

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

PLANTEL IZTAPALAPA
Departamento de Sociología
Psicología Social

ACTITUD HACIA EL ALCOHOL Y TABACO Y SU RIESGO PARA LA SALUD

Tesina que para obtener el título de
Licenciado en Psicología Social

Presentan

Juan Cruz Vázquez
José Luis Espinosa Hernández

Asesor:
Mtra. Irene Silva Silva
Lector:
Dr. Mario Carranza Aguilar

Julio de 1999.

Actitud hacia el alcohol y tabaco y su riesgo para la
salud

Tesina que para obtener el título de Licenciado en
Psicología Social

Presentan:

Juan Cruz Vázquez	95217395
José Luis Espinosa Hernández	95216612

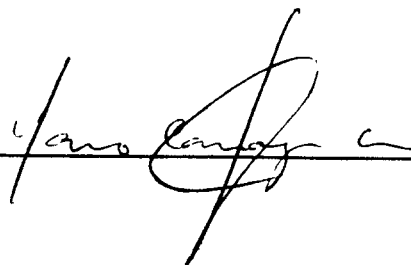
Asesor:

Mtra. Irene Silva Silva



Lector:

Dr. Mario Carranza Aguilar



Julio de 1999

Dedicatoria:

*A todos los jóvenes que
participaron en la realización
de este proyecto.*

*Porque los jóvenes serán
los iniciadores del cambio
social, una sociedad de jóvenes
libres de las adicciones
y llenos de sonrisas.*

Con Agradecimiento:

A nuestros profesores y asesores.

*Dr. Mario Carranza y
Mtra. Irene Silva Silva por su
amistad, comprensión e infinito
apoyo prestados durante
este último año.*

A nuestras parejas y familiares.

A nuestros amigos y compañeros de grupo.

A todos ellos mil gracias.

*Juan Cruz Vázquez
José Luis Espinosa Hernández*

INDICE TEMATICO

Introducción.....	1
Capítulo 1.....	3
Psicología Social de la Salud Comunitaria	
Capítulo 2.....	11
Psicología de la Salud	
Capítulo 3.....	31
Psicología Social Comunitaria	
Capítulo 4.....	41
La Sierra de Santa Catarina	
Capítulo 5.....	49
Drogadicción	
Capítulo 6.....	63
Metodología	
Capítulo 7.....	70
Sistematización de datos y resultados	
Conclusiones.....	77
Bibliografía.....	79
Anexos.....	80

Introducción

INTRODUCCION

Es el espacio, el lugar donde se deposita la propia biografía y donde ésta se rompe o encuentra continuidad.

El sujeto objeto de conocimiento de la Psicología Social es un sujeto abierto, íntimamente vinculado a la estimulación física y social. El Conjunto de esta estimulación es lo que denominamos ambiente. El ambiente es la circunstancia que incluye y es creada por y en la acción del sujeto. Cuando, después de un azaroso proceso de toma de decisión, una persona decide comprar o hacer una vivienda, va llenando el espacio en un conjunto muy amplio de recursos más o menos planeados hasta conformar el salón del cuarto que habitará. Con posterioridad, esta configuración se convierte en un conjunto de restricciones y posibilidades para la acción del individuo. Podemos afirmar entonces, como dijera Montesquieu de las leyes “primero el hombre determina como han de ser los edificios, luego los edificios determinan cómo deben comportarse los hombres”.

Vivir en la ciudad es, probablemente, el rasgo más común de los habitantes del planeta. La historia moderna consiste -como apuntaba acertadamente K. Marx-, en la urbanización del campo y no en la ruralización de la ciudad. Esta enorme concentración de pobladores, recursos, tecnología y medios ha creado un tipo de asentamiento cuyos efectos sobre los individuos son llamativos y, podría decirse, únicos en el proceso de evolución.

Es inherente a las grandes ciudades, su declive urbano que procede de la conjunción de una gran variedad de elementos entre los cuales destacan: *a)* baja calidad del medio ambiente; *b)* vivienda insuficiente, deteriorada o encarecida; *c)* congestión vehicular; y *d)* alto índice de criminalidad e inseguridad; esta *crisis urbana* origina invariablemente la coexistencia de zonas marginadas o comunidades conurbadas. La comunidad supone la aparición de rasgos nuevos, de perfiles aún imprecisos que básicamente suponen una ruptura de las pautas de integración social, estas características moldean y definen la conducta de riesgo del sujeto.

