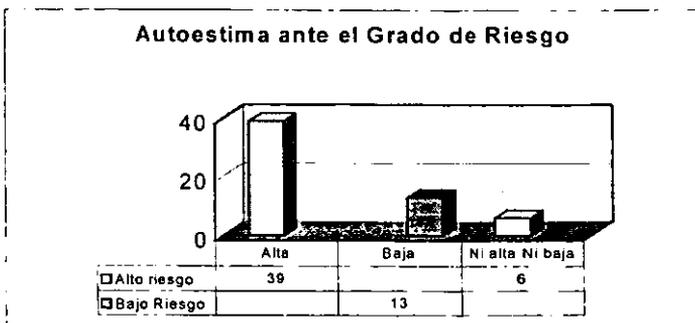
Para conocer el diagnóstico de riesgo, respecto al área de autoestima, se aplicó la Escala de Actitud ante los mensajes protectores del Chimalli a cada grupo (ver tabla nº 3), los cuales quedaron de la siguiente forma: los adolescentes con alta autoestima se ubicaron en alto riesgo, los de baja autoestima en bajo riesgo, continuando con los de ni alta ni baja autoestima ubicándolos en alto riesgo.

Tabla nº 3

Grado de riesgo respecto al área de Autoestima	
Autoestima	Riesgo
Alta autoestima	Alto riesgo
Baja Autoestima	Bajo riesgo
Ni alta Ni baja Autoestima	Alto riesgo

La siguiente gráfica (3), muestra el grado de riesgo ante el consumo de drogas respecto al área de autoestima.

Gráfica 3



Resultados de grado de riesgo respecto a la Autoestima

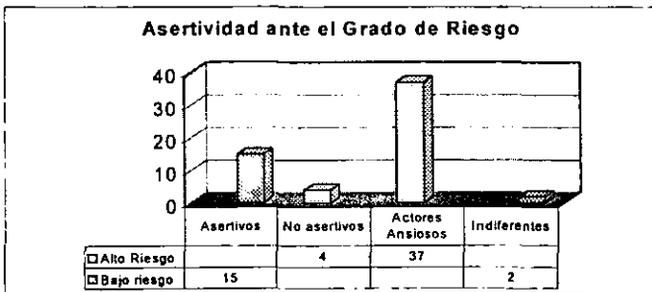
Respecto a área de asertividad para conocer el diagnóstico de riesgo, primero se agruparon de acuerdo a los resultados de este instrumento, posteriormente se les aplicó a cada una de éstos grupos la escala de actitud ante los mensajes protectores del Chimalli, obteniendo los siguientes resultados. Los que son *asertivos* están en bajo riesgo, los *no asertivos* en alto riesgo y los que experimentan altos niveles de ansiedad los *actores ansiosos* en alto riesgo, finalmente a los *indiferentes* en bajo riesgo, como se demuestra en la siguiente tabla (4).

Tabla nº 4

Grado de riesgo respecto al área de Asertividad	
Asertividad	Riesgo
Asertividad	Bajo riesgo
No asertivo	Alto riesgo
Actores Ansiosos	Alto riesgo
Indiferente	Bajo riesgo

La siguiente Gráfica (4), muestra el grado de riesgo ante el consumo de drogas, respecto a las conductas Asertivas. En donde los adolescentes que tienen conductas Asertivas se ubican en bajo riesgo ante el consumo de drogas, mientras que los adolescentes que no tienen conductas asertivas se ubican en alto riesgo, los que experimentan altos niveles de ansiedad ante situaciones asertivas los actores ansiosos en alto riesgo ante el consumo de drogas, y por último los adolescentes que se muestran indiferentes ante situaciones asertivas se ubican en bajo riesgo.

Gráfica 4



Situación de grado de riesgo respecto a conductas asertivas

Aun cuando el propósito de esta investigación es realizar un diagnóstico de riesgo respecto a las áreas de autoestima y asertividad realizamos una comparación entre hombres y mujeres.

La siguiente tabla (5) muestra la diferencia entre hombres y mujeres respecto a la área de autoestima. Los hombres en comparación con las mujeres, tienen un alto riesgo ante el consumo de drogas. El ser varón es un factor de riesgo ante el consumo de drogas, así como para su iniciación (Juárez, Medina, y Berenzon, 1997; Nazar, et. al. 1994; Ortiz, et. al. 1999).

Tabla nº 5

Autoestima	Riesgo	
	Mujeres	Hombres
Autoestima	Bajo riesgo	Alto riesgo
Baja autoestima	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Ni alta Ni baja Autoestima	Alto riesgo	Alto riesgo

En la siguiente tabla (6) respecto al área de asertividad, los hombres que tienen conductas asertivas están en alto riesgo en comparación con las mujeres, al respecto estudios refieren que el ser varón es un factor de riesgo, ellos consumen más que las mujeres (ENA 1996), por otro lado las mujeres que son actores ansiosos experimentan altos niveles de ansiedad ubicándolas en alto riesgo en comparación con los hombres.

Tabla nº 6

Asertividad	Riesgo	
	Mujeres	Hombres
Asertivos	Bajo riesgo	Alto riesgo
No asertivos	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Actores Ansiosos	Alto riesgo	Bajo riesgo
Indiferentes	--	Alto riesgo

Grado de riesgo en la población total

Finalmente aun cuando el propósito de la investigación es identificar el grado de participación que tienen las variables individuales de autoestima y asertividad ante el riesgo del consumo de drogas. Se realizó un diagnóstico de riesgo de la población total, con la escala de actitud ante los mensajes protectores del Chimalli, ésta escala explora 6 áreas: sexualidad, consumismo, drogas, eventos negativos, actos antisociales y salud que se describirán cada uno de ellos a continuación.

1. Resultados obtenidos del protocolo de calificación del instrumento (Chimalli).

Tabla 1.1 Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del Instrumento (Chimalli), correspondiente al área de SEXUALIDAD

Reactivo	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
6	54	253	4	73
7	45			
8	48			
24	49			
25	38			
26	19			

Tabla 1.2 Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del Instrumento (Chimalli), correspondiente al área de CONSUMISMO

Reactivo	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
9	57	341	5	84
10	39			
11	57			
27	51			
28	48			
29	58			
30	31			

Tabla 1.3 Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del Instrumento (Chimalli), correspondiente al área de DROGAS

Reactivo	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	29	330	6	81
2	55			
3	52			
4	47			
5	56			
22	47			
23	44			

Tabla 1.4 Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del Instrumento (Chimalli), correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS

Reactivo	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
17	54	539	9	84
18	47			
19	54			
20	49			
21	45			
37	53			
38	51			
39	55			
40	25			
41	50			
42	56			

Tabla 1.5 Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del Instrumento (Chimalli), correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES

Reactivo	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
12	44	247	4	85
13	53			
31	39			
32	56			
33	55			

Tabla 1.6 Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del Instrumento (Chimalli), correspondiente al área de SALUD

Reactivo	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
14	55	332	6	95
15	54			
16	56			
34	53			
35	56			
36	58			

De acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de actitud ante los mensajes protectores del Chimalli, el diagnóstico grupal quedo de la siguiente forma en: alto riesgo las áreas de la sexualidad, drogas y consumismo; respecto al bajo riesgo se encuentran los eventos negativos, actos antisociales y el área de salud. Estos resultados se describen a continuación.

ALTO RIESGO

Sexualidad 14%. Estos reactivos exploran la información que tiene los jóvenes respecto a su sexualidad, tanto como su conducta sexual e información de cómo prevenir enfermedades venéreas así como un embarazo.

Drogas 16%. Estos reactivos valoran a los jóvenes del uso adecuado o inadecuado del uso de sustancias tóxicas que se encuentran disponibles de manera lícita e ilícita en el medio en el que se desenvuelven, tal es el caso del alcohol, tabaco, medicamentos, inhalantes, marihuana, cocaína, etc.

Consumismo 17%. Estos reactivos exploran las conductas consumistas como el abuso de comida chatarra, actitudes compulsivas de juegos electrónicos, uso del dinero, así como el valor de la amistad, la reflexión de actitudes ante situaciones de enojo e injusticias por parte de los maestros y padres.

BAJO RIESGO

Eventos Negativos 17%. Estos reactivos permiten explorar los eventos de la vida diaria. Entre ellas se encuentran el divorcio de los padres, la reprobación escolar, depresión, cambio de amigos, cambio de casa, pérdidas de relaciones

significativas. Con relación a la fidelidad a alguno de los padres cuando estos se separan, los jóvenes consideran que se puede mantener una relación con ambos, este es un factor de protección, ya que la triangulación por parte de los padres es un indicador que influye para el inicio del consumo, por otro lado cuando existe un maltrato por parte de los padres u otra persona, los jóvenes consideran que lo mejor es comentarlo con alguien para evitar que esto ocurra en otra ocasión posterior, esto también es un factor de protección ya que valoran su cuerpo, En el ámbito escolar cuando existe una injusticia por parte de los maestros ellos consideran que lo mejor es comentarlo con alguien de confianza siendo este también un factor de protección el poder expresar cuando un adulto comete un error con ellos, aunque también existe Un 15% de los jóvenes que se mantendrían callados para evitar que se les sancione, En esta área, se encontró como de alto riesgo el inicio del consumo de alcohol en reuniones o fiestas, ya que consideran que el consumir les hará la reunión más agradable, considerando que los jóvenes que tienen un problema de farmacodependencia iniciaron su consumo en fiestas y reuniones escolares por la presión del grupo de pares y por sentirse aceptados por los amigos.

Actos Antisociales 17%. Estos reactivos exploran como perciben los adolescentes aspectos como: el robo, la venta de drogas, agresión a los compañeros, así como los robos menores. Los adolescentes consideran que el estar implicado en robos, agresiones verbales y físicas, así como la venta de drogas, la presión de los amigos no influye en ellos, lo cual implica que no buscan la aceptación del grupo de amigos, siendo entonces este un factor de protección. Aunque es necesario fortalecer el manejo de las emociones de enojo que se refleja en riñas.

Salud 19%. Estos reactivos se relacionan con el concepto que tienen sobre hábitos y estilos de vida, aspectos que promueven la salud, así como la utilización de servicios.

De acuerdo a las preguntas realizadas a los jóvenes se encontró un factor de protección importante, consideran que cuando se tiene un malestar físico se debe acudir a un especialista y cuando existe algún tipo de problema lo mejor es comentarlo con alguien, así como el reflexionar sobre lo ocurrido.

RESULTADOS POR CADA ÁREA

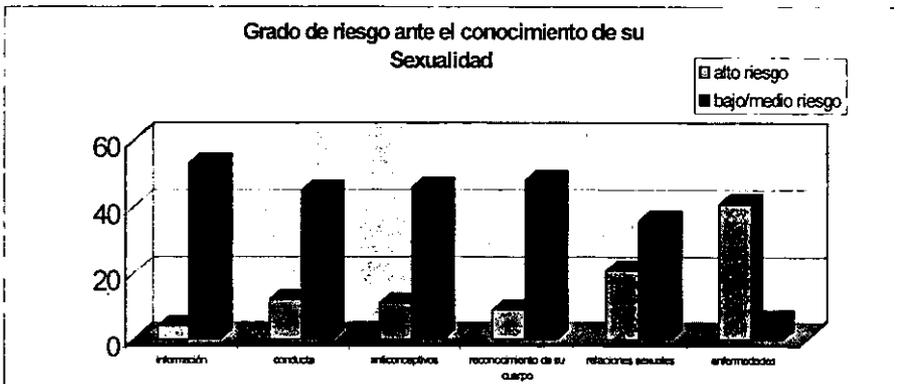
A continuación se describirán los resultados de cada área

Respecto al área de la **sexualidad**, es un aspecto sumamente importante para el adolescente, por la etapa en la que esta atravesando así como los cambios biopsicosociales y culturales.

