

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LA ADICCIONES

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
LAURA ARACELI CERERO GOMEZ**

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. MARIA ELENA MEDINA-MORA I.

JURADO DE EXAMEN: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

MTRA. MA. ELENA CASTRO S.

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

MTRA. GUILLERMINA NATERA R.

MTRO. MIGUEL ANGEL MEDINA

MEXICO, D.F.

2004



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional autónoma de México, por brindarme educación y las herramientas necesarias para este trabajo

Con respeto y sincero agradecimiento a mis profesores y en especial a la Dra. Medina-Mora, a la memoria del Dr. Ayala y al Mtro. Jorge Villatoro, por su orientación, consejo y apoyo otorgado para la realización de este trabajo.

Con todo mi cariño, respeto y admiración, al Colegio Madrid A.C., en especial a: Ramona Compte, Rosa María Melgar y Alejandro Pérez, por su confianza, apoyo y aliento hacia este trabajo.

Con amor a: Eddy, Elvira, Gis, Eddy, Norma, Emiliano, Francisco y a mis amigas, por su compañía y afecto en todo momento.

## INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
INFORME GENERAL DE ACTIVIDADES DE RESIDENCIA	3
INFORME 1er. SEMESTRE	4
INFORME 2do SEMESTRE	12
INFORME 3er SEMESTRE	24
INFORME 4to. SEMESTRE	32
CAPITULO II	
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN ADICCIONES	38
FACTORES ASOCIADOS CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO	49
FACTORES INDIVIDUALES	49
FACTORES FAMILIARES	50
FACTORES SOCIALES, GRUPO DE PARES	53



DISPONIBILIDAD DE LA SUSTANCIA	55
MEDIOS DE COMUNICACION Y OTROS FACTORES	56
SEXUALIDAD	57
PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LAS ADICCIONES Y CONDUCTAS RELACIONADAS	67
FUNDAMENTO TEORICO, TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL	91
METODOLOGÍA	117
OBJETIVO	117
SUJETOS	117
TIPO DE MUESTRA	117
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	118
INSTRUMENTOS	118
PROCEDIMIENTO	119
CONTENIDO DEL TALLER "POR UNA ADOLESCENCIA SANA Y RESPONSABLE"	120
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	124
RESULTADOS	124
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	161

CONCLUSIONES	166
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	168
REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS	171
ANEXOS	180

## INTRODUCCIÓN

Los recientes estudios epidemiológicos y sociales (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, Juárez, 2002) muestran un incremento en problemas emocionales, conductuales, cognoscitivos, psicofisiológicos entre la población de nuestro país. Estos problemas se encuentran íntimamente ligados a problemas de mala nutrición, problemas económicos, contaminación ambiental, desintegración familiar, y niveles educativos cada vez más pobres. En este sentido nuestro país y nuestras instituciones intentan transformarse, lo que hace necesario que los profesionales respondamos a estos cambios preparándonos en diversas áreas que ayuden a analizar, detectar y atender problemas de salud en un nivel preventivo.

Especialmente algunos de los temas que deben ser estudiados en nuestro país se relacionan con la adolescencia, pues esta, se caracteriza por un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales que determinan la transición de la infancia a la edad adulta. En consecuencia, existe una mayor vulnerabilidad de desarrollar conductas de alto riesgo como pueden ser: el abuso de alcohol, el consumo de tabaco y otras drogas, así como trastornos de sexualidad incluyendo enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. En este sentido investigaciones actuales demuestran que estos problemas están interrelacionados, así, un joven que usa drogas es frecuente que tenga problemas con su sexualidad, cometa actos antisociales y tenga también problemas con su familia y con sus maestros, (Castro, 1993 y Jassor, 1989). En nuestro país, investigaciones epidemiológicas indican que en la adolescencia es donde por lo general se empieza a probar alcohol, tabaco e incluso otras drogas (Castro y Maya, 1994; Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra, 1999; Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, 1997). No obstante, diversas encuestas señalan que tanto hombres como mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19

años y que estos cuentan con escasos conocimientos sobre la sexualidad, (Pick, 1994; Pick, Andrade, Díaz Lovin, Atkin 1988; Pick, Givaudan, Saldivar Garduño, 1996; Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Alcántar Navarro, Blanco, 1999).

Lo anterior ocasiona serios problemas en diferentes ámbitos. En este sentido en las últimas décadas la Psicología se ha convertido en un apoyo importante para la solución de problemas relacionados con la salud, la educación, la productividad, etc.

El plan de estudios de la Maestría en Psicología Profesional, ubicado dentro del Programa de Residencia De Las Adicciones, tiene como principal objetivo, formar psicólogos en el área de las adicciones, capacitándoles en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales útiles para la comprensión e intervención en los problemas del área.

Así a través de este reporte, describo dos cosas:

- 1) Informe de las competencias profesionales, describiendo las actividades realizadas en la Maestría en Psicología Profesional, ubicada dentro del Programa de Residencia De Las Adicciones
- 2) Resultados de una investigación donde puse en práctica los conocimientos adquiridos, desarrollando y evaluando un taller preventivo, basado en la teoría del aprendizaje social, mismo que tuvo como principal propósito promover el incremento de las conductas saludables en la adolescencia, donde además de dar información se contemplaron estrategias para fomentar la resistencia a influencias sociales a través del incremento en la autoconfianza y el autocontrol.

**CAPITULO I**  
**INFORME GENERAL DE ACTIVIDADES DE RESIDENCIA**

La Maestría en Psicología Profesional, con un Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones, tiene como objetivo la formación de psicólogos en el área de las adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema. En dicho programa, los egresados deberán contar con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones, así como para el diseño y realización de proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial, experimental aplicada y de proceso en el área.

En este informe se describirán las actividades realizadas en los cuatro semestre de la maestría, haciendo énfasis en las siguientes actividades:

- Descripción de las principales actividades en la incorporación de algún proyecto de investigación
  
- Seminarios y talleres recibidos en la residencia; mencionando objetivos, contenidos y evaluación personal de cada una de las diferentes actividades.
  
- Temas complementarios, donde se describirán la asistencia y/o participación en otras actividades de formación adicionales a las del programa.
  
- Asignaturas correspondientes al semestre

**INFORME 1er. SEMESTRE**  
**INCORPORACION AL PROGRAMA INVESTIGACIÓN**

Dentro del programa de Residencia una de las principales actividades, fue la incorporación a un proyecto de investigación, que se desarrollará dentro de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

**NOMBRE DEL PROYECTO:**

Prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes. Medición 1997. Análisis de factores asociados al consumo de sustancias.

**DESCRIPCION:** El objetivo de este proyecto fue evaluar cual es la extensión del problema y como ha evolucionado el consumo de drogas y alcohol en el Distrito Federal, a través de una recolección de datos aleatorios en aproximadamente 15,000 estudiantes de niveles medio y medio superior. Esta investigación forma parte del seguimiento epidemiológico que ha venido realizando el Instituto sobre este problema. En esta medición se evaluó el ambiente familiar, la relación con los amigos y valores, con el objeto de conocer su relación con el consumo de drogas y alcohol.

**INSTITUCION:** "INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA"

**ASESOR:** Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velázquez  
Investigador Titular B

Este proyecto tiene como propósito, conocer la situación de consumo de drogas entre los estudiantes y de esta manera orientar los programas de prevención. Apoyado por la Secretaría de Educación Pública, en colaboración con el Instituto Mexicano de Psiquiatría se han venido realizando encuestas en la población de enseñanza media y media superior desde 1974.

Mi incorporación correspondió con los datos de la última encuesta, los cuales fueron obtenidos durante los meses de noviembre y diciembre de 1997, en una muestra de 10,173 estudiantes de escuelas oficiales y particulares incorporadas; secundarias, bachilleratos y bachillerato técnico (técnicas). La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado auto aplicable y utilizando los indicadores propuestos por la OMS. El diseño de la muestra les permitió estimar prevalencias por cada nivel escolar y cada una de las 16 delegaciones del Distrito Federal.

Las principales actividades que realice fueron:

- Conocer los antecedentes teóricos y metodológicos de la investigación
- Revisar:
  - Los instrumentos
  - La aplicación
  - El análisis de datos
  - La interpretación de los resultados
- Elaborar reportes

SEPTIEMBRE

- Principales actividades realizadas: Inducción al proyecto y al equipo de trabajo.

Lecturas de los resultados de las Encuestas de consumo de Drogas en Estudiantes, con una especial atención a la última medición de otoño 1997, y revisión del cuestionario que conforma dicha encuesta.

Así mismo se llevó a cabo una presentación con el equipo de trabajo y una descripción de sus actividades, horarios, etc.

OCTUBRE

- Desarrollo de un Plan de actividades:

Apoyo en actividades relacionadas al proyecto, en esta área se efectuaron: revisiones de tablas de resultados de la encuesta para diferentes estados, así como la elaboración de tablas en computadora de los resultados de la encuesta, vinculadas a diferentes variables relacionadas con estudiantes de nivel bachillerato: (variables sociodemográficas, sustancias médicas por tipo de escuelas, sustancias medicas por tipo de estudiante, sustancias médicas por estructura familiar, sustancias ilegales por tipo de escuelas, sustancias ilegales por tipo de estudiante, sustancias ilegales por estructura familiar, alcohol y tabaco por tipo de escuela, alcohol y tabaco por tipo de estudiante, actos antisociales por tipo de escuela, actos antisociales por tipo de estudiante), por otro lado se realizaron adecuaciones en el orden de artículos archivados. Por último se realizó una revisión de los resultados de la encuesta de 1997, con la finalidad de elegir un tema para posteriormente estructurar actividades encaminadas a la publicación de un artículo en relación al tema elegido.



## NOVIEMBRE

- Con base al tema elegido para la publicación de un artículo, las actividades se encaminaron en la búsqueda bibliográfica.

El tema seleccionado fue: Analizar la tolerancia social (como veían sus familiares maestro y amigos el consumir alcohol), el ambiente familiar y las normas en relación al consumo de alcohol. Posteriormente se inició la elaboración del Marco Teórico y el Método, para la investigación.

## DICIEMBRE

- En este mes tuve la oportunidad de presenciar y participar en la aplicación de cuestionarios (Encuestas de Consumo de Drogas en Estudiantes), en una escuela de nivel medio superior a aproximadamente 800 alumnos.
- Igual mente se llevaron acabo actividades dirigidas a perfeccionar el Marco Teórico y el Método, para la publicación, así como realizar el análisis estadístico respectivo, cabe señalar que la publicación de dicho artículo se efectuó, en el 2001, con una publicación en la revista SESAM, Vol. 1 No. 9 con el nombre del artículo: " El rol de las normas familiares y el ambiente interpersonal en el consumo de alcohol en las adolescentes".

## SEMINARIOS Y TALLERES RECIBIDOS

### SEPTIEMBRE

FECHA	MODALIDAD	TEMA	DOCENTE	OBJETIVOS
09 de Sep.	Seminario	Modelos epidemiológicos en población general	Dra. Patricia Cravioto	Panorama de los modelos epidemiológicos

10 de Sep.	Seminario	Teorías genéticas	Dr. Carlos Cruz	Teorías genéticas en relación a la dependencia del alcohol
23 de Sep.	Seminario	Modelo epidemiológico en población escolar	Mtro. Jorge Villatoro	Resultados de la Encuesta de Estudiantes 1997
24 de Sep.	Seminario	Conceptos básicos	Dra. Medina – Mora	Conceptos básicos
24 de Sep.	Seminario Exp.	Neurología de las adicciones	Dr. Marco Polo Peña	Neurología de las adicciones
3 de Sep.	Seminario Exp.	Teorías cognitivo conductual	Dr. Héctor Ayala	Teorías cognitivo conductual

#### OCTUBRE

FECHA	MODALIDAD	TEMA	DOCENTE	OBJETIVOS
4, 11, 18 Y 25 de Oct.	Taller	Adicciones y Salud (diseños Epidemiológicos).	Mtro. Guilherme Borges	Epidemiología, incidencia, prevalencia
7 Y 14 de Oct.	Seminario	Paradigmas Psicosociales. Investigación Etnográfica	Dr. Luis Berruecos	Importancia de la investigación Etnográfica
21 de Oct.	Seminario	Metodología cualitativa	Mtra. Guillermina Natera	Diferencia entre métodos cuantitativos y cualitativos

28 de Oct.	Seminario	Técnicas Cualitativas	Dra. Martha Romero	Estudios cualitativos en mujeres alcohólicas
28 de Oct.	Seminario	Evaluación y análisis	Dra. Patricia Cravioto	Panorama de las drogas en Juárez
22 de Oct.	Seminario	Drogas	Dra. Silvia Cruz	Diferentes tipos de drogas
1, 15, 22 y 29 de Oct.	Seminario	Conceptos Básicos	Dra. Medina – Mora	Estado de Arte en Resiliencia, El Cerebro y las Drogas, Que Hacer con las Drogas, Políticas Vigentes y Alternativas Emergentes,
1, 15, 22 y 29 de Oct.	Seminario	Neurología de las adicciones	Dr. Marco Polo Peña	Neurología de las adicciones
29 de Oct.	Seminario	Temas emergentes en Adicciones y forma de abordarlos	Dr. Arturo Ortiz	Investigaciones cualitativas en niños de la calle.

#### NOVIEMBRE

FECHA	MODALIDAD	TEMA	DOCENTE	OBJETIVOS
05 de Nov.	Seminario	Neurología de las adicciones	Dra. Pilar Milca	Neurología de las adicciones
11 de Nov.	Seminario	Riesgos Resiliencia	Dra. Helen Castro	Los niños, la resiliencia y las drogas

26 de Nov.	Seminario	Aspectos Farmacológicos	Dr. Luis Solis	Aspectos Farmacológicos
6, 13, 20 y 27 de Nov.	Seminario	Conceptos Básicos	Dra. Medina – Mora	Programa contra las Adicciones Secretaria de Salud 1994., Seguridad Pública y Consumo de Alcohol en Situaciones Especiales.
6, 13, 20 y 27 de Nov.	Seminario	Neurología de las adicciones	Dr. Marco Polo Peña	Neurología de las adicciones
18 DE Nov.	Seminario	Uso de cocaína	Mtra. Eva Rodríguez	Uso de cocaína

#### DICIEMBRE

FECHA	MODALIDAD	TEMA	DOCENTE	OBJETIVOS
02 de Dic.	Seminario	Métodos Cualitativos	Mtra. Guillermina Natera	Métodos Cualitativos
09 de Dic.	Seminario	Panorama Social de las Drogas	Mtra. Laura Díaz Leal	Aspectos sociales importantes en el tema de las drogas.
04 y 11 de Dic.	Seminario	Conceptos Básicos	Dra. Medina – Mora	Trabajo final. Presentación de un Anteproyecto.
04 y 11 de Dic.	Seminario	Neurología de las adicciones	Dr. Marco Polo Peña	Neurología de las adicciones

03 de Dic.	Seminario	Síndrome Alcohólico Fetal	Dra. Rosa I. Luna	Consecuencias de consumo de alcohol en el embarazo
------------	-----------	---------------------------	-------------------	--

ACTIVIDADES ACADEMICAS COMPLEMENTARIAS

MES	MODALIDAD	TEMAS
Sep., Oct., Nov., Dic.,	Junta	Asistencia a una junta por mes, relacionada con temas de adicciones en el IMP
08 de Oct.	16 Reunión de Investigación en el IMP	Asistencia, temas relacionados con las drogas.
Diciembre	Trabajo Final, complemento de los Seminarios	Prevención

**INFORME 2do. SEMESTRE**  
**INCORPORACION AL PROGRAMA INVESTIGACIÓN**

Dentro de las actividades de Residencia, las principales actividades, fueron la incorporación a varios proyectos de investigación, pero ahora que estos se desarrollaran dentro de la Facultad de Psicología.

I. NOMBRE DEL PROYECTO: Capacitación del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema

DESCRIPCION: Dentro de los propósitos de este proyecto se encontraban principalmente: 1) Recibir una capacitación para impartir el curso de: "Auto cambio Dirigido para bebedores Problema 2) Llevar a cabo adaptaciones apropiadas al manual de dicho curso, que se entregaría a quienes se inscribieran en la capacitación, 3) Desarrollar estrategias de capacitación que facilitarían la adquisición del programa así como lograr un mayor entendimiento de este y 4) Modificaciones al material usado en las presentaciones.

INSTITUCION: "UNAM" Facultad de Psicología  
Centro de Servicios Psicológicos

RESPONSABLE: Lic. Leticia Echeverría

El objetivo principal del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, fue la prevención y el tratamiento encaminado a bebedores excesivos de alcohol. A través de la aplicación de programas breves y efectivos que cubrieran

las necesidades propias de los usuarios y que, a su vez, fueran atractivos para los mismos. Como una alternativa dentro del tratamiento, para esta población es la moderación en el consumo, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su ingesta, en este tipo de programas la persona tiene la oportunidad de participar de manera directa en su tratamiento a través del establecimiento conjunto (terapeuta – usuario) de metas flexibles y realistas, incrementado a sí su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

El programa de Autocontrol Dirigido, fue desarrollado por los doctores Sobell en la Fundación para la investigación de las Adicciones en Toronto, Canadá, y este ha tenido un particular impacto por su descripción para el desarrollo de planes de tratamiento. Este se caracteriza por ser un proceso de tratamiento "efectivo" y menos "restrictivo" diseñado para ayudar al usuario (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998).

En México su aplicación incorpora algunas variaciones de acuerdo con las condiciones y contingencias locales.

Las características del programa son las siguientes (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998):

1. Es un programa motivacional para bebedores problema que no dependen físicamente de alcohol y que desean modificar su consumo.
2. Se ofrece en una modalidad de consulta externa.
3. Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

4. Se denomina de autocontrol porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la ayuda del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta. Es decir el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

#### DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

1. Capacitación para impartir del curso; se realizaron las siguientes actividades:
  - a) Asistencia a dos cursos de capacitación, con algunas intervenciones
  - b) Sesiones de repaso de los temas
  - c) Asistencia a un curso mas, incrementando el nivel de intervención
  - a) Sesiones de retroalimentación de la exposición
  
2. Adaptaciones al manual que se entrega a quienes se inscriben al curso; para lograr este propósito, se efectuaron las siguientes actividades:
  - a) Revisión de bases bibliográficas
  - b) Comparación de diferentes manuales
  - c) Determinar alternativas de cambios al manual
  
3. Desarrollo de estrategias de capacitación que facilitaran la adquisición del programa así como lograr un mayor entendimiento; en este sentido se realizaron las siguientes estrategias:
  - a) Revisión de bases bibliográficas



- b) Comparación de diferentes técnicas de capacitación
  - c) Determinar los cambios a la presentación así como la implementación de diferentes dinámicas.
4. Modificaciones al material usado en las presentaciones, llevando a cabo las siguientes actividades:
- b) Revisión del material
  - c) Diseñar diferentes métodos de presentación
  - d) Elegir los materiales más apropiados para el curso
5. Dirección de una platica para padres en el CONAPEL # 48 Iztapalapa, con el tema, "Consumo de drogas en los adolescentes".

II. NOMBRE DEL PROYECTO: Programa de prevención Secundaria para Adolescentes que inician el consumo de Drogas

DESCRIPCION: Este proyecto tenía como objetivo el desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para jóvenes que consumen drogas.

INSTITUCION: "UNAM" Facultad de Psicología

RESPONSABLE: Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

El objetivo de este proyecto fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para jóvenes que consumen drogas, a través de las siguientes actividades: a) identificar los patrones conductuales de consumo de drogas en los adolescentes antes del tratamiento, b) identificar el déficit en habilidades de autocontrol y afrontamiento que tengan en relación con el mantenimiento de la conducta adictiva en los adolescentes que consumen drogas antes de iniciar el tratamiento, c) identificar las consecuencias que mantienen la conducta de consumo de drogas en adolescentes que consumen drogas antes de iniciar el tratamiento, d) promover alternativas de cambio cognoscitivo conductual a través del tratamiento e) identificar si existen nuevas alternativas que promuevan conductas prosociales y de reducción en el consumo de drogas después del tratamiento, f) identificar si existen cambios en las habilidades de afrontamiento y autocontrol que se relacionen con la disminución en el consumo de drogas al finalizar el tratamiento y el seguimiento y g) identificar si la disminución en los patrones de consumo se mantiene a través de un seguimiento al mes, tres y seis meses de terminado el programa de intervención.

Las características del programa son las siguientes:

Programa motivacional para adolescentes que presentan consumo de drogas en un periodo no mayor de dos años en forma ocasional, habitual y/o abuso de alguna sustancia sin ser dependiente severo a la sustancia, el diseño que emplea es un modelo de Intervención Secundaria para jóvenes caracterizado por tener una línea base, un tratamiento y un seguimiento.

Las actividades que desarrollé dentro de este proyecto fueron las siguientes:

1. Revisión y discusión de la bibliografía

2. Entrenamiento en el tratamiento
3. Apoyo en el diseño de material didáctico para impartir talleres a maestros, padres de familia y alumnos.
4. Dirección de platicas, con el tema "Consumo de drogas en los Adolescentes", a padres, alumnos y profesores, en:  
Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Naucalpan y en el Conalep # 24
5. Observaciones a través de la cámara de Gesell de diferentes sesiones de tratamiento.

#### APOYO EN SEGUIMIENTO DE CASOS

##### Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema

Otra de las actividades en la residencia consistió en apoyar en los seguimientos de casos en el "Programa de Autocambio Dirigido para bebedores Problema".

Por seguimiento se debe entender que son intervalos designados, sistemáticos, estructurados, de contacto individual posteriores al tratamiento. Se ha observado que existen beneficios importantes para el usuario, así mismo un sistema organizado de seguimiento proporciona ganancias que son difíciles de obtener de otra manera.

Por otro lado el seguimiento sistemático, es un compromiso con el tratamiento. Sin la información que el seguimiento puede proveer, el personal de tratamiento está trabajando en el vacío. No tiene una retroalimentación confiable para ayudarles a descubrir y evaluar nuevas propuestas para valorar la efectividad de lo que están haciendo, para aprender cómo comparar a los nuevos usuarios con óptimas propuestas. A fin de aprender la gente necesita retroalimentación. Sin esta es difícil o imposible conocer a quiénes se ayudó, a quién se lastimó y quien no cambió por el tratamiento. Entonces, una primordial e importante razón para hacer un compromiso para un seguimiento sistemático, es proporcionar este tipo de retroalimentación, que ayuda al personal de tratamiento a mejorar sus habilidades y finalmente, ser más efectivos al tratar las adicciones.

También otro beneficio igualmente importante del seguimiento sistemático es su impacto directo en los propios usuarios. Se ha observado que ha menudo estos aprecian las visitas de seguimiento, percibiéndolas como una preocupación constante y un cuidado por parte del centro de tratamiento.

Las entrevistas planeadas del seguimiento, especialmente a intervalos de riesgo pico en el tratamiento, pueden también servir como sesiones motoras, reforzando el proceso de tratamiento. Puede descubrirse una recaída inminente, permitiendo al usuario y al terapeuta renovar sus esfuerzos para prevenirla. Los usuarios que han recaído, pueden ser redirigidos hacia la recuperación. Pueden revelarse nuevos aspectos, por lo que se puede sugerir pasos adicionales que el usuario necesite llevar a cabo para mantener la meta. En una forma real, el seguimiento sistemático es cuidado posterior.

Otro importante beneficio, es llevar un registro de los resultados. Los programas de tratamiento deben fundamentarse en informes anecdóticos, cuestionarios y de las impresiones del personal a fin de documentar su eficacia. Ya que estos resultados son el apoyo para las decisiones futuras relacionadas a los tratamientos.

Finalmente, un seguimiento estructurado permite que los programas compartan nuevos conocimientos entre si. Cuando se reúne la información de manera sistemática, siguiendo el tratamiento, es posible proporcionar resúmenes de esta información, de tal forma que puedan ser útiles en otros programas para diseñar propuestas futuras de tratamiento. ¿Cuáles son los resultados de una propuesta especial para tratamiento?, ¿ciertos tipos de individuos son más accesibles para responder y otros de recaer?, ¿algunos tipos diferentes de tratamiento trabajan mejor con un tipo de persona que con otro? ¿qué tan efectiva es una intervención breve bien planeada, en comparación con las más intensivas (y costosa)?, las respuestas a estas preguntas tan importantes pueden ser derivadas de un seguimiento sistemático.

Las actividades dentro de este proyecto consistieron principalmente en el apoyo para realizar seguimientos a los usuarios, correspondientes a los 6 y 12 meses; esto durante abril, mayo y julio.

#### SEMINARIOS

Durante este semestre, además de las meterías correspondientes, se impartieron los siguientes seminarios:

Título: Modelos de Intervención en Adicciones

Responsables: Dr. Héctor Ayala Velázquez

Mtro: César A. Carrascoza V.

Mtro. Fernando Vázquez

Mtra. Carmen Millé

El principal propósito de estos seminarios, fue la aproximación a los diversos modelos de tratamiento y rehabilitación de adictos a diversas sustancias, así como el entrenamiento de alternativas de tratamiento y rehabilitación.

La dinámica del curso se desarrolló en la modalidad de seminario, a través de lecturas, discusión y control de las mismas así como un trabajo final que englobara los temas revisados.

Las unidades revisadas fueron las siguientes:

Unidad I. El psicólogo en el campo del abuso de sustancias. Teoría y modelos de adicciones.

Objetivo específico.- Ubicar la pertinencia del psicólogo como un profesionalista de la salud, así como analizar su rol como agente de cambio conductual.

Unidad II. Procesos de cambio en los bebedores problema.

Objetivo específico.- Analizar diversos modelos de tratamiento para los bebedores problema, así como la eficacia de los mismos.

Unidad III. Replanteamiento de los procesos de cambio de la conducta adictiva.

Objetivo específico.- Analizar diferentes aproximaciones conductuales de intervención, en el campo de la salud pública, para el cambio de las conductas adictivas.

#### Unidad IV. Estados Adictivos

Objetivo específico.- Analizar los conceptos actuales más relevantes respecto a las adicciones y su relación con el paradigma del aprendizaje.

#### Unidad V. Autocontrol

Objetivo específico. Analizar el modelo general de autocontrol, en términos de sus antecedentes históricos, sus principios teóricos, así como diseñar estrategias de aplicación a la conducta adictiva.

#### Unidad VI. Autoeficacia

Objetivo específico.- analizar la forma en que los procesos cognitivos interactúan de manera recíproca con los conductuales en la determinación del comportamiento personal eficiente.

Título:                    **Procesos Básicos y Modelos de Intervención en Psicología de las Adicciones.**

Responsables:       **Mtro. Fernando Vázquez**

**Mtro. César Carrascoza**

Las unidades revisadas fueron las siguientes:

Unidad I. Sensopercepción.

Unidad II. Motivación y Emoción

Unidad III. Pensamiento y Lenguaje

Objetivos.- Estudiar los principios psicológicos, que están íntimamente ligados a los modelos teóricos tales como el autocontrol, autoeficacia, afrontamiento, etc.

Título: Programas Preventivos

Responsable: Mtra. Carmen Millé

Las unidades revisadas fueron las siguientes:

Unidad I. Modelos teóricos, conceptos básicos, políticas y normas acerca de la prevención.

Objetivo específico.- revisar los diferentes modelos, sus aportaciones así como el impacto de estos en las políticas y normas actuales de prevención.

Unidad II. Modelos de trabajo de prevención primaria. Características y requisitos para la elaboración, seguimiento y evaluación de proyectos preventivos.

Objetivo específico.- estudiar el impacto de la prevención primaria y la necesidad de elaboración de programas encaminados a este tipo de prevención.

Unidad III. Taller de Programas dirigidos a adultos, adolescentes y niños

Objetivo específico.- revisión del programa construye tu vida sin adicciones

Unidad IV. Modelos de trabajo preventivo a través de los medios de comunicación

Objetivo específico.- analizar el impacto de la comunicación en relación a las drogas.



Unidad V. Orientación preventiva en líneas telefónicas

Objetivo específico.- conocer la campaña telefónica vive sin drogas

#### ACTIVIDADES ACADÉMICAS COMPLEMENTARIAS

1. Asistencia a la Presentación del Disco Compacto

"Resultados de las Encuestas de Consumo de Drogas en estudiantes SEP-IMP

Auditorio del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Marzo 2000.

2. Asistencia a la Conferencia Magisterial

"Apoyo y evaluación de iniciativas para la Salud y el Desarrollo Comunitario".

Auditorio de la Facultad de Psicología, junio 2000.

**INFORME 3er. SEMESTRE**  
**INCORPORACION AL PROGRAMA INVESTIGACIÓN**

Las actividades de residencia en este semestre estuvieron en gran medida vinculadas en el apoyo a los diferentes proyectos de investigación incorporados al área de adicciones. En este sentido los proyectos en los que estuve participando fueron los siguientes:

PROYECTO: Capacitación del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema

INSTITUCION: "UNAM" Facultad de Psicología  
Centro de Servicios Psicológicos

RESPONSABLE: Lic. Leticia Echeverria

Los principales objetivos de este proyecto fueron descritos en el apartado correspondiente al segundo semestre

**DESCRIPCION DE ACTIVIDADES:**

En este semestre las principales actividades fueron:

Capacitación de los Médicos de Fomento a la Salud inscritos en alguna clínica correspondiente a las delegaciones del IMSS.

Se impartieron cuatro cursos de capacitación en diferentes delegaciones del IMSS, uno en Cuernavaca Morelos, dos en el Hospital de la Raza y uno más en la clínica 41.

PROYECTO: Programa de prevención Secundaria para Adolescentes que inician el consumo de Drogas

INSTITUCION: "UNAM" Facultad de Psicología

RESPONSABLE: Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Los principales objetivos de este proyecto fueron descritos en el apartado correspondiente al segundo semestre

Las actividades que se desarrollaron dentro de este proyecto fueron las siguientes:

- Revisión y discusión de fuentes bibliográficas
- Apoyo en platicas informativas dirigidas a los alumnos del CCH Naucalpan y Secundarias con el propósito de sensibilizarlos para evaluar su ingreso al programa.
- Observaciones a través de la cámara de Gesell de diferentes sesiones de tratamiento.
- Atención a usuarios consumidores de diferentes drogas.

ATENCION A USUARIOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL  
PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

Los principales objetivos de este programa fueron descritos ya anteriormente; los principales fundamentos del programa, están basados en una intervención motivacional para bebedores problema que no dependen severamente del alcohol y que desean tomar mayor responsabilidad para resolver su problema, esta formado por una sesión de admisión una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento.