Tal es el caso de la Sierra de Santa Catarina en donde la falta de servicios, equipamiento urbano, habitación adecuada, seguridad aunado a carencias de carácter económico forman un terreno fértil para el desarrollo de problemas de orden psicosocial (abortos, bandalismo, desnutrición, problemas de sexualidad, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y violencia) y cuyo planteamiento urbano algunas veces refuerza y otras aniquila las redes de apoyo social.

Desde esta óptica el simple hecho de vivir en una comunidad conlleva siempre a la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos evolutivos de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos, tales como enfermedad, cambios sociales y económicos, entre otros.

Sin embargo, lo que es verdaderamente importante no es intentar evitarlos, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo de estrés o al menos una cantidad o calidad de estrés soportable. Para ello las personas disponen de una serie de recursos que si son adecuados a la situación, es decir funcionales, ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa.

La presente investigación se enfoca en los factores psicosociales que influyen en el consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes de la Preparatoria de Iztapalapa, de cuyo desarrollo en conductas saludables dependerá el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de la Sierra de Santa Catarina.

Nuestra población esta conformada por un grupo de 13 alumnos de los cuales 9 son mujeres cuyas edades fluctúan entre los 16 y 22 años; y 4 son hombres cuyas edades fluctúan entre los 18 y 20 años. Los resultados nos muestran que los factores estresantes detectados en mujeres no son los mismos que para los hombres y en consecuencia los motivos por los cuales fuman o ingieren bebidas alcohólicas son distintos. El contexto aunado al apoyo social y al estrés juegan un papel determinante en el desarrollo de las adicciones. Es importante señalar que la presente investigación es de carácter exploratorio siguiendo el modelo de Acción - Participativa, y forma parte de un macroproyecto -coordinado por el Doctor Mario Carranza Aguilar- de intervención psicosocial que se esta llevando a cabo en la Sierra de Santa Catarina.

Capítulo 1

Psicología Social de la Salud Comunitaria

Capítulo 1

Psicología Social de la Salud Comunitaria

Antecedentes y estado actual de la psicología social comunitaria.

La *salud* se entiende en su definición más convencional como ausencia de enfermedad, tal vez porque es más fácil comprender la *enfermedad*, que se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor, la incomodidad, etc., claramente perceptibles, y que tienen una implicación directa en la funcionalidad de la persona y de la sociedad misma. Este concepto de salud se encuentra ligado a parámetros biológicos. La salud es lo “normal” frente a la “anormalidad” de la enfermedad. Sin embargo, la inclusión del concepto de normalidad supone que el significado de salud-enfermedad puede variar de un contexto sociocultural a otro, e, incluso, de una persona a otra. Las personas pueden otorgar un valor diferente a la salud, en relación a otras preocupaciones en sus vidas. Incluso la misma persona puede otorgar valores diferentes a su salud en diferentes momentos de su vida. Lo mismo se puede decir de las sociedades. Como valor social y acontecimiento vivido por una persona integrada en un grupo sociocultural, la salud está determinada por las percepciones y metas compartidas por ese grupo, tanto en el significado que puedan tener los términos salud y enfermedad, como en los modos de comportarse ambas. La salud y la enfermedad son, en definitiva, construcciones sociales (Rodríguez Marín, 1995).

Promoción de la salud, se considera a esta como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objetivo de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. La mejora de la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de información y **habilidades personales**; requiere asimismo un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan, finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social

y físico (el entorno global). En este contexto destaca asimismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.

A manera de síntesis podemos decir lo siguiente:

- 1) La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida como un proceso por el cual las personas desarrollan al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social (San Martín 1985).
- 2) El concepto de salud es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y/o acepta (De Miguel, 1985).
- 3) La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones (Font, 1976). En consecuencia, hay que promover igualmente en el individuo la auto-responsabilidad para defender, mantener y mejorar su salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario (Barriga, 1988).
- 4) La promoción de la salud es una tarea interdisciplinar que exige la coordinación de las aportaciones científico-técnicas de distintos tipos de profesionales (Rodríguez Marín, 1995)
- 5) La salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad (Font, 1976).

Educación para la salud

“Educación para la salud es un término que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada.”¹ La educación para la salud se encuentra ligada a la prevención de la enfermedad, como medio para modificar los comportamientos

¹ *Op.cit.* p.385

identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud. La prevención de la enfermedad puede incluir también estrategias o actividades encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. En este sentido se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria.