Respecto a la importancia de tener información sobre su sexualidad. El 92% de los adolescentes consideran que deben tener información sobre su sexualidad, mientras que el 8% no lo considera así, a este porcentaje se le ubica en alto riesgo. Respecto al conocimiento de sus sensaciones el 22% esta en alto riesgo y el 78% en bajo riesgo. Contar con la información necesaria para evitar un embarazo el 17% esta en riesgo y el 83% en bajo riesgo. Tener el conocimiento de su cuerpo el 16% en alto riesgo y 84% en bajo riesgo. Respecto a su conducta sexual el 34% en alto riesgo y el 66% en bajo riesgo. Contar con la información para evitar enfermedades venéreas el 90% esta en alto riesgo y el 10% en bajo riesgo.

La siguiente gráfica (5), muestra el grado de riesgo en el que se encuentran los jóvenes, respecto al área de la sexualidad.

Gráfica 5



Respuestas de cada ítem en el área de la Sexualidad que los ubica en alto o bajo riesgo

En el área de **consumismo**, explora la relación de conductas compulsivas y hábitos alimenticios.

Respecto al hábito alimenticio el comer compulsivamente se relaciona con estado de ánimo el 42% está en alto riesgo y el 58% considera que el comer en exceso se relaciona con la ansiedad y que a la larga hace daño, ubicándolos en bajo riesgo. La amistad se valora sí su amigo tiene dinero el 2% esta en alto riesgo y el 98% considera que la amistad no se valora por el dinero que el otro tenga, sino por la relación misma ubicándolos en bajo riesgo. La importancia de realizar cualquier tipo de actividad física el 4% considera que no es importante, mientras que el 96% considera que es importante para su salud ubicándolos en bajo riesgo. Respecto a la ingesta de comida chatarra el 22% considera que no es relevante ubicándolos en alto riesgo, mientras que el 88% considera que es importante saber que se come para estar bien físicamente están en bajo riesgo. En el uso de tiempo libre cuando se tiene un problema la alternativa es tener siestas prolongadas o actividades pasivas que no permitan reflexionar sobre lo ocurrido, se encontró que el 18% esta en alto riesgo y el 82% busca realizar diversas actividades, ubicándolos en bajo riesgo. En lo que se refiere a la vida espiritual, se encontró en bajo riesgo, lo cual indica que los jóvenes acostumbran la reflexión ya que sirve principalmente a ellos. En cuanto al manejo de juegos electrónicos encontramos que el 48% esta en alto riesgo y el 52% en bajo riesgo, los jóvenes se involucran en estos juegos compulsivamente por largos periodos.

La siguiente gráfica (6), muestra el grado de riesgo respecto al área de consumismo.

Gráfica 6

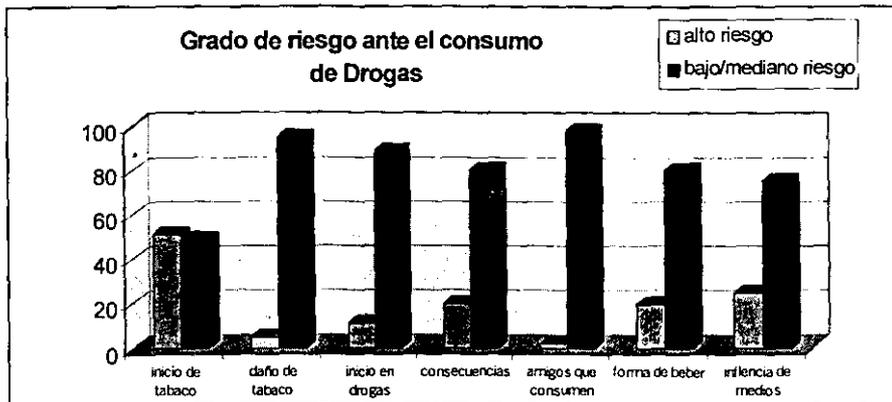


Respuestas de cada ítem en el área de Consumismo que los ubica en alto o bajo riesgo

La detección del grado de riesgo en el uso y abuso de las **drogas**. Con relación al inicio en el hábito de fumar se encontró que el 51% esta en alto riesgo y el 49% en mediano riesgo, así como conocimiento del daño que este ocasiona el 5% en alto riesgo y el 95% sabe que el fumar puede ocasionar un daño ubicándolos en bajo riesgo. Mientras que el riesgo de iniciar en el consumo de drogas en búsqueda de aceptación del grupo de pares el 11% esta en alto riesgo y el 89% bajo riesgo. De acuerdo a las consecuencias médicas, legales y personales que conllevan el consumo el 20% esta en alto riesgo y el 80% considera que existen repercusiones al consumir algún tipo de droga ubicándolos en bajo riesgo. El tener un amigo que consume drogas influye en ellos para el inicio en el consumo; el 2% esta en alto riesgo y el 98% en bajo riesgo. De acuerdo a la forma de beber el 20% esta en alto riesgo y el 80% en bajo riesgo. La influencia de los medios que invitan a un consumo el 25% esta en alto riesgo y 75% consideran que los medios no influyen en su consumo ubicándolos en bajo riesgo.

La siguiente gráfica (7), muestra el riesgo en el que se encuentran los jóvenes de acuerdo al consumo de drogas.

Gráfica 7



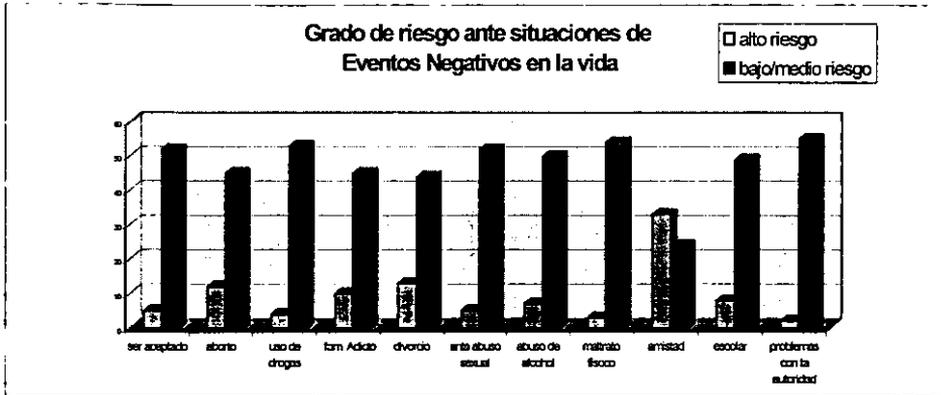
Respuestas de cada ítem en el área de Drogas que los ubica en alto o bajo riesgo

De acuerdo a los **eventos negativos** tiene relación con las actitudes ante ciertas situaciones cotidianas, como el ámbito familiar, personal, grupo de pares y escolar.

Los jóvenes buscan la aceptación de los demás haciendo todo lo posible por agradarles el 7% esta en alto riesgo y el 93% en bajo riesgo. Ante una situación de embarazo consideran que es mejor no comentarlo con nadie, ya que sería una experiencia vergonzosa así que el 21% esta en alto riesgo y el 79% en bajo riesgo. Estar implicado en una situación legal por el uso de alguna droga, consideran que lo mejor es no hablar de ello con nadie el 7% en alto riesgo y el 93% consideran que lo mejor es comentarlo con alguna persona de confianza ubicándolos en bajo riesgo. Si un integrante de la familia tiene problemas con su consumo sea alcohol u otra droga se puede solucionar el problema en familia, sin consultar a un especialista el 18% esta en alto riesgo y el 82% en bajo riesgo. Cuando los padres se separan los hijos deben ser fieles al padre o a la madre el 23% esta en alto riesgo y el 77% considera que el divorcio de los padres no es por causa de ellos por lo que no deben sentirse culpables, ubicándolos en bajo riesgo. Cuando existe un maltrato por parte de los padres o alguno de ellos, lo mejor es no comentarlo con nadie el 5% en alto riesgo y el 95% considera que lo mejor es comentarlo con alguna persona de confianza ubicándolos en bajo riesgo. Así como el maltrato físico o abuso de su cuerpo lo mejor es no comentarlo con nadie 8% en alto riesgo y el 92% en bajo riesgo. El abuso de alcohol en fiestas y reuniones es sólo por diversión el 58% en alto riesgo y el 42% en bajo riesgo. En el ámbito escolar al repetir un ciclo escolar, lo mejor es buscar una escuela donde los maestros sean accesibles y no reflexionar sobre las actitudes que se tuvieron durante el ciclo escolar, así el 15% esta en alto riesgo y el 85% en bajo riesgo. El tener problemas con los maestros lo mejor es no hacer nada, ya que ellos siempre tendrán la razón el 4% esta en alto riesgo y el 96% considera que lo mejor es hablar con ellos para saber en que se equivocaron ubicándolos en bajo riesgo.

La siguiente gráfica (8), muestra el grado de riesgo, respecto al área de Eventos Negativos.

Gráfica 8



Respuestas de cada ítem en el área de Eventos Negativos que los ubica en alto o bajo riesgo

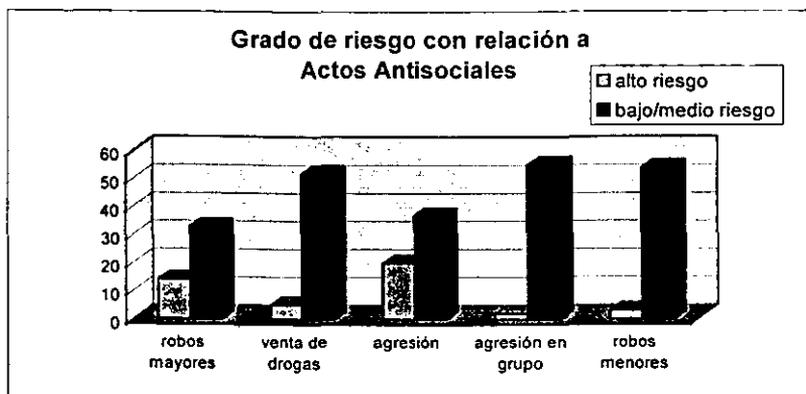
Otra área es la de **actos antisociales**, explora cómo los adolescentes perciben aspectos como: el robo, la venta de drogas, agresión a los compañeros que se vincula con la impulsividad, agresiones verbales y físicas, así como robos menores.

Respecto a los actos antisociales como el robar, peleas callejeras, etc., estos jóvenes lo hacen por que están necesitados de cariño y comprensión, sin embargo esto tiene repercusiones legales el 24% esta en alto riesgo, ya que consideran que no existen repercusiones legales y el 76% sabe que existen repercusiones legales ubicándolos en bajo riesgo. El riesgo de involucrarse en la venta de drogas el 9% esta en alto riesgo y el 91% en bajo riesgo. Tener control sobre algunos sentimientos como el coraje que se relaciona con situaciones de riña el 32% esta en alto riesgo y el 67% en bajo riesgo. La influencia del grupo de pares para cometer actos de agresión a los demás el 4% esta en alto riesgo, mientras que el 96% consideran que los amigos no influyen para cometer actos

de violencia ubicándolos en bajo riesgo. Consideran que el drogarse es un riesgo para iniciar en una conducta delictiva el 9% esta en alto riesgo, mientras que el 91% en bajo riesgo.

La siguiente gráfica (9), muestra el riesgo respecto a la área de actos antisociales en la que se encuentran los jóvenes.