Dentro de las actividades, se encontraron:

1. Entrenamiento en el tratamiento a través de observaciones de la cámara de Gesell:

Donde se revisaron los siguientes sesiones:

- a) Admisión
- b) Evaluación
- c) Primera sesión de tratamiento
- d) Segunda sesión de tratamiento
- e) Tercera sesión de tratamiento
- f) Cuarta sesión de tratamiento

2. Atención a usuarios consumidores de alcohol

En este apartado se incluyen tres seminarios:

### 1. Modelo de intervención breve para adolescentes que consumen drogas

Este proyecto, ya fue descrito anteriormente, dentro de sus principales objetivos, destacaban, el desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para jóvenes que consumen drogas. La responsable del proyecto y del seminario fue la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez. Los temas revisados en este seminario, se dirigieron a la revisión de las sesiones de la intervención, las cuales resumo a continuación:

Componentes del modelo están divididos en las siguientes etapas:

- a) Detección de casos: Esta etapa indica la identificación de casos a través de los maestros, personal de la salud y psicólogos de la escuela, para que a través de ellos se lleve a cabo la canalización de los casos identificados. Así mismo en apoyo a esta actividad se, brinda información a los adolescentes por medio de platicas y trípticos.
- b) Evaluación: Tiene como objetivo el evaluar el patrón de consumo en frecuencia y cantidad, la identificación de las sustancias de consumo y el nivel de dependencia de los consumidores identificados.
- c) Inducción: En esta etapa se pretende crear un adherencia al tratamiento
- d) Tratamiento: Este se encuentra dividido en cuatro sesiones que se describen a continuación:

Además de asistir al seminario, también participe en la aplicación del modelo, atendiendo a tres usuarios de drogas: uno de alcohol, otro de inhalables y un tercero de consumo de cocaína, bajo la supervisión de la responsable del programa.

2. Modelo de intervención breve para usuarios a la cocaína.

Este proyecto tenía como principal propósito, el desarrollar y evaluar un programa de intervención para usuarios adultos consumidores de cocaína. El responsable del proyecto y del seminario fue el Dr. Roberto Oropeza Tena. Los temas revisados en este seminario, se dirigieron a la revisión de las sesiones de la intervención. El programa se basa también en un modelo cognitivo-conductual, el cual esta dividida en ocho sesiones de tratamiento. Además de participar en el la revisión de cada uno de las sesiones, también observe algunos casos, para posteriormente participar como coterapeuta con algunos usuarios.

3. Programa de tratamiento para la adicción a la nicotina.

El proyecto tiene como finalidad desarrollar y evaluar un programa de intervención para usuarios de la nicotina. La responsable del proyecto y del seminario es la Mtra. Jennifer Lira. Los temas revisados en este seminario, fueron los siguientes:

- Antecedentes del tema.
- Incidencia y Prevalencia
- Efectos físicos y psicológicos relacionados al consumo
- Principales tratamientos
- Sesiones de tratamiento



- Toluca  
XV Congreso de la SMAC  
Ponente  
Taller: "Autocontrol dirigido para el tratamiento de adicciones"  
Julio, 2001
  
- Ciudad Obregón, Sonora  
XXVIII Congreso del CNEIP  
La Psicología y su impacto en la transformación de la sociedad.  
Ponente  
Tema: "Capacitación a Profesionales de la Salud en la Aplicación de un Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.  
Abril, 2001.
  
- UNAM Fac. Psicología  
II Coloquio Internacional sobre prevención y tratamiento de conductas adictivas  
Presentación de Cartel:  
"Por una Adolescencia sana y responsable"  
Febrero, 2001.



Centro Médico Siglo XXI

IX Congreso Mexicano de Psicología

Ponente

Tema: " Adaptación de la escala : Stages of Change Readiness and Treatment eagerness (SOCRATES 8a)"

Febrero, 2001

**INFORME 4to. SEMESTRE**  
**PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

Una de las principales actividades de este último semestre, estuvieron designadas a elegir una propuesta de investigación, con la cual pudiéramos obtener el título de Maestría; por lo cual se enfocaron en la búsqueda de tema, referencias bibliográficas y desarrollar propuesta de investigación. De dicha actividad surge la investigación que más adelante se desarrollará.

**SEMINARIOS**

Los seminarios para este semestre fueron los siguientes:

1. Exposición y discusión de casos clínicos, materia impartida por la Lic. Echeverría y la Dra. Ampudia
2. Metodología, materia impartida por el Mtro. Carrascoza
3. Psicobiología de las Adicciones, materia impartida por el Dr. Felipe Cruz y cuyo objetivo fue el siguiente:

Proporciona al estudiante una perspectiva general del uso de psicofármacos utilizados en pacientes con trastornos afectivos, del sueño, de psicosis que causan adicción. Asimismo se revisaron varias drogas ilícitas que también causan abuso tales como estimulantes, depresores, opioides, esteroides, inhalantes etc. En ambos casos se revisaron las consecuencias sociales (familiares, laborales), efectos sobre diferentes poblaciones (mujeres embarazadas, infantes, producto jóvenes, adultos, ancianos), posibles tratamientos y formas de detección de un individuo con adicción.

Este curso también proporciona información de las ciencias que interactúan con la Psicología como es el caso de la psiquiatría, la química, la biología y la farmacología con la cual podrán integrar la relación objetivo-racional del ser

humano como objeto de estudio. Adicionalmente se destacó la importancia de los estudios neuropsicológicos y neurológicos como herramientas de detección y prevención de las adicciones. Se destacará la interacción que se tiene con varios profesionistas interesados en el campo de las adicciones (psiquiatras, neurólogos, neuropsicólogos etc

Temas revisados:

#### UNIDAD 1 Principios de neurotransmisión química

- 1.1 Receptores y enzimas como lugar de acción de drogas
- 1.2 Propiedades de los receptores
- 1.3 Neurotransmisión química como "blanco" de acción de drogas

#### UNIDAD 2 Principios generales de la farmacodependencia

- 2.1. Uso de sustancias en diferentes culturas
- 2.2. Tolerancia, tipos de tolerancia.
- 2.3. Dependencia física, dependencia psicológica
- 2.4. Síndrome de abstinencia, sustancia controlada
- 2.5. Efectos secundarios, adversos y efectos colaterales.

#### UNIDAD 3 EFECTOS GENERALES DE LAS DROGAS PSICOACTIVAS

- 3.1. Clasificación
- 3.2 Efectos físicos y efectos emocionales
- 3.3. Como ingresan las drogas al cuerpo?
- 3.4 Como circulan las drogas en el cuerpo?

- 3.5 La naturaleza de las drogas.
- 3.6. Consecuencias generales de la farmacodependencia
- 3.7 Drogas, muerte y suicidio
- 3.8 Alteraciones cognitivo-conductuales.

#### UNIDAD 4 ANTIDEPRESIVOS, ANTIPSICOTICOS, ANSIOLITICOS

- 4.1. Antidepresivos
  - 4.1.1. Clasificación
    - 4.1.1.1. Inhibidores de la MAO
    - 4.1.1.2. Tricíclicos
    - 4.1.1.3. Atípicos
    - 4.1.1.4. Sales de litio
    - 4.1.1.5. Precursores de monomanías
  - 4.1.2. Fundamento psicodinámico y psiconeuroquímico del tratamiento con antidepresivos.
  - 4.1.3. Uso y abuso
- 4.2 Antipsicóticos
  - 4.2.1 Clasificación
    - 4.2.1.1.. Neurolépticos
    - 4.2.1.2.. Benzodiazepinas
    - 4.2.1.3. Clonidina
    - 4.2.1.4. Beta-Bloqueadores

4.2.1.5. Neuropeptidos opioides

4.2.2. Fundamento psicodinámico y psiconeuroquímico del tratamiento con antipsicóticos.

4.2.3. Uso y abuso

4.3 ansiolíticos

4.3.1. Benzodiazepinas

4.3.2. Fundamento psicodinámico y psiconeuroquímico del tratamiento con ansiolíticos

4.3.3. Uso y abuso

## UNIDAD 5 SOMNÍFEROS E HIPNÓTICOS

5.1. Mecanismo de acción

5.2. Efectos físicos

5.3. Efectos cognitivo-conductuales

5.4. Clasificación: barbitúricos, no barbitúricos, benzodiazepinas.

5.5. Uso

5.6. Prevención

5.7. Tratamiento

5.8. Identificación del abusador

## ACTIVIDADES ACADEMICAS COMPLEMENTARIAS

Dentro de estas actividades se encuentran:

- Asistencia al Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta, Octubre del 2000 en Xalapa Veracruz, México.

Participando en las siguientes actividades:

1. Implementación del taller Interactivo:

"Capacitación a profesionales de la salud en la aplicación de un modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema". Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L., y Ayala H.

2. Presentación del siguiente trabajo. "Capacitación a profesionales de la salud en la aplicación de un modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema". Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L., y Ayala H.

En este trabajo, se presentaron los primeros resultados obtenidos en el curso de capacitación a profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la aplicación de un modelo de intervención breve que ayude a sus pacientes a comprometerse para modificar su forma de beber, decrementando aquellas conductas de riesgo y problemas de salud asociados con un consumo excesivo.

3. Presentación de los siguientes carteles:

- " Adaptación de la escala : Stages of Change Readiness and Treatment eagerness (SOCRATES 8a)" Cerero, L., Salazar, L., Martinez, K., y Ayala H.
  
- "Inducción al tratamiento en adolescentes que consumen drogas", Salazar, L., Cerero, L., Martínez, K., y Ayala, H.

**CAPITULO II**  
**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**  
**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN ADICCIONES**

La palabra "adolescencia" proviene del latín *adoleceré*, que significa crecer hasta la madurez. La Organización Mundial de la Salud la define como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad Papalia (1988). Por tradición, esta etapa se ha considerado como un preludio y una preparación para la adultez, un periodo vital de transición entre la inmadurez y la madurez. Aunque en general se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, la considerable variación individual en el momento de la aparición de estos cambios físicos hace muy difícil definirla en términos de edad cronológica. Así mismo, la adolescencia también se vive de acuerdo con el contexto sociocultural específico en el que se encuentran inmersos la familia, la educación, el empleo, los servicios de salud, la recreación, los medios masivos de comunicación y las organizaciones comunitarias, entre otras (Monroy, 1995).

No obstante es ampliamente constatado que es una época de grandes cambios, confusiones y momentos estresantes, caracterizada además por un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales que determinan la transición de la infancia a la edad adulta.

Los adolescentes están en una de las más complejas transiciones en la vida. Al tiempo que los jóvenes experimentan rápidos cambios físicos, se sienten cómodos al estar con otras personas que pasan por cambios similares. En un momento en que la búsqueda de la madurez social y emocional exige que los jóvenes cuestionen el valor de las normas



de los adultos y la necesidad de una guía paterna, es consolador poder buscar consejos en los amigos que puedan entenderlos y están en armonía con ellos debido a que se hallan en la misma situación.

En un momento en que los adolescentes están "ensayando" los nuevos valores, pueden probar estas ideas con sus grupos de amigos con menor temor de ser ridiculizados o "rechazados" del que tendrían con sus padres y/o otros adultos. El grupo de iguales es una fuente de afecto, simpatía y entendimiento; un lugar para experimentar y un medio de respaldo para el logro de la autonomía e independencia de los padres Papalia (1988).

Los jóvenes emplean mucho tiempo con personas de su misma edad, con los que se sienten a gusto y se pueden identificar. Pasan sus mejores momentos con su grupo de pares, se sienten libres, abiertos, parte del grupo, emocionados y motivados cuando están con ellos; así que no es sorprendente que sus amigos sean las personas con quien ellos quieren estar, así mismo sienten que el grupo de amigos comparten sus valores personales, mientras los adultos no lo hacen Papalia (1988).

Los sentimientos ambivalentes de los adolescentes se parecen a la propia ambivalencia de los padres. Indecisos entre esperar a que sus hijos sean independientes y esperar mantenerlos dependientes, los padres casi siempre encuentran difícil dejarlos ir. Como resultado, los padres pueden dar a sus hijos "dobles mensajes " al decir una cosa, y comunicar justo lo opuesto con sus acciones Papalia (1988).

Una adolescente piensa que no quedará embarazada; un muchacho piensa que no se matará en la autopista; los adolescentes que experimentan con drogas piensan que no se convertirán en adictos. "Esas cosas suceden sólo a las

otras personas, no a mí" es la presunción inconsciente que ayuda a explicar los muchos riesgos que corren los adolescentes. Los jóvenes necesitan mantener su sentido de ser especial mientras desarrollan la conciencia realista de que no están exentos del orden natural de las cosas.

En consecuencia, como lo señalan algunos especialistas, (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, Juárez, 2002), la adolescencia es una etapa especialmente favorable para usar drogas debido a la curiosidad y a la búsqueda de sensaciones nuevas como un mecanismo para enfrentarse a los problemas emocionales por rebeldía a las autoridades y por el proceso de búsqueda de la propia identidad, que frecuentemente se relaciona con la sensación de invulnerabilidad que acompaña esta etapa.

Así, aunque la mayoría de los adolescentes no usan drogas, una gran proporción experimenta con ellas para después abandonarlas, y aunque un porcentaje menor continúa usándolas, sólo algunos desarrollan problemas con ellas. Sin embargo es fundamental evitar que esto ocurra, ya que aunado a lo anterior son altamente vulnerables a desarrollar otras conductas de alto riesgo como pueden ser: trastornos de sexualidad incluyendo enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, trastornos en hábitos alimenticios y bajo rendimiento escolar entre otros.

En este sentido investigaciones demuestran que los problemas de los jóvenes están interrelacionados, así un joven que usa drogas es muy frecuente que tenga problemas con su sexualidad, cometa actos antisociales y tenga también problemas con su familia y con sus maestros, (Castro, 1993).

En lo que se refiere al inicio de consumo de bebidas alcohólicas, muchos adolescentes empiezan a beber por que parece ser algo propio del crecimiento y siguen haciéndolo por las mismas razones por las que los adultos lo hacen mostrar un aspecto agradable en las situaciones sociales, reducir la angustia y escapar de los problemas, aunque en promedio los adolescentes beben moderadamente y no tienen problemas con el alcohol, algunos jóvenes y adultos no pueden mantener un consumo moderado de esta droga.

Investigaciones epidemiológicas en población escolar en nuestro país indican que la adolescencia es la edad de inicio en el consumo de sustancias tóxicas. Es la edad en la que por lo general se empieza a probar el alcohol, el tabaco e incluso otras drogas (Castro y Maya, 1994).

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002), señala que en relación al consumo de alcohol más de tres millones (3'522,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo.

El consumo en la población urbana alcanza 35% (1'726,518) de la población masculina y 25% (1'252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (543,197), 18% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres.

La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población, sin embargo 10.5% de los hombres urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo). Esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres urbanas y en 0.9 % de las mujeres rurales.

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este grupo son los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles, mismos que como era de esperarse, fueron más frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales). Este problema sólo fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas y no se observó entre las adolescentes rurales.

En segundo lugar se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando (3.6% de los hombres urbanos y 1.8% en los hombres rurales), solamente 0.3% de adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En tanto, 28,538 adolescentes urbanos que representan 1.7% de este grupo reportó haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas.

En total 281,907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%).

En cuanto al consumo de drogas, en el país más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años (215,634) han usado drogas alguna vez.

De este grupo de usuarios, sólo el 55.3% continúa usándola en el último año y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta.

La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer, proporción muy similar a la observada en la población de 18 años en adelante (3.31 hombres por cada mujer).

Para los adolescentes, la edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína.

Por sexo, se observa que entre los adolescentes varones y mujeres la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, en los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar de preferencia.

En las mujeres el orden de preferencias es un tanto diferente, la marihuana es el primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar con porcentajes de consumo muy similares.

En las últimas encuestas (1997, 2000) sobre el Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra, 1999. Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, Juárez, 2002), se observa como el consumo de sustancias entre los adolescentes cada vez va más en aumento, convirtiéndose en un motivo de gran preocupación.

Así en la medición de 1997 revela que: el consumo de alcohol representa, junto con el consumo de tabaco, el principal problema de salud por el uso de sustancias, en nuestro país.

Para el Distrito Federal se encontró que el 54% de los adolescentes habían usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% lo habían consumido en el último mes. La población masculina (33.2%), resulto ser las más afectada que la femenina (27.2%).

El consumo se presentó desde el nivel de secundaria, en donde el 21% de los adolescentes habían consumido alcohol en el último mes. Porcentaje que se duplicó para las escuelas de educación media superior. En las escuelas técnicas el 39.9% lo habían hecho, y en los bachilleratos el 46.3%.

En cuanto a la edad de los adolescentes, se observó que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es casi la mitad en relación con los que tienen 18 años o más. Además un 49.8% de adolescentes de 17 años había bebido alcohol en el último mes.

Los resultados también indicaron, que 23% de los estudiantes consumían 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. Lo que representó un riesgo para los accidentes; el 3% había manejado un coche o motocicleta mientras bebía o después de haberlo hecho, y un 5% había tenido caídas, fracturas o golpes.

En relación al consumo de drogas ilegales, los resultados indicaron que 12 de cada 100 estudiantes (12%) habían experimentado con alguna droga, dos terceras partes de ellos (8%) habían experimentado el consumo entre una y cuatro ocasiones y solamente el 4% lo habían hecho más de cinco veces.

No obstante la medición del 2000 reflejo lo siguiente:

Para el consumo de tabaco "alguna vez" afectó al 50% de los estudiantes y similarmente a hombres que ha mujeres (52.5% y 48.9% respectivamente).

En cuanto al consumo actual, el porcentaje de usuarios se redujo a menos de la mitad, siendo la población masculina la mas afectada (23.0%).

Al considerar la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menos de la mitad de los que tienen 18 años o más. Aún así, un porcentaje importante (36.3%) de adolescentes de 17 años (adolescentes menores de edad) han fumado en el último mes. El cambio más drástico se presenta de los 14 a los 15 años, ya que a esa edad se duplica la proporción de fumadores.

Para el consumo de alcohol en el Distrito Federal se encontró que el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo ha consumido en el último mes. Al analizar este consumo por género, se observa que la población masculina (34.0%), resulta más afectada que la femenina (29.9%), aunque la diferencia porcentual es pequeña.

En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 22.6% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes. Mientras que para las escuelas de educación media superior, este porcentaje se duplica, de manera que en las escuelas técnicas el 50.1% de los adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en los bachilleratos el 43.4%.

En cuanto a la edad de los adolescentes, al igual que con el consumo de tabaco, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, la mitad de los adolescentes de 17 años han bebido alcohol en el último mes, aún siendo menores de edad.

Así mismo en el consumo de sustancias psicoactivas se encontró lo siguiente:

La prevalencia total de consumo de drogas fue del 14.7%, el cual es un porcentaje mayor ala medición de 1997 en casi un 3%. El consumo en el último año y en el último mes, fue de 9.7% y 5.3%, respectivamente.

Al igual que en la medición anterior, los hombres son el subgrupo más consume drogas actualmente (6.2%), en comparación con las mujeres (4.4%), aunque la diferencia es pequeña.

El consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, es mayor en los hombres (16.8%). De la población total, el 10% es usuario experimental, y el 4.7% es usuario regular (ha probado drogas en más de 5 ocasiones).

La marihuana (5.8%), ocupa el primer lugar de preferencia por los adolescentes, y le sigue el consumo de cocaína (5.2%), el de tranquilizantes (4.8%) y el de inhalables (4.3%).



Tanto el consumo de la marihuana como de la cocaína se ha incrementado de manera significativa con relación a la medición de 1997.

En los últimos 7 años se triplicó la proporción de adolescentes que han experimentado con cocaína (de 1.6% en 1993 a 5.2% en el 2000). El número de estudiantes que reportó haber usado esta sustancia en los 30 días previos al estudio no aumentó de manera significativa (0.6% en 1993, 1.1% en 1997 y 1.2 en el 2000), mientras que la experimentación con marihuana aumentó de 3% en 1993 a 5% en 1997 y a 5.8% en el 2000; su consumo en el mes anterior fue similar (de 1.1% a 1.8%).

En cuanto a las preferencias del uso de drogas, para las mujeres la droga de mayor preferencia son los tranquilizantes (5.8%) seguidos por la marihuana (3.3%), los inhalables (3.1%) y la cocaína (2.9%). En tanto que para los hombres el orden es marihuana (8.3%), cocaína (7.4%), inhalables (5.5%) y tranquilizantes (3.9%).

Cuando se analizan estas tendencias por sexo en el consumo durante el último año, se observa que en este lapso disminuyó ligeramente la proporción de hombres que han inhalado disolventes (de 3.7% a 2.8%), pero aumentó el consumo de cocaína (1% a 4.4%), y de marihuana (de 2.2% en 1993 a 5% en el 2000).

Por otra parte, aunque es menor la proporción de mujeres que han experimentado con drogas, se observa un incremento en el consumo para todas las drogas en especial entre 1993 y 1997, manteniéndose muy similares los niveles de consumo entre 1997 y el 2000.

Las delegaciones más afectadas por el uso en el "último año" de marihuana, fueron Tlalpan (5.4%), Benito Juárez (5.4%), Gustavo A. Madero (5.3), Coyoacán (5.0%), e Iztapalapa (4.4) y, en las cuales se encontró un consumo superior al promedio de todo el Distrito Federal.

Por otro lado, en Papalia 1988, se subraya en un estudio realizado con 49 adolescentes de edades promedio entre 15 años y medio, que los que fumaban marihuana en gran proporción (más de dos veces a la semana) estaban más predispuestos que los que no la usaban a tener hábitos pobres de alimentación y de deterioro de la salud, y que esto se relacionaba con síntomas de deficiencia en la nutrición. Así como infecciones en el tracto respiratorio con más frecuencia y otros problemas físicos.

Así se observa que, los adolescentes empiezan a usar la marihuana por muchas de las mismas razones, por las que empiezan a beber alcohol, curiosidad, hacer lo que sus amigos hacen, una atracción de la marihuana es que constituye una ruptura con los valores de sus padres.

El uso en gran proporción de la marihuana puede llevar a problemas en el corazón o de los pulmones, contribuir a los accidentes de tránsito y afectar la memoria y el aprendizaje, así mismo también puede disminuir la motivación, interferir con la habilidad para el trabajo de la escuela y ocasionar problemas familiares Papalia (1988).

Estos datos reflejan la magnitud del problema que se presenta en relación al consumo de drogas, en adolescentes escolares. Donde el consumo ha ido en incremento, empezándose a dar a edades muy tempranas además de acompañarse de situaciones de riesgo que ponen en peligro la integridad y salud del adolescente.

Así en la lucha por conocer y prevenir el desarrollo de conductas riesgosas, se han desarrollado diversas investigaciones que de acuerdo con sus objetivos y población de estudio han encontrado factores asociados a este fenómeno. A continuación mencionaré algunas de estas:

## **FACTORES ASOCIADOS CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO**

Flay y Petraitis, (1991); Hawkins, Catalano, y Miller, (1992), señalan como posibles agentes generadores que ponen en riesgo a los adolescentes a los siguientes:

### **FACTORES INDIVIDUALES**

Factores individuales (que contemplan la conducta desviada, baja autoestima, relaciones sociales inadecuadas); los familiares (como la violencia familiar, inseguridad de los padres, prácticas ineficaces de la paternidad); la relación con el grupo de amigos (como la influencia de la interacción social, la pertenencia al grupo y la presión de los amigos) y los relacionados con la comunidad (fácil acceso a bebidas alcohólicas y otras drogas, aceptación social hacia el consumo de algunas sustancias, presión social, angustia y estrés).

Así en relación a estos factores, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999); señalan que la incapacidad para enfrentar sentimientos tales como la frustración, desamor, soledad y abandono, puede llevar a los adolescentes a enfrentar estos sentimientos de forma inadecuada como puede ser consumiendo sustancias y/o poniéndose en situaciones de riesgo para su salud.

Díaz Leal (1998) menciona que los factores que propician el consumo inadecuado de alcohol durante la adolescencia son: los individuales (conducta desviada, baja autoestima, relaciones sociales inadecuadas); los familiares (violencia

familiar, inseguridad de los padres, prácticas ineficaces de la paternidad), los que tienen relación con el grupo de amigos (la influencia de la interacción social, pertenencia al grupo y presión por parte del mismo grupo); y los de la comunidad (fácil acceso a bebidas alcohólicas, aceptación social hacia el consumo, presión social, angustia y estrés).

## **FACTORES FAMILIARES**

Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, (1998), señalan que dentro de los comportamientos de riesgo y factores que influyen sobre la salud de los adolescentes se encuentra el pertenecer a familias disfuncionales, el mal rendimiento escolar y la baja autoestima, situaciones que muchas veces, los adolescentes tratan de enfrentar mediante el uso de alcohol/drogas.

De igual forma, se ha observado que la forma de enfrentar un problema de adicciones en la familia, depende de los recursos personales del individuo, así como del estrés crónico al que se enfrenta el sujeto, del apoyo social percibido y del contexto sociocultural. (Natera, Mora, Tuburcio,. 1998).

Para el caso específico de la familia, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999); subrayan su influencia para la preservación de la salud mental de sus integrantes, en tanto cubre una serie de funciones como proporcionar apoyo, afecto, seguridad económica, límites, reglas, etc. Cuando esto no ocurre se pueden generar sentimientos de frustración insatisfacción, desamor, rebeldía, lo cual puede llevar a una búsqueda de satisfactores "artificiales", -como el consumo de drogas-, con el objeto de reducir o evitar aquellos sentimientos de frustración.

Por su parte Palmonari (1991) menciona que la familia constituye un apoyo importante para que el adolescente enfrente situaciones sociales y logre su autonomía dentro del propio grupo familiar; lo cual se corrobora en otras investigaciones donde es destacada la importancia del grupo familiar como una red de apoyo afectivo significativo para los jóvenes durante esta etapa de desarrollo (Medina-Mora, Mariño, Berenzon, Juárez, y Carreño, 1992; Natera, 1991). Lo que guarda relación con los estudios que demuestran que el disponer de un apoyo social adecuado y accesible brinda protección en estados patológicos y acelera la recuperación ante la enfermedad (Natera, 1991).

En este sentido, la manera de responder de los adolescentes, ante sus necesidades físicas y emocionales, estarán en función del grado de identificación con el grupo familiar. Es así como la percepción que tenga de sus padres facilitará su independencia y autonomía del grupo familiar, o en su caso, será un obstáculo para que se desarrolle su independencia y autonomía del grupo nuclear, de manera que si hay una percepción desfavorable hacia los padres, es probable que se promueva el aislamiento y la inseguridad en el adolescente (Palmonari y Kirscher, 1991).

Además, investigaciones realizadas en México, entre adolescentes, indican la relación entre consumo de drogas y problemas familiares, ubicando dentro de los indicadores de riesgo con mayor poder predicativo para el uso de drogas, el pertenecer a familias caóticas (Castro, 1990; Castro y Chávez, 1986). Y dentro de los factores de riesgo identificados para consumir drogas entre estudiantes, se observan el tener poco contacto con la familia o percibir lejano el ambiente familiar, así como venir de familias caóticas o desarticuladas (Medina – Mora, Mariño, Berenzon, Juárez y Carreño, 1992).

En cuanto a los miembros de bandas juveniles, se ha encontrado que el 60% provienen de familias desintegradas, que además presentan un gran número de problemas tales como deserción escolar, vagancia, desempleo y subempleo, aunados a la fármaco dependencia y alcoholismo (Stern, Lara, Obregón, Sosa y Figueroa, 1990). En algunos casos estos adolescentes perciben a la madre como una figura abnegada y sumisa, y las figuras paternas son percibidas como poco comprensivas, sintiéndose una ausencia afectiva por parte del padre (Ortiz, Osorio y Zavala, 1995).

Por su parte, Villa, Villatoro, Cerero, Medina - Mora y Fleiz, (2001), intentaron indagar algunos aspectos familiares relacionados con la tolerancia social hacia el alcohol. Realizaron una investigación sobre la opinión de los adolescentes en relación con el apoyo y las normas proporcionadas por la familia, encontrando que el consumo de alcohol se ve afectado por las normas familiares, mencionan: "Mientras el adolescente tenga reglas más claras sobre el no consumo de alcohol esté tendrá menos riesgo de consumirlo". En este sentido refieren que el establecimiento de normas tiene un mayor impacto en las mujeres que en los hombres. Por otro lado subrayan que el ambiente familiar afecta únicamente la percepción de riesgo (un mejor ambiente implica una mayor percepción de riesgo) y se relaciona moderadamente con las normas sobre el consumo del alcohol. También consideran que las normas que establece la familia afectan la percepción de riesgo de los adolescentes (entre mayor sea la claridad de normas acerca del no consumo, es mayor la percepción de riesgo). Así, además encuentran que las normas familiares afectan también la tolerancia social, de manera que si las normas están presentes es menor la tolerancia social que perciben los adolescentes. Por tanto, concluyen que la percepción de riesgo afecta al consumo de alcohol, de manera que una mayor percepción de riesgo incide en un menor consumo de bebidas embriagantes. En lo que respecta a la tolerancia social, destacan que está es la variable que mayor efecto tiene sobre el consumo de alcohol, de tal forma que a menor tolerancia por parte de los padres, amigos y compañeros de la escuela, existe un menor consumo.

En esta misma línea, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999), subrayan la dificultad que en la mayoría de los casos tiene los padres para establecer reglas y límites claros dentro de la familia, situación que lleva a los adolescentes a no poder interiorizar y ejercerlas en la convivencia diaria con otras personas. Señalando que esto puede además llevar a que el adolescente desconozca y más aún transgreda las reglas sociales, actitud que podría reflejarse en desarrollar conductas poco saludables.

## **FACTORES SOCIALES**

### **GRUPO DE PARES**

En relación al grupo de pertenencia, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999), consideran lo siguiente; el grupo es un factor importante para la construcción del sujeto, es una forma de ser reconocido por el "otro", lo cual provee un sentido de pertenencia e identidad al adolescente. Cuando el consumo de drogas se construye en una práctica "necesaria" para promover la identidad y cohesión en el grupo y además el adolescente no cuenta con las conductas adecuadas para enfrentar la presión grupal, es probable que se inicie con el consumo de drogas y/o otras conductas de riesgo.

Feldman (2001), subraya, que la adolescencia es una época de búsqueda de autonomía e identidad propia, la cual empieza con la separación de los padres y la unión hacia los jóvenes de la misma edad. Así el grupo de pares se convierte en el centro de atención y el adolescente se apoya más en ellos buscando seguridad, apoyo y aceptación. Dentro del proceso natural para establecer su propia autonomía e identidad, los adolescentes al entrar en contacto con amigos, vecinos y compañeros de escuela, empiezan a separarse de sus padres y a experimentar una serie de conductas y patrones de vida, muchas veces ajenos a los que aprendieron en el hogar. Sus objetivos primordiales en esta etapa son el alcanzar una adecuada relación y aceptación de sus pares, en los cuales buscan un guía, seguridad y

apoyo. Todo lo anterior les genera una gran ansiedad y los hace susceptibles a la presión de los pares: presión de mantener una buena imagen, presión de actuar, vestirse y hablar de cierta manera, así como la presión de hacer lo "esperado" para mantener una imagen aceptable.