La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, mientras que la prevención secundaria pretende detener o postergar una enfermedad ya existente mediante el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas.

Sentido de Comunidad

Sarason en su obra *El sentido psicológico de comunidad*, 1974 considera que el sentido de comunidad es el valor superior que justifica y dirige la psicología comunitaria. El sentido de comunidad –dice Sarason- “es el sentido de que uno pertenece a una colectividad mayor, de la cual es parte significativa; es el sentido de que aunque haya conflicto entre las necesidades del individuo y las de la colectividad, estos conflictos deben de ser resueltos de forma que no se destruya el sentido psicológico de comunidad; el sentido de que hay una red y una estructura de relaciones que se fortalecen y no se diluyen en sentimientos de soledad”. Para Sarason los ingredientes básicos del sentido de comunidad son:

- a. Percepción de similitud con los otros miembros de la comunidad.
- b. Reconocimiento de la interdependencia que se da entre los miembros de la comunidad en cuestión.
- c. Deseo de mantener dicha interdependencia, que se traduce en comportarse con los demás como nosotros esperamos y deseamos que ellos se comporten con nosotros.
- d. El sentimiento de que uno es parte de una estructura superior estable y de la que se depende.

De acuerdo a estos puntos Sarason coloca el sentido psicológico de comunidad en la intersección de lo individual y lo colectivo, de lo psicológico y lo social. A este respecto

McMillan y Chavis, 1986 realizan una clara distinción de los elementos que integran el Sentido Psicológico de Comunidad.

1. **Membrecía.** La membrecía es un sentimiento de pertenencia, de ser parte de algo. Las características de la membrecía son:

- a. *Límites:* que designan quiénes pertenecen y quiénes no; proporcionan a los miembros de la comunidad seguridad para la libre expresión de sus sentimientos y satisfacción de sus necesidades.
- b. *Seguridad emocional:* Esta es soportada y estructurada por límites que permiten la intimidad del grupo.
- c. *Sentido de pertenencia e identificación,* implica la expectativa, la creencia y el sentimiento de que uno se inserta en un grupo y tiene un lugar en él, es decir, cuenta con su aceptación.
- d. *Inversión personal:* Esta característica implica el tiempo, el esfuerzo y el trabajo realizado por un individuo para ser aceptado por el grupo.
- e. *Sistema simbólico común:* Sugiere que el conocimiento del sistema simbólico de una comunidad es indispensable para conocerla correctamente.

2. **Influencia.** En este componente convergen tanto la atracción que genera el individuo a esté como influencia ejercida por la cohesión grupal sobre los miembros del mismo. A este respecto:

- a. Los miembros de una comunidad se sienten más atraídos por ella cuando creen que tienen poder.
- b. Existe un vínculo muy estrecho entre la normalización ejercida por la comunidad sobre sus miembros y el sentido de comunidad de estos. En consecuencia aparece la cohesión y la unión entre el individuo y la comunidad así como una influencia recíproca entre ambos.

3. **Integración y satisfacción de necesidades.**

- a. El refuerzo y la satisfacción de necesidades son las funciones primordiales de una comunidad.
- b. La comunidad brinda status social y competencia entre sus miembros.

c. La comunidad tiene que establecer prioridades en la satisfacción de necesidades.

d. Una comunidad fuerte de garantizar la posibilidad de sus miembros satisfagan sus propias necesidades sin que se generen conflictos.

4. **Conexión emocional alcanzada a nivel temporal y espacial.** En la construcción de este elemento interviene el deseo de interactuar de las personas, esta interacción debe de permitir la resolución de los problemas y la superación de las crisis individuales y grupales y así, de esta manera, favorecer la conexión emocional.

La relación dinámica de estos elementos es lo que hacen posible una comunidad ideal, sin embargo, no todas las comunidades son ideales y de armoniosa relación entre sus miembros, para ello hace falta realmente un excelso, más no imposible, trabajo que sugiere la colaboración de todos y cada uno de los miembros de la comunidad.

Psicología Social

La vida de la Psicología como ciencia comenzó en la segunda mitad del siglo XIX. Existe un amplio consenso sobre su comienzo formal en 1879, año en el cual Wilhem Wundt fundó el primer laboratorio de Psicología en Leipzig, Alemania. Wundt se propuso de forma consciente aplicar los nuevos métodos de investigación de la fisiología experimental a los problemas de la conciencia y la percepción humanas, hasta el momento dominio de los filósofos.