Gráfica 9



Respuestas de cada ítem en el área de Actos Antisociales que los ubica en alto o bajo riesgo

Respecto al área de la **salud**, explora estilos de vida, aspectos que promueven la salud, así como la utilización de servicios.

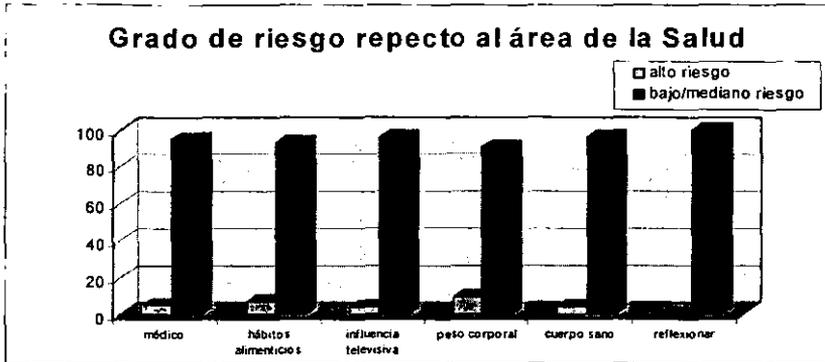
El recurrir a personal especializado cuando se siente un malestar el 5% esta en alto riesgo de no asistir a un especialista, mientras que el 95% si recurriría a un especialista. Respecto a los hábitos alimenticios, la necesidad de alimentarse sanamente el 7% esta en alto riesgo, mientras que el 93% en bajo riesgo, la influencia televisiva sobre algunos artículos que aparentemente no dañan la salud el 4% esta en alto riesgo y el 96% en bajo riesgo. La imagen corporal respecto al cuidado del peso corporal, mediante dietas rigurosas el 9% esta en alto riesgo, y el 91% en bajo riesgo. La necesidad de mantener el cuerpo sano visitando a un especialista para evitar enfermedades el 4% esta en alto riesgo y el 96% no acudirían a un especialista ubicándolos en bajo riesgo. Cuando se tiene la

LA BIBLIOTECA NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

dificultad para conciliar el sueño lo mejor es reflexionar y hablar con alguno de confianza sobre los problemas que se tienen, ubicándolos en bajo riesgo.

La siguiente gráfica (10), muestra el grado de riesgo en el área de la salud.

Gráfica 10



Respuestas de cada ítem en el área de la Salud que los ubica en alto o bajo riesgo

Finalmente concluimos con los resultados obtenidos en nuestra investigación, en el siguiente apartado se hará referencia a la discusión y conclusiones de éstos resultados.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La hipótesis planteada fue "Los adolescentes que tienen alta autoestima y tienen conductas asertivas se ubican en bajo riesgo ante el consumo de drogas". Las hipótesis específicas son las siguientes:

Los adolescentes con alta autoestima, se encuentran en bajo riesgo ante el consumo de drogas.

Los adolescentes con baja autoestima, se encuentran en alto riesgo ante el consumo de drogas.

Los adolescentes asertivos, se encuentran en bajo riesgo ante el consumo de drogas.

Los adolescentes no asertivos, se encuentran en alto riesgo ante el consumo de drogas.

Obteniendo los siguientes resultados:

Respecto al área de autoestima la hipótesis se rechazó, ya que los adolescentes con alta autoestima se ubican en alto riesgo y no en bajo riesgo como se esperaba, así como los adolescentes que tienen baja autoestima no está en alto riesgo, sino en bajo riesgo.

En lo que respecta al área de asertividad se comprobó la hipótesis planteada. Los adolescentes asertivos están en bajo riesgo y los no asertivos están en alto riesgo ante el consumo de drogas.

A continuación se describirán los resultados que nos permitieron aceptar o rechazar nuestra hipótesis planteada.

A partir de la prueba de autoestima de Rosenberg y del inventario de asertividad de Gambrill y Richey, se obtuvieron los siguientes resultados.

Respecto al área de autoestima que explora la reflexión sobre las actitudes al

equivocarse, la valoración, el reconocimiento de habilidades, las capacidades, y la confianza en si mismos al tomar decisiones respetando la de los demás. En general los adolescentes sienten que tienen de que estar orgullosos, se respetan así mismos, sienten que son útiles y que no se inclinan al fracaso. Por otro lado sienten que no tienen buenas cualidades, creen que no pueden hacer bien las cosas, tienen actitudes negativas, así como estar insatisfechos con ellos mismos, consideran que no son personas de confianza.

En cuanto a la área de asertividad lo que les incomoda más es iniciar una conversación con extraños, decirle a un amigo que ha dicho algo de él que le molesta, rechazar una petición para prestar un objeto, preguntar cosas íntimas, pedir una cita con alguien, rechazar cosas defectuosas en la tienda, resistir una petición injusta de alguien a quien estima, resistir la presión para decir lo que realmente piensa. Respecto a las situaciones que no les incomoda son: aceptar el elogio, admitir cuando se tiene miedo, preguntar si ha ofendido a alguien, expresar una opinión diferente de lo que se esta hablando, resistir insinuaciones sexuales cuando no se esta interesado.

La relación de las áreas de autoestima y de asertividad con el grado de riesgo ante el consumo de drogas se obtuvieron los siguientes resultados:

La relación de autoestima con el grado de riesgo, demuestra que los jóvenes con alta autoestima están en alto riesgo, por lo que es posible suponer que los jóvenes se sobrevolaran creyendo que no les pasará nada, considerando que el iniciar el consumo de drogas no les traerá consecuencias, negando la posibilidad de un proceso de dependencia y de las repercusiones sociales y físicas que conllevarían. Por otro lado los adolescentes con autoestima baja se ubican en bajo riesgo. Al respecto estudios refieren que las personas con autoestima baja no se valoran, permitiendo que no se les tome en cuenta y en ocasiones recurren al uso de sustancias psicoactivas, generando una aparente autoestima alta (Rodríguez, Pellicer, Domínguez 1988). Por último en el grupo de Ni alta Ni baja Autoestima están en alto riesgo ante el consumo de drogas.

Respecto al área de asertividad con el grado de riesgo ante el consumo de drogas, se observó que los no asertivos están en alto riesgo, los actores ansiosos en alto riesgo, los asertivos están en bajo riesgo y por último los indiferentes en bajo riesgo. Es decir que, los que experimentan altos niveles de ansiedad ante situaciones de conductas asertivas se ubican en alto riesgo (no asertivos y actores ansiosos), mientras que los que no experimentan niveles de ansiedad en situaciones que ameritan conductas asertivas, se ubican en bajo riesgo (asertivos e indiferentes). Esto permite suponer que los asertivos actuaran ante una situación donde el grupo de pares los presione a ingerir algún tipo de droga y/o alcohol sin que ellos lo deseen, este grupo podrá negarse sin experimentar ansiedad. La presión del grupo de pares es una causa de inicio (ENA 1996; Ortíz, 1996; Medina 1995).

Otros datos

Aunque nuestro objetivo no fue encontrar diferencias en cuanto al género, mencionaremos algunos datos que nos parecen relevantes. En la escala de asertividad se les pide a los jóvenes que elijan de las preguntas que se les plantearon en el instrumento, aquellas conductas en las que les gustaría ser asertivos.

Los items más señalados por los varones estuvieron relacionados con pedirle un favor a alguien, admitir que se tiene miedo, pedir tolerancia, expresar una opinión diferente de lo que se esta hablando, resistir la presión de los amigos o familiares para beber, aceptar una cita, solicitar empleo y preguntar cuando se tiene alguna duda.

Por otro lado los items más señalados por las mujeres, estuvieron relacionados con disculparse cuando se tiene un error, pedir una cita, decirle a una persona que ha dicho algo injusto de ella, elogiar a un amigo, así como preguntar cuando se tiene alguna duda.

La similitud tanto en mujeres como en hombres es que a ambos les gustaría ser

asertivos en aceptar una cita, así como preguntar cuando se tiene alguna duda.

Cabe resaltar que a los hombres les gustaría rechazar la invitación de un amigo a beber y/o utilizar algún tipo de droga. Consideramos esta situación como un factor de riesgo para el inicio en el consumo de drogas, ya que la presión del grupo de pares influye para la iniciación en el consumo.

Por otro lado encontramos que existen diferencias entre hombres y mujeres en las áreas de autoestima y asertividad con relación al grado de Riesgo ante el consumo de drogas. Los varones en el área de alta autoestima se ubican en alto riesgo, mientras que las mujeres se ubican en bajo riesgo. En cuanto al área de asertividad las mujeres asertivas están en bajo riesgo y los hombres están en alto riesgo, respecto a la área de actores ansiosos las mujeres están en alto riesgo, mientras que los hombres se ubican en bajo riesgo.

Se encontraron factores de protección en los adolescentes con preguntas abiertas que se les plantearon (ver anexo nº 4). Respecto al consumo de alcohol u otras drogas por algún integrante de la familia, el 17% de los adolescentes tienen un integrante en la familia que consume alcohol u otra droga. En ciertos estudios se ha comprobado que el consumo de algún tipo de sustancias psicoactiva por parte de los padres es un factor de riesgo para el inicio del consumo por parte de los hijos. Así mismo demuestran que cuando los familiares fuman, es mayor la prevalencia de consumo en adolescentes (OMS 1998, Macías, R. 1988). Por otro lado el 41% de los jóvenes tienen amigos que consumen algún tipo de droga, sea alcohol o tabaco. Además se les preguntó si les han invitado a consumir, el 43% de los adolescentes refieren que sí se les invitó y sólo el 9% acepto, de las cuales fueron 2 mujeres y 3 hombres. Aunque aquí no se puede hablar de una diferencia significativa entre hombres y mujeres, en estudios refieren que el ser hombre es un factor de riesgo y son quienes consumen más en comparación con las mujeres (Juárez, Medina y Berenzon, 1997; Nazar, et. al. 1994; Ortiz, et. al. 1999).

Otro factor de protección se ubica en la Secundaria donde no existe el consumo

de sustancias psicoactivas por parte de los alumnos, evitando de manera indirecta la presión del grupo de pares, así como la curiosidad.

Otros resultados obtenidos de la población total se obtienen por medio de la escala de actitud Chimalli, los jóvenes están en alto riesgo, en las áreas de: Sexualidad, Drogas y Consumismo. En bajo riesgo: Eventos Negativos, Actos Antisociales y Salud.

Respecto al área de la *Sexualidad*, los adolescentes consideran que deben tener información sobre su sexualidad, sobre sus sensaciones, así como la prevención del contagio de enfermedades venéreas y de embarazos.

En la área de *Consumismo*, consideran que el comer en exceso se relaciona con el estado de ánimo y que a la larga hace daño, la amistad para ellos se valora por la relación misma y no por el dinero que tenga el otro, así como la importancia de realizar cualquier tipo de actividad física para su salud. Cuando tienen un problema recurren a realizar diversas actividades, reflexionan sobre lo ocurrido evitando las siestas prolongadas que no permiten pensar sobre ello y en lo que se refiere a la vida espiritual los jóvenes acostumbran la reflexión.