Se sugiere que durante esta etapa, los amigos se escogen entre los que tienen actitudes, valores y conductas similares. Así los individuos son influenciados por las normas y conductas de sus amigos, y se escogen amigos que refuercen las propias normas y conductas (Borge, 1993).

Por tanto, los compañeros en general, ejercen su influencia en desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes de manera directa a través del modelamiento.

Rojas, Fleiz, Medina-Mora, Moron y Domenech, (1999) señalan que estudiantes que consumen bebidas alcohólicas, informan que en su entorno social sus amigos y parientes consumen frecuentemente alcohol, provocando que estos jóvenes estén expuestos a un riesgo superior, subrayando también la trascendencia que tiene la familia en el establecimiento de modelos de comportamiento para los hijos. Sin embargo esta relación se ha visto que es más fuerte, cuando se tiene compañeros que ingieren alcohol, que cuando se tiene algún familiar que consume alcohol, aunque este es también un predictor importante para el uso (Medina-Mora y López Lugo, 1993).

Mariño, Gonzalez – Fortaza, Andrade y Medina-Mora (1998), indican que la adolescencia es un periodo de experimentación habiendo jóvenes que ensayan con distintas drogas por la simple emoción de hacer algo prohibido o por imitación. Sin embargo para otros esto puede representar una evasión del realidad.



## DISPONIBILIDAD DE LAS SUSTANCIAS

Como se ha señalado hasta el momento, son muchas las razones por las cuales los jóvenes suelen experimentar con las drogas, en este sentido existe otro factor muy importante, que tiene que ver con la disponibilidad de las mismas.

Al respecto, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999) señalan lo siguiente: Existen algunos espacios y contextos que, dada su situación geográfica, implicada generalmente en el tráfico de drogas "ilegales", facilitan su acceso y consumo. Por su parte el consumo de alcohol y tabaco, es frecuente en nuestra sociedad, y uno de los aspectos que promueve su uso es la facilidad para conseguirlas y más aún la popularidad adquirida mediante la constante difusión de mensajes que promueven su uso. Este hecho, en conjunto con otros puede llegar a constituir un factor de riesgo para el inicio en el consumo de drogas.

Por su parte Cook y Tauchen (1982), indican que la permisividad y la aceptación social en relación al consumo es muy variable, así estos dos aspectos se han analizado como posibles factores de riesgo, encontrando que cuanto más alta sea la permisividad, las cifras de consumo tendrán a ser mayores.

Por otra parte, algunos otros factores como las normas sociales que tienen que ver con factores como control de precios, impuestos y restricciones de venta de sustancias legales se ha observado se vinculan con las expectativas socioculturales relacionadas con el consumo de sustancias ilícitas. En México, en las regiones del país en donde los índices de consumo son mayores, sus habitantes reportan también los índices de percepción de disponibilidad más

elevados (Otero, Medina-Mora, Tapia, Rascon, Mariño y Solache, 1990), este mismo fenómeno se observa entre los estudiantes, y se asocia con la probabilidad de consumir drogas así como en la elección del tipo específico de sustancia elegida (Lopez, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Berenzon, 1996).

## **MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y OTROS FACTORES**

Dentro de los factores sociales es importante también señalar a los efectos de medios de comunicación de masas. Pues se sabe que estos ejercen un impacto sobre el comportamiento, así el consumo se puede asociar a imágenes relacionadas con la satisfacción personal, el placer y la popularidad, de forma que los efectos del modelado puede favorecer el consumo en los adolescentes.

Por último, en cuanto al nivel socioeconómico, se ha encontrado que indicadores de desventaja económica tales como pobreza, hacinamiento, y condiciones de vivienda, se asocian con un aumento en el riesgo de aparición de problemas de conducta durante la niñez y con la delincuencia (Farrington, Loeber, Elliott, Hawkins, Kendel, Klein, McCord, Rowe y Tremble 1988).

El tema de la sexualidad y la salud reproductiva es también de interés por parte de los profesionales dedicados a la salud, debido principalmente al incremento de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y combinación de conductas de riesgo como el consumo de drogas y/o relaciones sexuales.

Así Feldman, (2001), señala: "Es en la adolescencia cuando se aprende a conocerse a sí mismo, ya que la pubertad trae consigo cambios en cuanto a la altura, peso y musculatura; así como en las proporciones mismas del cuerpo. Sin embargo los mayores cambios que se viven en esta etapa son los internos. Los cambios hormonales vienen a ser los responsables de las características sexuales externas, así como de las conductas que de ello se desencadenan. Es así como se puede entender que los jóvenes que no presentaban el mínimo interés por sus compañeros del sexo opuesto, repentinamente se encuentran realizando un sinnúmero de maniobras para llamar su atención; poco después los jóvenes del sexo masculino empiezan también a interesarse por sus compañeras, aquellas niñas a las cuales no toleraban y calificaban como ridículas y cursis. Los y las jóvenes empiezan a experimentar una serie de reacciones físicas, además de pensamientos y sentimientos ante los miembros del sexo opuesto.

Asimismo Feldman (2001) señala: los adolescentes se comportan en diferentes formas para explorar su sexualidad y es así como en ocasiones utilizan el sexo como búsqueda de sus propios valores y actitudes, además de su identidad de género, sin embargo, esta tarea resulta ser bastante difícil de lograr, ya que los adolescentes tienen su despertar sexual mucho antes de adquirir su inteligencia sexual; es decir que biológicamente su cuerpo se encuentra preparado para una relación sexual, pero tanto emocional como intelectualmente y socialmente, todavía no están listos para ello. Generando esta diferencia en tiempos una gran tensión, por lo que experimentan con diferentes conductas y actitudes sexuales.

Por otro lado en relación al desarrollo sexual González – Forteza, Pick, Villatoro, Romero, Callado y Mariño, (2001) comentan, la transformación del cuerpo infantil en el cuerpo adulto es un proceso cargado de significados y de emociones para los adolescentes. Subrayan: "De cómo transiten y asuman ese proceso, depende, en alguna medida, su salud reproductiva: el futuro de sus relaciones sexuales y de pareja". Así mismo destacan el grave problema relacionado con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por VIH y otros problemas graves de salud de la reproducción. Indicando que en los países industrializados, dos de cada tres personas que padecen alguna ITS son menores de 24 años de edad y se cree que la proporción de jóvenes infectados es incluso mayor en los países en desarrollo. Más del 10% de todos los nacimientos anuales se registran entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, según la Population Reference Bureau con sede en Washington (Network, 1997a, en: González – Forteza, Pick, Villatoro, Romero, Callado y Mariño, 2001).

En México diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común (Nuñez, Morris, Bailey, Monroy, Cardes, Whatley, citados en Fleiz 1999).

Pick S. en (1994), señala que tanto hombres como mujeres empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años y que estos cuentan con escasos conocimientos sobre la sexualidad.

Por otro lado, el CONACIDA en 1992 – 1993 realizó una encuesta sobre la sexualidad, aplicada a 8,068 hombres entre 15 y 60 años de edad en la ciudad de México, y encontró que la edad promedio de la penetración vaginal fue de 17.4 años y en las generaciones que nacieron durante los años 70, el promedio disminuyó ligeramente a los 16.4 años.

En la Encuesta Nacional en Jóvenes de Educación Media y Media Superior realizada por CONAPO en 1988, se encontró que las mujeres empiezan a tener relaciones sexuales a los 16 años, mientras que los hombres entre los 14 y 15 años.

Así mismo el periodo comprendido entre la primera relación sexual y la hora de contraer nupcias se ha extendido, lo que conlleva múltiples consecuencias en el terreno de la salud sexual reproductiva (Brito, 2004).

Pick y Trujillo en 1990, describen que el embarazo en los adolescentes es uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y el Caribe. En México, el Consejo Nacional de Población, a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, encontró que las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano.

Así mismo, se sabe que en México, el embarazo en adolescentes es un fenómeno frecuente. Datos recientes indican que cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25 % del total de embarazos que se registran en el país. Del total anterior, 390,000 embarazos llegan a termino, lo que significa que el 17% de los nacimientos que acontecen en México son de mujeres menores de 19 años (GIRE, 2001, en: Gonzalez – Forteza et al., 2001).

Las adolescentes están más propensas a complicaciones severas del embarazo, incluyendo anemia, trabajo de parto prolongado y toxemia (McKenry, Walters, & Johnson, 1979). Las madres jóvenes, más que las adultas, están más cerca de dar a luz bebés prematuros que mueren durante el primer año de vida; y están 2/4 veces más cerca de tener hijos con problemas neurológicos (McKenry, Walters, & Johnson, 1979 en Papalia).

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia son enormes para los y las adolescentes involucrados, para sus bebés y también para la sociedad. (Papalia, (1988)). Las cifras demuestran que el número de embarazos no planeados y abortos aumenta, principalmente en adolescentes, y el riesgo del VIH/sida en jóvenes mayores de 20 años lleva a suponer que la infección se dio en la adolescencia. Brito, (2004). De acuerdo con la epidemióloga Mónica Rivera Torres, existen en Guanajuato un millón 61 mil adolescentes, de los cuales en el año 2003 se derivaron 277 mil 964 embarazos. Registrándose en ese año mil 606 abortos, en los que el 34.8% correspondieron a mujeres adolescentes ocasionados por diversas causas. Por su parte las redes DDSER y Demyxex informaron que, 25 mil mujeres mueren anualmente en México por complicaciones de embarazo y parto, incluyendo abortos mal practicados. El sida dijeron, es la sexta causa de muerte en mujeres entre 25 y 34 años. Brito, (2004).

El Virus del papiloma humano (VPH) es la más común de las ITS y también es incurable. Según la OMS, sólo en 1995 se presentaron 30 millones de casos nuevos en el mundo. En México el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha investigado grupos donde entre 35 y 40 por ciento de los varones portan el VPH, según reveló a la Letra S el Doctor Eduardo Lazcano Ponce, director del área de Epidemiología. Se calcula que el 60% de las personas sexualmente activas han estado en contacto con este virus. La mayor incidencia de la infección se encuentra en las adolescentes. (Sánchez, 2004).

No obstante, los adolescentes están poco o mal informados respecto al uso de métodos anticonceptivos, y específicamente en lo que al momento de mayor fecundidad en la mujer se refiere (DIF, 1992). De hecho, Welti y Grajales (1995, en: INEGI/UNIFEM, 1995) observaron que las adolescentes sexualmente activas están menos dispuestas

a usar métodos anticonceptivos en comparación con las mujeres adultas, y cuando lo hacen, ponen en práctica métodos poco efectivos: retiro y ritmo.

Al respecto una investigación llevada a cabo en la Ciudad de México en 1994 con 90 mujeres entre 12 y 19 años que acudieron a un hospital gineco-obstétrico a consulta prenatal o de urgencias evidenció que el 75.6% no tenía conocimientos mínimos de anticoncepción y al 5.88 nunca les habían hablado de ellos. El 74.4% de estas adolescentes habían cursado hasta el nivel de educación medio y el 16.6 % solamente la primaria. El 50% de ellas no deseaba el embarazo y el 25% intentó abortarlo y el 2.2% lo consiguió. (Liévano et al., 1994 en: Gonzalez – Forteza et al., 2001).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos se refiere se sabe que a pesar de que el número de personas que los usan ha aumentado, las barreras culturales y los mitos siguen siendo muy grandes. Por ejemplo entre los métodos más usados se encuentra el condón, y la responsabilidad sobre la decisión de usarlo ha correspondido al hombre debido a que él es quien mantiene las relaciones sexuales (Pick, Givaudan, Saldivar Garduño, 1996 en: Fleiz, 1999). Al respecto un artículo sobre las Motivaciones, prácticas y riesgos publicado en la Jornada Brito (2004), refiere que, las relaciones de poder basadas en el género pueden tener un efecto directo en la capacidad de los miembros de una pareja para adquirir información y tomar decisiones relacionadas con su salud reproductiva. Los efectos directos incluyen por ejemplo, la influencias de estos desequilibrios de poder en la capacidad que tienen las mujeres para negociar el uso del condón con sus parejas. Aunque todo este marco indica que el miembro con más poder es quien pudiera alcanzar mejores sus metas, la aceptación de la pareja puede complicar el asunto, pues dependiendo de la situación, dicha aceptación puede ser sólo resultado de una falta de poder o de un ejercicio del poder que consiste en condescender a los deseos de la pareja.

En este sentido estudios sobre infecciones sexualmente transmisibles, particularmente el VIH/sida, muestran la dificultad de algunas parejas para discutir éstas cuestiones, dado que pueden suscitar interrogantes espinosas en torno de la fidelidad conyugal. Cuando las mujeres o los hombres abordan el tema con sus parejas, corren el riesgo de ser acusados de promiscuos, de tener múltiples parejas o de estar ellos infectados. El simple hecho de hablar de sexo también resulta difícil para muchas parejas. Los hombres y las mujeres carecen de un lenguaje para describir sus deseos y sus miedos, y pueden en particular mostrarse renuentes a reconocer su ignorancia sobre asuntos sexuales a la hora de discutirlos. Los resultados de varios estudios sugieren que buena parte de la comunicación en torno a temas reproductivos y sexuales se da indirectamente o de manera no verbal, debido a los desequilibrios de poder en las relaciones de pareja (Studies in Family Planning, 2001 en Blanc, 2004).

Esto pone una mayor desventaja a la mujer, pues la falta de algún método anticonceptivo constituye en mayor riesgo para su salud, sobre todo por las consecuencias que esto trae consigo, como puede ser el embarazo temprano, no deseado o no planeado y la posibilidad de contraer enfermedades como el SIDA, donde según datos proporcionados por el Registro Nacional de Casos de SIDA de la dirección General de Estadística / Secretaria de Salud (1996), los grupos poblacionales más jóvenes son los de mayor impacto, pues el 31.6% de los casos acumulados tiene entre 20 y 29 años de edad y el 37.8% entre 30 y 39 años. Al considerar que el SIDA es la última etapa de un largo proceso viral que en promedio toma 10 años para el desarrollo del virus y la enfermedad, entonces se puede asumir que casi el 70% de los casos detectados se infectaron en la adolescencia. Cabe señalar que la ciudad de México, es la entidad federativa con mayor tasa de incidencia: 81.4 por cada 10,000 habitantes (Rodríguez, 1996 en: González – Forteza, et al., 2001).



En cuanto a con quien inician su vida sexual, investigaciones al respecto, indican que las mujeres informan que han tenido su primera y sus posteriores relaciones sexuales con su enamorado o novio (Pick, Andrade, Díaz Loving, Atkin, 1988). Mientras que los hombres inician a más temprana edad y con un número mayor de compañeras sexuales con quienes en ocasiones establecieron relaciones esporádicas (Morris, Nuñez, Monroy de Velasco, Cardenas, Whatley, 1985, en: Fleiz 1999).

Los mismos autores subrayan que los estudiantes de secundaria que ya iniciaron su vida sexual, en promedio han tenido relaciones sexuales con 4 personas, en comparación con los estudiantes de bachillerato que lo han hecho con 3 personas en promedio. Los hombres en general son quienes han tenido relaciones con mayor número de parejas en comparación con las mujeres.

Otro punto importante a considerar es la presión de los pares, pues resulta ser de gran influencia para los jóvenes, pues los anima a ser sexualmente activos. Ya que los adolescentes recurren a su grupo de pares buscando reglas sociales apropiadas. Es así, que cuando el grupo manda mensajes que dicen: "es correcto contar con vida sexual activa; es más, es lo que esperamos de ti", los jóvenes sienten la necesidad de cumplir con dichas expectativas e inician su vida sexual independientemente de que estén o no preparados para ello, ya que han visto el respeto que se les otorga a aquellos que pretenden ser expertos en la materia, así como la confianza que aparentan tener al relatar sus relaciones, los jóvenes admiran a aquellos que hablan de experiencias sexuales, ya que todo el tema en sí representa para ellos un misterio y una intriga. La atención y el respeto que gana el joven que comparte de una manera sofisticada sus experiencias es lo que lo motivará a continuar hablando sobre sus aventuras amorosas. Impulsando esto a los más inexpertos a actuar y

hablar de experiencias, aunque no sean verdaderas, para lograr así impresionar a los demás, ya que la conducta sexual, como otras representa para ellos asegurar su estatus dentro del grupo (Feldman, 2001).

Para los machos, en el proceso de hacerse "hombres" el sexo juega un rol de primer orden, los adolescentes se inician en el sexo para afirmarse como hombres adultos. La presión del grupo de amigos los empuja a probarse en este terreno, "solo un maricón no ha tenido sexo" en este sentido, pesa más el imperativo de tener sexo que el riesgo de un embarazo. Por ello la mayoría de los adolescentes no usaron condones en su primera relación sexual, y no lo hicieron por que esta relación fue espontánea, no planeada y depositaron en la mujer la responsabilidad de su uso. El condón lo relacionan más con la anticoncepción que con la protección de infecciones. Y "su uso está determinado por la demanda o no de su pareja", lo cual generalmente no sucede. (Brito, 2004).

Dentro de este discurso imperativo de masculinidad, se va abriendo paso tímidamente otro que pregona la igualdad de géneros, la no violencia y la educación sexual. (Brito, 2004).

Una de las más dañinas consecuencias de la manera como se concretiza la ideología de la masculinidad es la violencia sexual. Para analizar el significado de estos actos, de violencia sexual adolescente, los especialistas Marta Villaseñor y Jorge Castañeda investigadores de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios a la Salud del IMSS de Guadalajara, realizaron una serie de entrevistas con estudiantes de secundaria y preparatoria de la zona metropolitana de Guadalajara. Para los investigadores "Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes", "la violencia sexual es esencialmente una cuestión de ejercicio de poder en un contexto de relaciones no equitativas de género, y por tanto, su percepción y experiencia está condicionada a la pertenencia de un género u

otro." Así mismo, comentan: "los varones entrevistados no se asumen como sujetos violentos ni mucho menos como victimarios, ellas si los perciben de esa manera, porque es más fácil para la persona que está siendo violentada percibir la violencia que para quien la ejerce, aunque tanto los hombres como las mujeres identificaron las distintas formas de violencia más allá del uso de la fuerza, como la amenaza, el chantaje, la presión, el abuso de confianza, etc.

Señalan los autores: Uno de los motivos de violencia sexual señalados por los entrevistados es la presión que ejercen los pares: lo haces "para quedar bien", "que digan, si puedo", "para llamar la atención" o por "diversión".

A pesar de las diferencias de percepción, ambos, las mujeres y los hombres, comparten conceptos, mitos y argumentos que tienden a legitimizar la violencia sexual. "A las mujeres se les visualiza como victimarias reales y potenciales por su condición femenina de debilidad, y a ellos, como violentos por naturaleza", apuntan los autores de este estudio.

Por otro lado en diferentes investigaciones se ha reportado que el uso de alcohol y otras drogas se asocia a las relaciones sexuales, al respecto Fleiz, (1999), encuentra, que más del 20% de los estudiantes reportan haber tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, siendo conocidos (76%) en su mayoría con quienes tienen relaciones bajo los efectos de la sustancia.

El alcohol, en dosis bajas es un inhibidor del SN, para después ser un depresor, lo cual interfiere en la toma de decisiones y control de estas, aumentándose así las probabilidades de tener relaciones sexuales no planeadas y sin precaución, así mismo los adolescentes se vuelven más vulnerables a ser víctimas de un abuso sexual o violación, así como de tener múltiples parejas sexuales bajo los efectos de la intoxicación.

Por último considero importante señalar los grandes mitos que se han creado alrededor de las sustancias y la sexualidad, la mayoría de estos sugieren que el consumo de sustancias lo hacen con fines afrodisíacos, que aumentan la sensibilidad y mejoran la ejecución sexual (Perez, 1998).

## **PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LAS ADICCIONES Y CONDUCTAS RELACIONADAS**

El quehacer preventivo de las adicciones y conductas relacionadas se ha realizado en su mayor parte en contextos poco favorables, pues gran parte de las acciones están basadas solamente en dar información y canalización de los sujetos enfermos hacia tratamientos, sin lograr tener el impacto deseado en la conformación de actitudes preventivas (Rosete, 1998).

Así el mismo autor señala que las acciones de prevención deberían encaminarse más bien hacia la identificación y diferenciación de señales o indicadores de mayor o menor riesgo, de acuerdo a la etapa de desarrollo que corresponda a cada grupo de la comunidad que se aborda. Subraya la necesidad de que las actividades consideradas en los programas se orienten a grupos de ámbitos específicos, ya que la identificación y la corresponsabilidad que emerjan son benéficas para emprender el trabajo preventivo; la permanencia y la diversificación de las actividades deben ser necesarias en los programas (Rosete, 1998).

En relación a la trascendencia del quehacer preventivo en nuestro país, Margain, (2003), señala que en México hasta hace apenas 30 años empezaron a realizarse trabajos considerables, serios y rigurosos en el ámbito gubernamental, como respuesta a la creciente problemática en la oferta y la demanda de drogas. Hasta antes de los años setenta se tenían solo conocimientos de hechos aislados y algunas observaciones de casos clínicos, ningún conocimiento estadístico suficiente, válido y confiable. En esta década se iniciaron algunos estudios nacionales y locales que nos mostraron la magnitud y las características del drama de las drogas en nuestro país, situación que promovió que la prevención fuera evolucionando desde una visión ético-legal, pasando por la médico-asistencial, en donde el cambio de

considerar enfermos a los adictos fue importante y permitió pensar que para evitar contraer una adicción era necesaria la información sobre los efectos y daños que las drogas producían en el organismo, hasta que la observación de los datos, la experiencia del trabajo de campo y la advertencia de la UNESCO mostró que "las drogas son un problema que crece hablando de él", así los especialistas dedicados a la prevención se vieron forzados a detenerse y buscar alejar a los jóvenes del uso y abuso de las drogas por todos los medios imaginables, dándole a la prevención otros contenidos: arte, deporte, labor social y un sinnúmero de alternativas para el uso del tiempo libre. Sin embargo, también ahí el desencanto llegó: en los lugares de reunión juvenil, fuera social o deportivo, la droga tenía una presencia importante, por lo que la prevención tenía que buscar otros caminos.

Así señala la autora, los preventólogos e investigadores empezaron a indagar sobre los factores de vulnerabilidad específica que permitiera entender y explicar esas similitudes y diferencias: identificar factores específicos de vulnerabilidad y, en consecuencia, factores de protección igualmente específicos. Fue entonces como se logró empezar a construir modelos, programas y materiales que permitieran enfrentar los riesgos a las que las y los adolescentes están expuestos en su desarrollo.

Por su parte Llanes y Margain (2003) afirman que en el recorrido es importante tener presente la coincidencia de que si bien la prevención de los riesgos psicosociales, particularmente del uso indebido de las drogas, ha ido modificándose con el tiempo, esto no quiere decir que un enfoque haya eliminado a los anteriores, sino más bien las perspectivas se han sumado, y que las más recientes han ido ganado terreno práctico sin eliminar a las que las precedieron.

Los mismos autores realizan una revisión de los principales enfoques preventivos, los cuales se presentan a continuación:

#### Enfoque ético-legal

En un primer momento el consumo de drogas y las conductas asociadas, desde la perspectiva de la atención social, fueron vistos desde una óptica moral y legal, considerados por tanto como faltas morales o delitos, como transgresiones a ciertos códigos éticos y a las leyes que regulaban el consumo. Desde esta visión el modelo preventivo promovía el alejamiento de los individuos del consumo fuera de lo normal social y la labor preventiva consistía en la advertencia moral en tono autoritario de la prohibición y la inducción a la ética. Pronto se hizo evidente la incapacidad para contener el consumo indebido de sustancias únicamente por esta vía. El hecho histórico nos muestra que la conciencia de pecado, las sanciones o condenas legales por la comisión de un delito, no disuadió el consumo indebido.

#### Enfoque medico- asistencial

Más adelante y sin que se hubiera eliminado la visión ético-legal, comenzó a tomar vigencia y ha adquirir preponderancia el enfoque medico-asistencial, que lee el problema de las adicciones como una enfermedad. Llegar a este punto fue posible gracias a que el trabajo de investigación permitió reconocer y comprender los mecanismos psicofisiológicos de las adicciones, en donde la dependencia y la tolerancia que desarrolla el organismo ante las drogas, sitúa el consumo más allá de la voluntad del individuo. Esta perspectiva logró que el conocimiento pasará de los casos y observaciones aisladas a la sistematización de estudios epidemiológicos, lo que permitió conocer la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en la sociedad y también generar estudios por grupos de riesgo, lo que genero una visión mundial, nacional y regional del fenómeno de las adicciones, ofreciéndonos una mejor y más completa visión del fenómeno, incluyendo toda

su complejidad y dimensión, así como los mecanismos del organismo involucrados, particularmente del sistema nervioso y de cómo se afectan las funciones cerebrales.

El criterio preventivo correspondiente a esta perspectiva médico-sanitario o de salud, cuya vigencia apenas empieza a menguar y como efecto de la investigación misma, se ha ido transformando con el tiempo desde una simple advertencia e información sobre los daños que trae consigo el consumo de drogas, semejantes a las intervenciones morales del enfoque ético-legal, hasta una conciencia más profunda de la complejidad de la conducta humana, individual y social. Los aspectos fisiológicos y los temas asociados a la conducta y los estilos de vida, con contribuciones de la psiquiatría —que buscaron diversos aspectos psicopatológicos subyacentes al consumo de drogas o medicamentos que suplieran a las drogas- y consideraciones de una visión de la salud desembocaron en múltiples líneas de trabajo preventivo, cuyo común denominador ha sido informar para orientar debidamente a las personas hacia su salud y bienestar.

La consideración desde este enfoque centró la labor preventiva en la información y la orientación, considerando a la adicción como una enfermedad. Sin embargo con todos sus aciertos esta perspectiva ha generado ciertas distorsiones, la más notable es que sostuvo la convicción de que la educación sobre drogas bastaba para alejar a los individuos del riesgo que significa el consumo, partiendo del supuesto de que saber más sobre los mecanismos de acción y los daños que causa las drogas, evitaría que los sujetos se mantuvieran en el proceso de desarrollar una enfermedad adictiva.

Este enfoque mantuvo preponderancia como criterio preventivo en las décadas pasadas por diferentes razones, entre ellas por el prestigio de la profesión médica y el paso lógico de tratar el riesgo por el uso de drogas de la misma manera que, con éxito, se hizo con los riesgos de otras enfermedades: informando orientando, promoviendo la educación para la salud.



El panorama cambió en la medida en que avanzó la investigación al respecto de los resultados. Hoy en día se mantiene la esperanza en la investigación básica de lograr desarrollar una vacuna contra las adicciones, pues se han llegado a comprender muchos de los mecanismos del funcionamiento del organismo; se sabe que la adicción es una enfermedad curable (difícilmente y con gran inversión de tiempo, esfuerzo y dinero) y también que es prevenible, porque está mediada por factores psicológicos, conductuales y ambientales; lo que quiere decir que la eficacia de la prevención está en el comportamiento de los individuos y en el grado de tolerancia social.

#### Enfoque sociocultural

Este punto de vista le ha dado preponderancia al enfoque sociocultural en la medida en que se ha comprendido que el ambiente social y cultural influye creando patrones de comportamiento reconocibles y transformables. De esta manera, por ejemplo las pautas de conducta en el uso del tiempo libre por parte de los y las jóvenes pueden modificarse creando nuevos estímulos de recreación y alternativas de ocio. Esta visión sociocultural ha tenido cierto grado de vigencia porque al reconocer y comprender la compleja trama de factores que subyacen el fenómeno de las drogas, ha podido observarse que las diferencias sociodemográficas y culturales afectan también o tiñen de diferentes colores el consumo.

Desde aquí el criterio preventivo descansa en la creación de alternativas al uso de drogas, reconocidas y reforzadas por el ambiente; respaldándose en las actividades sociales, artísticas-culturales, recreativas y productivas, los deportes, la religión y una larga lista de acciones que se ponen sobre la mesa como alternativa al consumo y a cuyo fomento se encaminan las intervenciones preventivas.

### Enfoque psicosocial

La confluencia en los avances de investigaciones desde el punto de vista de la salud y la sistematización de los estudios epidemiológicos y de casos, junto con la comprensión de la influencia del ambiente han permitido identificar los factores de vulnerabilidad para el consumo de drogas en el orden de lo psicosocial. Los hallazgos y el camino andado a través y gracias a los diferentes enfoques desde los que se ha abordado (y se aborda) la problemática del consumo inadecuado de drogas, han abierto la puerta a la posibilidad de establecer mecanismos protectores específicos que disminuyan los daños, que atiendan a los enfermos para que no progrese su disfuncionalidad y se combata el narcotráfico y las conductas asociadas. Mientras que el criterio preventivo del consumo de drogas se orienta entonces al qué y al cómo; es decir, frente a los factores de riesgo presentes y a nuestra posibilidad de conocerlos y medirlos sistemáticamente, estamos en posibilidad de desarrollar habilidades de protección, tanto en el individuo como en la comunidad. Desde esta perspectiva que se asimila a la vertiente de investigación –acción, han empezado a diseñarse sistemas de prevención basados en factores de riesgo específicos a los que podemos oponerles factores de protección igualmente específicos.

### Enfoque ecológico

Una de las aproximaciones preventivas más prometedoras, esta basada en el modelo ecológico (Hawkins, Catalano, Miller, 1992), que tiene como objeto de estudio, la relación entre el organismo humano, entendiéndose éste como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales dentro de las personas, y su entorno como el todo lo que rodea al ser humano. Esta aproximación propone focalizar las intervenciones más en los factores del desarrollo que en la patología como lo hace el modelo médico. Así también propone intervenir en los ambientes y en los grupos humanos que crean esos ambientes más que en los individuos aislados (Bernard, 1992; citado en Castro, 1997).

No obstante Conadic/SSA (Serie Planeación) 2003, publican diferentes modelos preventivos, en dicha publicación puede notarse que los modelos difieren en cuanto a su enfoque, marco teórico, bases de investigación, nivel de diseminación y tipo de evaluación. Los enfoques varían desde el tradicional médico, de salud pública, hasta el enfoque ecológico, pasando por el sociocultural y educativo, considerada la educación, a su vez, como preventiva integral o más restringidamente como educación para la salud, o también como una combinación de elementos con énfasis en valores y desarrollo de habilidades o en riesgo-protección. Los marcos teóricos igualmente se despliegan en un vasto horizonte que abarca: el ciclo vital y calidad de vida; el aprendizaje social; la Epistemología de la Complejidad; desarrollo humano y riesgo-protección, desarrollo de habilidades para la vida, y promoción de la salud física y mental, incluyendo la Medicina Cuerpo/Mente.