Desde el principio, Wundt mostró interés no sólo por la estructura y por los contenidos de la conciencia individual, sino también por la Psicología Social, los productos y actividades colectivos de la vida mental que constituyen los cimientos de la sociedad (lenguaje, religión, tradiciones, etc.). Sin embargo hubo que esperar al principio del siglo XX para que los métodos de investigación empíricos y experimentales comenzasen a aplicarse a la Psicología Social. La investigación experimental se puso en marcha en sentido estricto entre los años 1920 y 1930, primordialmente en los E.U, y tanto W. McDougall, un psicólogo evolucionista inglés, como E. A. Ross, un sociólogo estadounidense, publicaron en 1908 textos muy influyentes, al igual que lo hizo en 1924 F. Allport, un psicólogo conductista estadounidense. En gran medida coincidiendo con la Segunda Guerra Mundial y el conjunto de problemas nuevos a estudiar (propaganda bélica, difusión de rumores y

falsas noticias, liderazgo, conflictos raciales, etc.) y con el traslado a E.U de ciertos investigadores europeos (Moreno, Lewin) que encontraron allí un campo de acción más favorable para su trabajo, llegando a crear escuela.

A la fecha, la Psicología Social, tiene 75 años como campo moderno. Durante todo este tiempo hemos asistido a un constante crecimiento de las publicaciones y en el número de personas que lo realizan, así como cambios rápidos en las orientaciones teóricas y en los temas estudiados, y un gran incremento en el campo metodológico, a su vez, se ha producido una significativa internalización del campo.

Pero, ¿qué es la Psicología Social?. El comportamiento social de las personas constituye, sin duda, un campo de estudio fascinante para cualquier observador. Pasamos la vida en constante interacción con otros individuos, ocupando nuestros pensamientos con ellos, tratando de agradarlos, procurando anticipar sus conductas hacia nosotros, etc. A través de la interacción con otras personas, el ser humano va modelando su modo de ser, de comportarse, sus creencias y actitudes, en definitiva, su propio yo. En consecuencia, *lo que somos, pensamos y sentimos es, en realidad, producto de la interacción social*. La vida resulta, pues, difícil de concebir fuera del marco de sus relaciones sociales: necesitamos de la presencia de los demás para existir, desde el nacimiento hasta la muerte. La Psicología Social estudia entonces, cómo los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas son influenciadas por los otros. Esta influencia puede producirse a través de interacciones cara a cara en las que dos personas se influyen mutuamente, (dos amigos, familiares, etc.) sin embargo, tampoco es necesario que la influencia sea de esta manera; puede ser solo en una dirección, por ejemplo, con la propaganda y la publicidad. Finalmente, la influencia de otros no se manifiesta únicamente sobre la conducta de un individuo, sino también sobre sus modos de pensar, sus creencias, sentimientos etc.

Por supuesto, el interés por cómo la gente se influye entre sí no es nuevo, y gran parte de los temas que hoy estudia la Psicología Social han sido objeto de interés a través de los siglos. Los filósofos griegos se planteaban ya la naturaleza social del hombre, pero sus afirmaciones al respecto eran apenas más que pura especulación y mera conjetura; por ello pudieron formularse explicaciones diversas de la conducta social que, por supuesto, nunca se intentaron probar. Actualmente los psicólogos sociales saben que el único modo de acceder a un mejor conocimiento de la interacción social y de la mutua influencia entre as

personas es la sustitución de la especulación y de la conjetura por una *observación cuidadosa y sistemática y una experimentación rigurosa y controlada*, estos es, por el *método científico-natural (Intervención Acción Participativa)*. Como resultado de esta nueva metodología, mediante la cual el psicólogo social puede no solo observar sistemáticamente un fenómeno sino incluso crear o provocar dicho fenómeno para estudiarlo mejor los psicólogos sociales confían en llegar a comprender y explicar más adecuadamente la compleja vida social humana.

Para ello, los investigadores están constantemente formulándose cuestiones o interrogantes sobre los múltiples aspectos de la conducta social de las personas. ¿Cómo nos formamos una impresión de las personas? ¿Por qué nos sentimos atraídos por algunos y no por otros individuos? ¿Cuál es el origen de la agresión? ¿Por qué tendemos a formar grupos? ¿Por qué cunde el pánico?