Respecto al área de *drogas* consideran que fumar puede ocasionar algún tipo de daño, pero que no generará una dependencia, por lo que el riesgo de fumar se convierte en una de las drogas de inicio. Como factor de riesgo se menciona que ellos asistirían a fiestas donde el consumo de alcohol es necesario para divertirse, en estudios refieren que las drogas de inicio son el tabaco y el alcohol en reuniones y con el grupo de pares (ENA 1993). Otro factor de riesgo es que les incomoda negarse ante una invitación de alcohol u otra droga a un amigo. Al respecto los jóvenes eligieron de la escala de asertividad que les gustaría negarse a una invitación de amigos al consumo de alcohol y/o drogas sin que esto les hiciera sentirse incómodos. Esto implica que para evitar sentirse incómodos aceptarían aunque ellos no lo deseen. Al respecto en Mora (1995), sobre un estudio sobre atribuciones de causalidad, donde los adolescentes refieren por que consumen y por que no, se encontró lo siguiente: los jóvenes *consumidores*

refieren que: "el uso de drogas facilita la relación con los demás y ayuda a enfrentar los problemas familiares". Mientras que los *no consumidores* refieren que: "las personas que son adictas lo hacen por que no pueden superar algún trauma de la infancia, no tienen carácter, no se valoran, les hace falta autoestima y es una forma de autodestruirse". Es decir que la percepción que tienen los adolescentes respecto al consumo puede ser un factor de riesgo o de protección.

Respecto al área de *Eventos Negativos*, los jóvenes consideran que ante la separación de los padres ellos pueden mantener la relación con ambos. Si existiera un maltrato por alguno o por ambos padres u otra persona, consideran que lo mejor es comentarlo con alguien para evitar que esto ocurra nuevamente. En el ámbito escolar cuando existe una injusticia por parte de los maestros consideran que lo mejor es comentarlo con alguien de confianza para expresar cuando se comete un error con ellos, sin embargo otros consideran que lo mejor es mantenerse callados para evitar ser sancionados. Finalmente se encontró que existe un alto riesgo en el inicio del consumo de alcohol en reuniones o fiestas, ya que consideran que al consumir le hará más agradable la reunión. Estudios de inicio en la farmacodependencia indican que se inicia el consumo en fiestas y reuniones por la presión del grupo de pares y para sentirse aceptados por los amigos (ENA 1996, Ortiz, et. al. 1999). Estos resultados se corroboran con lo que se encontró en ésta investigación.

Respecto al área de *actos antisociales* como el robar, peleas callejeras, los jóvenes consideran que quien comete estos actos lo hacen por que están necesitados de cariño y comprensión, y que pueden correr el riesgo de tener repercusiones legales. Por otro lado asocian el drogarse con conductas delictivas. Consideran que el involucrarse en la venta de drogas traerá consecuencias legales. La influencia del grupo de pares para cometer actos de agresión a los demás no influye en ellos para cometer actos de violencia.

Respecto al área de *Salud* se encontró como factor de protección el que los jóvenes acudirán a un especialista al sentir un malestar físico o emocional, sin embargo en la comunidad estudiada no existe un Centro de Salud al cual puedan

acudir, aunque refieren asistir con una persona de confianza. Refieren que el someterse a dietas rigurosas puede tener consecuencias médicas, al tener dificultad para conciliar el sueño lo mejor es reflexionar y hablar con alguien de confianza sobre los problemas que se tienen.

CONCLUSIONES

Las hipótesis planteadas respecto al área de asertividad se comprobaron, ya que los jóvenes que son asertivos están en bajo riesgo y los no asertivos en alto riesgo. Respecto al área de autoestima, los jóvenes con alta autoestima se ubican en alto riesgo, la hipótesis no se comprobó por lo que nos permite replantear que los jóvenes con alta autoestima se sobrevaloran y creen que no les pueda pasar nada al probar algún tipo de droga o alcohol, mientras que los de baja autoestima se encuentran en bajo riesgo. Los jóvenes con baja autoestima en ocasiones recurren al uso de sustancias (Rodríguez, Pellicer, Domínguez 1988).

Por otro lado encontramos mayor riesgo en hombres que en mujeres, esto se comprueba en estudios epidemiológicos sobre adicciones (Ortíz, et. al. 1997). En un estudio sobre atribuciones de causalidad, las mujeres refieren la necesidad de ayudar al consumidor expresándolo de la siguiente manera "necesitan de nuestra comprensión y debemos ayudarles, sean familiares o amigos, podríamos hablar con ellos". Al respecto es interesante como a través de la socialización la mujer se responsabiliza, mientras que el hombre es el consumidor.

Para concluir proponemos continuar con este tipo de investigaciones que permitan ubicar a los adolescentes de alto riesgo y con este diagnóstico implementar un programa adecuado a este tipo de población.

Continuar con estudios que reconozcan la multicausalidad respecto al riesgo ante el consumo de drogas, descartando por completo las explicaciones monocausales (Apodaca, 1996). En estudios sobre causalidad se asocia la baja autoestima con la adicción y no la alta autoestima como factor de riesgo.

Siendo nuestro objetivo fue identificar el grado de riesgo, respecto a la autoestima y a la asertividad en los adolescentes, no realizamos una evaluación de los instrumentos, por lo que planteamos realizar un estudio posterior con otros instrumentos con la finalidad de comparar los resultados que aquí presentamos.

Otras propuestas

- Dado que existen factores de riesgo en el ámbito familiar es importante plantear un programa donde se involucre a los padres en la participación con los adolescentes, donde se enfatice en la importancia del establecimiento de reglas claras y congruentes, así como de la expresión de sus emociones, respetando la de sus propios hijos.
- Sensibilizar a los profesores, por medio de talleres donde se les proporcione información sobre las causas del consumo así como del proceso adictivo.
- La realización de un taller sobre sexualidad donde se proporcione información a los adolescentes, sobre el conocimiento de su cuerpo, de la prevención de embarazos y del contagio de enfermedades venéreas, en relación con el uso de drogas.
- Fortalecer en jóvenes conductas asertivas, por medio de dinámicas que promuevan la discusión y el manejo de sus emociones.
- La realización de actividades recreativas y deportivas donde sean los jóvenes quienes las propongan.
- Continuar con investigaciones que permitan conocer de manera individual los factores de protección para fortalecerlos y así a evitar el inicio de consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad.

BIBLIOGRAFIA

1. Apodaca, G.I. (1996), Autoconcepto y Adicción. Implicaciones para el tratamiento Adicciones. 8 (1) pp.91-100
2. Argüelles, A. y Cárdenas, M., Centros de Integración Juvenil, A. C., Díaz, M., García, J., Garduño, M. L., González, J. F., López M. E., y Oviedo, M. T. (1994). Capítulo 1 Conceptos generales relativos a las adicciones Guía para Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materia de las Adicciones. México: Secretaría de Salud y Asistencia, Consejo Nacional Contra las Adicciones.
3. Baldivieso, L. E. (1994). Los profesores ante las Drogas: Factores relacionados con el riesgo del consumo de drogas. J. M. Sánchez, T. R. Mateo (Eds.). Fundación de Prevención escolar contra las Drogas (1994). Madrid.
4. Baizarretti, G. M. (1994), Las Adicciones Dimensión, Impacto y Perspectivas Estrategias para la Prevención del Tabaquismo. México: Manual Moderno.
5. Barnes, G. (1984). Evaluation of alcohol education : A reassessment using socialization theory". Journal of Drug Education. 24 (2).
6. Barroso, R. Y Romero, V. (1988). Thiner: Inhalación y Consecuencias. México: Fundamentos de Investigación Social (FISAC).
7. Berenzon, S., Villatoro J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Alcántar, E. y Navarro C. (1999 Agosto). El consumo de Tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. Salud Mental 22 (4) pp. 20-25.
8. Berjano, E. (1988). Análisis psicosociológico del consumo de drogas en el contexto escolar: Mecanismos de prevención. Tesis Doctoral. Dirs.:G. Musitu y J. M. Peiró. Universidad de Valencia.
9. Bloom, B., (1969). Some Theoretical Issues Relating to Educational Evaluation. En T. Rolph. (Ed). Eduactional Evaluation: New Roles, New Means. Part The University of Chicago Press.
10. Callejo, C., García, M. y Merino, P. (s/año). Plan Nacional Sobre Drogas: El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior.
11. Campiña, C., Romero, M. (1999). Alcoholismo y medicina. Salud Mental. 22 (Número especial). pp. 93-97.
12. Castañeda, C. (1974), Las enseñanzas de Don Juan. México: Económica.
13. Castro, M. E., (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicación y atención primaria en un plantel. Salud Pública de México. 32 (3).
14. Castro, M. E., (1992), Carpeta del inventario de riesgo psicosocial para adolescentes. Instrumento de Riesgo Psicosocial para Adolescentes, (IRPA). Consejo Nacional de Población (CONAPO).

15. Castro. M.E., (1997), Modelo preventivo de riesgos psicosociales en la adolescencia. México: Pax.
16. Centros de Integración Juvenil. (1998), Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación por Abstinencia por Psicotrópicos. México: Progreso.
17. Cruz, S. L. (1994). En Las adicciones Dimensión, Impacto y Perspectivas: Farmacología de las sustancias psicoactivas. México: Manual Moderno.
18. Domínguez, T., González, S. y Vázquez, H., (1994), Conductas adictivas en adolescentes de áreas marginadas. Psicología y Salud. 4.
19. Elaboración: Dirección de Análisis y Evaluación: Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (1993). Encuesta Nacional de Adicciones: Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. México.
20. Escámez, S. y Baeza, C. (1994). Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación/cambio de actitudes. Los profesores ante las Drogas. (Ed). Madrid.
21. Fuentealba, R. (1996), Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas de drogas. Salud Mental. 10 pp. 11-17. República de Chile.
22. Funes, J. (1990). Nosotros los adolescentes y las drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
23. Galván, J., Rodríguez, E. M. y Ortiz, A. (1994). Diferencia por género respecto a patrones de consumo y problemas asociados al uso de cocaína: un análisis cualitativo. Las Adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario. Secretaría de Salud Asistencia (SSA). Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).
24. González, F. C., Andrade P. P. y Jiménez, T. A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. Salud Mental. 20 (1), pp. 27-35.
25. González, G. Y. (1991). Programa de atención primaria par las adicciones (alcohol, tabaco, y otras drogas) en adolescentes. Programa interno de intervención, de la clínica 5 de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA). México.
26. González, R. (1994). Manual para un curso de relaciones humanas. Tesis. Universidad Ibero Americana.
27. Grela, D. H. (1991). El manejo de la asertividad en la relación del adicto y el codepeniente. Revista de la Adicciones. 1 (8-9), pp. 7-8. México.
28. Grotberg, E. H. (1993) Promoting Resilience in Children: A New Approach.s Documento de trabajo. Civitan Internacional Center. Birmingham, Alabama.
29. Guzmán, V. J. (1995). Desprendimiento. Revista de las adicciones. 6 (Junio-Julio), pp. 7-8.
30. Haeussler, P. y Milicic N. (1995). Confiar en uno mismo: Programa de Autoestima. Santiago: Dolmen.