Los niveles de diseminación de cada uno de los modelos también son variados. Todos están en proceso de lograr mayor cobertura y mejor focalización. Algunos son aplicados por organizaciones y redes incluso de alcance en varios países; mientras que otros están restringidos a algún tipo de escuelas, otros alcanzan diferentes niveles y tipos de educación.

Por otra parte, hay programas institucionales que usan solo un modelo, y otras instituciones aplican varios de los modelos disponibles, no obstante que la aplicación de los modelos y de sus materiales se da en contextos distintos a los que originaron su diseño. Todo ello indica la gran necesidad de incrementar los programas basados en estos modelos.

En lo que respecta al tipo de evaluación al que han sido sometidos los distintos modelos, sigue cánones diferentes. El rango de aproximación metodológica es amplio y abarca perspectivas distintas: los que han evaluado el impacto antes y después y realizado medición de patrones de consumo, y otros que hacen una evaluación permanente del proceso, con

instrumentos cualitativos o han dispuesto otros sistemas de diagnóstico estratégico por medio de la revisión de las tareas y la coherencia con los objetivos que se han fijado; los menos integran evaluaciones de proceso, resultados e impacto o cuentan con una revisión valorada de sus componentes. Otros están en proceso de hacer las evaluaciones correspondientes por medio de encuestas o han medido su impacto con grupos focales y/o con diseños antes y después y grupos control. Otros, en fin, han calificado el impacto de la imagen en servicios, y otros más han hecho estudios de seguimiento con indicadores de percepción de riesgo.

A continuación se describirán brevemente los modelos revisados por Conadic/SSA (2003):

#### Modelo Preventivo

Construye tu vida sin adicciones

Dr. Agustín Vélez Barajas, Dr. Ángel Prado, Profa. Ma Teresa Sánchez Fregoso

Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental del Consejo Nacional Contra las Adicciones

Este modelo, es una propuesta preventiva basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación a su salud integral y en especial prevenir adicciones.

Es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. En su planteamiento establece el origen multifactorial y complejo de las dependencias considerando que tanto la recuperación, como la prevención de esta enfermedad se vincula más con las

actitudes y comportamientos que integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social, que simplemente con inhibir el consumo de determinada sustancia.

Bajo este abordaje se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un auto concepto pobre, la falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello está propuesta está orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las habilidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el auto concepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre patrones de consumo de sustancias adictivas.

Este modelo pretende fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud, facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las comunidades.

Para su condición no requiere de expertos o profesionales, el facilitador puede ser cualquier agente de la comunidad que tenga habilidades para proporcionar la interacción y el desarrollo de los ejercicios.

Modelo de prevención en

Centros de Integración Juvenil, A. C.

Dr. Luis Solís, Director de Prevención de Centros de Integración Juvenil

Dra. Patricia Gómez, jefa de Proyectos Nacionales

Ps. Manuel Ponce B. Subdirector de Prevención

El modelo se concibe a partir de la definición de prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados.

Con base a la conceptualización del Instituto de Medicina (IOM 1994) que clasifica la prevención en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas.

La intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población. Los componentes normativos se basan tanto en las propuestas internacionales como en las nacionales dictadas por la NOM.028-SSA 2-1999.

Un componente importante del programa preventivo es el desarrollo de tecnologías aplicadas para el diseño, instrumentación y evaluación de materiales didácticos, así como de herramientas que permiten la disseminación y replicación de los proyectos de prevención.

El programa y sus necesidades cambiantes incluye el diseño, elaboración y evaluación de proyectos piloto, dirigidos a grupos poblacionales especiales y con características de vulnerabilidad para el consumo de drogas.

En los Centros de Integración Juvenil, la movilización social es un proceso que se orienta a potenciar el efecto de las acciones de la sociedad organizada para la prevención de adicciones. Por medio de la participación de personas de la comunidad, técnicos de la salud mental y estudiantes en servicio social, realizan acciones preventivas.

El objetivo general, se centra en disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo. La atención prioritaria abarca una población que comprende entre los 10 y 18 años, por ser el rango de mayor frecuencia para iniciar el uso de drogas.

Las estrategias de prevención abarcan lo siguiente: a) prevención universal, dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención b) prevención selectiva, se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos c) prevención indicada, la intervención se dirige a grupos de la población con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, o quienes exhiben factores de alto riesgo d) movilización social, se dirige a formar y vincular redes sociales para generar acciones preventivas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

En lo referente a la evaluación, Centros de Integración Juvenil, dispone de un sistema permanente de monitoreo para evaluar los procesos, los resultados y el impacto de la aplicación del Programa de Prevención.

Modelo de prevención del

Uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar del trabajo

Lic. Silvia Carreño García, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dr. Arturo Ortiz, Mtra. Guillermina Natera, Lic. Marcela Tiburcio.

Dr. Agustín Vélez

El programa modelo de prevención es una iniciativa internacional que ofrece una propuesta a los centros de trabajo para enfrentar el problema de uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. Esta dirigido a empresas pequeñas, grandes y medianas.

Los objetivos del modelo son:

- 1) Establecer una infraestructura que integre al trabajador y al departamento de recursos humanos, para que sean capaces de implantar programas efectivos para la prevención de los problemas asociados al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, además de que puedan conjuntar los recursos de la comunidad para dar una respuesta integral a los requerimientos del lugar de trabajo.
- 2) Desarrollar, poner en marcha y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que se oriente a los trabajadores y se extienda a la familia y la comunidad.

El modelo consta de nueve etapas para la introducción e implementación en las empresas, con la finalidad de asegurar su utilidad, continuidad y permanencia, las nueve etapas del modelo son las siguientes:

- 1) fomentar un comité con la participación de todos los sectores, 2) establecer una política laboral en torno al consumo, 3) desarrollar un programa de prevención con énfasis en los niveles primario y secundario, 4) diseñar estrategias de intervención para trabajadores, 5) identificar y manejar los problemas, 6) entrenar a supervisores y personal de la salud, 7) establecer un programa de referencia y tratamiento, 8) dar seguimiento a las acciones del programa y 9) realizar la extensión del programa a la familia y a la comunidad.



Modelo preventivo de  
Riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias  
Chimalli-DIF  
Dirección de Protección a la infancia  
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

El Modelo Chimalli-DIF se orienta hacia el incremento de habilidades de protección por dirigirse a lograr competencia social, resolución de problemas y adaptación de un sentido propositivo en las familias de niñas, niños y adolescentes, y sus familiares. Asimismo, constituye una base o punto de arranque para el desarrollo de materiales preventivos y programas regionales específicos de prevención de uso y abuso de drogas, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida y el estilo de vida, abordando todo esto de forma integral y con la participación de la comunidad misma; ello supone, modificar viejos paradigmas para el diseño de los planes de acción o intervenciones preventivas, cambios en nuestras maneras de enfocar el fenómeno y de hacer frente.

El Chimalli-DIF es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente, o por la influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar, o bien, por una ruta de trabajo de los Promotores Infantiles Comunitarios. Este modelo constituye una adaptación del modelo Chimalli-Escuelas del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), diseñado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares, es decir, dentro de comunidades cerradas.

La base teórica del modelo, sostiene que la asociación entre hogar-escuela-comunidad produce "resiliencia", es decir, fortalece a las comunidades en su capacidad de enfrentar con éxito los estresores del medio porque se vuelve "protectora" si emplea normas y modelos claros de conducta, promueve habilidades para resistir influencias sociales, solucionar problemas, tomar decisiones y colaborar con los demás; por otro lado esta asociación reconoce a los grupos, esto es, los extrae del anonimato y los invita a participar activamente ante grupos positivos.

El dispositivo de intervención está constituido por la reunión de personas en pequeños grupos ya sea niñas, niños y/o adolescentes, padres de familia y adultos, que se reúnen para trabajar en el desarrollo de habilidades de competencia social, de resolución de problemas con un sentido positivo. El modelo considera 26 habilidades de protección divididas en tres áreas: 1) Uso de drogas y conducta antisocial, 2) Eventos negativos de la vida y 3) Estilo de vida.

Actualmente el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores Adolescentes y sus familias, Chimalli-DIF opera en 24 estados de la República, abarcando 80 municipios, 197 comunidades, en donde 160 redes comunitarias trabajan con 202 grupos con 5398 niñas, niños y adolescentes, y 94 grupos con 2926 adultos y padres de familia.

Programa de

Educación preventiva contra las adicciones

Dra. Patricia de Leonardo y Ramírez

Directora General de Extensión Educativa de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal SEP

Lic. Patricia Bermúdez Lozano

Directora de Salud Escolar de la Dirección General de Extensión Educativa

Lic. Nancy Gigliola Amador Buenabad

Subdirectora de Coordinación Interinstitucional para la Prevención y Atención de Riesgos de la Dirección de Salud Escolar

El programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA) es creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y en la familia, favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad.

El PEPCA surge como una alternativa encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones en la comunidad educativa, derivándose de la investigación de los sustentos teóricos de diversos modelos preventivos, de investigaciones epidemiológicas, de análisis de la base jurídica de la educación y de un diagnóstico de la problemática actual, así como de recomendaciones de organismos internacionales, como la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

El programa se fundamenta en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y de Educación, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, así como en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Plan Nacional Contra las Drogas 2001-2006 y diversos Programas Sectoriales. Su principal objetivo es incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico.

Para lograr este propósito el programa sienta sus bases teóricas y metodológicas en las siguientes corrientes: 1) El Humanismo, en donde se considera al individuo como un ser integral, no predeterminado, 2) Modelo Ecológico de Desarrollo Humano, que considera de vital importancia entender la individuo en relación con el medio circundante, en este modelo se resalta la creación de ambientes proactivos, se favorece el fortalecimiento de la personalidad y se busca potencializar el desarrollo humano, 3) El enfoque riesgo-protección, es importante enfatizar la identificación de factores de riesgo, con la finalidad de generar factores de protección que permiten neutralizar a los primeros en un efecto de cascada, que se traduzca en la formación de ambientes y personas saludables.

Las estrategias operativas del modelo son las siguientes: a) capacitación, b) estrategia focalizada de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo, c) Servicios de orientación, d) Estrategias de movilización comunitaria, e) Difusión de campañas de comunicación social y f) seguimiento y evaluación.

Programa de Prevención del Abuso de Sustancias

Para alumnos de 4°, 5° y 6° grados de primaria

Yo quiero, yo puedo

IMIFAP-Educación, salud y vida

Desde su fundación en 1986, el Instituto de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) ha desarrollado, instrumentado y diseminado investigaciones en el campo de la educación para la vida, la salud y la sexualidad en México a partir de estas investigaciones, se han diseñado programas de intervención específicas para diversos grupos. Dichos programas tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades y

se ha desarrollado de acuerdo con el conocimiento de que los programas más efectivos relacionados con las conductas tendientes a preservar la salud física y mental son aquellos que integran la información con el desarrollo de habilidades psicosociales que sirven para enfrentarse a las demandas y los retos de la vida diaria. Las investigaciones más recientes al respecto han llevado a acuerdos internacionales que reconocen un grupo de habilidades básicas como el núcleo de la realización de los programas de promoción de la salud física y mental (OMS, 1997). Entre éstas se encuentran:

- Toma de decisiones
- Solución de problemas
- Pensamiento creativo
- Pensamiento crítico
- Comunicación efectiva
- Establecer y mantener relaciones interpersonales positivas
- Conocimiento de si mismo
- Establecer empatía
- Manejo de emociones
- Manejo de tensiones

En 1998 IMIFAP llevó a cabo un proyecto para fortalecer el contenido del programa “yo quiero, yo puedo” en una de las áreas que más afectan actualmente el mundo y particularmente a la población mexicana, el uso y abuso de sustancias adictivas. El objetivo del programa es desarrollar en los niños y niñas habilidades que les permitan manejar

adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales, como el abuso de sustancias psicoactivas.

Con base en una intervención dirigida a edades tempranas, el programa contempla la capacitación a docentes a través de un taller que permite que se apropien del programa y lo sientan útil en su vida laboral y personal. Asimismo, al poner en práctica las habilidades adquiridas, los y las docentes actúan como facilitadores(as) en el proceso de enseñanza participativa con sus alumnos y alumnas.

#### Modelo Comunitario de Integración Psicosocial

Lic. Simón Tavera, Lic. Mónica Cantú de Ainslie, Lic. Víctor Luna

Fundación Ama la Vida

La fundación Ama la Vida inicia su labor de servicio especializado en el tratamiento de la fármaco dependencia en 1991 en la Delegación Iztacalco con el Centro Contra las Adicciones (CENCA). Actualmente la fundación pertenece a la red de instituciones sobre fármacodependencia y situaciones críticas asociadas que coordina Cáritas Arquidiócesis de México, al conjunto de instituciones que participan en la Delegación Miguel Hidalgo, en la Red de Organizaciones que apoyan el proyecto de trabajo con niños de la calle que coordina el DIF Nacional, y a INAPAR.

En lo referente al programa de trabajo, de 1999 a 2001 se ha desarrollado un plan de trabajo con el modelo comunitario de intervención psicosocial para el tratamiento de la fármacodependencia que contempla la organización de un programa de actividades con cuatro proyectos o iniciativas organizadas estratégicamente.

- a) Unidad residencial de tratamiento
- b) Programa de clínica comunitaria de tratamiento de la fármacodependencia en el barrio de Tacubaya
- c) Diplomado sobre adicciones
- d) Centro de investigación e Información

### Modelo Educación para la Vida y el Trabajo

#### Aguas con las Adicciones

Lic. Sara Elena Mendoza Ortega

El modelo educación para la vida y el Trabajo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), tiene como finalidad ofrecer a jóvenes y adultos, un proceso educativo congruente con sus ámbitos particulares, y con sus necesidades e intereses. Abordando una serie de aspectos vinculados a los jóvenes, en particular cuestiones de adicciones, género y sexualidad, también de gran interés para los adultos y sus familiares.

El modulo "Aguas con las Adicciones" cuenta con un paquete de materiales:

- El "libro de los jóvenes a los jóvenes" con bibliografía de consulta para obtener la información sobre cada tema, los contenidos y las indicaciones para realizar distintos tipos de actividades que favorecen la reflexión sobre experiencias así como el análisis y comprensión de la información para llegar a conclusiones y tomar decisiones sobre un asunto determinado
- Seis fichas técnicas indispensables para desarrollar las diferentes actividades que propone el libro
- Un "cuaderno de trabajo" y una revista con distintos contenidos sobre el tema y otros folletos relacionados

Modelo Preventivo de  
Riesgos Psicosociales CHIMALLI  
Mtra. María Elena Castro Sariñana, Dr. Jorge Llanes  
INEPAR

El modelo Chimalli tiene como fin producir resiliencia, con un enfoque proactivo y ecológico. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades, con duración aproximada de quince semanas en comunidades (escuelas, centros comunitarios y de desarrollo, barrios, unidades habitacionales, colonias).

Actualmente se considera que el Chimalli tiene tres componentes primordiales, a saber: una red voluntaria (vecinal, escolar y/o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores); trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección; y, autoevaluación con instrumentos sistematizados de resultados, de proceso y de impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, evitar el primer contacto y reducir el abuso. Y estos componentes se articulan en el plan de acción con una metodología definida que inicia con la integración de la red. Esta realiza un diagnóstico con los instrumentos de autoevaluación que sirven de guía para programar las actividades que se desarrollan en la intervención, definidas por la propia red en el contexto de la "campaña Chimalli".

El Chimalli interviene en las áreas de Uso de Drogas y Conducta Antisocial, Eventos Negativos de la Vida y Estilo de Vida. Propone el desarrollo de 26 acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección.



Modelo de intervención social profesionalizada  
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

La política de asistencia social en México demanda trascender del asistencialismo tradicional a una intervención social profesionalizada bajo criterios de calidad, en donde los sujetos sean promotores de su propio desarrollo. Esta visión implica el desarrollo de proyectos, programas y modelos de asistencia social con un rigor metodológico para impactar y potenciar las capacidades de la población objeto de asistencia social, propiciando condiciones y oportunidades para su integración al desarrollo y el acceso a una vida digna y equitativa.

El desarrollo de modelos de intervención permitirá:

- Profesionalizar los servicios asistenciales existentes
- Medir y evaluar los alcances del quehacer asistencial
- Dirigir y optimizar esfuerzos
- Replantear la asistencia social según la nueva visión
- Generar nuevos modelos de atención e intervención que respondan a las demandas y necesidades de la población vulnerable
- Replicar experiencias exitosas de intervención

Las estrategias para la profesionalización de los servicios asistenciales consiste en las siguientes fases:

- I. Asesoría y acompañamiento metodológico para la estructuración, estandarización y evaluación de modelos de intervención

- II. Desarrollo de instrumentos Teórico-Methodológicos para la estructuración, la estandarización y la evaluación de modelos
- III. Capacitación

Modelo preventivo

ECO2

Ing. Juan Machín

El Centro Caritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C., es resultado de un proceso de coordinación interinstitucional PATRA realizar una investigación en la acción, convocando y coordinado por Caritas Arquidiócesis de México I.A.P. con tres organizaciones civiles; Hogar Integral de Juventud I.A.P., Centro Juvenil Promoción Integral A.C.y Cultura Joven A.C.

- Cáritas es el organismo oficial del Arzobispado para el servicio caritativo de la Iglesia Católica y desde hace varios años ha venido impulsando, alentando y promoviendo muy diversos proyectos de asistencia, promoción y desarrollo social de grupos, comunidades y ONG.
- Hogar integral de Juventud es una institución de asistencia privada, cuyo trabajo pionero con la farmacodependencia se remota a 1970
- El Centro Juvenil Promoción Integral es una institución fundada en 1982 con el objetivo de contribuir al desarrollo integral de los sectores más amplios de la población juvenil en México

- Cultura Joven es una organización civil que surge de la convergencia en 1987 de una red de experiencias juveniles de Morelos

La misión del centro, busca formar en la acción equipos de agentes sociales para:

- Incrementar la eficacia de la acción social
- Crear una cultura consensuada en torno a fenómenos de sufrimiento social, desde una epistemología de la complejidad e
- Incidir en las políticas relacionadas

En cuanto al impacto actual, el modelo de intervención del Centro es implementado por 26 organizaciones y redes mexicanas y centroamericanas entre las que destacan Hogar integral, Cejuv, Cultura Joven, Casa, Fundación Ama la Vida, EDICA, Daya, Superación Humana y social, Clubes Juventud Siglo XXI, Hogares Providencia San Felipe de Jesús, Hermanos Indígenas y Migrantes, etc.

Algunos elementos esenciales de la intervención son:

- Empleo de instrumentos (diarios de campo, sistema de diagnóstico estratégico, hoja de iniciativas etc.)
- Planeación estratégica con base en diagnóstico
- Revisión de la tarea y la coherencia de objetivos en los diferentes niveles
- Se intervienen en territorios sobre redes y representaciones sociales, sistemas simbólicos de control social
- Construcción de minorías activas.

Finalmente, después de revisar el quehacer preventivo de muchos años, hoy se sabe que el dotar de información sobre los efectos y los daños ocasionados por el consumo de drogas, o las consecuencias de tener relaciones sexuales, no hacen la diferencia; por lo que algunos programas preventivos intentan ir más allá, sin embargo es poco lo que se ha analizado en relación a los antecedentes y las consecuencias, de las conductas de los adolescentes. Por ello, después de analizar los programas preventivos intento a través de esta investigación, desarrollar un programa preventivo que promueva conductas saludables en los adolescentes, donde además de dar información clara y precisa, se promueva en los adolescentes conductas como el autocontrol, la autoeficacia, el identificar conductas de riesgo, la anticipación y el establecimiento de metas.

## FUNDAMENTO TEORICO

### TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La definición conceptual de la que se partió para la elaboración de este taller, es la Teoría del Aprendizaje Social (TAS), elaborada por Bandura (1969) se parte de esta concepción, ya que se ha demostrado que esta proporciona un marco teórico y metodológico para incrementar conductas saludables.

En la década de los 60, el neoconductismo daría lugar al modelo del aprendizaje social de Bandura y Walters (1963) y a una importante línea de investigación sobre comunicación persuasiva y cambio de actitudes (Hovland, Janis y Kelly, 1953). De esta forma, el esquema E-O-R, en el que Hull había introducido únicamente variables fisiológicas, comenzaron a introducirse constructos de carácter cognitivo.

La teoría del aprendizaje social, una posición sistémica propuesta por Bandura (1969, 1971, 1977; Bandura y Walters, 1963) y muchos otros (Mischel, 1968; Miller y Dollard, 1941; Rotter, 1954; Staats, 1968, 1975), intenta proporcionar una síntesis más equilibrada de la Psicología cognoscitivista con los principios de la modificación de conducta.

La teoría del aprendizaje social no trata sólo con el conjunto usual de principios del aprendizaje, sino que agrega otros nuevos e intenta describir en detalle la manera en que un conjunto de competencias sociales y personales (la denominada personalidad) podría desarrollarse a partir de las condiciones sociales dentro de las cuales ocurre este importante aprendizaje. También trata de modo muy explícito con las técnicas de evaluación de la personalidad (Mischel,

1968) y de modificación de conducta en situaciones clínicas y educativas (Bandura, 1969; Krumboltz y Thoresen, 1969; Watson y Tharp, 1977)

Las teorías tradicionales del aprendizaje han recalcado el aprendizaje por la experiencia directa, mediante la aplicación de contingencias de reforzamiento a las respuestas practicadas. Esto se condensa en las nociones de "aprendizaje por acción", de diferenciación de la respuesta, y de moldeamiento de cadenas conductuales complejas mediante la aproximación sucesiva.

La teoría del aprendizaje social acepta estos principios de moldeamiento, aunque tiende a concebir el papel de las recompensas en este proceso en el sentido de que transmiten información acerca de la respuesta óptima en la situación, y proporciona también motivación de incentivo para un acto dado debido a la recompensa anticipada. En contraste con el énfasis en el aprendizaje por acción, la teoría del aprendizaje social sostiene que gran parte del aprendizaje humano se realiza de modo vicario, al observar a otra persona que ejecuta respuestas habilidosas, y trata entonces de imitar las respuestas del modelo. Con estos medios, el observador a menudo puede aprender y poco después ejecutar nuevas respuestas sin haberlas hecho anteriormente o sin que hayan sido reforzadas. Es obvio que muchas habilidades humanas (por ejemplo, la pronunciación de palabras extranjeras) de ningún modo podrían adquirirse sin este aprendizaje por observación, y que varias otras habilidades, como conducir automóviles sólo se aprenderá mediante sucesivas aproximaciones reforzadas.

Así, la nueva postura de Bandura, que aparece integrada en el libro *Social Foundation of Thought and Action: A Social – Cognitive Theory* (1986), es un ejemplo de esta evolución desde el determinismo ambientalista propio del conductismo hacia el reconocimiento, cada vez más explícito, de la influencia que la persona ejerce sobre el medio.

Para Bandura, las personas no responden de manera automática a los estímulos del entorno, ni la mente humana es un sistema computacional, en el que el procesamiento automático de la información (input) produce un determinado resultado (output) sin que aparentemente intervenga la conciencia.

En el determinismo recíproco se asume que la persona es un ser activo que responde a las influencias del ambiente, pero que también actúa de manera reflexiva y conscientemente sobre su medio.

La teoría cognitiva social de Bandura descansa sobre la idea de que la persona es agente de su propia conducta. Esta capacidad de agencia, responde a cinco capacidades básicas:

- a) Capacidad simbólica, mediante la que podemos dar sentido, forma y contigüidad a la experiencia, además de memorizarla para anticipar acontecimientos.
- b) Capacidad vicaria, que nos permite aprender mediante la observación de los comportamientos de los otros
- c) Capacidad de previsión, que guía y motiva anticipadamente las acciones y forma de expectativas sobre las consecuencias de la acción
- d) Capacidad auto-regulativa, que asume que podemos tener sobre nuestros propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, y acciones, lo cual permite reemplazar los controles externos por controles internos
- e) Capacidad auto-reflexiva, mediante la que tomamos conciencia de nuestra experiencia y de nuestro pensamiento.

Para Bandura, de todos los mecanismos a través de los cuales se ejerce la agencia humana, ninguno es tan central como la autoeficacia, un concepto que introdujo por primera vez en su artículo *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change* (1977) y que ha guiado el trabajo desarrollado por el autor hasta el momento actual.

La autoeficacia es la percepción que la persona tiene de su capacidad para llevar a cabo determinados comportamientos y para lograr determinados niveles de ejecución, en ámbitos de actuación que son importantes en su vida. En situaciones en las que la persona debe enfrentarse a tareas que entrañan un cierto nivel de dificultad y que son importantes, estas percepciones de eficacia influyen en los patrones de pensamiento que la persona adopta, en las reacciones emocionales que experimenta, en la motivación y en el comportamiento.

Bandura, subraya además, que la autoeficacia no es un simple mecanismo predictivo de la conducta futura sino que influye sobre la misma, es decir, la autoeficacia hace a la persona productora de su propio comportamiento.

La percepción de la eficacia personal determinará el tipo de conductas elegidas, la cantidad de esfuerzos dedicado a enfrentarse a situaciones difíciles y el tiempo que se persistirá en el intento de solucionarlas.

Los individuos que tienen un alto nivel de autoeficacia, es decir, que creen que son capaces de lograr un determinado nivel de rendimiento en una actividad concreta, harán un mayor esfuerzo para lograr metas relacionadas con dicha conducta. La idea central de la teoría es que las personas con altas expectativas de autoeficacia terminaran por tener un mayor nivel de ejecución y mayor probabilidad de éxito que aquellas otras con bajas expectativas.



Esta diferencia no se debe según Bandura, a las mayores probabilidades de éxito de las personas con alto grado de autoeficacia, sino más bien a los efectos negativos que tiene la autoeficacia baja: la autoconfianza no tiene por que asegurar el éxito, pero la falta de confianza en uno mismo seguramente provoca el fracaso (Bandura, 1977)

Para Bandura, las creencias que las personas tienen sobre su propia eficacia proceden de cuatro fuentes, principalmente:

Los logros alcanzados en la ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el conocimiento que la persona tiene de su estado fisiológico.

La historia personal de éxito y fracaso en una determinada actividad es, según Bandura, la principal fuente de conocimiento sobre nuestra eficacia. Mientras que los éxitos contribuyen a construir un fuerte sentimiento de autoconfianza, los fracasos van socavando dicho sentimiento, especialmente si se experimentan antes de que la autoeficacia se haya formado.

Para que la persona adquiera una percepción sólida de su eficacia es necesario que la experiencia de éxito haya sido el resultado de la perseverancia en el esfuerzo, más que de una sucesión rápida de logros fácilmente conseguidos.

La segunda fuente de información sobre la autoeficacia es, como se había señalado, la experiencia vicaria, proporcionada por modelos sociales. El hecho de ver que personas similares han tenido éxito en la tarea fortalecerá la idea de la autoeficacia, que se verá disminuida, sin embargo, si las personas que actúan como modelos fracasan.

Mientras mayor es la similitud entre la persona y el modelo más influencia tendrá éste en la creación de sentimientos de autoeficacia.

La tercera fuente de conocimientos sobre la autoeficacia es la información procedente de la comunicación persuasiva. Para Bandura, aquellas que son persuadidas de que pueden lograr determinado éxito harán mayores esfuerzos para ejecutar las tareas, siendo la persuasión más eficaz para disminuir la autoeficacia que para aumentarla. Un sentimiento de eficacia poco realista logrado a través de la persuasión es rápidamente desconfirmado si la persona fracasa en la ejecución de la tarea; sin embargo la gente que ha sido persuadida de que carece de las capacidades necesarias para llevar a cabo determinadas tareas tiende a evitarlas.

Finalmente el conocimiento que las personas tienen de su estado fisiológico es otra fuente de información sobre la capacidad personal para realizar determinadas tareas. La información procedente de estas fuentes internas es seleccionada, valorada e integrada por la persona, por lo que el análisis del procesamiento cognitivo de la información ocupa también un papel central en la teoría cognitiva social.

Así mismo un aspecto central en la teoría de la autoeficacia es el papel causal que Bandura otorga a dicha creencia en la determinación del comportamiento. Hawkins, (1992), reconoce que existe una relación empírica solidamente establecida entre la autoeficacia y el comportamiento; sin embargo esto no quiere decir que exista una relación causal entre ambos. Bandura (1995) responde a estas críticas definiendo el papel causal del pensamiento en todas las acciones humanas y describiendo los mecanismos a través de los cuales dicha influencia causal se hace posible. La autoeficacia influye en el

comportamiento y en el funcionamiento de la persona a través de cuatro tipos de procesos: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos.

Desde el punto de vista cognitivo, la influencia que las creencias de eficacia ejercen en el comportamiento se deriva de la posibilidad de anticipación de los resultados de la ejecución, que influyen directamente en el tipo de objetivos que la persona se plantea alcanzar. Según Bandura (1995), la acción se organiza inicialmente en el pensamiento "las creencias de las personas en su eficacia modelan los tipos de escenarios anticipadores que construyen y ensayan. Las personas con alto sentido de eficacia visualizan los escenarios de éxito que aportan pautas y apoyos positivos para la ejecución. Las que dudan de su eficacia visualizan los escenarios de fracaso y meditan sobre las cosas que podrían salirles mal". Por otra parte la resolución de determinadas tareas complejas se hace difícil si la persona tiene que luchar con sus sentimientos de ineficacia; se vuelve errática en su pensamiento analítico y reduce sus aspiraciones, por lo que la eficacia de su ejecución disminuye.

Desde el punto de vista motivacional, la autoeficacia se convierte en un importante factor que influye en la autorregulación de la conducta. Bandura parte de la idea de que la mayor parte de la motivación humana se genera cognitivamente, mediante la anticipación de las metas que van a ser alcanzadas.

La motivación se refiere fundamentalmente a la manera en que las acciones se activan y se seleccionan. Los teóricos cognoscitivistas presumen que la mayor parte de los incitadores internos o externos para la acción se transmiten por medio del sistema cognoscitivo de la persona. Los motivadores comunes incluyen la estimulación ambiental fuerte (calor, frío, descargas), y condiciones corporales como el hambre, la sed y la excitación sexual. El teórico cognoscitivista

señalaría que la "fuerza motivacional" impulsora de estas condiciones para los seres humanos en gran parte se modifica mediante el sistema cognoscitivo. Así, las personas en huelga de hambre padecen hambre, y sin embargo, informan muy poco de la urgencia de comida que asociamos con el hambre externa. Asimismo, a personas se les puede enseñar rutinas simples de relajamiento, distracción y automanejo, que les permitirá soportar niveles de dolor que antes les resultaban intolerables (Meichenbaum, (1977) en Brower, Hilgard, (2003)).