Esta breve lista de cuestiones permite apreciar claramente que la conducta social es compleja, y está a menudo multideterminada: rara vez es producto de una causa única. Por ello se hace prácticamente imposible el ofrecimiento de una *teoría básica general* que dé cuenta adecuadamente del conjunto de procesos, fenómenos y comportamientos que hacen posible la vida social. En consecuencia, los investigadores tratan más bien de formular *teorías reducidas* (de alcance medio) que permitan comprender y explicar mejor un fenómeno concreto. Sin embargo, los psicólogos sociales no parten de cero en sus investigaciones, sino que las enmarcan en algunas de las corrientes teóricas u orientaciones

Orientaciones teóricas en Psicología Social

PSICOANALITICA

- Temas de estudio: socialización, agresión, prejuicios, vida familiar, psicología de los grupos, personalidad autoritaria.
- Autores más representativos: Freud, Fromm, Horney, Marcuse, Reich, Benis, Shutz, Sarnoff y Bion.

CONDUCTISTA

- Temas de estudio: adquisición de conductas por condicionamiento clásico o instrumental, lenguaje, cambio de actitudes, agresión, socialización, etc.
- Autores más representativos: Miller, Dolard, Bandura, Hovland, Staats, Bem, Adams, Thibaut y Kelley.

COGNITIVA

- Temas de estudio: procesos cognitivos, actitudes expectativas, atribución de causalidad, atracción, percepción interpersonal.
- Autores más representativos: Lewin, Asch, Heider, Newcomb, Festinger, Rosenberg, Abelson, McGuire, Fisnbein, Kelley, Jones y Davis.

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO (y ramas afines: Etnometodología, Teoría del rol y Etogenia)

- Temas de estudio: yo, autoestima, lenguaje, roles, desviación, percepción, socialización, comunicación, significado, conductas cotidianas.
- Autores más representativos: Blumer, Kuhn, Goffman, Garfinkel, Sarbin y Harré.

Generales. Cada una de estas orientaciones hace hincapié en unos factores más que en otros como determinantes de la conducta social, defiende el uso de unos métodos y técnicas concretos y, finalmente, centra su interés en unos fenómenos antes que en otros. Por ejemplo, un autor con una orientación más *sociológica* insistirá en los determinantes grupales de la conducta y estudiará fundamentalmente fenómenos de grupo; mientras que otro orientado *psicológicamente* se centrará en procesos interpersonales, en las relaciones cara a cara. De igual modo, un investigador de línea *cognitiva* hará hincapié en los aspectos cognitivos de la interacción (cómo percibimos, actitudes, etc.), al tiempo que un autor de corte *conductista* se centrará en la adquisición de conductas sociales (agresión, altruismo). Por tanto, si no se tiene una visión global, donde los procesos no se vean aislados sino como incluyentes y confluyentes de los distintos perfiles dentro de la Psicología Social, los resultados ciertamente de cualquier investigación en psicología social están confinados a tener un valor práctico limitado.

Pese a ser una disciplina nueva y con una metodología no definida aún, la capacidad hasta el momento demostrada de los psicólogos sociales para responder positivamente a nuevos desafíos ha sido muy positiva. El hecho de que desde sus inicios la Psicología Social ha confrontado obstáculos teóricos, metodológicos e institucionales ha servido para estimular la innovación y la creatividad de nosotros los psicólogos sociales y, no obstante que los problemas que enfrentamos en la actualidad son cada vez más complejos, no existe ninguna razón para que no sigamos aceptando y respondiendo a esos desafíos.

Capítulo 2

Psicología de la Salud

Capítulo 2

Psicología de la Salud

Salud y Enfermedad: Dos constructos sociales

El concepto de salud ha ido evolucionando desde el comienzo de siglo incorporando a su marco de referencia biológico, el psicológico y el social. De tal suerte que en el año 1948 la Organización Mundial de la Salud definía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”² Sin embargo, esta descripción idealista e integradora ha sido considerada a veces como inalcanzable e inaplicable para la vida de la mayoría de las personas. En el contexto de la

Psicología de la Salud

La aceptación del concepto integral de salud, lleva consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de la biología, psicología y sociología, para resolver problemas de salud, para mantenerla o promocionarla. Así, la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud, establecieron el escenario para que los psicólogos estudiaran estas cuestiones y les proporcionaron también un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Uno de los primeros acercamientos al tema de salud-enfermedad desde esta perspectiva lo constituyó la “Medicina Comportamental” cuya conceptualización nació en la Universidad de Yale E.U. en 1977-1978, donde se definió como: “el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.” (Schwartz y Weiss, 1978, p.250). En ese marco la *Psicología de la Salud* aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la Psicología como ciencia en el campo de la “medicina comportamental” y se define como: “el conjunto de contribuciones científicas, educativas, y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la

identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1980, 815). Holtzman (1988), en el documento *Psychology and Health* elaborado en 1986 para la OMS, afirma que la Psicología de la salud “se nutre de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas e evaluación e intervención de la psicología científica y, potenciando y apoyándose en los recursos comunitarios, los aplica a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y al mantenimiento de la salud”.