31. Hawinks, J. D., Catalano, y Miller, (1992). Implicaciones y Prevención del Abuso de Sustancias: Factores de Riesgo y Protección contra Problemas de Alcohol y otras Drogas durante la Adolescencia y Primera Etapa del Joven Adulto. Boletín de Psicología 12, (1).
32. Hollister, L. E. (1984). Efectos de los alucinógenos en humanos, En B.L. Jacobs (Ed.), Hallucinogens: Neurochemical, Behavioral and Clinical Perspectives Nueva York. Raven Press.
33. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología: Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1996.
34. Jones, E. (1981), Vida y obra de S. Freud. Barcelona: Anograma. p.p. 96-97
35. Juárez, F., Medina-Mora, M. E., Berenzon S. (1997, Octubre). Memorias del II Congreso Intersistitucional de Fomento de la Salud ante las Adicciones, [resumen] Las Adicciones Más que un problema de Salud Pública. Centro Médico Nacional Siglo XXI.
36. Kelly, W. A. (1982). Psicología de la Educación. Madrid. Morata.
37. Kotliarenco, Ph. MA., Cáceres I. y Fontecilla Marcelo (1997). Estado de Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
38. Krauskopf, D. (1994) Resultados preliminares de los estudios de púberes Costarricenses. Colaboración con el proyecto Internacional Promoción de la Resiliencia en los niños. Civitan Internacional Center, División de Educación Básica de la UNESCO, O.P.S.
39. Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping proces. N.Y. Graw Hill.
40. Lemert, (1990). The abilities of intellectuals: Response to ringer; Theory and Society 19 (3).
41. León, O.G. y Montero, I. (s/año). Diseño de Investigaciones. México: McGrawHill.
42. López, B. E., López, J. L. y López, M, P. (1994). Estudio de autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes usuarias y no usuarias de drogas. Salud Mental.
43. López, E. (1993). La maldición eterna. Venezuela: Monte Avila Latinoamericana.
44. Macías, R., (1988). Alcoholismo y Terapia Familiar: Alcoholismo. Visión Integral. México. Trillas.
45. Medina Mora, M. E. (Comunicación personal, Julio, 20, 1996).
46. Medina-Mora M. E. (1994). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición, Tapía R. (Ed.). Las adicciones: Dimensión. Impacto y Perspectivas. El Manual Moderno.

47. Medina-Mora, M. E. (1995). La prevención del abuso de las bebidas alcohólicas y sus consecuencias desde una perspectiva de salud pública. Psicología y Salud. Número especial.
48. Medina-Mora, M. E. y Castro M. E. (1984). El uso de inhalantes en México. Salud Mental 7 (1).
49. Medina-Mora, M. E. y Castro M. E. (1984). El uso de inhalantes en México. Salud Mental 7 (1).
50. Medina-Mora, M. E., Tapia, R. C., Rascón M. L., Solache G., Otero D., Lazcano F. y Mariño M. C., (1989). Situación epidemiológica del abuso de drogas en México. Boletín Oficial Panamericana. 107 (6).
51. Mendoza, R., Villarrasa, A. y Ferrer, X. (1986). La educación sobre las drogas en el Ciclo Superior de la Educación General Básica. Ministerios de Educación y Ciencia. Madrid.
52. México y Estados Unidos ante el problema de las drogas (1997). Estudio Diagnóstico Conjunto. México: Secretaria de Relaciones Exteriores. México.
53. Montt, S. y Ulloa Ch. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. Salud Mental 19 (3 Septiembre), pp. 30-36.
54. Mora, J., Unikel, S., Saldivar, G., Natera, G. (1995), Atribuciones de causalidad hacia las drogas en Estudiantes de Bachillerato. Salud Mental. 12 (1). pp.23-31.
55. Natera R. G., Mora R. J. y Tiburcio S. M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para familias con un problema de adicciones [Número Especial], Salud Mental. 22 p.p. 114-120.
56. Nazar, A., Tapia, R. C., Villa A., León, G., Medina-Mora, M.E. y Salvatierra B. (1994). Factores Asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Salud Pública México. 36(6): 646-654.
57. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de no fumar. Crecer Sanos sin Tabaco. Disponible en: <http://www.who.int/ntdayy98/cuaderno.htm>.1998.
58. Ortiz, A. (1992). Las Adicciones en México: Aspectos psicológicos de la adicción. Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Hacia un enfoque multidisciplinario. Secretaria de Salud y Asistencia (SSA). México.
59. Ortiz, A., Rodríguez, E.M., González, L., Unikel, C., Galván, J., Soriano, A. y Flores, J: Grupo Intersistitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: Informe Individual sobre el consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana (20 Junio) 1996.
60. Ortiz, A., Rodríguez, E.M., González, L., Unikel, C., Galván, J., Soriano, A. y Flores, J: Grupo Intersistitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: Informe Individual sobre el consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana (22 Junio) 1997.
61. Ortiz, A., Rodríguez, E.M., González, L., Unikel, C., Galván, J., Soriano, A. y Flores, J: Grupo Intersistitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte

- de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: Informe Individual sobre el consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana (26 Junio) 1999.
62. Palomar, J. (1999 Diciembre). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. Salud Mental. 22 (6), pp.13-21.
63. Pons, D. J. (1997). Reflexiones y propuestas en torno a la prevención del consumo de drogas y sus implicaciones educativas. Psicosociología de la Familia. 43 (4), 293-304.
64. Riegelman, R. K. y Hirsch, R. P. (1992). Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Parte XII. Capítulo 30. Resumen esquemático. Glosario. Publicado en el Boletín de la Oficialía Sanitaria Panamericana. 112, (6 Junio).
65. Rimm, D. C. y Master, J. C. (1981). Terapia de la Conducta. México: Trillas.
66. Rodríguez, M., Pellicer G. y Domínguez, M. (1988). Autoestima : Clave el éxito personal Serie: Capacitación Integral. México :Manual Moderno.
67. Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescen Self-image, Princeton: University Press Princeton.
68. Rosovsky, H., Narváez, A., Borges, G. y González, L. (1992). Evaluación del consumo per cápita de alcohol en México. Salud Mental. 1 pp. 35-40.
69. Rutter, M. (1992) Resiliencia: consideraciones conceptuales. Conferencia en cambios sociales y desarrollo de la adolescencia. O.P.S., Washington, D.C.
70. Salter, A. (1948), Conditioned Reflex Therapy. New York. Creative age press.
71. Salter, A. (1982). Competencia Social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad. México: Trillas.
72. Samuels, D.J. y Samuels, m. (1974). Low self-concept as a cause of drug abuse. Journal of Drug Education, (4) pp. 421-438.
73. Sánchez, M. J, y Gamella, P.C. (1994). En Los Profesores ante las Drogas, En M. J. Sánchez y T. Mateo. (Eds.). Educación para la salud consideraciones generales Madrid. Fundación de Prevención escolar contra las drogas. Trillas.
74. Sánchez-Martos J y Mateo -Tari R. (1982). En Los Profesores ante las Drogas. (Eds.). El cambio del comportamiento individual en la comunidad. Madrid. Fundación de Prevención escolar contra las drogas. Trillas.
75. Satir, V. (1988). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: PAX.
76. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992). Las Drogas y sus Usuarios. México.
77. Setterlund M, y Niedenthal P. (1993). Who am I? Why am I here?. Self-esteem, self clarity and prototype matching. J Pers and Soc Psychol,
78. Smith, J.M. (1979). Cuando digo No me siento culpable. México: Grijalbo.

79. Suárez, E. N. (1993) "Resiliencia" o Capacidad de Sobreponerse a la Adversidad. En prensa, O.P.S.
80. Tamayo y Tamayo, M. (1995). El proceso de la Investigación Científica. México: Limusa.
81. Tapia, R. M. y Rosell H. (1994). Análisis de la ejecución en el Token Test de un grupo de sujetos farmacodependientes a inhalantes en comparación con un grupo control. Tesis de Licenciatura Psicología, FES, Zaragoza, UNAM.
82. Tapia, R.; Revuelta A. y De la Rosa B. (1996). Datos epidemiológicos en Adicciones. México. Sistema de Evaluación de Adicciones (SISVEA).
83. Torres, M. A. y Llopis, J. J. (1989). Estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas y su aplicación a la prevención entre escolares Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol. 1 (1).
84. Uriarte, V. (1990), Pisicofarmacología. México, Trillas.
85. Valdés, M. y De Flores, T. (1985). Psicología del estrés. Barcelona: Martínez Roca.
86. Valdés, M., Serrano. T., Florenzano, R., Labra, J., Canto, C., López, M. y Lara, P. (1995), Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y Resiliencia en adolescentes. Psiquiatría clínica. (32), 1-2 pp. 49-56.
87. Vega, A. (1991). Más allá de la escuela o de la educación comunitaria. Drogadependencias. 16 (2), pp. 103-113.
88. Vega, A. (1993). La acción social ante las drogas. Propuesta de intervención socioeducativa. Madrid: Narcea.
89. Vega, A. (1994). El alcohol en el proyecto educativo de los centros escolares. M. Sánchez (Ed.), Uso abuso y dependencias del alcohol en adolescentes y jóvenes. Barcelona: PPU.
90. Vertiz, Gargollo J.I., (1989). Valoración de componentes verbales de conversación en un grupo de adolescentes farmacodependientes. Psiquiatría (2), pp. 103-117.
91. Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina Mora, M., Reyes, L. y Rivera E., (1997, Junio). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental. 20 (2), pp. 21-27.
92. Villatoro, J., Medina Mora, M. E., López, E., Juárez, F., Rivera, E. y Fleiz C. (1996, Septiembre). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. Salud Mental. 19 (3), pp. 1-6.
93. Wolpe, Joseph. (1986). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.
94. Yuguero, E. y Rojo, R. (1991, Diciembre). Drogadependencias: Tratado de Medicina Práctica. Psiquiatría 36 (11).

Anexos

A continuación se muestran los resultados obtenidos por cada instrumento

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).

Se les pidió a los adolescentes que eligieran un número como opción de su respuesta, siendo esta la que se acerca más a lo que ellos piensan.

- 1. Totalmente de acuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. De acuerdo.
- 4. Totalmente en desacuerdo.

Sujetos	Reactivos										Puntaje		Resultado
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1-2	3-4	
1.	3	3	2	3	2	2	3	1	3	2	5	5	Ni alta Ni Baja
2.	4	3	2	2	2	3	2	1	3	2	6	4	Baja Autoestima
3.	4	2	4	2	2	3	3	2	4	2	5	5	Ni Alta Ni Baja
4.	1	2	3	3	1	3	2	2	3	4	5	5	Ni Alta Ni Baja
5.	3	2	4	4	1	4	2	1	4	3	6	4	Baja Autoestima
6.	4	3	2	3	2	4	2	4	2	2	5	5	Ni Alta Ni Baja
7.	2	2	2	4	2	4	1	0	2	3	7	3	Baja Autoestima
8.	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	1	9	Autoestima
9.	4	3	3	4	4	3	3	2	1	4	2	8	Autoestima
10.	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	6	Autoestima
11.	4	3	1	4	3	4	2	4	1	4	3	7	Autoestima
12.	4	3	3	4	4	3	3	2	3	4	1	9	Autoestima
13.	1	3	4	4	4	4	4	2	4	4	2	8	Autoestima
14.	4	3	4	4	3	3	3	2	3	3	1	9	Autoestima
15.	3	3	4	4	4	4	2	2	4	3	2	8	Autoestima
16.	4	4	4	4	3	3	3	2	4	3	1	9	Autoestima
17.	4	3	4	3	3	4	3	2	4	2	2	8	Autoestima
18.	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	9	Autoestima
19.	4	4	3	4	1	4	3	2	4	2	3	7	Autoestima
20.	4	3	3	1	2	3	4	2	4	1	4	6	Autoestima
21.	1	3	4	3	4	3	2	2	4	3	3	7	Autoestima
22.	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	0	10	Autoestima
23.	4	2	3	3	3	3	2	1	4	4	3	7	Autoestima
24.	4	3	4	3	3	4	2	1	4	4	2	8	Autoestima
25.	4	4	3	1	3	3	3	1	4	3	2	8	Autoestima
26.	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	7	3	Baja Autoestima
27.	4	4	3	4	4	0	3	2	3	2	3	7	Autoestima
28.	3	2	2	1	4	4	4	1	4	3	4	6	Autoestima
29.	2	4	2	3	2	4	3	1	4	4	4	6	Autoestima
30.	2	3	2	4	3	2	1	1	2	2	7	3	Baja Autoestima
31.	3	1	3	1	2	1	1	2	3	4	6	4	Baja Autoestima
32.	3	1	4	1	2	4	1	1	2	4	6	4	Baja Autoestima
33.	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	0	10	Autoestima
34.	2	3	4	4	2	3	0	2	1	3	5	5	Ni Alta Ni Baja
35.	2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	8	2	Baja Autoestima
36.	4	3	4	4	2	1	1	1	4	3	4	8	Autoestima
37.	4	1	4	3	4	4	4	3	4	4	1	9	Autoestima
38.	3	3	4	3	3	3	4	1	4	3	1	9	Autoestima
39.	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	0	10	Autoestima
40.	1	2	3	1	1	2	3	1	4	3	6	4	Baja Autoestima
41.	3	3	4	3	3	3	3	2	3	4	1	9	Autoestima
42.	2	1	4	4	1	3	4	2	4	3	4	6	Autoestima
43.	3	2	3	4	3	3	4	2	3	3	2	8	Autoestima
44.	3	2	4	1	4	3	2	2	4	1	5	5	Ni Alta Ni Baja
45.	3	3	4	3	4	4	3	2	4	4	1	9	Autoestima
46.	2	1	1	2	4	1	2	1	2	3	8	2	Baja Autoestima
47.	1	2	2	2	1	1	3	1	4	4	7	3	Baja Autoestima
48.	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	9	1	Baja Autoestima
49.	2	2	3	3	4	4	2	2	3	3	4	6	Autoestima
50.	3	3	4	3	2	3	4	2	2	1	4	6	Autoestima
51.	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	4	6	Autoestima
52.	4	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	8	Autoestima
53.	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	7	Autoestima
54.	1	2	3	4	3	4	3	2	3	4	3	7	Autoestima
55.	3	3	3	2	2	4	3	1	3	2	4	6	Autoestima
56.	2	3	4	2	1	1	4	2	3	2	6	4	Baja Autoestima
57.	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	0	10	Autoestima
58.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	10	Autoestima

Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey)

Se les entregó a cada sujeto la escala de Asertividad indicándoles que eligieran un número como opción del 1 al 5 como respuesta del grado de incomodidad que sienten ante una situación que se les presenta.

Grado de Incomodidad

- 1.- Nada.
- 2.- Un poco.
- 3.- Regular.
- 4.- Mucho.
- 5.- Demasiado.

Resultados por sujetos ante el inventario de Asertividad

Sujeto		Grado de Incomodidad ante situaciones de conductas Asertivas																																								Total																	
		Reactivo																																																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
1.		2	5	3	2	1	2	3	4	5	3	2	3	4	2	1	4	1	3	5	1	2	4	2	3	2	2	1	3	3	4	1	3	1	4	2	4	3	1	5	3	1	5	3	1	09													
2.		2	1	3	2	2	1	4	1	2	5	3	4	1	3	2	2	3	3	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	2	1	3	1	86																		
3.		1	2	1	3	1	5	1	1	4	1	2	1	5	1	1	1	3	2	1	3	2	1	2	1	5	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	5	2	1	77															
4.		3	2	1	4	1	5	3	5	5	2	1	1	3	2	1	1	1	4	1	3	1	2	1	5	1	1	5	1	4	1	1	1	5	5	4	5	4	4	1	08																		
5.		1	1	3	4	1	5	3	4	5	5	5	1	2	2	5	2	5	2	5	3	5	1	5	1	5	2	1	5	1	3	4	5	5	1	3	5	1	3	4	1	134																	
6.		3	2	1	5	4	5	2	1	1	5	1	2	5	2	1	3	3	4	2	4	1	5	3	1	1	1	2	3	3	1	1	4	1	2	5	2	2	2	2	1	100																	
7.		1	2	5	5	1	1	3	3	1	3	2	2	2	1	5	4	1	2	2	1	2	3	1	2	2	3	2	2	4	1	3	3	4	3	2	3	2	1	2	3	97																	
8.		1	4	2	3	4	1	2	5	2	1	4	3	2	1	5	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	2	3	1	2	4	1	5	4	1	5	4	5	3	2	1	107																
9.		4	3	5	5	4	5	2	5	1	0	5	5	4	1	5	3	2	3	2	4	2	1	3	2	1	3	4	3	5	1	4	2	5	3	2	1	1	5	4	204																		
10.		2	1	2	5	5	2	2	2	5	5	5	1	2	5	5	5	2	2	2	5	5	2	5	5	5	2	4	2	5	2	2	4	2	5	2	2	5	2	5	5	137																	
11.		3	5	3	2	1	4	5	1	4	2	0	2	4	3	1	5	3	2	3	4	2	3	5	3	1	4	3	2	5	1	4	5	2	3	4	2	1	5	2	1	115																	
12.		3	2	2	3	1	4	5	1	4	3	1	2	4	1	1	1	4	1	5	1	5	5	4	1	5	4	1	1	5	4	1	1	1	0	1	1	5	4	4	1	1	108																
13.		1	1	2	1	2	5	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51															
14.		3	1	2	1	3	3	2	5	2	3	2	5	1	1	2	2	2	3	3	1	1	3	2	2	2	1	1	2	1	2	5	2	1	2	5	2	1	1	3	3	1	3	28															
15.		1	2	2	3	1	4	3	4	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	3	1	2	1	3	1	2	3	2	0	5	5	1	3	1	1	1	2	3	3	5	3	2	5	1	51														
16.		2	2	5	3	5	1	2	5	1	4	1	5	1	2	5	5	5	1	5	2	4	5	4	5	4	1	5	1	1	1	1	5	4	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	118														
17.		3	2	5	3	2	4	3	2	4	4	3	2	2	1	1	2	3	4	5	4	4	3	2	2	1	3	2	1	3	2	3	5	5	1	2	3	4	5	4	4	1	1	123															
18.		1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	53														
19.		1	1	1	1	2	1	2	5	1	2	3	2	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	5	1	1	5	3	1	5	3	5	5	2	2	1	3	5	5	2	1	1	102													
20.		1	1	4	2	5	2	4	5	3	2	1	2	3	4	3	5	1	3	2	5	1	3	2	5	2	1	3	5	4	1	3	5	4	1	3	5	2	1	3	5	4	3	1	120														
21.		1	2	3	2	5	4	3	5	1	2	1	4	5	2	5	3	4	3	3	2	1	5	2	5	3	2	4	5	3	5	2	5	2	1	5	5	2	1	5	5	2	1	125															
22.		2	1	1	2	1	3	2	3	4	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	3	2	2	70															
23.		1	5	2	4	2	1	5	5	1	2	1	1	5	1	1	5	2	3	5	3	1	5	3	2	4	5	5	1	1	5	3	5	5	4	4	1	1	3	5	5	4	1	1	1	121													
24.		3	4	4	2	3	5	2	4	2	2	2	1	5	2	1	2	1	3	5	1	2	4	5	4	2	5	4	2	5	4	3	5	5	4	1	1	3	3	4	5	3	5	125															
25.		1	2	3	2	5	4	5	5	1	2	1	5	5	2	5	3	4	3	2	2	5	2	4	2	2	5	3	5	5	2	5	4	4	4	3	3	2	4	5	5	1	1	134															
26.		3	1	1	2	2	2	5	3	4	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	1	1	5	1	5	2	1	3	2	4	5	1	2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	104															
27.		1	1	2	2	1	1	2	3	3	4	1	2	2	3	4	1	2	4	1	2	1	4	2	1	3	1	1	1	4	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	79														
28.		5	3	4	3	5	3	5	3	4	1	2	1	1	5	3	3	5	3	4	5	1	3	5	3	4	5	1	3	5	3	1	3	2	5	3	1	3	5	3	1	3	5	5	131														
29.		2	1	1	5	1	5	2	5	4	2	5	3	3	1	3	1	1	3	5	3	3	5	1	3	3	1	1	2	1	3	1	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	105															
30.		1	3	2	3	1	3	2	4	3	5	1	4	3	3	1	3	2	2	4	5	2	3	3	5	4	3	2	4	3	2	1	5	1	4	3	4	2	4	3	4	3	1	116															
31.		2	1	3	2	1	2	3	1	2	3	4	2	1	3	1	4	5	2	1	2	2	2	5	1	1	5	3	2	3	5	1	4	5	1	3	4	3	1	4	3	1	4	3	103														
32.		3	2	4	1	3	1	4	5	1	1	5	3	5	2	4	2	3	5	1	5	4	1	4	2	4	1	3	2	5	2	2	1	3	4	1	1	5	2	1	1	5	2	119															
33.		3	4	2	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3	2	2	1	2	3	2	1	3	1	2	2	3	1	3	1	2	2	1	3	1	2	5	3	1	1	3	3	2	3	2	89														
34.		1	1	3	2	4	2	4	5	2	5	2	5	2	5	2	5	5	3	2	4	3	5	2	4	2	4	2	2	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	130														
35.		1	4	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	3	3	1	1	2	2	1	1	5	3	1	3	1	2	5	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	4	1	2	1	76														
36.		2	3	5	3	1	3	2	3	2	5	2	4	1	3	5	2	3	3	4	5	4	5	3	2	5	3	3	2	4	5	4	5	3	2	1	4	1	5	1	1	5	1	126															
37.		1	2	2	1	3	5	4	5	1	4	2	2	5	1	5	5	3	3	3	2	3	4	3	5	1	3	5	3	3	4	5	5	5	3	5	3	3	3	3	3	3	131																
38.		3	2	5	4	5	4	2	5	1	2	1	3	3	2	5	4	2	5	2	3	5	2	1	4	2	4	3	2	3	1	5	4	5	4	3	1	3	1	3	1	2	1	120															
39.		5	3	3	2	3	1	2	3	1	1	1	2	3	2	5	4	4	2	2	1	1	4	3	1	3	5	3	1	3	3	1	3	1	3	5	1	3	3	4	1	2	2	102															
40.		2	5	3	4	1	4	2	4	4	3	3	2	3	2	5	4	4	3	2	4	4	3	2	4	4	1	2	4	2	4	1	3	1	2	2	4	1	3	1	2	2	4	3	4	117													
41.		5	2	5	3	1	3	2	5	4	2	1	1	5	3	2	5	4	2	4	1	3	1	1	5	4	3	1	5	4	2	3	1	5	3	2	5	3	5	3	5	3	5	118															
42.		1	3	5	4	3	5	3	2	3	3	5	4	1	2	1	3	1	5	4	5	3	5	1	3	2	3	4	2																														