Una segunda fuente de motivación cognoscitiva reside en el establecimiento de metas y en el autorreforzamiento. La automotivación es el resultado del establecimiento de metas y definición de estándares mediante los cuales las personas evalúan su conducta. Las personas se entregarán a la tarea de alcanzar una meta particular y evaluarán su ejecución en relación con ese objetivo. Se recompensarán a sí mismas con autosatisfacción si alcanzan su estándar, pero estarán insatisfechas y talves se castigarán si no logran conseguirlo. Estas autoevaluaciones proporcionan fuerza de iniciación a las metas que las personas fijan para sí misma, (Meichenbaum op.cit).

Las creencias de autoeficacia influyen en las atribuciones causales, que a su vez influyen en la motivación y en las reacciones afectivas derivadas del éxito y el fracaso.

El tipo de expectativas que las personas tengan sobre su ejecución futura determinará el tipo de metas que se establecen, la cantidad de esfuerzo que se invierte en el logro de las mismas, el tiempo que se persevera ante las dificultades y la resistencia ante los fracasos. Las personas con bajas expectativas de eficacia reducirán el esfuerzo o abandonarán rápidamente una tarea cuando se experimente un fracaso en los primeros intentos.

Desde el punto de vista afectivo, la autoeficacia influye en la cantidad de estrés y depresión que experimentamos en situaciones amenazadoras. La falta de confianza en uno mismo puede generar ansiedad cuando la persona está implicada en la resolución de tareas que encierran un determinado grado de dificultad, lo cual a su vez influye en la ejecución.

Finalmente, la autoeficacia determina el tipo de comportamiento que seleccionamos: las personas con bajas expectativas de eficacia en determinados ámbitos de su vida, evitarán las tareas difíciles, y tenderán a un menor nivel de aspiración y de compromiso con las metas que adoptan.

En relación a las expectativas, Bandura (1977) en Brower, Hilgard, (2003), señala la convicción que tiene el organismo de poder ejecutar convenientemente la conducta requerida para producir las consecuencias, denominando a esta conducta expectativas de eficacia.

Considera además que las personas poseen expectativas de eficacia acerca de infinidad de respuestas en varias circunstancias. Un conjunto de expectativas de eficacia es muy parecido a una lista de creencias personales acerca de competencias e incompetencias. En lo que toca a los efectos de la ejecución, Bandura (op. Cit) supone que aquello que percibe una persona de la eficacia (destreza) de una conducta dada afecta al que use o no esa conducta al afrontar situaciones difíciles; influye en el esfuerzo que dedicará a la conducta cuanto tiempo persistirá en ella al enfrentarse a obstáculos y frustraciones. Mientras más poderosa sea la expectativa de eficacia, más tiempo y esfuerzo le dedicará a la conducta que se intente. Si la conducta persistente a la larga tiene éxito, la expectativa de eficacia para esa conducta en situaciones similares se acrecentará. Si la conducta se ejecuta previamente y fracasa, o se abandona antes de tiempo, su

expectativa de eficacia para esta situación disminuirá. De esta forma, la expectativa de eficacia para una respuesta en una situación dada se ajusta a sí misma de acuerdo con las experiencias del sujeto con esa conducta.

La concepción de la persona en la que se basa la teoría cognitiva social, en la que la dimensión central del comportamiento es la capacidad de agencia, no queda relegada al ámbito individual, sino que se extiende al comportamiento social y colectivo. De acuerdo con Bandura (2002), la teoría cognitiva social distingue entre tres formas de agencia: la agencia personal directa; la agencia delegada, que confía en que otros actuarán para conseguir las consecuencias deseadas; y la agencia colectiva, ejercida a través de la acción de los grupos. De esta última depende, según Bandura, la fuerza de los grupos, de las organizaciones e incluso de las naciones. No obstante, el análisis que hace de la misma no es tan detallado como el que hace de la autoeficacia individual.

En lo que se refiere a la modificación de las conductas de riesgo y adaptación de conductas saludables Bandura 1999 señala:

Las enfermedades pueden tener su origen en múltiples causas, pero una de las más importantes son las conductas que ponen en riesgo la salud como son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la malnutrición, la falta de ejercicio físico, las prácticas sexuales arriesgadas y el desconocimiento de las prácticas preventivas. Además muchas personas tratan de superar el estrés regulando sus emociones con actividades perjudiciales para la salud. Por ejemplo pueden tratar de tranquilizarse fumando o consumiendo drogas. Muchas veces las personas se distraen de las situaciones estresantes recurriendo a conductas que pueden aliviar la incomodidad a corto plazo, pero a expensas de la salud a largo plazo. De los esfuerzos continuos de la sanidad pública por reducir las conductas de riesgo se han derivado algunos progresos en este sentido. Hay muchas razones –algunas personales, otras sociales- para que las conductas de riesgo

sean atractivas y persistentes. Por lo tanto, ninguna estrategia única de la sanidad pública puede contrarrestar todas ellas con efectividad, Bandura (1999).

Así señala Schwarzer, (1992), en Bandura (1999) que la adopción de precauciones o cambio de hábitos arriesgados debe ser visto como un proceso de auto-regulación que puede ser subdividido en varios estadios. Habiéndose formado una interacción de cambio, la fase de motivación ha concluido, y los subsiguientes sucesos pueden ser contemplados bajo el encabezamiento de procesos voluntarios.

El proceso de acción a favor de la salud, propuesto por Bandura (1999), es el siguiente:

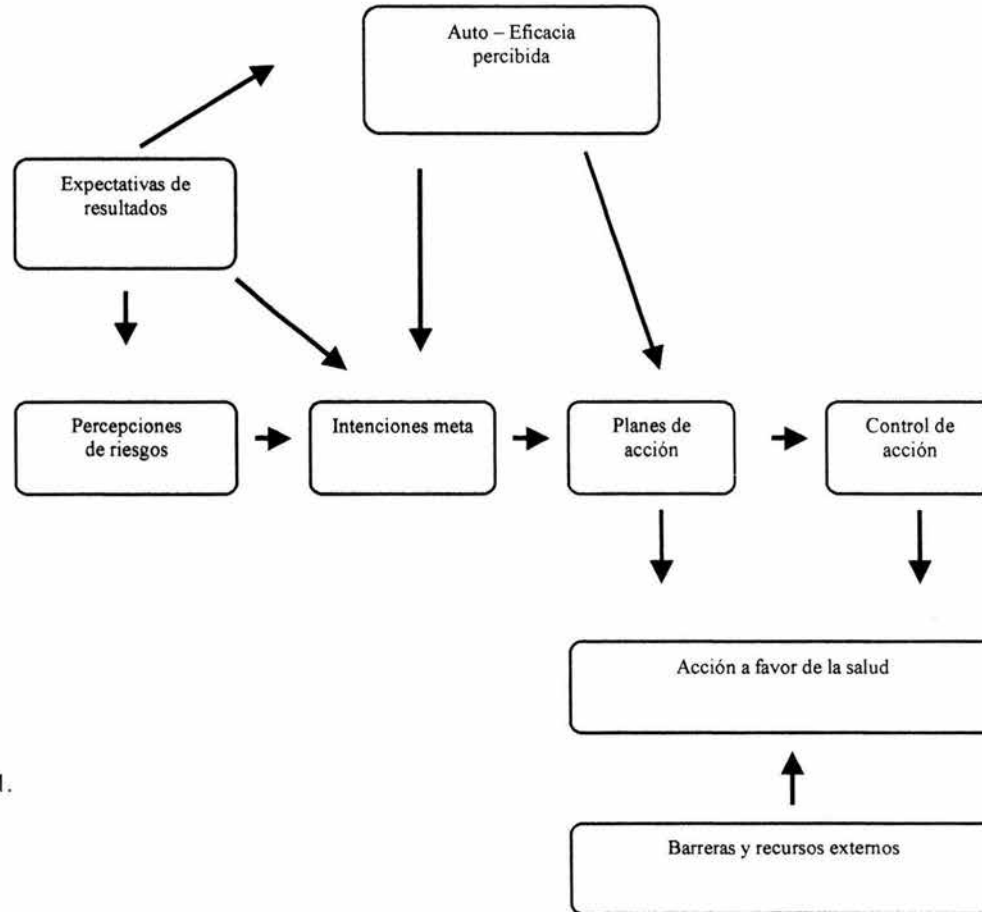


Fig 1.



Donde al establecer una meta o intención conductual, son tres los grupos de cogniciones influyentes:

- 1) las percepciones de riesgo
- 2) las expectativas de resultados
- 3) la auto-eficacia percibida

Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico. Estas percepciones de riesgo a menudo están distorsionadas y reflejan un "sesgo optimista" que conduce a subestimar el riesgo objetivo, aun así, cierto grado de amenaza puede tener un valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. En términos de orden causal, se supone que las percepciones de riesgo sólo instauraran el estadio para las siguientes contemplaciones. Su efecto sobre las intenciones se concibe como más indirecto que directo. Por lo tanto, la valoración de la amenaza o de la percepción de riesgo a menudo desaparece como determinante cuando se introduce en la ecuación de regresión para predecir las intenciones conductuales. Cuando ya se han formado las expectativas de resultados y las auto-creencias, el valor motivacional de las percepciones de riesgo disminuyen, (Schwarzer op. cit).

Las expectativas de resultados representan el conocimiento específico de la contingencia. El sentimiento de amenaza puede estimular la adquisición de tal conocimiento. Las personas aprenden a considerar las acciones como causa de los sucesos y confían en la posibilidad de cambiar las conductas de riesgo y los hábitos arriesgados. Pero la confianza en las consecuencias dependientes de la acción no necesariamente implican que las personas se consideran a sí mismas como agentes de cambio. Las percepciones de agencia personal pueden ser diferenciadas de las creencias de medios-fines y se refieren a una atribución interna de las acciones. En el desarrollo de las metas personales es posible que la

agencia se produzca con posterioridad a las creencias de medios-afines. así, el orden causal hipotetizado en la fase de motivación puede proceder de la amenaza del conocimiento y de la agencia, o en otras palabras, de las percepciones de riesgo ante las expectativas de resultados o ante la auto-eficacia percibida. Sin embargo, también es posible un orden causal diferente. Si las personas creen que no disponen del poder para efectuar el cambio, no pierden tiempo pensando en diferentes medios. La agencia se ejerce mediante los medios. Si las personas creen que pueden efectuar el cambio, consideran los mejores medios para hacerlo. Esta confusión sobre el orden causal puede estar vinculada al nivel de análisis. Si las personas creen que deben existir medios generales para resolver un problema, escrutan su capacidad para ejecutar las acciones apropiadas y para localizar los mejores medios a su disposición sólo si se sienten capaces para ello. En los diseños seccionales de investigación, los tres grupos se confunden y es posible que las percepciones de riesgo no sólo no contribuyan a la intención, además pueden intervenir el signo, indicando una influencia contra intuitiva: cuando menos sea el riesgo, más alta es la meta, (Schwarzer op. cit).

Esto puede reflejar la dominante fuerza de las auto-creencias de optimismo por que aquellos que creen disponer del control personal sobre su futuro no necesitan preocuparse más de los cambios críticos a favor de la salud. La adopción anticipada de una conducta saludable a la reducción de la actual percepción de riesgo, (Schwarzer op. cit).

Desde un punto de vista diferente, se podría afirmar que la percepción de alto riesgo conduce a bajas intenciones de cambio porque el miedo excesivo conduce a evitar la conducta, (Schwarzer op. cit).

Las buenas intenciones no necesariamente garantizan las correspondientes acciones. Las correlaciones entre las metas y las conductas varían sustancialmente. Por lo tanto, los procesos de auto-regulación post intencional merecen una mayor atención científica. En la fase de motivación, se describe qué decide hacer el individuo; en la subsiguiente acción se describe cuánto esfuerzo invierte y durante cuánto tiempo persiste, (Schwarzer op. cit).

En la figura 1, en los niveles: cognitivo, conductual y situacional. El centro de atención está en las cogniciones que incitan y controlan la acción, es decir, un proceso volitivo o auto-regulador que se subdivide en planes de acción y control de acción, (Schwarzer op. cit).

Cuando se ha modelado una preferencia por una conducta saludable particular, la intención debe ser transformada en instrucciones detalladas sobre el modo de ejecutar la acción deseada. Si por ejemplo, alguien intenta perder peso, debe planificarse como hacerlo, es decir, qué alimentos comprar, cuándo y con qué frecuencia comer qué cantidad, cuándo y donde hacer ejercicio y quizá incluso si dejar de fumar. Así una intención global puede especificarse mediante una serie de intenciones y planes de acción subordinados que contienen metas próximas y algoritmos de secuencias de acción. El proceso de volición parece no estar influido por las expectativas de resultados sino por la auto-eficacia, por que el número y calidad de los planes de acción debe depender de la propia competencia percibida y de la experiencia. Las creencias de auto-eficacia influyen sobre la construcción cognitiva de planes de acción específicos, por ejemplo, mediante la visualización de escenarios que podrían guiar el logro de la meta. Estas cogniciones previas a la acción y posteriores a la intención son necesarias porque de otro modo la persona actuaría impulsivamente al modo de ensayo y error y no sabría dónde localizar los recursos disponibles, (Schwarzer op. cit).

Una vez que ha sido inclinada la acción, ha de ser controlada mediante las cogniciones con el fin de que se mantengan. La acción ha de estar protegida de las interrupciones y de los abandonos prematuros debidos a intenciones competitivas incompatibles que pudieran llegar a ser dominantes mientras se está ejecutando una conducta. La actividad metacognitiva es necesaria para completar la acción primaria y para eliminar las tendencias de acción secundarias que favorecen la distracción. El ejercicio diario por ejemplo, requiere procesos autorreguladores con el fin de garantizar el esfuerzo y la persistencia y de mantener débiles durante ese tiempo las motivaciones competitivas-como el deseo de comer, socializar o dormir, (Schwarzer op. cit).

Mientras se ejecuta la acción, la auto-eficacia determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas con dudas sobre sí mismas se inclinan más a anticipar los escenarios de fracaso, se preocupan por sus posibles deficiencias de ejecución y abortan prematuramente sus esfuerzos. Las personas con sentidos optimistas de auto-eficacia, por el contrario, visualizan los escenarios de éxito que guían la acción y les permiten perseverar ante los obstáculos. Cuando se encuentran con dificultades imprevistas se recuperan rápidamente, (Schwarzer op. cit).

La ejecución de la intención de una conducta saludable es una acción, como también lo es la no ejecución de una conducta arriesgada. El control de las acciones perjudiciales para la salud también requiere de esfuerzo y perseverancia, y por lo tanto también está guiado por un proceso volutivo que incluye planes de acción y control de la acción, (Schwarzer op. cit).

Si uno trata de dejar de fumar o de consumir alcohol, uno debe planificar como hacerlo. Por ejemplo, es importante evitar las situaciones de riesgo donde son tantas las presiones que favorecen las recaídas, Marlatt, (1985) en Bandura (1999).

El logro de submetas proximales contribuye a aumentar la eficacia percibida para el manejo de situaciones más difíciles hasta que uno pueda resistir bajo todas las posibles circunstancias. Si alguien anhela un cigarrillo o un trago, el control de la acción le ayuda a superar la situación crítica. Cuanto más se desarrollen estas destrezas meta-cognitivas y los diálogos internos de manejo y cuanto mejor sean combinados con situaciones específicas de riesgo, más fácilmente serán controladas las urgencias, (Schwarzer op. cit).

Por último, las barreras y las oportunidades situacionales, también han de ser consideradas. Si las claves situacionales son excesivas, las destrezas meta-cognitivas no logran proteger al individuo y no podrá resistirse a la tentación. Las acciones no sólo están en función de las intenciones y del control cognitivo, también están influidas por el entorno percibido y real. Una red social, por ejemplo, que ignore el proceso de cambio pone a prueba la fuerza de voluntad. Si por otra parte, las principales redes sociales del individuo favorecen este cambio, entonces se crea una situación de apoyo social que permite mantener la conducta a pesar de tener niveles bajos de fuerza volitiva, (Schwarzer op. cit).

En suma describe, (Schwarzer op. cit) la fase de acción puede describirse a lo largo de tres variables: cognitiva, conductual y situacional.

El nivel cognitivo, se refiere a los procesos autorreguladores que median entre la intenciones y las acciones. Este proceso volutivo contiene planes y acciones y control de acción y está fuertemente influido por expectativas de auto-eficacia y también por barreras y apoyos situacionales percibidos.

Específicamente para la auto-eficacia de la prevención primaria y secundaria en relación a la conducta adictiva Marlatt, Baer, Quigley. (1995) en Bandura (1999), señalan lo siguiente:

El desarrollo de un patrón de conducta adictiva conlleva dos fases. La primera consiste en el uso inicial o experimentación con la substancia. Los programas de prevención primaria se han centrado en el fomento de la auto-eficacia de resistencia para impedir el consumo inicial de las drogas. Sin embargo, una vez que el individuo cruza la barrera de la abstinencia, ya no entra en función está eficacia para mantener el no consumo a la droga. La segunda fase consiste en la prevención secundaria, a saber, la eficacia para reducir la cantidad de daño que uno experimenta. Aquí la auto-eficacia se dirige hacia las conductas destinadas a minimizar el riesgo o daño del consumo de la droga, incluyendo tanto el consumo moderado como la abstinencia.

Específicamente para los adolescentes, (Marlatt op. cit), subraya: Los adolescentes constituyen un importante grupo para la promoción de la salud. Muchos fuman, beben, experimentan con drogas, conducen arriesgadamente y practican sexo no seguro, quizá debido a la inconciencia de los riesgos que adoptan. La invulnerabilidad percibida es una causa potencial de las conductas de riesgo. Sin embargo, muchos jóvenes entienden los riesgos en que incurren pero optan por ignorarlos porque conceden más valor a otros aspectos

Así mismo los autores anteriores señala, que los adolescentes exhiben un rasgo optimista en su percepción de los riesgos personales de un grado similar al que muestran los adultos. Por lo tanto, no constituyen un único grupo de edad que se siente menos vulnerable que los adultos.

Los riesgos del tabaquismo y de las relaciones sexuales son ejemplo obvios de que las conductas arriesgadas pueden perjudicar seriamente la salud. Los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio y la evitación de las revisiones sanitarias recomendables son otras conductas que contribuyen a los problemas de salud. Aunque existen algunas limitaciones, en general los individuos disponen de la libertad y la capacidad para ejercer influencia sobre su conducta relacionada con la salud, (Schwarzer op. cit).

En relación a la Autoeficacia de resistencia, Marlatt (op. cit), señala, que en el contexto de la prevención primaria, la auto-eficacia de resistencia a la presión de beber o de consumir drogas, las investigaciones han demostrado que la baja auto-eficacia de resistencia emparejada con las influencias sociales a favor del consumo de drogas predice tanto las intenciones como el consumo real de alcohol y tabaco en los adolescentes. En consecuencia, muchos programas de prevención primaria se centran en la formación de niños y adolescentes para que sepan resistirse a las presiones interpersonales o tentaciones interpersonales para experimentar con las drogas

No obstante, los autores, también hacen referencia a la auto-eficacia para la reducción del daño, citando: una vez iniciado el consumo de la droga, entra en juego la auto-eficacia para la reducción del daño. La experimentación inicial con drogas como el tabaco, el alcohol y la marihuana se produce habitualmente en los jóvenes y no necesariamente conduce al abuso o a la dependencia de la droga. Así mismo cuestionan si la experimentación con las drogas debería considerarse como normativa y no como desviación, dada la frecuencia con que se produce en la adolescencia. "De hecho, el uso experimental de varios tipos de drogas, tanto lícitas como ilícitas, puede considerarse como una conducta normativa entre los adolescentes estadounidenses contemporáneos en términos de prevalencia"

Así, citan un estudio longitudinal, donde se observó que los adolescentes que habían experimentado con drogas estaban psicológicamente mejor adaptados que aquellos que nunca las habían probado y aquellos que habían progresado hasta el consumo abusivo.

Otra investigación muestra claramente, por el contrario, que la experimentación temprana con el alcohol u otras drogas puede establecer la base para el alcoholismo futuro o la drogodependencia en la adolescencia tardía o al comienzo de la fase adulta (Jerssor, Donovan & Costa, 1991), en Bandura (1999). La finalidad del enfoque de reducción del daño para la prevención secundaria consiste en minimizar el daño del consumo continuado reduciendo la cantidad consumida o eliminando el consumo abusivo. En el caso del alcohol, el consumo moderado o social es una meta aceptable de reducción del daño Marlatt, Baer, Quigley, (1995) en Bandura (1999). En el caso del consumo de tabaco, la reducción con la finalidad de llegar a la abstinencia es también coherente con esta meta, (Marlatt op. cit). Como tal, la reducción del daño, ofrece una meta alternativa para prevenir el abuso posterior entre los usuarios iniciales de alcohol y drogas.

Así, algunos estudios con este enfoque señalan lo siguiente:

En un estudio de historia natural sobre la adaptación al consumo de drogas Ellickson & Hays (1991), evaluaron la importancia de la influencia social pro droga, las percepciones de auto-eficacia de resistencia y las creencias sobre la prevalencia del consumo de drogas en la determinación del consumo futuro de sustancias entre los estudiantes del octavo grado al décimo. Este estudio probó un modelo cuyas hipótesis eran que las presiones sociales para el consumo de drogas, la auto-eficacia da resistencia y la prevalencia percibida del consumo de sustancias entre los compañeros influiría sobre el consumo de drogas nueve meses después tanto directa como indirectamente. Se sospechaba que las



influencias indirectas estarían mediadas por las expectativas del futuro consumo de drogas. Este modelo fue comprobado separadamente para los consumidores de alcohol, tabaco y marihuana con un modelo de ecuaciones estructurales. Para los estudiantes que nunca habían experimentado con drogas, las influencias sociales pro drogas, como aquellos que les ofrecen drogas o la exposición a personas que las consumen, y una baja auto-eficacia de resistencia predecían la implicación en el consumo de drogas nueve meses más tarde. Las creencias sobre la prevalencia del consumo de drogas entre los compañeros no predecía el consumo futuro, y las expectativas del consumo futuro tampoco eran mediadores de otros antecedentes .

Stacy, Sussman, Dent, Burton & Faly, (1992), evaluaron los posibles moderadores de la influencia social de los compañeros en la predicción del consumo de cigarrillos de tabaco entre 1,245 estudiantes del sur de California. Como es de esperar, se observó que la influencia social de los amigos producía el mayor efecto en la predicción de la conducta de consumo de cigarrillos. Sin embargo, este efecto estaba moderado por los juicios de los estudiantes sobre su auto-eficacia, la influencia de los compañeros era el mejor predictor de la tendencia a fumar. Sin embargo la alta auto-eficacia servía como predictor contra las presiones sociales favorables de fumar. Los autores concluyeron que, "una mayor confianza en la propia habilidad para resistir a las influencias sociales reduce la fuerza de la influencia social de los amigos para el consumo de cigarrillos ".

En otro estudio, se comparo la efectividad relativa de dos programas de prevención del consumo de alcohol en los estudiantes de quinto grado Hansen et al, (1991). El primer programa, Educación Normativa, trataba de corregir las creencias erróneas sobre los índices y aceptabilidad de compañeros del consumo de adolescente de alcohol. El segundo programa, estaba encaminado al entrenamiento en la resistencia, entrenando a los adolescentes en destrezas para

negarse al consumo de alcohol. Se sospechaba que el Entrenamiento en Resistencia tendría un mayor impacto sobre la auto-eficacia de resistencia. Aunque el entrenamiento en resistencia fortalecería las destrezas para negarse al consumo, no aumentó la auto-eficacia para evitar el consumo de alcohol. Sin embargo la calidad del programa tuvo un efecto moderador. Las clases que implementaron bien el entrenamiento de resistencia, tal y como habían sido evaluados por los observadores, fomentaba la auto-eficacia del éxito de la intervención de auto-eficacia. Curiosamente el programa de Educación Normativa aumentó la auto-eficacia de resistencia a pesar de que las puntuaciones de los observadores de las destrezas para a el rechazo no cambiaran. Aparentemente, la eficacia para la resistencia puede aumentar con intervenciones que no se dirigen específicamente a las destrezas de resistencia.

Por otro lado se ha observado que la presión social percibida y la auto-eficacia de resistencia se generaliza a las diferentes sustancias, alcohol, cigarrillos y marihuana (Ellickson & Hays 1991). Sin embargo en oposición a los estudios que han demostrado que las evaluaciones de auto-eficacia se generalizan a las diferentes situaciones (Baer & Lichtenstein, 1988; Di Clemente, Prochaska & Gibertini, 1985), los juicios de los adolescentes sobre sus habilidades para evitar el consumo de drogas no se transferían a las situaciones en las que los estudiantes quedaban con amigos o celebraban fiestas, reflejando así la existencia de dominios distintos aunque moderadamente correlacionados (Ellickson & Hays 1991). Aunque estos hallazgos sugieren la necesidad del fomento de eficacia en situaciones específicas, el entrenamiento específico para cada sustancia puede no ser necesario porque las destrezas se transfieren de unas sustancias a otras (Ellickson & Hays 1991).

A consecuencia de la importante relación entre la auto-eficacia de resistencia y el consumo futuro de drogas, algunos investigadores han diseñado intervenciones que se centran específicamente en fomentar la auto-eficacia de los estudiantes para resistir a las drogas (Ellickson & Hays 1991; Hansen et al., 1991)

En uno de estos estudios Ellickson, Bell, & Harrison, (1990), dirigieron y evaluaron un programa de prevención de drogodependencia destinado a fomentar tanto la motivación para resistir al consumo de drogas como las destrezas requeridas para hacerlo. El programa del proyecto ALERTA fue puesto en práctica con 6,527 estudiantes de 20 centros educativos. Los estudiantes recibían ocho lecciones durante el séptimo grado y otras tres lecciones impulsoras al llegar al octavo grado. La finalidad de estas lecciones era ayudar a los estudiantes a identificar resistencias a las presiones internas y externas a favor de consumo de drogas, a identificar las razones y los beneficios derivados del no consumo de drogas y aportar información normativa exacta sobre la prevalencia del consumo de droga. Los programas fueron presentados en un formato interactivo que incluía el modelado del rol, ejercicios en pequeños grupos, prácticas de destreza y periodos de preguntas y respuestas. En la mitad de los centros en que se intervino, los programas fueron presentados por adolescentes mayores con la ayuda de profesores adultos; en la otra mitad, los programas fueron presentados por educadores de salud. Otros diez centros, que no recibieron el programa Proyecto ALERTA, sirvieron como centros comparativos. Aunque este programa estaba fundamentalmente para prevenir el consumo de droga, algunos estudiantes ya en el séptimo grado experimentaban o consumían drogas. El impacto del programa Proyecto ALERTA fue evaluado sobre indicadores precoces así como sobre aquellos que no consumían aún.

Los primeros resultados para los estudiantes que se encontraban en la última fase del séptimo curso indicaban que este programa reducía los índices de consumo de alcohol en todos los estudiantes. Estos efectos beneficiosos fueron debidos

sobre todo a los programas dirigidos por los adolescentes mayores, subrayando el fuerte impacto de los compañeros. La iniciación en el consumo de alcohol se redujo al 28% para los no consumidores durante la elaboración de la línea base. Para el octavo curso, los logros en comparación al consumo de alcohol estaban perdidos de tal forma que no se hallaron diferencias entre los estudiantes de los centros de intervención y los centros comparativos.

El proyecto ALERTA no influyó sobre el consumo de cigarrillos de tabaco en los no consumidores iniciales, más de los que habían experimentado con el tabaco, o de los que ya consumían tabaco, dejaron de fumar o los que seguían fumando redujeron el número de cigarrillos de un 20% a un 30% en los estudiantes que ya eran fumadores al inicio del estudio. Este inesperado efecto boomerang puede tener implicaciones en relación a los objetivos diferenciales de los estudiantes con riesgos de un consumo abusivo de cigarrillos. Los efectos del programa sobre el consumo de marihuana incluían sustanciales reducciones en la iniciación de los no consumidores que tampoco consumían tabaco, y reducciones en los niveles de consumo de aquellos que habían iniciado el consumo de marihuana o se creía que estaban en mayor riesgo de consumo debido a los niveles de línea base.

Un seguimiento a largo plazo produjo resultados decepcionantes (Ellickson et al., 1993). En los grados décimo y duodécimo los efectos generales del tratamiento ya no eran significativos. Ya que se producía un incremento temporal en la frecuencia del consumo de alcohol entre los bebedores de la línea base que habían recibido el proyecto ALERTA impartido por los adolescentes mayores. Este efecto boomerang se debilitaba para el duodécimo curso. Los efectos que se habían producido entre los cursos séptimo y noveno eran significativas sobre el fomento de la auto-eficacia de resistencia, pero desaparecían para el décimo curso. Los efectos del programa sobre las percepciones normativas del consumo de drogas y las consecuencias del consumo seguían siendo significativas en el décimo curso

fundamentalmente para aquellos que habían recibido el programa a través de los adolescentes mayores. Sin embargo, incluso estos efectos declinaban para el duodécimo curso.

En lo que se refiere a la conducta sexual de riesgo, se ha estudiado la auto-eficacia percibida en relación a la prevención de la conducta sexual desprotegida, por ejemplo, la resistencia a las correlaciones sexuales y el uso de anticonceptivos para evitar embarazos indeseados. Se ha comprobado que las mujeres adolescentes con alto índice de coitos desprotegidos usaban anticonceptivos más eficazmente si creían que podían ejercer control sobre su actividad sexual. Gilchrist, Schinke & Blythe, (1980) enseñaron a adolescentes a manejar las presiones y a asegurar el uso de anticonceptivos mediante el modelado y el rol playing. Esta modalidad de tratamiento elevó significativamente su sentido de la eficacia percibida y de las destrezas para la auto protección. Las conductas de riesgo sexual como no usar condones para protegerse de enfermedades de transmisión sexual también han sido estudiadas entre los homosexuales masculinos de parejas múltiples y entre consumidores de drogas de administración intravenosa. La confianza en las propias capacidades para negociar prácticas sexuales seguras era el predictor más importante de tales conductas.

Así mismo Bradford & Beck, (1991), subrayaron que el uso de condones no sólo requiere de ciertas destrezas técnicas sino también la negociación interpersonal. Mencionan: Convencer a una pareja que se resiste a aceptar unas prácticas sexuales sanas requiere un alto sentido de eficacia para ejercer control sobre las actividades sexuales. Así se han diseñado programas para favorecer la auto-eficacia para desarrollar destrezas auto-protectoras en varios segmentos de la población con el fin de prevenir la propagación del virus VIH. En particular, los estudios con hombres homosexuales se han centrado en su eficacia percibida para disfrutar de un sexo seguro (Ekstrand & Coates, 1990).

En suma, Bandura (1999) señala; se ha comprobado que la auto-eficacia predice intenciones y hábitos saludables en diferentes dominios del funcionamiento de la salud. La intención de poner en práctica cierta conducta saludable y la conducta real se asocian positivamente con la confianza en la eficacia personal. Las creencias de eficacia determinan la valoración de los propios recursos en los encuentros estresantes y contribuyen en la formación de intenciones conductuales. Cuanto más fuertes son las creencias de eficacia de las personas, mayores son las metas que se establece para sí mismas, y más firmes son sus compromisos para ejecutar la conducta que dependen, incluso ante las dificultades y los reveses.

Es así, que a partir de este marco conceptual, se propone desarrollar e implementar un programa de prevención primaria y/o secundaria (Por una adolescencia sana y responsable), que apoye a los adolescentes a prevenir, evitar y/o identificar conductas poco saludables vinculadas especialmente con el consumo de drogas legales y/o ilegales así como con conductas relacionadas con su sexualidad.

Retomando para ello la Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura (1969), donde dichos conocimientos involucren cambios de conducta, generados a partir de: la anticipación, planeación, identificación de conductas de riesgo, autocontrol, autoeficacia, así como la motivación y el establecimiento de metas que protejan al adolescente en situaciones de riesgo y sobre todo que le permitan disfrutar de la vida de manera más sana y responsable.

### **Objetivo**

Debido a que la adolescencia es una de las etapas de mayor riesgo para incrementar y desarrollar conductas poco saludables, como puede ser la experimentación y el consumo de drogas así como el ejercicio de una sexualidad poco responsable, el presente trabajo tuvo como objetivo desarrollar y evaluar un taller que promueva el incremento de conductas saludables en los adolescentes, donde además de dar información clara y precisa de cada uno de los temas, se desarrollen y/o incrementen estrategias como la anticipación, planeación, identificación de situaciones de riesgo y el establecimiento de metas.

### **Sujetos**

El estudio se realizó con 80 estudiantes de nivel educativo media superior inscritos en el primer semestre de bachillerato. El 60% de los sujetos fueron del sexo femenino y el 40% del sexo masculino. La edad promedio se ubico en 15 años. La escuela seleccionada corresponde a la educación privada está ubicada en la zona sur de la ciudad.

### **Tipo de muestra**

Muestra no probabilística intencional

## **Diseño de investigación**

El diseño de investigación, corresponde a un diseño para muestras independientes pre-prueba post-prueba

## **Instrumentos**

La información se obtuvo, mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios:

- La escala de uso/abuso de sustancias analizada en este estudio, es una de las 7 diferentes áreas que mide el cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT) (uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva/delincuencia) (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998). El Posit es un instrumento desarrollado a partir de un marco teórico médico clínico (National Institute on Drug Abuse, 1991), su aplicación en México ha sido evaluada a través de pruebas de fiabilidad y validez obteniendo resultados satisfactorios (Mariño, 1997). El instrumento está diseñado para identificar adolescentes con problemas en diferentes áreas de su vida, por lo que no es factible obtener un diagnóstico definitivo únicamente a través de sus resultados. El instrumento señala áreas en las cuales posiblemente exista un riesgo. La escala de uso/abuso de sustancias, consta de 19 ítems con opción de respuesta dicotómica si-no.
- Cuestionario del programa Planeando tu Vida. (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas. 1999) Los reactivos de dicho cuestionario fueron trazados a partir de preguntas y escalas previamente



validadas con adolescentes mexicanos (Pick, Taquín, Gribble y Andrade, 1991) y otras fueron diseñadas expresamente para la investigación, diagnóstico y evaluación asociada con el desarrollo del programa Planeando tu Vida

### **Procedimiento**

- ✓ Elaboración de las secciones del taller "Por una adolescencia sana y responsable"
- ✓ Primera evaluación.- Aplicación del pre – test, integrado por los siguientes cuestionarios:
  - 1) Cuestionario para identificar conductas de riesgo
  - 2) POSIT
- ✓ Implementación del taller .- El taller se llevo a cabo durante dos semestres, en sesiones de 50 minutos a la semana
- ✓ Segunda evaluación.- Aplicación del pos – test, integrado por los siguientes cuestionarios
  - 1) Cuestionario para identificar conductas de riesgo
  - 2) POSIT
- ✓ Cuestionario para identificar principales situaciones de riesgos para el consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y relaciones sexuales no planeadas
- ✓ Cuestionario para identificar pros y contras de las conductas de riesgos
- ✓ Cuestionario para desarrollar planes y acciones
- ✓ Cuestionario para desarrollar metas

**Contenido Del Taller**  
***“ Por una adolescencia sana y responsable”***

• **1er. Tema**

Objetivos:

- Evaluación
- Motivar a los alumnos a participar en el programa
- Presentación de los integrantes del grupo
- Dar información general del programa, enfatizando en el tema: conductas de riesgo y protección

Actividades:

- Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación)
- Dinámicas de integración

• **2do. Tema**

Objetivos:

Proporcionar información de los siguientes temas

- Asertividad y comunicación verbal
- Autoestima

Actividades:

- Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación) y por los alumnos
- Dinámicas

- **3er. Tema**

Objetivos:

Proporcionar información de los siguientes temas:

- Aspectos biológicos de la reproducción humana
- Infecciones de transmisión sexual
- Embarazo y sus consecuencias
- La anticoncepción
- Alternativas para ejercer una sexualidad
- Uso de métodos anticonceptivos

Actividades:

- Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación) y por los alumnos
- Material de apoyo; libros, revistas, artículos de internet
- Vinculación con las siguientes materias: anatomía, biología
- Actividades complementarias: conferencias

- **4to. Tema**

Objetivos: Proporcionar información de los siguientes temas

- Características y naturaleza química de las distintas drogas
- Fisiología de los efectos de las drogas sobre el cuerpo humano
- Etapas de dependencia
- Factores de riesgo asociados al consumo de drogas
- Medios de comunicación
- Medios en la sociedad actual
- Alternativas para un consumo moderado o responsable (alcohol)

Actividades:

- Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación) y por los alumnos
- Material de apoyo; libros, revistas, artículos de internet
- Vinculación con la materia de: biología
- Actividades complementarias: conferencias

• **5to. Tema**

Objetivos:

- Que los adolescentes identifiquen las principales situaciones de alto riesgo que se pueden relacionar con relaciones sexuales no planeadas así como con consumo de drogas.
- Evaluar los pros y contras que se pueden experimentar por tener relaciones sexuales no planeadas y por un consumo no planeado de drogas y/o excesivo de alcohol

Actividades:

- Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación); realizar ejercicios para que los alumnos:
  1. Identifiquen las principales situaciones de riesgo relacionadas a: consumo de drogas y relaciones sexuales no planeadas
  2. Argumentos positivos y negativos acorto y largo plazo relacionados al consumo de drogas y a las relaciones sexuales no planeadas

• **6to. Tema**

Objetivos:

- Que el adolescente identifique factores que pueden desencadenar:
  - a) Tener relaciones sexuales no planeadas
  - b) Consumir drogas
  - c) Consecuencias positivas y negativas que esto tendría a corto y largo plazo.

Actividades:

- Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación); realizar ejercicios para que los alumnos, identifiquen los factores que pueden desencadenar: tener relaciones sexuales no planeadas, consumir drogas y las consecuencias a corto y largo plazo que esto implicaría

- **7mo. Tema**

Objetivo:

- Que los alumnos describan de manera individual estrategias ante situaciones de riesgo, relacionadas con: relaciones sexuales no planeadas, consumo de drogas

Actividades:

Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación); realizar ejercicios para que los alumnos, establezcan estrategias, para las situaciones de riesgo relacionadas al consumo de drogas y a las relaciones sexuales no planeadas

- **8vo. Tema**

Objetivos:

- Revisar situaciones futuras de alto riesgo.
- Desarrollar planes de acción.
- Meta para situaciones y consumos futuros.

Actividades:

Presentación del tema por el encargado del grupo (depto. de orientación); realizar ejercicios para que los alumnos, revisen situaciones futuras de alto riesgo, desarrollen planes, acciones y establezcan una meta para situaciones y futuros consumos.

## Análisis estadístico

El paquete estadístico que se utilizó para el análisis de los datos fue el spss.

Se inició por realizar un análisis, de medidas de tendencia central. Posteriormente se realizó un análisis a través de J" y prueba T, para muestras independientes.

## RESULTADOS

A continuación, realizó una descripción de los resultados de cada una de las diferentes áreas que incluye el programa:

### a) *Datos generales*

La edad promedio de los alumnos fue de 15 años. Siendo 50% de la población del sexo masculino 50% del sexo femenino.

Tabla 1. Edad

Edad	F	%
14	7	8.8
15	62	77.5
16	10	12.5
17	1	1.3
Total	80	100.0

En la tabla 1., se muestra la distribución por edad de los alumnos

Tabla 2. Sexo

Sexo	F	%
Masculino	32	40.0
Femenino	48	60.0
Total	80	100.0

En la tabla 2., se muestra la distribución por sexo de los alumnos

La mayoría de los alumnos vive con ambos padres. El nivel principal de escolaridad de estos es de licenciatura, con un 48% para las madres y 51% para los padres. Así mismo con los resultados del cuestionario se observó que los alumnos tienen una "buena" relación con sus padres, aunque es un poco mejor la relación con la madre 90% y 89% (antes y después del programa respectivamente) en comparación con el padre 79% y 83% (antes y después del programa respectivamente). No obstante refieren haber hablado con su madre sobre sexo en un 90 y 91% (antes y después del programa respectivamente) mientras que con el padre en un 64 y 73% (antes y después del programa respectivamente).

Tabla 3. Familiar con quien habita

Vive con	F	%
Madre	20	25
Padre	6	7.5
Ambos padre	52	65
Otros	2	2.5
Total	80	100

En la tabla 3., se muestra la distribución de con quien viven los alumnos

Tabla 4. Grado escolar del padre

Grado / Padre	F	%
Bachillerato	5	6.3
Licenciatura	41	51.2
Postgrado	20	25.0
Otro	14	17.5
Total	80	100.0

En la tabla 4., se muestra la distribución del grado escolar del padre

Tabla 5. Grado escolar de la madre

Grado / Madre	F	%
Bachillerato	8	10.0
Licenciatura	39	48.8
Otro	19	23.8
Postgrado	14	17.5
Total	80	100.0

En la tabla 5., se muestra la distribución del grado escolar de la madre



Tabla 6. Relación con la madre

Relación / madre	%	
	Antes	Después
Mal	1.3	2.5
Regular	8.8	8.8
Bien	90.0	88.8
Total	100.0	100.0

En la tabla 6., se muestra la distribución de la relación de los alumnos con la madre

Tabla 7. Relación con el padre

Relación / padre	%	
	Antes	Después
Mal	5.0	6.3
Regular	16.3	11.3
Bien	78.8	82.5
Total	100.0	100.0

En la tabla 7., se muestra la distribución, de la relación de los alumnos con el padre

Tabla 8. Has hablado con tu mamá sobre sexo

	%	
	Antes	Después
No	8.8	10.0
Si	91.3	90.0
Total	100.0	100.0

En la tabla 8., se muestra la distribución , de los alumnos que han hablado con su madre sobre el sexo

Tabla 9. Has hablado con tu papá sobre sexo

Hablado / sexo	%	
	Antes	Después
No	36.3	27.5
Si	63.7	72.5
Total	100.0	100.0

En la tabla 9., se muestra la distribución , de los alumnos que han hablado con su padre sobre el sexo

*b) Relaciones sexuales, información sobre aspectos sexuales y actitud hacia este tema*

En lo que se refiere al inicio de una vida sexual activa el 14 y 20% (antes y después del programa respectivamente) reportaron haber iniciado dicha actividad. Observándose que está se inició en promedio entre los 14 y los 15 años de edad. No obstante es importante señalar, que la edad de inicio antes y después del programa no coincide, lo cual puede deberse a que no recuerdan exactamente la edad de inicio, o también a que no contestan verazmente la pregunta.

Tabla 10. Has tenido relaciones sexuales

Relacion es sex.	F		%	
	Antes	Antes	Después	Después
Si	11	13.8	16	20
No	69	86.2	64	80
Total	80	100.0	80	100.0

En la tabla 10., se muestra la distribución, de los alumnos que han tenido relaciones sexuales

Tabla 11. Edad de la primera relación sexual

<b>Edad</b>	<b>F Antes</b>	<b>% Antes</b>	<b>F Después</b>	<b>% Después</b>
No ha tenido	69	86.3	64	80.0
12	0	0	1	1.3
13	0	0	0	0
14	6	7.5	3	5.0
15	5	6.3	7	7.5
16	0	0	5	6.25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

En la tabla 11., se muestra la distribución, de la edad de inicio en las relaciones sexuales.

En relación a que método anticonceptivo usan los adolescentes, que ya iniciaron su vida sexual se encontró, que la mayoría usa métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales 100% y 94% antes y después del programa, así mismo el método anticonceptivo más usado es el condón

Tabla 12., Uso de método anticonceptivo

<b>Uso</b>	<b>F Antes</b>	<b>% Antes</b>	<b>F Después</b>	<b>% Después</b>
Si	11	100	15	94
No	0	0	1	6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

En la tabla 12., se muestra el uso de métodos anticonceptivos, por los alumnos que han tenido relaciones sexuales.

Tabla 13. Uso de método anticonceptivo

Método	F	F
	Antes	Después
Condón	11	13
Pastillas	1	2
Óvulos		1
Retiro		3
No use		1

En la tabla 13., se muestra que método anticonceptivo usan los adolescentes

En cuanto a los conocimientos en relación a como se usa el condón se observo lo siguiente; el 60% de ellos conocía como se usaba adecuadamente este método anticonceptivo antes del programa y al termino de esté la información se incremento a un 96.3% lo cual marca una diferencia estadísticamente significativa (.000).

Tabla 14. Uso del condón

Uso / condón	%	j	%	j	T
	Antes		Después		
No	40.0		3.8		
Si	60.0		96.3		
Total	100.0	.074	100.0	.000	.000

En la tabla 14., se muestra la distribución, del conocimiento en el uso

En lo que se refiere al uso de los óvulos, antes del programa el 24% de los alumnos conocían adecuadamente como se usaba este método anticonceptivo y, al finalizar el programa está información se incrementa a un 54% de ellos, siendo este resultado también significativo (.000).

Tabla 15. Uso de los óvulos

Uso / óvulos	% Antes	j	% Después	j	t
No	76.3		46.3		
Si	23.8		53.8		
Total	100.0	.000	100.0	.000	.000

En la tabla 15., se muestra la distribución, del conocimiento en el uso de los óvulos

En lo que se refiere a información relacionada con la fertilidad el 40.5% de los alumnos sabían antes del programa cuales eran los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual, y al terminar el programa esto se incrementa a un 77.5%, siendo este resultado también significativo (.000).

Tabla 16. Días más fértiles de la mujer

Días fértiles	% Antes	j	% Después	j	t
No	60.0		22.5		
Si	40.0		77.5		
Total	100.0	.074	100.0	.000	.000

En la tabla 16., se muestra la distribución, del conocimiento de los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual

En relación al conocimiento en correspondencia a los nombres de dos de las principales enfermedades de transmisión sexual su respuesta fue la siguiente: el 92.5% antes del programa podía identificar estos nombres y al termino del programa el 97.5% lo conseguía, no obstante dado que el porcentaje siempre fue alto, esta diferencia no marca resultados estadísticamente significativos (.138)

Tabla 17. ETS

ETS	% Antes	j	% Después	j	t
No	7.5		2.5		
Si	92.5		97.5		
Total	100.0	.000	100.0	.000	.138

En la tabla 17., se muestra, la distribución del conocimiento de las ETS

Por último, cuando se les pregunta sobre los conocimientos de riesgo de embarazo, la mayoría 65% y 78.8% (antes y después del programa respectivamente) identifican cuales son los principales riesgos relacionados con el embarazo.

Tabla 18. Conocimiento de riesgo de embarazo

	% Antes	j	% Después	j	t
No	35.0		21.3		
Si	65.0		78.8		
Total	100.0	.007	100.0	.000	.000

En la tabla 18., se muestra la distribución, en el conocimiento de los riesgos de embarazo sin uso de métodos anticonceptivos (Si un hombre saca el pene antes de venirse, ¿puede embarazar a una mujer?)

c) *Asertividad*

De manera general los alumnos mostraron tener conductas asertivas antes del programa, de esta manera los resultados observados son los siguientes:

Se advierte que son asertivos en la mayoría de las situaciones como serían; podrían negarse ante una invitación el 91.3 y 96.3% (antes y después del programa respectivamente), decirle a los vecinos que dejen de hacer ruido 72.5 y 81.3% (antes y después del programa respectivamente) y a decirle a un amigo (a) que están ocupado (a) y que no pueden atenderlo 83.8 y 92.5% (antes y después del programa respectivamente), no obstante estas diferencias ninguna es estadísticamente significativa. Así, la gran mayoría hace preguntas cuando algo no entienden o no les ha quedado claro, 78.8 y 91.3% (antes y después del programa respectivamente), siendo esta, una característica importante y sobresaliente en el proceso educativo del Colegio, así este último dato marca una diferencia vinculada con el programa y es estadísticamente significativo (.022).

Tabla 19 Asertividad

No	Pregunta	A			D			T	Total
		% Si	% No	J	% Si	% No	J		
1	¿Te da pena decir "no" cuando te invitan algún lado?	8.8	91.2	.000	3.8	96.2	.000	.164	80/100
2	¿Tratas de no hacer preguntas por miedo a que suenen tontas?	21.3	78.8	.000	8.7	91.3	.000	.022	80/100
3	¿Te daría pena decirle a un amigo o (a) que estas ocupado y que no puedes atenderlo?	16.3	83.2	.000	7.5	92.5	.000	.071	80/100
4	¿Te da pena decirle a los vecinos que dejen de hacer ruido?	27.5	72.5	.000	18.8	81.3	.000	.130	80/100

La tabla 19, muestra la distribución de los resultados del cuestionario: asertividad

d) *Toma de decisiones*

De manera similar a la situación antes citada la mayoría de los alumnos hicieron un uso adecuado en lo que se refiere a conductas relacionadas con la toma de decisiones. Así los resultados reflejan lo siguiente:

La mayoría considero que no es mejor que alguien les diga lo que tiene que hacer 96.3 y 97.5% (antes y después del programa respectivamente), no obstante de un 7.5% antes del programa se incrementa a un 17.5% después del programa, la idea de que sus padres les digan lo que tiene que hacer, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, (.046).

Tabla 20 Toma de Decisiones

No	Pregunta	A			D			t	Total
		% Si	% No	J	% Si	% No	J		
1	¿Sientes que es mejor que alguien te diga lo que tienes que hacer?	3.8	96.2	.000	2.5	97.5	.000	.500	80/100
2	¿Tus papas o sustitutos te dicen siempre lo que tienes que hacer?	7.5	92.5	.000	17.5	82.5	.000	.046	80/100

La tabla 20, muestra la distribución de los resultados del cuestionario: toma de decisiones



e) *Organización hacia el futuro y planeación*

En lo que se refiere a esta conducta, los resultados indicaron una posible falta de decisión y constancia relacionada con la organización al futuro y la planeación, observándose lo siguiente:

Aunque la mayoría de los alumnos antes del programa creían haber pensado bien lo que esperan de sus vidas cuando sean más grandes 72.5% al término del programa este se disminuyó a un 67.5% así, aunque esta diferencia no marca resultados estadísticamente significativos nos da la idea de que los alumnos aun no están seguros de los que desean y esperan de sus vidas en un corto y largo plazo. De manera similar comentaron tener un gusto por planear su tiempo libre 60 a 65% (antes y después del programa respectivamente) y, por último un poco más de la mitad saben que van a ser en unos años 51.3 a 57.5% (antes y después del programa respectivamente).

Tabla 21, Orientación al Futuro, Planeación

No	Pregunta	A			D			t	Total
		% Si	% No	J	% Si	% No	J		
1	¿Has pensado bien lo que esperas de tu vida familiar cuando seas más grande?	72.5	27.5	.000	67.5	32.5	.002	.303	80/100
2	¿Sabes que llegarás a ser en unos años?	51.2	48.8	.823	57.5	42.5	.180	.263	80/100
3	¿Te gusta planear tu tiempo libre?	60	40	.074	65	35	.007	.312	80/100

La tabla 21, muestra la distribución de los resultados del cuestionario: Orientación al Futuro, Planeación

f) *Toma de riesgos*

Este rubro manifestó claramente una conducta constante por la mayoría de los adolescentes; la necesidad de llevar a cabo conductas aunque impliquen riesgo, así un poco más de la mitad de los alumnos refirieron un gusto por hacer cosas aunque impliquen peligro 57.5%, y al terminar el programa esto se disminuyó pero de manera poco significativa 51.3%. No obstante cuando se les preguntó sobre el gusto por tomar riesgos, sin pensar en lo que pueda pasar, al inicio y al término del programa los resultados fueron, 20 y 13.8% respectivamente, lo cual supone también una conducta de riesgo pero en un porcentaje menor de estudiantes.

Tabla 22, Toma de Riesgos

No	Pregunta	A			D			t	Total
		% Si	% No	J	% Si	% No	J		
1	¿Te gusta hacer cosas aunque impliquen peligro?	57.5	42.5	.180	51.2	48.8	.823	.263	80/100
2	¿Te gusta tomar riesgos, sin pensar en lo que puede pasar?	20	80	.000	13.8	86.2	.000	.199	80/100

La tabla 22, muestra la distribución de los resultados del cuestionario: Toma de Riesgos

g) Control

Al analizar esta área, se observó que en su mayoría los alumnos contaban con un control favorable, así los resultados en los reactivos para evaluar estas conductas indicaron lo siguiente:

Al preguntarles sobre su responsabilidad relacionada con sus propias conductas, la mayoría de los alumnos refieren conocer de que depende lo que pasa en su vida 88.8 y 92.5%, antes y después del programa respectivamente, saber por que les suceden las cosas que les pasan 67.5 y 78.8%, antes y después del programa respectivamente, así como sentir control sobre lo que ocurre en sus vidas 62.5 y 82.5%, antes y después del programa respectivamente, resultado que además reflejo una diferencia estadísticamente significativa (.004).

Tabla 23, Control

No	Pregunta	A			D			t	Total
		% Si	% No	J	% Si	% No	J		
1	¿En tu vida puedes escoger lo que quieres hacer?	96.3	3.8	.000	92.5	7.5	.000	.248	80/100
2	¿Lo que haces depende de ti?	88.8	11.2	.000	92.5	7.5	.000	.249	80/100
3	¿Sabes de que depende lo que pasa en tu vida?	87.5	12.5	.000	87.5	12.5	.000	.594	80/100
4	¿Sabes porque te pasan las cosas que te pasan?	67.5	32.5	.002	78.7	21.3	.000	.077	80/100
5	¿Sientes que tienes control sobre lo que te ocurre en la vida?	62.5	37.5	.025	82.5	17.5	.000	.004	80/100

La tabla 23, muestra la distribución de los resultados del cuestionario: control

#### *h) Consumo de sustancias*

En esta área los resultados reflejaron lo siguiente:

Gran porcentaje de los alumnos describían al alcohol y al tabaco como drogas 87.5 y 92.5%, antes y después del programa respectivamente. De manera similar refieren que el uso de drogas ilegales como la marihuana, cocaína, heroína, etc., causan dependencia física y psicológica 96.3 y 95% antes y después del programa respectivamente.

No obstante, al preguntar si la marihuana es la droga de entrada hacia el consumo de drogas más fuertes, al inicio del programa el 42.5% de los alumnos lo afirmaban, y para el término del mismo, la respuesta aumentó al 52.5%, incremento que no marca diferencias estadísticamente significativas y que además hace referencia a sólo un poco más de la mitad de la población que considera esta afirmación. Aunado, es importante mencionar que se han realizado investigaciones previas al programa que determinan el nivel de prevalencia de consumo de drogas ilegales en los alumnos, encontrándose que la principal droga consumida por estos es la marihuana (alumnos que han consumido alguna vez, 26.4%, último año, 22.3% y último mes 13.3%).

Por otro lado la mayoría de los estudiantes, antes y después del programa, refieren conocer los efectos y consecuencias del uso de las drogas a corto y largo plazo, 83 y 93.8% respectivamente. Sin embargo cuando se les solicitó indicar los efectos a corto y largo plazo del tabaco, alcohol y la marihuana, las respuestas fueron las siguientes :

Alcohol, antes del programa sólo el 13% de los alumnos podían indicar los efectos inmediatos provocados por el consumo de esta sustancia, al termino del programa, esto se incremento al 71.3%, cifra que señala una diferencia estadísticamente significativa (.000). Así mismo al solicitar que indicaran los efectos a largo plazo del consumo del alcohol, al inicio del programa sólo el 38.8% lo hacía y para el termino, esto se incremento al 88.8%, aumento que marca una diferencia estadísticamente significativa (.000).

En lo que se refiere al tabaco, antes del programa el 8.8% de los alumnos podían indicar los efectos inmediatos del consumo del tabaco, al termino del programa esto también se incremento a un 63.8%, diferencia que resulto estadísticamente significativa. (.000). En cuanto al los conocimiento sobre los efectos a largo plazo del consumo del tabaco, antes del programa el 55% de los alumnos podían describirlos y para el termino del mismo esto se incremento al 88.8% diferencia que es estadísticamente significativa (.000).

En relación al conocimiento de los efectos inmediatos del consumo de la marihuana antes del programa el 10% de los alumnos lo describían adecuadamente, para el termino del mismo esto se incrementa al 68.8% de los alumnos, diferencia que también resulta estadísticamente significativa (.000). De manera similar, antes del programa el 17.5% de los estudiantes conocían los efectos a largo plazo del consumo de la marihuana, y al finalizar este conocimiento se incremento al 82.5%, diferencia estadísticamente significativa (.000).

Tabla 24, Drogas

No	Pregunta	A			D			t	Total
		% Si	% No	J	% Si	% No	J		
1	¿Conoces los efectos y consecuencias del uso de las drogas a corto y largo plazo?	83.7	16.3	.000	93.8	6.2	.000	.039	80/100
2	¿El alcohol y el tabaco son drogas?	87.5	12.5	.000	92.5	7.5	.000	.215	80/100
3	¿El uso de drogas ilegales como la marihuana, cocaína, heroína, etc., causan dependencia física y psicológica?	96.2	3.8	.000	95	5	.000	.500	80/100
4	¿La marihuana es la droga de entrada hacia el consumo de drogas más fuertes?	42.5	57.5	.180	52.5	47.5	.655	.134	80/100
5	¿Podrías indicar los efectos inmediatos del consumo de alcohol?	13.8	86.3	.000	71.3	28.7	.000	.000	80/100
6	¿Podrías indicar los efectos a largo plazo del consumo de alcohol?	38.7	61.3	.044	88.2	11.8	.000	.000	80/100
7	¿Podrías indicar los efectos inmediatos del consumo del tabaco?	88.7	91.3	.000	63.7	36.3	.014	.000	80/100
8	¿Podrías indicar los efectos a largo plazo del consumo del tabaco?	55	45	.371	88.2	11.2	.000	.000	80/100
9	¿Podrías indicar los efectos inmediatos del consumo de la marihuana?	10	90	.000	68.8	31.2	.001	.000	80/100
10	Podrías indicar los efectos a largo plazo del consumo de la marihuana?	17.5	82.5	.000	82.5	17.5	.000	.000	80/100

La tabla 24, muestra la distribución de los resultados del cuestionario, sobre los conocimientos de los efectos de las drogas.

Específicamente en lo que se refiere a lo observado en el cuestionario del POSIT, los resultados fueron los siguientes:

Los casos detectados con problemas relacionados al uso/abuso de la (s) sustancia (s) representan un porcentaje bajo de la población. Cuando se les preguntó si han sentido que son adictos (as) al alcohol o a las drogas el 3.8 y 6.3% antes y después del programa respectivamente contesto afirmativamente, así mismo cuando se les cuestiono si habían perdido días de clase o habían llegado tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas, el 3.8 y 1.3% antes y después del programa respectivamente, contesto afirmativamente, por último cuando se indago si habían tenido dificultades por consumir drogas o bebidas alcohólicas en la escuela, el 1.3 y 2.5% antes y después del programa respectivamente, contesto positivamente.

Sin embargo, se observaron datos relevantes; cuando se les pregunta si se van a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas, antes del programa respondieron afirmativamente el 8.8% de los alumnos y para el termino del mismo, esto se incremento a un 22.5% de la población diferencias estadísticamente significativa (.014), De igual manera, cuando se les cuestiono por si se aburren sus amigos de las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas, antes del programa contestaron positivamente el 42.5% y al termino del programa esto se incremento un poco quedando en 55%. También cuando se indago sobre si se han hecho daño o han hecho daño a otras personas accidentalmente estando bajo los efectos del alcohol, los resultados antes del programa reflejaban que el 7.5% de la muestra respondía positivamente y al termino el 11.3% afirmaba está situación. Por último cuando se preguntó si llevan sus amigos drogas a las fiestas antes del programa el 33.8% comento que si y al finalizar el programa el 36.3% contesto lo mismo. No obstante, es necesario considerar que los puntos antes mencionados si bien pueden ser factores de riesgo para el incremento de conductas no saludables en el adolescente, no podemos afirmar que siempre lo sean.