Resultados globales de cada uno de los adolescentes

Sujeto	Sexo Masculino (M) Femenino (F)	Edad	En tu lam. Existe un resagran e que consuma drogas	Tienes amigos que consuman drogas	Te han invitado consumir algún tipo de droga	Actitud ante la invitación	Resultados: ASERTIVIDAD GI: Grado de Incomodidad. PR: Probabilidad de Respuesta	Resultados: AUTOESTIMA
1.	M	14	No	Sí	Sí	Rechazo	GI 109, PR 132 Actor Ansioso	Ni alta Ni Baja
2.	M	14	No	Sí	Sí	Rechazo	GI 86, PR114 Asertivo	Baja Autoestima
3.	M	14	No	No	No	No le han invitado	GI 77, PR 151 Asertivo	Ni Alta Ni Baja
4.	F	13	No	No	No	No le han invitado	GI 108, PR 121 Actor Ansioso	Ni Alta Ni Baja
5.	M	13	No	Sí	Sí	Aceptado	GI 129, PR 138 Actor Ansioso	Baja Autoestima
6.	F	12	No	No	No	No le han invitado	GI 100, PR 158 Asertivo	Ni Alta Ni Baja
7.	M	12	No	Sí	Sí	No contesta	GI 97, PR 93 Indiferente	Baja Autoestima
8.	F	14	No	No	No	No le han invitado	GI 107, PR 134 Actor Ansioso	Alta Autoestima
9.	F	11	Sí	Sí	No	Rechazo	GI 122, PR 136 Actor Ansioso	Alta Autoestima
10.	F	12	No	No	Sí	Rechazo	GI 137, PR 170 Actor Ansioso	Alta Autoestima
11.	M	12	No	No	No	Rechazo	GI 115, PR 109 Actor Ansioso	Alta Autoestima
12.	M	12	No	No	No	No le han invitado	GI 108, PR 117 Actor Ansioso	Alta Autoestima
13.	M	12	No	No	No	No le han invitado	GI 51, PR 132 Asertivo	Alta Autoestima
14.	M	12	No	No	No	No le han invitado	GI 87, PR 85 Indiferente	Alta Autoestima
15.	M	12	No	No	No	No le han invitado	GI 86, PR135 Asertivo	Alta Autoestima
16.	M	12	Sí	No	Sí	Rechazo	GI 116, PR 140 Actor Ansioso	Alta Autoestima
17.	M	12	No	No	No	No le han invitado	GI 123, PR 105 Actor Ansioso	Alta Autoestima
18.	M	12	No	No	Sí	Rechazo	GI 53, PR 117 Asertivo	Alta Autoestima
19.	F	12	No	No	No	No le han invitado	GI 102, PR 125 Actor Ansioso	Alta Autoestima
20.	M	12	No	No	Sí	Rechazo	GI 120, PR 125 Actor Ansioso	Alta Autoestima
21.	F	13	No	No	No	No le han invitado	GI 125, PR 141 Actor Ansioso	Alta Autoestima
22.	F	13	No	No	No	No le han invitado	GI 70, PR 137 Asertivo	Alta Autoestima
23.	F	13	No	Sí	Sí	Rechazo	GI 126, PR 105 Actor Ansioso	Alta Autoestima
24.	F	14	No	Sí	Sí	Rechazo	GI 125, PR 125 Actor Ansioso	Alta Autoestima
25.	F	14	No	No	No	No le han invitado	GI 134, PR 119 Actor Ansioso	Alta Autoestima
26.	M	12	Sí	No	No	No le han invitado	GI 104, PR 93 No Asertivo	Baja Autoestima
27.	F	12	No	No	No	No le han invitado	GI 79, PR 128 Asertivo	Alta Autoestima
28.	F	13	No	No	Sí	Rechazo	GI 131, PR 120 Actor Ansioso	Alta Autoestima
29.	M	13	No	No	No	No le han invitado	GI 105, PR 147 Actor Ansioso	Alta Autoestima
30.	F	13	No	No	No	No le han invitado	GI 116, PR 121 Actor Ansioso	Baja Autoestima
31.	M	13	No	No	No	No le han invitado	GI 103, PR 136 Actor Ansioso	Baja Autoestima
32.	M	13	No	No	No	No le han invitado	GI 119, PR 115 Actor Ansioso	Baja Autoestima
33.	M	13	No	No	No	No le han invitado	GI 89, PR 139 Asertivo	Alta Autoestima
34.	F	14	No	No	Sí	Rechazó	GI 130, PR 130 Actor Ansioso	Ni Alta Ni Baja
35.	F	14	No	Sí	Sí	Rechazó	GI 76, PR 123 Asertivo	Baja Autoestima
36.	M	14	Sí	Sí	Sí	Rechazó	GI 126, PR 137 Actor Ansioso	Alta Autoestima
37.	F	14	Sí	Sí	Sí	Rechazó	GI 131, PR 136 Actor Ansioso	Alta Autoestima
38.	M	14	No	No	No	No le han invitado	GI 120, PR 111 Actor Ansioso	Alta Autoestima
39.	F	14	No	No	No	No le han invitado	GI 102, PR 121 Actor Ansioso	Alta Autoestima
40.	F	15	No	No	No	No le han invitado	GI 117, PR 128 Actor Ansioso	Baja Autoestima
41.	F	15	No	No	Sí	Rechazó	GI 118, PR 119 Actor Ansioso	Autoestima
42.	F	15	Sí	Sí	Sí	Rechazó	GI 129, PR 99 No Asertivo	Alta Autoestima
43.	M	15	Sí	Sí	No	No le han invitado	GI 110, PR 134 Actor Ansioso	Autoestima
44.	F	15	No	Sí	Sí	Rechazó	GI 103, PR 127 Actor Ansioso	Ni Alta Ni Baja
45.	F	16	No	Sí	Sí	Rechazó	GI 129, PR 108 Actor Ansioso	Autoestima
46.	M	15	Sí	Sí	Sí	Rechazó	GI 95, PR 128 Asertivo	Baja Autoestima
47.	M	16	No	Sí	Sí	Rechazó	GI 97, PR 112 Asertivo	Baja Autoestima
48.	F	16	No	Sí	Sí	Aceptó	GI 88, PR 144 Asertivo	Baja Autoestima
49.	F	14	No	Sí	No	No le han invitado	GI 125, PR 97 No Asertivo	Alta Autoestima
50.	M	14	No	No	No	No le han invitado	GI 99, PR 123 Asertivo	Autoestima
51.	F	14	No	No	No	No le han invitado	GI 138, PR149 Actor Ansioso	Alta Autoestima
52.	F	15	Sí	No	Sí	Rechazó	GI 111, PR 106 Actor Ansioso	Autoestima
53.	M	15	No	Sí	Sí	Aceptó	GI 132, PR 147 Actor Ansioso	Alta Autoestima
54.	M	15	Sí	Sí	Sí	Rechazó	GI 111, PR 108 Actor Ansioso	Alta Autoestima
55.	M	15	No	Sí	No	No le han invitado	GI 123, PR 97 No Asertivo	Alta Autoestima
56.	M	15	Sí	Sí	Sí	Aceptó	GI 127, PR 102 Actor Ansioso	Baja Autoestima
57.	F	16	Sí	Sí	No	No le ha invitado	GI 102, PR 145 Actor Ansioso	Alta Autoestima
58.	F	16	No	No	Sí	Rechazo	GI 97, PR126 Asertivo	Alta Autoestima

Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores del Chimalli

Nombre : _____ Edad: _____

De las siguientes preguntas elige una respuesta que se acerque más a lo que tú piensas y táchala

Una persona que fuma A) Si no lo desea no llegará a ser adicto. B) Puede llegar a ser adicto al tabaco.
2. El hábito de fumar: A) Es agradable y el daño que ocasiona no es relativo. B) Debe evitarse porque provoca un daño en el medio ambiente y en el organismo.
3. Con el grupo de amigos se experimenta: A) Sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que no dependen del usar drogas. B) Sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que se pueden perder, si no accedemos a la presión para hacer ciertas cosas, entre ellas usar drogas de vez en cuando.
4. El abuso de sustancias ocasiona: A) Problemas médicos, legales y personales. B) Si uno sabe manejar este abuso, entonces no traerá consecuencias.
5. Si un amigo es adicto: A) Es su problema, no hay nada que se pueda hacer en su beneficio. B) Podemos ayudarlo y motivarlo y acompañarlo a pedir ayuda especializada.
6. Informarse sobre la sexualidad: A) Nos permite conocer sucesos y fenómenos que de otra manera no reconoceríamos. B) No es muy importante, pues conocemos nuestro cuerpo por experiencia.
7. Reflexionar sobre nuestras sensaciones: A) Ayuda a distinguir lo "bueno" de lo "malo": B) Ayuda a pensar antes de actuar.
8. Un adolescente: Es aún demasiado joven como para ponerse a pensar cómo evitar un embarazo fuera de tiempo. Debe de saber las formas de evitar un embarazo, pues esto forma parte de su crecimiento como ser humano.
9. Cuando la gente come de más: A) Es porque se siente ansiosa y no se da cuenta que es un acto automático, que a la larga le hace daño. B) Es algo normal, pues al comer las personas sienten consuelo.
10. Un joven de mi grupo es muy agradable pero: A) No me gusta salir con él, pues no tiene suficiente dinero. B) Como es frecuente que no lleve dinero, entre todos tratamos de invitarlo, sin que se ofenda.
11. Hacer ejercicio: A) Es algo que no tiene que ver con la forma en la que nos sentimos. B) Es algo que ayuda a sentirse con energía y a mejorar el estado de ánimo.
12. Las personas jóvenes que realizan actos antisociales como el robar: A) Están muy necesitados de cariño y aceptación. B) Son personas que deberían estar en la cárcel o en otro lugar fuera de la escuela y del hogar.
13. El dinero fácil que se obtiene por corrupción o venta ilegal de drogas. A) Puede disfrutarse de la misma manera que el dinero que se obtiene del trabajo honesto. B) No se disfruta pues la angustia de hacer algo ilegal es un ingrediente negativo.
14. Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es: A) Consultar con alguna persona que haya padecido los mismos síntomas que experimentamos nosotros. B) Consultar directamente a un médico especialista.

Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores del Chimalli

15. Cuando existe una alimentación sana las personas se sienten: A) Igual que siempre. El estado de ánimo depende de otra cosa. B) Alegres y llenos de energía.
16. Tomar refresco con frecuencia: A) No tiene por que hacer daño, si así fuera, no lo venderían en las tiendas ni lo anunciarían. B) Es una mala costumbre que a la larga afecta nuestra salud.
17. Una actitud adecuada frente al fracaso es: A) Hacer lo posible por agradar a los demás para ser aceptado. B) Reflexionar en las alternativas que tenemos para hacerlo mejor la próxima vez.
18. Si por algún motivo una joven detiene un embarazo (aborta) porque ocurre cuando aún es demasiado joven lo mejor es: A) Aprender de la experiencia difícil y buscar apoyo emocional. B) Dejar de ver a sus amigos y procurar no comentarlo con nadie pues es una experiencia vergonzosa.
19. Si alguna vez un joven, tiene una mala experiencia personal legal o familiar por haber usado drogas: A) Ese joven no debe temer nada, no por eso sólo hecho, es una persona viciosa o despreciable. Lo que debería hacer es comentar esa experiencia con algún especialista. B) Si no le ocurrió nada grave, por ejemplo, haber sido encarcelado u hospitalizado será mejor no comentarlo con nadie.
20. Si en una familia existe un miembro que es alcohólico o drogadicto lo mejor es: A) Acudir a un grupo de Alcohólicos Anónimos, pues el problema afecta a toda la familia. B) La familia puede resolver los problemas si somos fuertes.
21. Cuando los padres se separan: A) Los hijos sufren, pero se dan cuenta que el problema no ha sido por su causa. B) Los hijos deben ser fieles al papá o a la mamá.
22. El exceso en el comer o en el beber: A) Es algo que forma parte de nuestra manera de ser y de vivir y por tanto no puede ser controlado a voluntad. B) Es algo que podemos aprender a controlar si tomamos conciencia de que el abuso destruye poco a poco nuestro cuerpo.
23. Reflexionar sobre los anuncios de consumo de bebidas alcohólicas ayuda a: A) Darnos cuenta de que la alegría y la capacidad de disfrutar y relacionarnos con la gente no depende del alcohol. B) Es una pérdida de tiempo, pues lo que escuchamos en radio o en la T.V. no influye en nuestra conducta diaria.
24. Conocer nuestro cuerpo: A) Es algo que no debe de suceder a nuestra edad. B) Ayuda a eliminar el miedo y a incrementar el amor a nosotros mismos.
25. Las relaciones sexuales: A) Es la consecuencia de una relación en la que existe comunicación, amor y respeto. B) Es la consecuencia de la atracción y el gusto entre los jóvenes de distintos sexos.
26. Las enfermedades de transmisión sexual son algo que: A) Se da con mayor frecuencia entre prostitutas o personas que llevan una vida sexual libre. B) Es algo que puede ocurrir entre personas que llevan una vida sexual activa.
27. Una rutina de alimentación poco sana, con comida chatarra(refresco, frituras, etc.) y alimentos consumidos fuera de casa: A) Se refleja en nuestro aspecto físico y en nuestro nivel de energía. B) Es algo de lo que hablan con frecuencia los adultos, pero que en realidad no tiene la mayor importancia.
28. Es muy frecuente que cuando busco a un amigo, me diga en su casa que está dormido, eso me hace pensar que: A) Tiene algún problema y que no puede hablar con nadie. B) Que es un flojo y que no le gusta hacer nada.
29. La meditación o la reflexión sobre nosotros mismos: A) Es algo que sirve únicamente a las personas que son religiosas. B) Les sirve a todas las personas y en especial a nosotros.
30. Los amigos que se la pasan en sus casas o en las maquinitas: A) Están influidos por los medios masivos de comunicación. B) Lo hacen porque es divertido y es una forma de pasar el tiempo.

Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores del Chimalli

<p>31. El coraje es uno de los sentimientos: A) Que experimentamos todos los seres humanos, pero que podemos aprender a manejar y controlar. B) Que experimentamos todos los seres humanos, pero para que ciertas personas sea imposible controlar.</p>
<p>32. Cuando uno anda en un grupo con los amigos, hacemos cosas que solo no haría, si esto sucede: A) No importa al fin que la culpa es de todo el grupo y así nos divertimos. B) Lo mejor cuando uno anda en un grupo es no hacer algo que después me arrepienta o me avergüence.</p>
<p>33. Los jóvenes que roban, se drogan: A) Están en riesgo de iniciar una conducta delictiva. B) Simplemente es una forma de pasar el tiempo con los amigos.</p>
<p>34. Cada cuerpo es diferente, pero la salud y el peso dependen de: A) Conocerse a uno mismo, observarse y descubrir el tipo de alimentación que nos hace sentir bien. B) Preguntar a los amigos cómo le hicieron para bajar de peso y hacer lo mismo que ellos.</p>
<p>35. Evitar las enfermedades: A) Es responsabilidad de los médicos y de los adultos. B) Debe interesarnos, pues el cuerpo sano es el que nos permite vivir bien.</p>
<p>36. Si tienes dificultades para dormir: A) Una medicina puede ayudarte. B) Reflexionar y hablar con alguien de confianza sobre los problemas que tengo últimamente me puede ayudar.</p>
<p>37. Nuestro cuerpo y nuestras partes íntimas son muy valiosos, si alguien las maltrata o abusan de nuestro cuerpo, lo mejor será: A) Reflexionar sobre por qué lo permitimos y pedir ayuda. B) Tratar de que nadie se dé cuenta de lo que está sucediendo, pues la persona que abusa de ti te quiere y no se atreverá a hacerte mucho daño.</p>
<p>38. Es frecuente que de pronto estemos abusando del alcohol en las fiestas y en las reuniones, y nuestros amigos o nuestra familia se dan cuenta, si esto ocurre lo mejor es: A) Supera el enojo que esto ocasiona y empezar a observarnos y acudir con un adulto o con un especialista de jóvenes en busca de ayuda. B) No hacer caso, los amigos y sobre todo la familia con frecuencia exagera las situaciones y se preocupan mucho. Aunque estemos bebiendo es sólo por diversión.</p>
<p>39. Cuando nuestros padres nos maltratan, lo más adecuado es: A) Callar y no comentarlo con personas fuera de la familia, porque puede ser peligroso. B) Pedir ayuda y hablar con alguien que me tenga afecto.</p>
<p>40. En la amistad lo que dura para siempre son: A) Los sentimientos positivos y las cosas buenas que nos dan las personas. B) Las relaciones con las personas, el compartir cosas juntos.</p>
<p>41. Cuando se repite el ciclo escolar lo mejor es: A) Reflexionar sobre nuestros errores y repararlos para pasar el año en otra escuela. B) Buscar una escuela en la que la actitud de los maestros sea más buena.</p>
<p>42. Cuando se experimentan problemas con la autoridad por ejemplo con los maestros, lo más recomendable es: A) Hablar con ellos para saber en que fallamos. B) Comentarlo con los compañeros y amigos.</p>

Escala de Autoestima de Rosenberg

De acuerdo a lo que tú pienses elige uno de los números como respuesta, procurando que se acerque más a lo que tú piensas.

1. Totalmente de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. Totalmente en desacuerdo.

Escala de Autoestima	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 En desacuerdo	4 Totalmente en desacuerdo
1.Siento que soy una persona de confianza.				
2.Siento que tengo buenas cualidades.				
3.Estoy inclinado a asentir que soy un fracaso.				
4.Soy capaz de hacer las cosas también como los demás.				
5.Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso (a).				
6.Tomo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7.En general estoy satisfecho (a) de mí mismo.				
8.Desearía tener más respeto para mí mismo.				
9.A veces me siento inútil.				
10.A veces siento que no soy bueno (a).				

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)

INSTRUCCIONES:

Algunas personas tienen problemas para manejar situaciones en las que es necesario expresar sinceramente sus ideas, defender sus derechos o mostrar seguridad en sí mismos, por ejemplo: rechazar una petición, pedir un favor, halagar a alguien, expresar desaprobarción o aprobación, etc. Por favor indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que está a la izquierda de cada situación en la lista de la siguiente página. Utilice la siguiente escala para indicar el grado de incomodidad:

Después lea la lista por segunda vez e indique en el espacio de la derecha la probabilidad de que usted actúe así, si realmente se le presentara esa situación. Por ejemplo, si usted muy rara vez pide disculpa, marcaría un "4" después de la situación. Utilice la siguiente escala para indicar la probabilidad de respuesta:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Mucho 5. Demasiado | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre lo haría 2. Usualmente lo haría 3. Lo haría la mitad de las veces 4. Rara vez lo haría 5. Nunca lo haría |
|---|---|

Trate de contestar con la mayor sinceridad posible y no deje ninguna situación sin contestar.

Grado de Incomodidad	Situación	Probabilidad de respuesta
	1. Rechazar una petición para prestar un objeto.	
	2. Elogiar a un amigo.	
	3. Resistir la presión de un vendedor.	
	4. Pedir un favor a alguien.	
	5. Rechazar una invitación a una reunión.	
	6. Disculparse cuando se está en un error.	
	7. Admitir que tiene miedo y pedir tolerancia.	
	8. Informar a una persona relacionada íntimamente contigo que ha dicho algo de ti que realmente te molesta.	
	9. Preguntar al tener una duda.	
	10. Admitir ignorancia en algún tema.	
	11. Rechazar una petición para prestar dinero.	
	12. Preguntar cosas íntimas.	
	13. Callar a un amigo hablantín.	
	14. Pedir una crítica constructiva.	
	15. Iniciar una conversación con extraños.	
	16. Elogiar a una persona involucrado sentimentalmente contigo o de quien estas interesado.	
	17. Pedir una cita a alguien.	
	18. Si una petición inicial te rechazan, pedirla para otra ocasión.	
	19. Admitir confusión sobre algún tema.	
	20. Solicitar empleo.	
	21. Preguntar si he ofendido a alguien.	
	22. Pedir un servicio cuando este no llega (ejemplo en un restaurante cuando no te atiende rápidamente).	
	23. Discutir con las personas abiertamente críticas sobre mí persona.	
	24. Rechazar cosas defectuosas en la tienda, etc.	
	25. Expresar una opinión que es diferente con los que estoy hablando.	
	26. Resistir insinuaciones sexuales cuando no estoy interesado(a).	
	27. Decirle a una persona que ha hecho algo injusto para ti.	

Grado de Incomodidad	Situación	Probabilidad de respuesta
	28. Aceptar una cita.	
	29. Dar a alguien buenas noticias sobre uno mismo.	
	30. Resistir la presión de los amigos o familiares para beber (bebidas alcohólicas).	
	31. Resistir una petición injusta de alguien a quien estimas.	
	32. Dejar la escuela.	
	33. Resistir la presión para decidir lo que realmente piensas.	
	34. Discutir de la manera más franca las críticas que hagan a tú trabajo.	
	35. Solicitar las cosas que preste.	
	36. Aceptar elogios y cumplidos.	
	37. Continuar conversando con alguien con el que estoy de acuerdo.	
	38. Decirle a un amigo (a) o compañero (a), que ha dicho algo que me molesto.	
	39. Pedir a una persona que molesta lo que hace en público y que deje de hacerlo.	

*Nota: Es importante tapar la columna izquierda (grado de incomodidad), mientras contesta la columna derecha (probabilidad de respuesta). De otra manera un puntaje puede contaminar al otro y la evaluación no será adecuada. Para evitar esto, coloque un pedazo de papel sobre la primera columna mientras contesta la segunda.

Hoja de Calificación de la Escala de Actitud ante los mensajes protectores del Chimalli

Nº de Pregunta	Área	Calif.	Sujetos	Subárea	Total	Total por área	Nivel de protección grupal	Dx. Protección por área.
1	DROGAS	B		tabaquismo				
2	DROGAS	B		tabaquismo				
3	DROGAS	A		drogas				
4	DROGAS	A		drogas				
5	DROGAS	B		drogas				
6	SEXUALIDAD	A		información sexual				
7	SEXUALIDAD	B		conducta sexual				
8	SEXUALIDAD	B		anticonceptivos				
9	CONSUMISMO	A		comida chatarra				
10	CONSUMISMO	B		uso de dinero				
11	CONSUMISMO	B		Ejercicio				
12	ACT.ANTISOC	A		robos mayores				
13	ACT.ANTISOC	B		venta de drogas				
14	SALUD	B		servicios médicos				
15	SALUD	B		hábitos alimenticios				
16	SALUD	B		hábitos alimenticios				
17	EVENT.NEGAT	B		personal				
18	EVENT.NEGAT	A		personal				
19	EVENT.NEGAT	A		personal				
20	EVENT.NEGAT	A		familiar				
21	EVENT.NEGAT	A		familiar				
22	DROGAS	B		alcohol				
23	DROGAS	A		alcohol				
24	SEXUALIDAD	B		información sexual				
25	SEXUALIDAD	A		conducta sexual				
26	SEXUALIDAD	B		información sexual				
27	CONSUMISMO	A		comida chatarra				
28	CONSUMISMO	A		tiempo libre				
29	CONSUMISMO	B		vida espiritual				
30	CONSUMISMO	A		juegos electrónicos				
31	ACT.ANTISOC	A		agresión				
32	ACT.ANTISOC	B		agresión				
33	ACT.ANTISOC	A		robos menores				
34	SALUD	A		peso corporal				
35	SALUD	B		enfermedades				
36	SALUD	B		dificultad para dormir				
37	EVENT.NEGAT	A		personal				
38	EVENT.NEGAT	A		personal				
39	EVENT.NEGAT	B		familiar				
40	EVENT.NEGAT	B		grupo de iguales				
41	EVENT.NEGAT	A		escolar				
42	EVENT.NEGAT	A		escolar				

NUMERO DE REACTIVOS POR ÁREA: DROGAS: 7; SALUD:6; SEXUALIDAD:6; ACTOS ANTISOCIALES: 5; EVENTOS NEGATIVOS: 11.