Tabla 25 POSIT

Reactivo	Pregunta	A			D			t	Total
		% No	% Si	j	% No	% Si	j		
1	¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	98.7	1.3	.000	97.5	2.5	.000	.500	80/100
2	¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	57.5	42.5	.180	45	55	.371	.077	80/100
3	¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo los efectos del alcohol?	92.5	7.5	.000	88.8	11.3	.000	.294	80/100
4	¿Sueles perder acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	98.7	1.3	.000	98.7	1.3	.000	.752	80/100
5	¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	96.3	3.7	.000	93.8	6.2	.000	.360	80/100
6	¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	66.3	33.8	.004	63.7	36.3	.014	.434	80/100
7	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	91.3	8.8	.000	85	15	.000	.164	80/100
8	¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	91.3	8.8	.000	77.5	22.5	.000	.014	80/100
9	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	95	5	.000	97.5	2.5	.000	.341	80/100
10	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	100	0	.000	97.5	2.5	.000	.248	80/100
11	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	93.8	6.2	.000	87.5	12.5	.000	.139	80/100
12	El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	98.7	1.3	.000	92.5	7.5	.000	.058	80/100
13	¿El uso de alcohol o de las drogas te	63.7	36.3	.014	61.3	38.7	.044	.435	80/100



	produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?								
14	¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	96.3	3.7	.000	98.7	1.3	.000	.310	80/100
15	¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	92.5	7.5	.000	87.5	12.5	.000	.215	80/100
16	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	91.3	8.8	.000	87.5	12.5	.000	.305	80/100
17	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	91.3	8.8	.000	83.7	16.3	.000	.116	80/100
18	¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	96.3	3.7	.000	96.3	3.7	.000	.659	80/100
19	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	98.7	1.3	.000	97.5	2.5	.000	.500	80/100

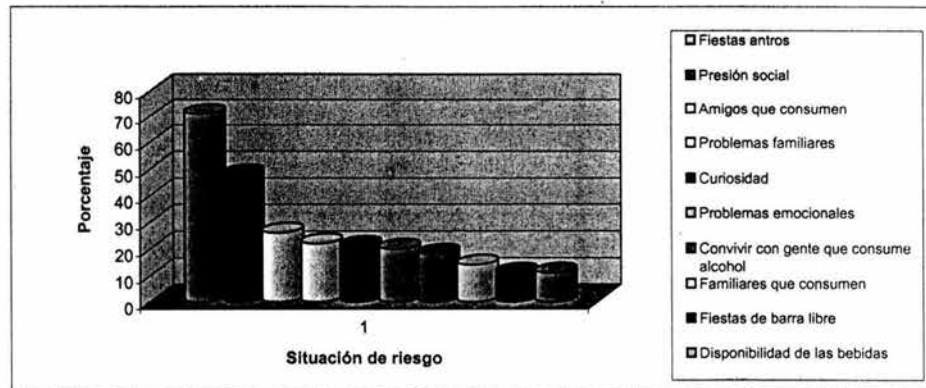
En la tabla 25, se muestra la distribución de los resultados del cuestionario de tamizaje POSIT, en relación al consumo de alcohol y drogas

i) Reflexión sobre:

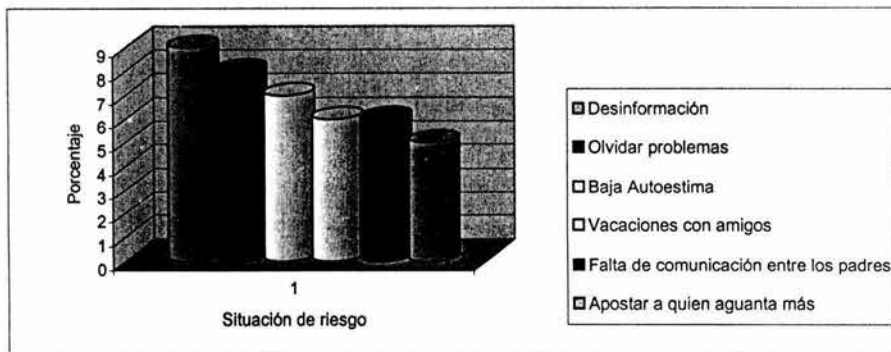
1. Principales situaciones de riesgo relacionadas con: consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y relaciones sexuales no planeadas

Como se observa en las gráficas: 1-7 los alumnos identificaron situaciones de riesgo para: consumo de alcohol, consumo de drogas, relaciones sexuales no planeada; situaciones que al mismo tiempo se han reportado en numerosas investigaciones como factores de riesgo.

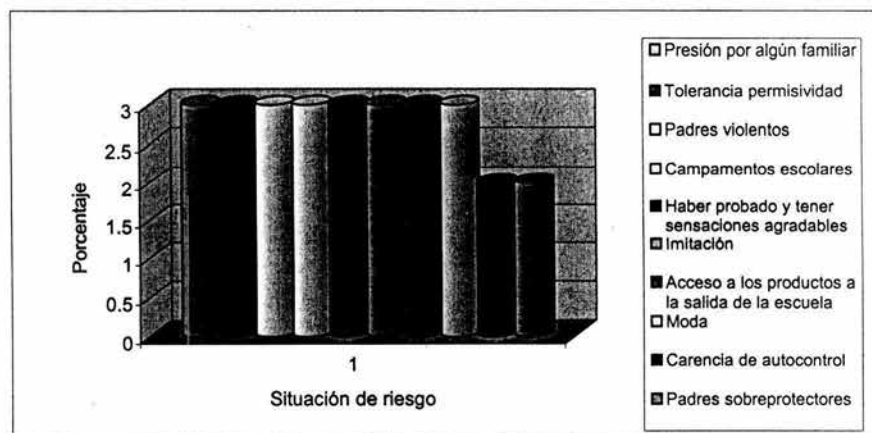
### PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO CONSUMO DE ALCOHOL



Grafica 1. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para consumir alcohol

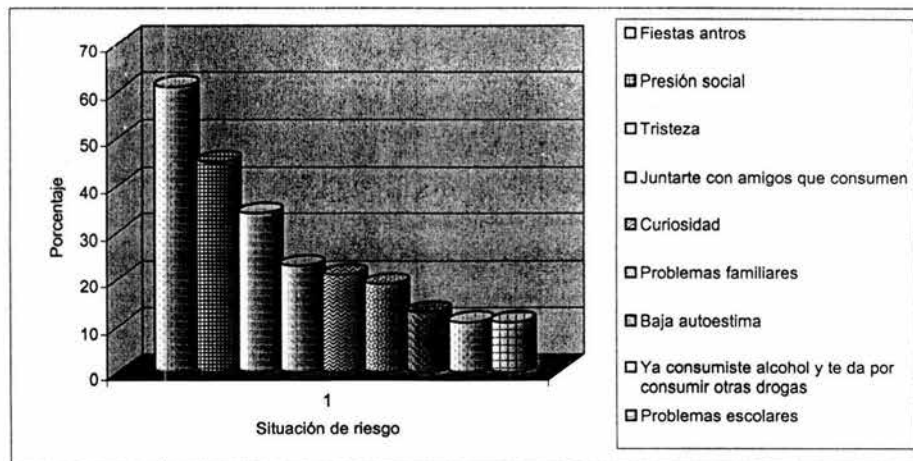


**Grafica 2. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para consumir alcohol**



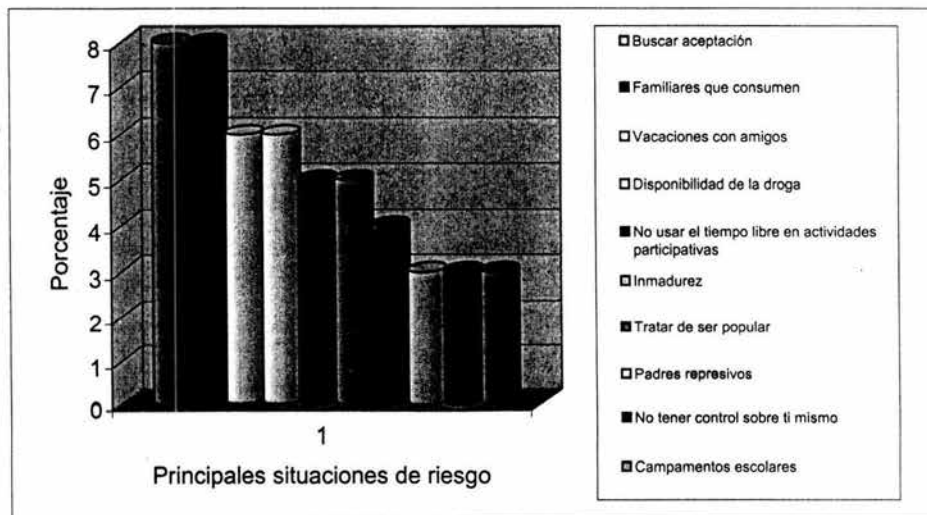
**Grafica 3. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para consumir alcohol**

## PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE DROGAS



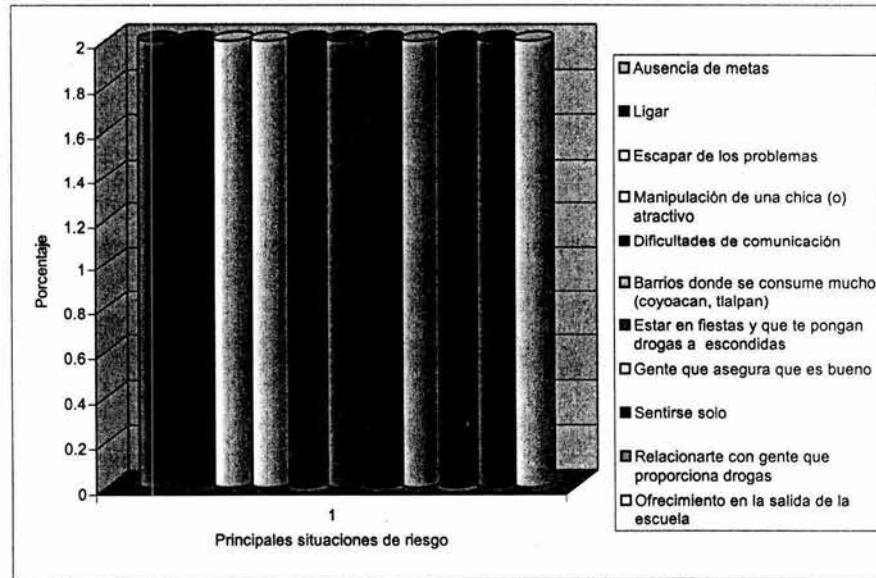
**Gráfica 4. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para consumir drogas**

## PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE DROGAS



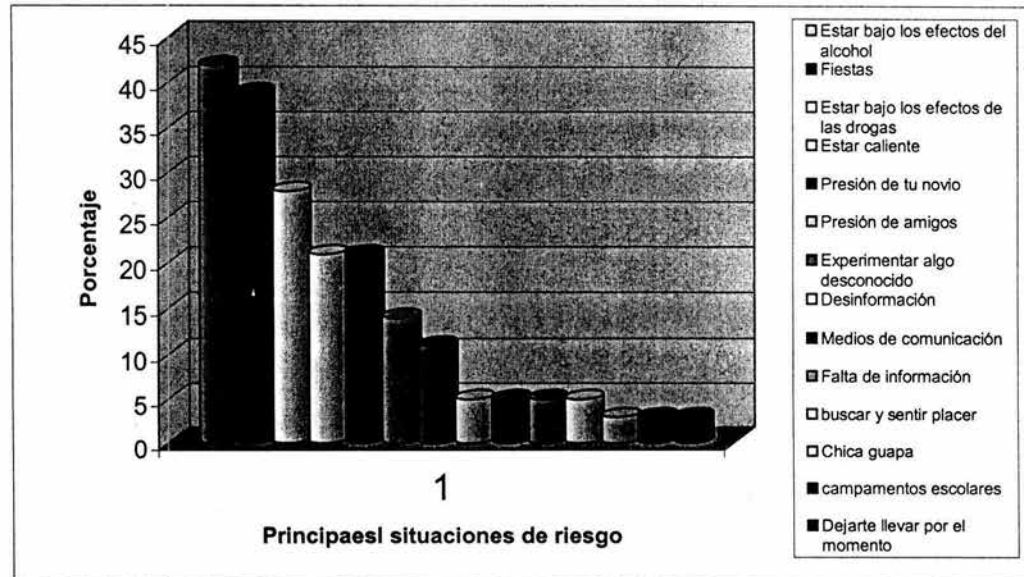
**Grafica 5. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para consumir drogas**

## PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE DROGAS



**Grafica 6. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para consumir drogas**

## PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGOS RELACIONES SEXUALES NO PLANEADAS

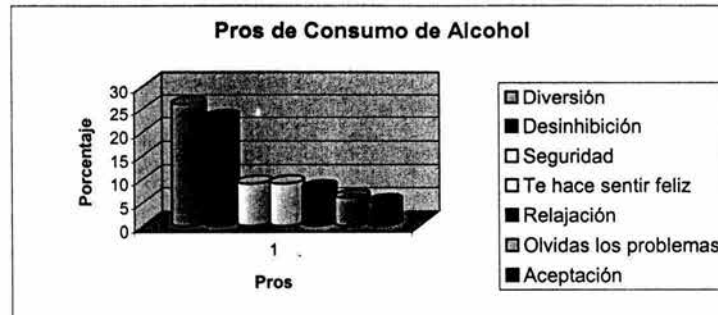


**Grafica 7. Se muestran, las principales situaciones de riesgo para tener relaciones sexuales no planeadas**

2. Pros y contras de: consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y de relaciones sexuales no planeadas

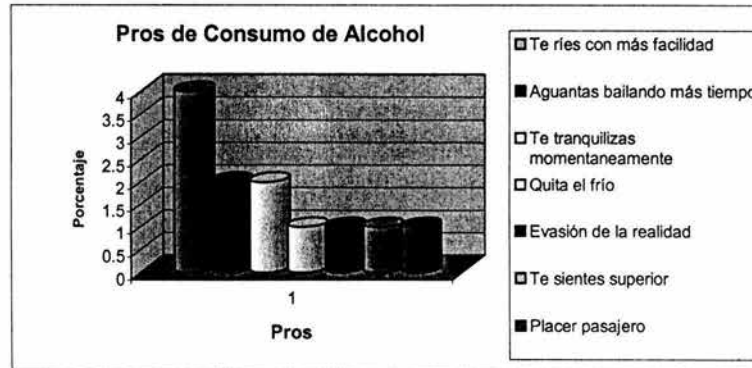
No obstante como se muestra en las graficas 8-16, estas situaciones de riesgo también representan para el adolescente situaciones de satisfacción. Sin embargo también a partir del programa fueron capaces de evaluar los pros y contras de dichas conductas, a través de un balance decisional:

### PROS Y CONTRAS DE CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y RELACIONES SEXUALES NO PLANEADAS

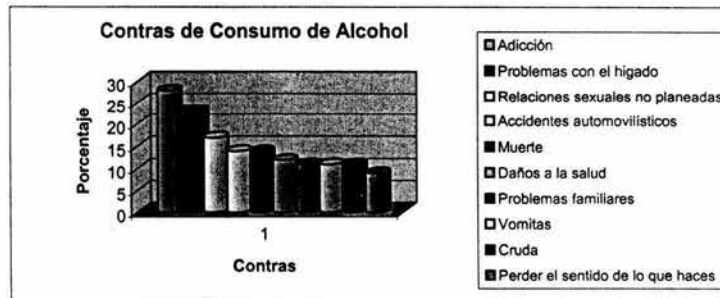


**Grafica 8. Se muestran, los principales pros y contras de consumir alcohol**

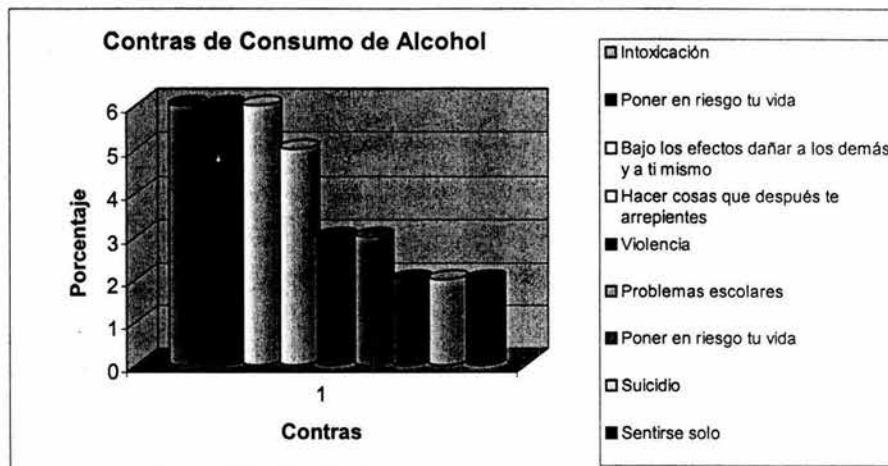




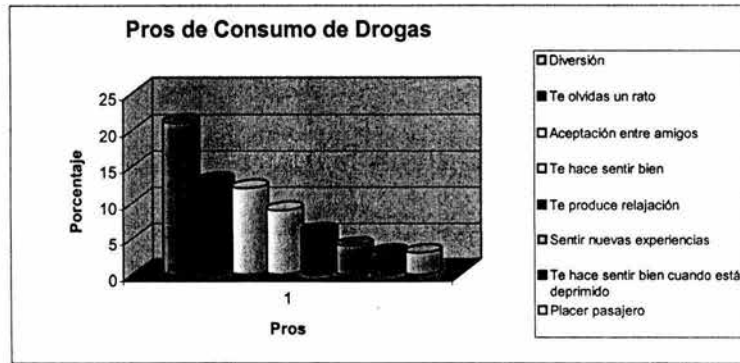
**Grafica 9. Se muestran, los principales pros y contras de consumir alcohol**



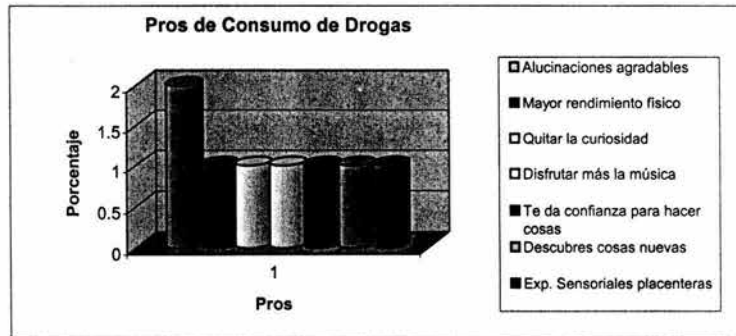
**Grafica 10. Se muestran, los principales pros y contras de consumir alcohol**



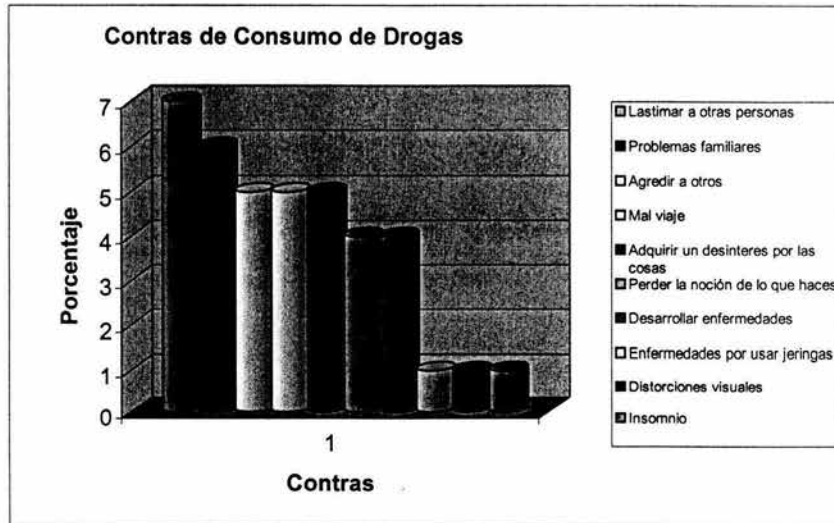
**Grafica 11. Se muestran, los principales pros y contras de consumir alcohol**



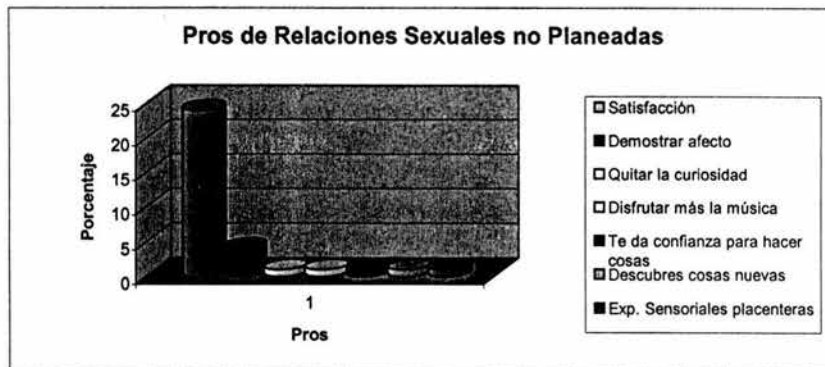
**Grafica 12. Se muestran, los principales pros y contras de consumir drogas**



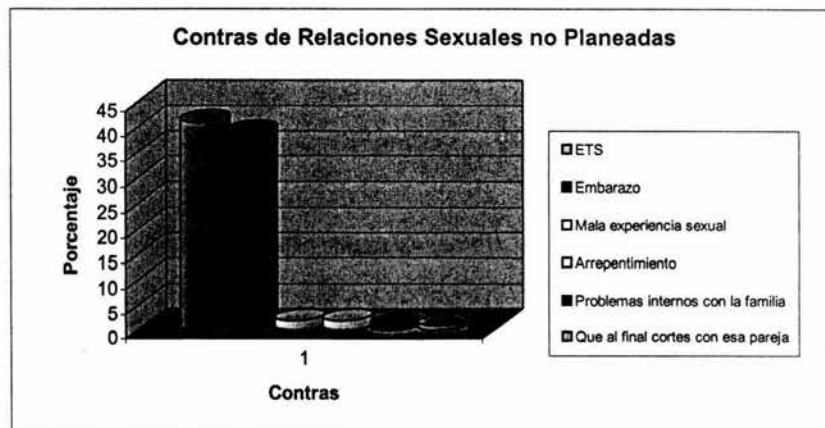
**Grafica 13. Se muestran, los principales pros y contras de consumir drogas**



**Grafica 14. Se muestran, los principales pros y contras de consumir drogas**



**Grafica 15. Se muestran, los principales pros y contras de tener relaciones sexuales no planeadas**

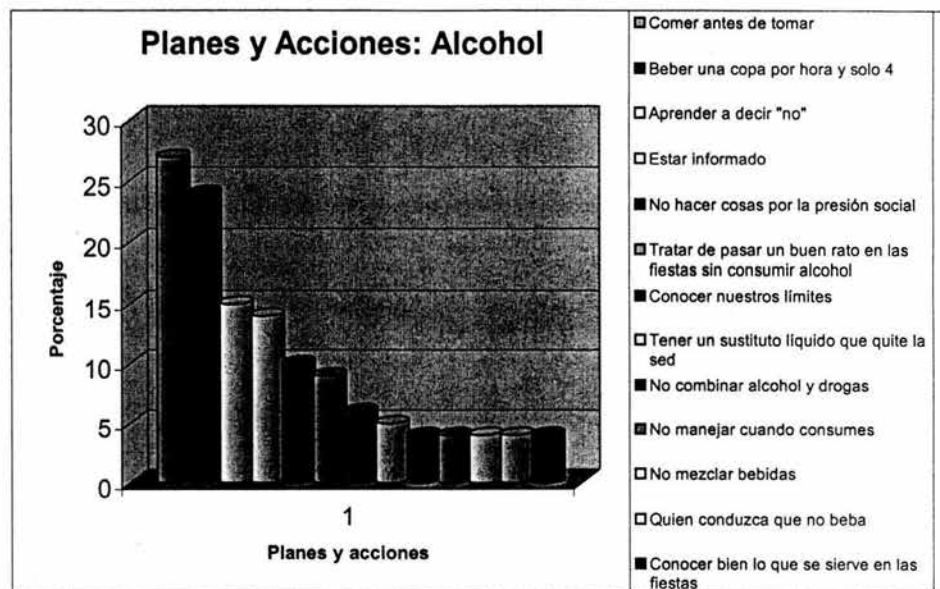


**Grafica 16. Se muestran, los principales pros y contras de tener relaciones sexuales no planeadas**

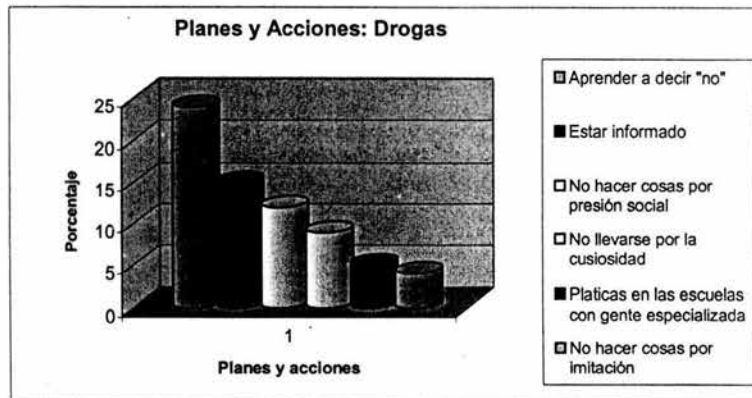
### 3. Planes y acciones para: consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y relaciones sexuales

Las gráficas 17 - 19, muestran la anticipación ante dichas conductas de riesgo a través de planes y acciones que le ayuden en la toma de sus decisiones.

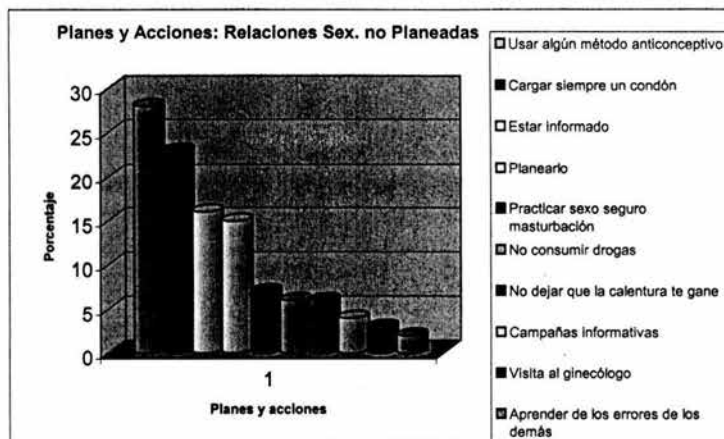
#### PLANES Y ACCIONES: ALCOHOL, DROGAS Y RELACIONES SEXUALES NO PLANEADAS



Grafica 17. Se muestran, los principales planes y acciones para el consumo de alcohol



**Grafica 18. Se muestran, los principales planes y acciones para el consumo de drogas**



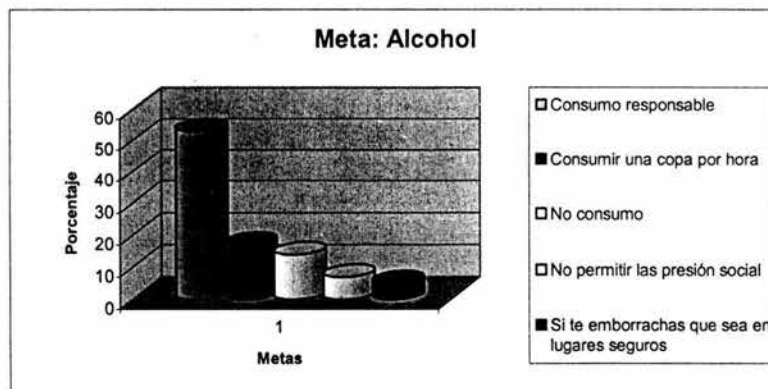
**Grafica 19. Se muestran, los principales planes y acciones para las relaciones sexuales no planeadas**



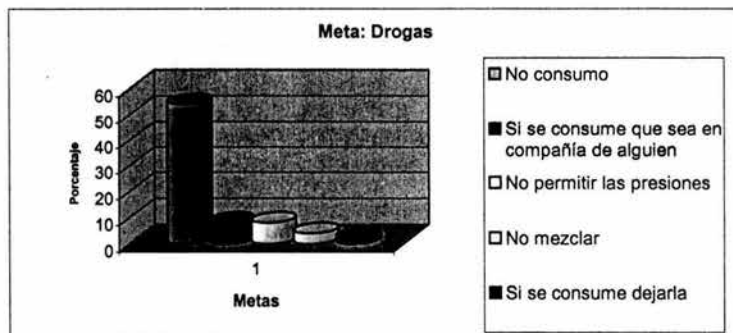
4. Metas para: consumo de alcohol, consumo de drogas y relaciones sexuales

Las metas como se muestra en las gráficas 20-22, son las siguientes

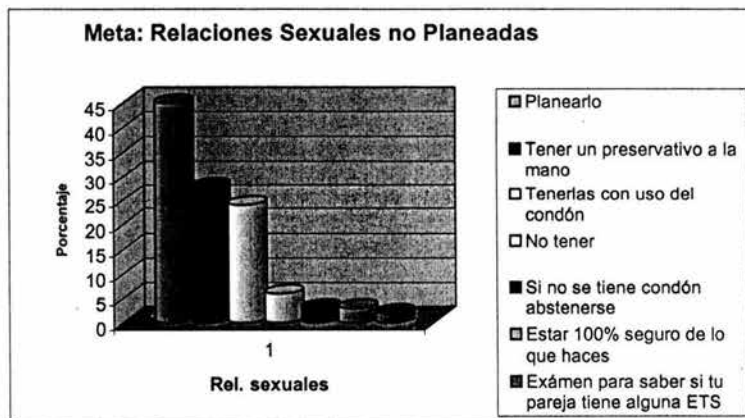
**METAS: CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y RELACIONES SEXUALES NO PLANEADAS**



**Gráfica 20. Se muestran, las metas para el consumo de alcohol**



**Grafica 21. Se muestran, las metas para el consumo de drogas**



**Grafica 22. Se muestran, las metas para las relaciones sexuales no planeadas**

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La adolescencia es una época de grandes cambios, confusiones y momentos estresantes, caracterizada además por un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales que determinan la transición de la infancia a la edad adulta.

En lo que se refiere al inicio de la vida sexual, en México diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común (Nuñez, Morris, Bailey, Monroy, Cardes, Whatley, en: Fleiz 1999). En los resultados de esta investigación, como se muestra en las tablas los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y 15 años de edad.

No obstante en cuanto al uso de métodos anticonceptivos se refiere se sabe que a pesar de que el número de personas que los usan ha aumentado, las barreras culturales y los mitos siguen siendo muy grandes. (Pick, Givaudan, Saldivar Garduño, 1996 en: Fleiz, 1999).

Por otro lado en lo referente al conocimiento del uso adecuado de algunos métodos anticonceptivos, las investigaciones indican, que los adolescentes están poco o mal informados respecto al uso de métodos anticonceptivos, y específicamente en lo que al momento de mayor fecundidad en la mujer se refiere (DIF, 1992).

Al respecto es importante mencionar, como se observa en las tablas, los conocimientos del uso de métodos anticonceptivos, y más específicamente el condón es un método adecuadamente conocido por los alumnos, ubicando su

forma correcta de uso, así como las ventajas y desventajas de este. En lo que se refiere a otros métodos como el uso del óvulos se incrementó el conocimiento, sin embargo no se describe su uso por toda la población. Así mismo es importante mencionar que la mayoría de alumnos que tienen relaciones sexuales, reportan usar algún método anticonceptivo siendo el condón el método anticonceptivo más usado, seguido de las pastillas, el retiro y los óvulos.

En lo relacionado a los conocimientos de las principales ITS, son identificadas por los adolescentes, de forma adecuada. Y en lo que se refiere a la fertilidad, los alumnos reconocen situaciones relacionadas a la misma de forma adecuada. A pesar de que como describen Pick y Trujillo en 1990: el embarazo en los adolescentes es uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y el Caribe. En México, el Consejo Nacional de Población, a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, encontró que las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano.

Así mismo, se sabe que en México, el embarazo en adolescentes es un fenómeno frecuente. Gonzalez – Forteza et al., (2001). Las cifras muestran que el número de embarazos no planeados y abortos aumenta, principalmente en adolescentes, y el riesgo del VIH/sida en jóvenes mayores de 20 años lleva a suponer que la infección se dio en la adolescencia. Brito, (2004).

No obstante como subraya Feldman (2001), el adolescente en su búsqueda de autonomía e independencia es susceptible a la presión del grupo de pares, pues la pertenencia y aceptación del mismo, lo hace sentir libre abierto, y

con la facilidad de compartir valores (Csikszentmihalyi & Larson, (1984), Sorensen, (1973)); por tanto si este grupo de amigos efectúa conductas de riesgo es probable que el adolescente también las realice.

Específicamente para el inicio de la vida sexual, la presión de los pares resulta ser de gran influencia para los jóvenes, ya que los anima a ser sexualmente activos. Así, la conducta sexual, como otras representa para el adolescente asegurar su estatus dentro del grupo (Feldman, 2001). En las gráficas se observa como: "las fiestas", "presión social" y "amigos que consumen", son factores identificados por los alumnos como principales riesgos para el consumo de alcohol, consumo de drogas y relaciones sexuales no planeadas.

Por otro lado, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999); citan, que la incapacidad para enfrentar sentimientos tales como la frustración, desamor, soledad, abandono y la curiosidad, también ponen en riesgo al adolescente de incrementar conductas de riesgo. Así, resulta interesante resaltar que en los resultados de las gráficas estos mismos sentimientos son identificados por los alumnos como situación de riesgo para el consumo de alcohol, consumo de drogas y el ejercicio de relaciones sexuales no planeadas.

En relación al conocimiento de los efectos y consecuencias relacionadas al uso de sustancias, es importante hacer mención de los siguientes puntos:

Algunos autores, Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, (1998), refieren dentro de los comportamientos de riesgo y factores que influyen sobre la salud de los adolescentes, el pertenecer a familias disfuncionales. Por su parte, Natera, Mora, Tuburcio, (1998), mencionan que la forma de enfrentar un problema de adicciones en la familia, depende

de los recursos personales del individuo, así como del estrés crónico al que se enfrenta el sujeto, del apoyo social percibido y del contexto sociocultural.

Al respecto, Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999); subrayan la influencia de la familia para la preservación de la salud mental de sus integrantes, mencionan que en tanto la familia no cubre una serie de funciones como proporcionar apoyo, afecto, seguridad económica, límites y reglas, se pueden generar sentimientos de frustración insatisfacción, desamor, rebeldía, lo cual puede llevar a una búsqueda de satisfactores "artificiales", -como el consumo de drogas-, con el objeto de reducir o evitar aquellos sentimientos de frustración. Así mismo hacen referencia a la dificultad que en la mayoría de los casos tienen los padres para establecer reglas y límites claros dentro de la familia. A partir de lo mencionado en relación a la familia, es notable en las graficas, como los adolescentes ubican a: los problemas familiares, contar con familiares que consumen alcohol o drogas, así como a la falta de comunicación con los padres, como posibles factores de riesgo para que ellos también lo hagan.

Por otro lado Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999); señalan que la incapacidad para enfrentar sentimientos tales como la frustración, desamor, soledad y abandono, puede llevar a los adolescentes a enfrentar estos sentimientos de forma inadecuada como puede ser consumiendo sustancias y/o poniéndose en situaciones de riesgo para su salud. En este mismo sentido, Flay y Petraitis, (1991); Hawkins, Catalano, y Miller, (1992), señalan como posibles agentes generadores que ponen en riesgo a los adolescentes a los siguientes: Factores individuales (que contemplan la conducta desviada, baja autoestima, relaciones sociales inadecuadas). Al respecto, como podemos apreciar en las gráficas los alumnos, identifican a los problemas emocionales, la baja autoestima, el olvidar problemas y a la tristeza, como factores de riesgo, para realizar conductas poco saludables.

No obstante para el caso del consumo de alcohol y drogas, la permisividad es también un factor de riesgo. Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, (1999) señalan que algunos espacios y contextos, dada su situación geográfica, implicada generalmente en el tráfico de drogas "ilegales", facilitan su acceso y consumo. Cook y Tauchen (1982), indican que la permisividad y la aceptación social en relación al consumo es muy variable, así estos dos aspectos se han analizado como posibles factores de riesgo, encontrándose que cuanto más alta sea la permisividad, las cifras de consumo tendrán a ser mayores. En México en las regiones del país en donde los índices de consumo son mayores, sus habitantes reportan también los índices de percepción de disponibilidad más elevados (Otero, Medina-Mora, Tapia, Rascon, Mariño y Solache, 1990). Al respecto, como se puede distinguir en las gráficas los alumnos reportan a la disponibilidad de las bebidas y de las drogas como factores que los ponen en riesgo para consumirlas.

Así mismo, se ha observado que el uso del alcohol y otras drogas se asocia a las relaciones sexuales, Fleiz, (1999), al respecto en las gráficas se observa como el estar bajo los efectos de alguna droga, es para los alumnos un factor de riesgo para llevar a cabo relaciones sexuales no planeadas.

## CONCLUSIONES

La adolescencia evidentemente representa una etapa de riesgo para el desarrollo de conductas poco saludables. No obstante, conforme a los resultados encontrados en este estudio es posible apoyar al adolescente a disminuir dichos riesgos.

Ya que como se manifiesta en los hallazgos del presente estudio, después del programa se dio un incremento en:

- El conocimiento de uso de métodos anticonceptivos así como en información sobre aspectos sexuales y actitudes más responsable hacia su sexualidad.
- Por los resultados obtenidos del programa, la asertividad, la toma de decisiones, la organización hacia el futuro, la anticipación, la planeación, la toma de riesgos y el control, son recursos de gran valor y protectores que fortalecen al adolescente en el incremento de conductas saludables. Al respecto, el estudio da cuenta de que los alumnos son asertivos en la mayoría de las situaciones; de manera similar hacen un uso adecuado en lo que se refiere a conductas relacionadas con la toma de decisiones; en cuanto a la toma de riesgos, es importante mencionar que los alumnos llevan a cabo conductas aun cuando éstas impliquen riesgos, no obstante se observa también que la mayoría de los alumnos asume la responsabilidad implicada en sus conductas, sin embargo un aspecto de gran consideración es la falta de decisión y constancia relacionada con la organización y la planeación a futuro. Lo cual aunado al "gusto" por tomar riesgos, hace más vulnerable a los alumnos a llevar a cabo conductas riesgosas, por lo que el haberles enseñado técnicas de autoeficacia (importancia de anticipar sus conductas, desarrollar planes y acciones, establecer metas) los auxilia en este sentido.



- Respecto al entendimiento de los efectos de las drogas al término del estudio, se observó un incremento en el conocimiento de los efectos a corto y largo plazo del consumo de; alcohol, tabaco y marihuana, lo cual indica que los alumnos después del programa, cuentan con más conocimientos y estrategias que les permiten, evaluar, planear, anticiparse y establecer una meta para el consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y actitudes relacionadas con su sexualidad, objetivo principal de este estudio.

Es importante señalar que aun cuando las situaciones de riesgo siguen estando presentes para el adolescente, después del programa, los alumnos incluyen en sus repertorios estrategias que fomenten el autocontrol y la autoconfianza incrementando así el desarrollo de conductas más saludables.

Así mismo, el hecho de que los adolescentes identifiquen las mismas situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, consumo de drogas y relaciones sexuales no planeadas, reportadas en la literatura y en numerosas investigaciones; además de corroborar estos datos, manifiesta un acercamiento ante dichas conductas, lo que conlleva a quienes participamos en su formación una responsabilidad aun mayor. Por ello considero importante:

1. Fortalecer las actividades de prevención
2. Aumentar la investigación de posibles factores relacionados
3. Incrementando estrategias y participación de los alumnos, equipo académico, administrativo del Colegio y a los padres de familia, con el fin de reducir los factores de riesgo y extender el incremento de pautas a favorecer conductas saludables. En este punto será conveniente planear la capacitación de docentes en relación al programa de prevención.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una limitaciones importante en el estudio, radica en el hecho de que el programa resultó de mayor beneficio para aquellos alumnos que no han desarrollado conductas de riesgo, o que solo las han experimentado en un mínimo caso, ya que en esta población se logró el objetivo del programa: cuentan con más conocimientos y estrategias que les permiten, evaluar, planear, anticiparse y establecer una meta para el consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales y actitudes relacionadas con su sexualidad, no obstante y a pesar de que el programa esta enfocado para todos los alumnos del Colegio, en aquellos identificados por el POSIT con problemas de consumo, los resultados no son similares, pues estos alumnos continúan exponiéndose a situaciones de riesgo.

Por lo anterior, sería conveniente que a partir de la primera evaluación se instrumentaran estrategias específicas para los grupos haciendo una diferencia entre los de mayor y menor riesgo.

Es notable subrayar que un porcentaje importante de los alumnos tienen muchos mitos en relación a los efectos y consecuencias del consumo de la marihuana, situación que parece estar muy marcada en la población del Colegio y que dificulta las acciones preventivas, por ello será importante hacer hincapié tanto a los alumnos, maestros, personal administrativo y padres de familia, sobre las consecuencias del uso, abuso y dependencia de la sustancia, para incidir en la disminución del consumo y permisividad hacia la misma.

En relación a los contenidos del programa, sería necesario desarrollar alguna estrategia que permita evaluar como se dan los contenidos del mismo, pues esto es importante para el éxito o el fracaso del programa.

Por otro lado los grupos de alumnos a quienes se aplica el programa, están formados de aproximadamente 25 a 27 alumnos cada uno, lo cual dificulta el desarrollo del programa sobre todo en la parte de las dinámicas, en este sentido sería beneficioso buscar una alternativa en el número de alumnos que no interfiera en el progreso del programa.

Asimismo, será importante continuar realizando investigaciones que provean de elementos para diseñar con fundamentos estrategias de educación y prevención; así también la evaluación de estas estrategias deberá ser un compromiso por parte de los (as) profesionales del Colegio.

No obstante, será también valioso incluir en el programa temas como: violencia entre el grupo de pares, hábitos de estudio así como hábitos alimenticios.

Por otro lado será significativo, considerar que el foco de atención no sólo se dirija a los adolescentes mismos, sino que también a su entorno, por lo que deberá continuarse con la planeación de estrategias para incorporar, a los padres de familia, maestros, y diferentes trabajadores y autoridades del Colegio.

Así también, será conveniente, dar un seguimiento a la generación de alumnos con los cuales se evaluó el programa para corroborar datos más específicos.

De manera personal, el curso me permitió, además de un acercamiento con los alumnos, una reflexión de la importancia de estos temas para el adolescente, lo que me compromete más allá de una mejor preparación en relación a los conocimientos y manejo de los temas, un quehacer constante en la búsqueda de alternativas que apoyen a los alumnos.

Por ultimo considero que los temas elegidos en este estudio, apoyan y dan pautas significativas al quehacer preventivo dentro del Colegio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998).

Ayala, H., (1992). *El curso del alcoholismo una visión psicológica*. Investigación Psicológica. Vol. 3 5-30.

Alvarado, J., Garrido, A., (2203). "La evolución de la Psicología social como disciplina científica independiente" "La evolución de la Psicología social hasta los años 70" en *Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas*. Ed. Mc Graw Hill.

Baer, J. & Lichtenstein, E., (1988). *Cognitive assessment in smoking cessation*. Guilford Press, New York, 189-213.

Bandura, A., (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A., (1966). *Principies of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Bandura, A. & Walters, R. H., (1963). *Social Learning and Personality Development*. Nueva York: Holt. (Trad. Aprendizaje Social y Desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza, 1974).

Bandura, A., (1995). *Comments on the crusade against the casual effecacy of human thought*. Journal of Behavior Therapy and Experimantal Psychiatry, 26, 3, 179-190.

Bandura, A., (2002). *Social cognitive theory in cultural context*. Journal of Applied Psychology: An International Review, 51, 269-290.

Bandura, A., (1969). *Principles of behavior modification*, Holt Rinehart and Wiston, Nueva York.

Bandura, A., (1971). *Social learning*, General Learning Press, Nueva York.

Bandura, A. y R. H. Walters, Social (1962). *Social learning and personality development*, Holt, Rinehart and Wiston, Nueva York.

- Bandura, A., (1977). "Self – efficacy: Toward a unifying theory of behavior change" en *Psychol. Rev.*, 84, pp. 191-215.
- Bandura, A., (1999). *Auto – Eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Begleiter, H., Porgesz, B., Brihari, B., y Kissin B., (1984). *Event-related brain relate potentials in bloys at risk for alcoholism*. *Since*, 225, 1493-1496.
- Bernard, B., (1992). *Fostering resiliency in Kids: Protective factors in the family, scool and community*. *Prevention Forum*, 12, 3, 2-12.
- Biddlei, B., Bank, B., y Marlin, M., (1980. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 215-241. ). *Social determinants of adolescent drinking: What they think, what they do and what I think they do*
- Blanc, (2004). *Género y poder en las relaciones sexuales*. Letra "S" Jornada.
- Borges, G., (1993). *Los factores de riesgo y las drogas. ¿Otra vez la infancia y la escuela? (segunda parte)* *Información clínica*. 4 (12) 68-69.
- Bradford, L. & Beck, K., (1991). *Development and Validation of a Condom Self – Efficacy Scale for College Students*. *Journal of American Collage Health*, 39, 219-225.
- Brito, A. (2004). *Motivaciones, practicas y riesgos*. Letra "S" La Jornada.
- Brower, G., Hilgard, E., (2003). "Desarrollos recientes en las teorías cognoscitivistas" en *Teorías del aprendizaje* 2a ed., México, Trillas.
- Castro, M., (1993). *Un nuevo material didáctico para ser usado en los programas de acción preventiva dirigidos a la población joven*. México; Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC), Serie "Estudios".

Castro, M., (1994). *Factores de riesgo asociados al uso de sustancias psicoactivas* en Tapia Conyer R. (Editor) Las adicciones en México: impacto y perspectivas. México; El Manual Moderno.

Castro, M., (1990). *Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes*. Aplicaciones en investigaciones y atención primaria dentro del plantel escolar. Salud Pública de México, 32, 298-308.

Castro, M. y Chávez, A., (1986). *Predictores del consumo de drogas en jóvenes mexicanos*. Revista mexicana de psicología, 3, 5-10.

Castro, M., Llanes, J., Margain, M., (2003). *Un nuevo paradigma en la evaluación de planes de acción preventiva*. Leber Addictus X/Nº74.

Castro, M., Mata, M., y Amodor, C., (1997). *Chimalli: Un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en la adolescencia*. Evaluación de resultados, Departamento de Orientación, Secundaria SEP, 1997.

Castro, M., (2002). *Éntrale a las Protecciones. Estrategias de intervención para la escuela secundaria*, Editorial Pax, México.

Castro, M., Margain, M., (2003). *Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: Un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida*. Liber Addictus AñoX/Nº73.

Cook, Philip J. and George Tauchen., (1982). *The effect of liquor taxes on heavy drinking*. The Bell Journal of Economics (13)2:379-390. Autumn.

Consejo Nacional de Población: *En cuenta Nacional de Planificación Familiar*. México, 1995.

Consejo Nacional de Población: *Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media y Media Superior*. México, 1994.

Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Población 1995-2000*. México, 1996.

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. *Registro Nacional de Casos de SIDA*. México

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, *Comportamiento Sexual en la Ciudad de México*. Encuesta 1992-1993. México, 1994.

Di Clemente, C., Prochaska, J. & Gibertini, M., (1985). *Self – Efficacy and the Strages of Self – Change of Smoking*. *Cognitive therapy and Research*, 9 (2), 181-200.

DIF. *Resultados generales de la Encuesta nacional sobre necesidades, intereses y costumbres en adolescentes escolarizados en planteles oficiales*. DIF, México, 1992.

Ekstrand, M. & Coates, T., (1990). *Maintenance of safer sexual behaviors and predictors of risky sex: The San Francisco Men's Health Study*. *American Journal of Public Health*, Vol. 80, Issue 8 973-977.

Ellickson, P. & Hays R., (1991). *Beliefs About Resistance Sel –Efficacy and Drug Prevalece: Do They Really Affect Drug Use?*. *International Journal of Addictions*, 25 (IIA): 1353 – 1378.

Ellickson, P., Bell, R., Harronson, E., (1990). *Changing Adolescent Propensities to Use Drogs: Results from Project ALERT*. In *Health education Quarterly*, 20 (2): 227-242.

Ellickson, O., Harrison, E. Bell, R., (1993). *Do Drug Prevention Effects Persist into High School?: How Project ALERT Did with Ninth Graders*. *Preventive Medicine*, v. 22,

Farrington, D., Loeber, R., Elliott, D., Hawkins, J., Kendel, D., Klein, M., McCord, J., Rowe, D., y Tremble, R., (1988). *“Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime”*. In: B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.

Feldman, F., (1998). *Aprender a tomar buenas decisiones*. *Liber Addictus*, 21, 30-31.

Feldman, F., (2001). *La presión de los pares es real. ¿por qué no utilizarla positivamente?*. *Liber – Addictus*, 48 21-24.



- Flay, B., Petraitis, J., (1991). *Methodological Issues in Drug Use Prevention Research: Theoretical Foundations*. In CG. Leukefeld (Ed) *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*. 81-109. Washington DC.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Alcantar, E., Navarro, C., y Blanco, J., (1999). *Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México*. *Salud Mental*, 22(4), 14-19.
- Gilchrist, L., Schinke, S. & Blythe, B., (1980). *Primary prevention services for children and youth*. *Children and youth services review*. 1, 379-391.
- Hansen, WB., Graham, JW., Wolkenstein, BH., & Rohrbach, LA., (1991). *Program integrity as moderator of prevention program effectiveness: Results for fifth grade students in the Adolescent Alcohol Prevention Trial*. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6): 568-79.
- Hawkins, R. M. F., (1992). *Self-efficacy: a predictor but a cause of behavior*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 251-256.
- Hawkins, J., Catalano, R., Miller, J., (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*, 112, 1, 64-105.
- Hovland, C., Janis, I. & Kelly H., (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- INEGI/UNIFEM. *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX*. México, 1995.
- Jessor, R., (1989). *Risk driving problem behavior. An extension of problem behavior theory*. *Alcohol Drugs and Driving*, 3, 3, 1-11.
- Jessor, R. Y Jessor, S., (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F., (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge, England: Cambridge University Press. En Bandura, A., (1999). *Auto – Eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Krumboltz , J. D. y Thoresen, C.E., (1969). *Behavioral counseling: Cases and techniques*, Holt, Rinehart and Wainston, Nueva York.

Lettieri, D., Sayers, M. y Pearson, H., (1980). *Theories an Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. National Institute on Drug Abuse Reserch Monograh 30.

Llanes, J., (2003). *Métodos de Evaluación Rápida. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones*. En Conadic Informa, Conadic / Secretaría de Salud, México, 2003.

Margain, M., (2003). *Pensando y Re-Pensando la prevención*. Liber Addictus Ano X/Nº71.

Mariño, M. C., (1997). *Validación del cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología , UNAM.

Mariño, M. C. González-Fortaza, C. Andrade, P y Medina – Mora, M. E., (1998). *Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas*. Salud Mental, 21, 27-36.

Mariatt, G., Baer, J. & Quigley, L. (1995). *Self – Efficacy and alcohol and drug abuse*. New York: Cambridge University Press. En Bandura (1999).

Medina – Mora, M. E., Mariño, M. C., Berenzon, S., Juárez, F. y Carreño, S., (1992). *Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas*. En CONADIC (dir) Las Adicciones en Mpexico: Hacia un enfoque.

Medina-Mora, M., y López, E., (1993). *Prevención en materia de adicciones*. Trabajo presentado en la III Reunión Internacional sobre campos actuales de aplicación de la Psicología México D.F.

Meichenbaum, D. , (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*, Pleum Press, New York. En Brower, G., Hilgard, E., (2003). *Teorías del aprendizaje 2a ed.*, México, Trillas.

Miller, N.E. y Dollar, J., (1941). *Social learning and initiation*, Yale Univ. Press, Mew Haven.

Mischel, W., (1968). *Personality and assessment*, Wiley, Neuva York.

Modelos Preventivos, en Serie Planeación del Consejo Nacional Contra las Adicciones, México, Junio, 2003

Monroy, A., (1995). *La sexualidad en la adolescencia*. Antología de la sexualidad, Vol. I. México: Eds. Miguel Angel Porrúa y CONAPO: 693-730.

Mora, J., (1992). *Imagen social en jóvenes acerca del alcohol. El consumo de alcohol en la fiesta y el barrio*. Cultura Psicológica , 1(1), 65-75.

Morris, J., Nuñez, L., Monroy de Velasco, A., Cardenas, C., y Whatley, A., (1985). Sexual experience and contraceptive use among youg adults in mexico city. Trabajo presentado en la reunión Anual de America Public Health. Association, Whashington.

Natera, G., Mora,R., Tuburcio, M., (1998). *Aspectos estructurales y funcionales del apoyo social en la familia con sus consumidaores de drogas*. Tlaxcala: Centro de estudios Universitarios de Estudios para la Familia. 385-412.

Natera, G., (1991). *EL Alcoholismo y la Familia*. Información Clínica. 2 (5) 29-30.

Nuñez, L., Morris, L., Bailey, P., Monroy, A., Cardes, C., y Whatley, A., (1996). *Resumen de resultados . Encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes*. Presentado en la II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México.

Ortiz, A., Osornio, A., y Zavala, S., (1995). *La Banda,. Una forma marginal del desarrollo juvenil*. Sociedad de Salud Mental del Estado de Querétaro SEMEQ.

Otero, B., Medina - Mora, M., Tapia, R., Rascon, M., Mariño, M., y Solache, G., (1990). *Disponibilidad percibida de drogas médicas y no médicas en la República Mexicana*. La Psicología social en México III, 231-235.

Papalia, W., (1988) *Psocología del Desarrollo*. México, Ed. Interamericana.

Palmonari, A., Kirchler, E., & Pombeni, M. L. (1991). *Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence*. *European Journal of Social Psychology*, 21, 381-402.

Pérez, C., (1998). *La sexualidad y la adicción: una combinación afrodisíaca*, *Liber Addictus*, 21, 42, 1998.

Pick S., (1994) *¿Qué opinan los Mexicanos respecto a la educación sexual?*. *Salud reproductiva y sociedad*, 2: 10-14.

Pick, S., (1990). Trujillo, E. *Conducta sexual y reproductiva en los adolescentes en AMÉRICA Latina*. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 8: 11-41.

Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M., Pier, D., Acevedo, M. y Vargas, E., (1999). *Planeando tu vida*. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Ed. Ariel Escobar.

Pick, S., Andrade, P., Díaz Lovin, R., y Atkin, L., (1988). *Encuesta de hogares de la ciudad de México: Estudio psicosocial de los adolescentes, sus conocimientos y practicas sexuales y anticonceptivas*. Reporte presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Pick, S., Givaudan, M., y Saldivar Garduño, A., (1996). *La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes*. *Perinatol Reprod Hum*, 10: 143-150.

Rojas, E., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Moron, M., y Domenech, M., (1999) *Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo*. *Salud Publica de México*, Vol. 41 No. 4 297-308.

Rosete, J., (1998). *¡Prevenir es mejor que remediar!*, *Liber Addictus*, 21, 12-13.

Rotter, J. B., (1954). *Social learning and clinical psychology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.

Sánchez, (2004) *Una infección*. Letra "S" La Jornada.

Schwarzer, R. (1992). *Self – Efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors : Theoretical approaches and a new model*. En Bandura (1999).

Staats, A. W., (1968). *Learning, language and cognition*, Holt, Rinehart and Winston, Nueva York.

Staats, A. W., (1975). *Social behaviorism*, Dorsey, Homewood, Ill.

Stacy, AW., Sussman, S., Dent, CW., Burton, D. & Faly, BR., (1992). *Moderators of peer social influence in adolescent smoking*. *Pers. Soc. Psychol Bull*, 18: 163-172.

Stern, S., Lara, A., Obregón, S., Sosa, R. y Figueroa, L., (1990). *Interacciones Sociales, conductas delictivas, violencia y consumo de drogas en una Banda juvenil*. Reporte de registros conductuales y diarios de campo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 223-238.

*Studies in Family Planning*, Volumen 32, Número 3, Septiembre (2001).

Villa, G., Villatoro, J., Cerero, L., Medina – Mora M. y Fleiz., C., (2001). *El Rol de las normas familiares y el ambiente interpersonal en el consumo de alcohol en los adolescentes*, SESAM, Vol. 1 No. 9 6-11.

Villatoro J. y Cols., (1997). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición de otoño. Reporte Global del Distrito Federal*. SEP, IMP, México.

Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, Juárez, (2002). *¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes*. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 1.

Watson, D. L. y Tharp, R.G., (1977). *Tharp, Self – directed behavior: Self – modification for personal adjustment*, Brooks – Cole, Monterrey, Cal., 2a. ed.

**FALTA PÁGINA**

**N° 180**

# ANEXOS

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma que mejor podemos ayudarte. Por esto trata de contestar las preguntas con franqueza

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

Gracias

## ENTREVISTA INICIAL

Seudonombre: \_\_\_\_\_

1. Cuantos años tienes: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: \_\_\_\_\_

3. Grado escolar: \_\_\_\_\_ 4. Con quien vives: \_\_\_\_\_

5. Grado escolar de: tu padre \_\_\_\_\_ tu madre: \_\_\_\_\_

6. Hasta que año piensas llegar en la escuela: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo te llevas con tu mamá (o sustituta)?

Mal \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_

8. Cuando tienes problemas personales ¿lo platicas con tu mamá?

\_\_\_\_\_ No, nunca \_\_\_\_\_ A veces, depende \_\_\_\_\_ Si siempre

9. ¿Has hablado con tu mamá sobre sexo?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

10. ¿Qué tanto has hablado con tu mamá (o sustituta) sobre sexo?

Nada \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_

11. ¿Cómo te llevas con tu papá

Mal \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_

12. Cuando tienes problemas personales ¿lo platicas con tu papá?

\_\_\_\_\_ No, nunca \_\_\_\_\_ A veces, depende \_\_\_\_\_ Si siempre

13. ¿Has hablado con tu papá sobre sexo?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

14. ¿Qué tanto has hablado con tu papá (o sustituto) sobre sexo?

Nada \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_

15. ¿Has tenido relaciones sexuales?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

16. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual? A los \_\_\_\_\_ años

17. ¿Me puedes decir como se usan los siguientes métodos anticonceptivos?

Condón \_\_\_\_\_

Pastillas anticonceptivas \_\_\_\_\_

Óvulos \_\_\_\_\_

Inyecciones \_\_\_\_\_

18. ¿Has usado alguno? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No, Cual \_\_\_\_\_

19. Dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual masculino son:

\_\_\_\_\_ a. La próstata y el clítoris

\_\_\_\_\_ b. El útero y los conductos deferentes

\_\_\_\_\_ c. Los testículos y los conductos deferentes

\_\_\_\_\_ d. El monte de Venus y los testículos



20. Los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual son:
- \_\_\_\_\_ a. Del día 12 a 16 de su ciclo menstrual
- \_\_\_\_\_ b. Los días que dura la menstruación
- \_\_\_\_\_ c. Los cuatro días siguientes a la menstruación
- \_\_\_\_\_ d. Del día 24 al 27 de su ciclo menstrual
21. Dos de las principales enfermedades sexualmente transmisibles son:
- \_\_\_\_\_ a. El acné y el SIDA
- \_\_\_\_\_ b. La gonorrea y la sífilis
- \_\_\_\_\_ c. La sífilis y la esterilidad
- \_\_\_\_\_ d. La gonorrea y las paperas
22. La masturbación:
- \_\_\_\_\_ a. Favorece el retraso mental de quien lo practica
- \_\_\_\_\_ b. Es una actividad saludable en la vida sexual del individuo
- \_\_\_\_\_ c. Impide el crecimiento físico del individuo
- \_\_\_\_\_ d. Favorece la aparición del acné en los adolescentes

De acuerdo a la escala contesta las siguientes preguntas:

23. Si un hombre saca el pene antes de venirse, ¿puede embarazar a una mujer?	Si	No
25. ¿Te da pena decir "no" cuando te invitan algún lado?	Si	No
25. ¿Tratas de no hacer preguntas por miedo a que suenen tontas?	Si	No
26. ¿Te daría pena decirle a un amigo o (a) que estás ocupado y que no puedes atenderlo?	Si	No
27. ¿Te da pena decirle a los vecinos que dejen de hacer ruido?	Si	No
28. ¿Sientes que es mejor que alguien te diga lo que tienes que hacer?	Si	No
29. ¿Te impones cuando crees que tienes la razón?	Si	No
30. ¿Tus papas o sustitutos te dicen siempre los que tienes que hacer?	Si	No
31. Has pensado bien lo que esperas de tu vida familiar cuando seas más grande?	Si	No
32. ¿Te organizas para poder hacer todo lo que necesitas hacer?	Si	No
33. ¿Sabes qué llegarás hacer en unos años?	Si	No
34. ¿Te gusta planear tu tiempo libre?	Si	No
35. ¿Eres organizado?	Si	No
36. ¿Te gusta hacer cosas aunque impliquen peligro?	Si	No
37. ¿Te gusta tomar riesgos sin pensar en lo que puede pasar?	Si	No
38. ¿Pierdes mucho tiempo por falta de organización?	Si	No
39. ¿En tu vida puedes escoger lo que quieres hacer?	Si	No
40. ¿Lo que haces depende de ti?	Si	No
41. ¿Sabes de qué depende lo que pasa en tu vida?	Si	No
42. ¿Sabes por qué te pasan las cosas que te pasan?	Si	No
43. ¿Sientes que tienes el control sobre lo que ocurre en tu vida?	Si	No

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	0
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	1	0
3. ¿ Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	0
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	0
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	0
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	0
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	0
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de las drogas?	1	0
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	0
12. ¿El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado (a)?	1	0
13. ¿El uso de alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?	1	0
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de la bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	0
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debidas las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	0
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0

## PREGUNTAS QUE SE RETOMAN EN LOS EJERCICIOS Y ACTIVIDADES

1. Identifica las principales situaciones de riesgo para: Consumo de alcohol en exceso, consumo de drogas ilegales y relaciones sexuales no planeadas
2. Describe los pros y los contras de: Consumir alcohol en exceso, consumir drogas y tener relaciones sexuales no planeadas
3. Establece, planes y acciones para futuras situaciones relacionadas con: Consumir alcohol en exceso, consumir drogas y tener relaciones sexuales no planeadas.
4. Determina una meta para: Consumo de alcohol, consumo de drogas, tener relaciones sexuales