En este sentido, los psicólogos de la salud contribuyen al campo de la medicina comportamental, así como los miembros de todas aquellas otras disciplinas que han elegido dedicados al ámbito de la salud. Lo que diferencia a los psicólogos de la salud de otros psicólogos es su compromiso primordial con los problemas del campo de la salud, y su conocimiento de las personas, contextos, y problemas del sistema sanitario. Finalmente, la definición de Matarazzo, implica una serie de cuestiones que resumen la postura actual respecto al concepto de Psicología de la Salud:

- La Psicología de la Salud es una rama de la Psicología, mientras que la Medicina Comportamental es el campo interdisciplinar donde los psicólogos de la Salud juegan un papel determinado junto con otros profesionales.
- La Psicología de la Salud es un campo de aplicación de la Psicología. Todas las disciplinas psicológicas pueden aplicarse en el campo de la salud y ninguna de ellas puede ni debe erigirse como única y fundamental en cuanto a su intervención en los temas de salud. Todos pueden ofrecer conocimientos teóricos y apoyo metodológico para encontrar soluciones a problemas específicos de salud. En el campo de actuación conformado por la Psicología de la Salud se integran conceptualizaciones y datos provenientes de las diversas áreas de la Psicología: fisiología, aprendizaje, personalidad, cognitiva, social, etc.
- La Psicología de la Salud estudia la conducta de las personas tanto sanas como enfermas. Esto implica una aproximación “positiva” a la salud, y claramente incluye su promoción así como la prevención de la enfermedad y su tratamiento. El concepto de

² Nutbeam, Don (1996).”Glosario de Promoción de la Salud”. En Promoción de la Salud: Una Antología. Ed. OPS-México . p. 383.

salud integral, sobre el modelo biopsicosocial, ofrece la estructura teórica básica al asumir que los factores que considera están presentes en todas las fases de la salud, del cuidado de salud y de la enfermedad.

- La Psicología de la Salud estudia también las conductas de todas aquellas personas y organizaciones implicadas en el cuidado de la salud o que pueden influir en la misma (médicos, enfermos, políticos, etc.).
- La Psicología de la Salud se centra en la salud/enfermedad física más que en la mental.

Psicología Social de la Salud

“La Psicología Social de la Salud es la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de tales problemas, y al diseño y puesta de programas de intervención en ese marco.”³ La aportación psicosocial consiste en el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad (Morales, 1985). La Psicología Social estudia la conducta humana en interacción con el medio ambiente social. Es decir, la conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y/o se realiza en un contexto social, por lo que un abordaje psicológico individual ofrecería un a perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad.

Es el contexto sociocultural el que determina las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad, al dar contenido a estos conceptos, es el contexto el que determina el papel social del enfermo, y el que, determina la aparición de problemas. Asimismo, es el contexto social el que estigmatiza a determinadas enfermedades. El hombre vive formando parte de grupos y define su realidad personal por referencia a condicionantes de tipo social. Aún más, los servicios sanitarios se integran en organizaciones que se ajustan a determinados procesos sociales.

En pocas palabras, la conducta del hombre sano y la del hombre enfermo no se entienden sin su contexto social.

³ Rodríguez Marín Psicología de la Salud Ed. Síntesis, España, pág. 23

Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad

El comportamiento preventivo es que tiene como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (prevención primaria), intenta disminuir la prevalencia, acortando el período de duración de las enfermedades (prevención secundaria) o intenta disminuir las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria) (Costa y López, 1986). Mientras que la prevención se relaciona con la enfermedad, la promoción se relaciona con la salud e implica no sólo la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad (Maes, 1991; Salleras, 1985).

La promoción de la Salud se lleva a cabo básicamente mediante la educación sanitaria, que representa “una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven” (OMS, 1969).

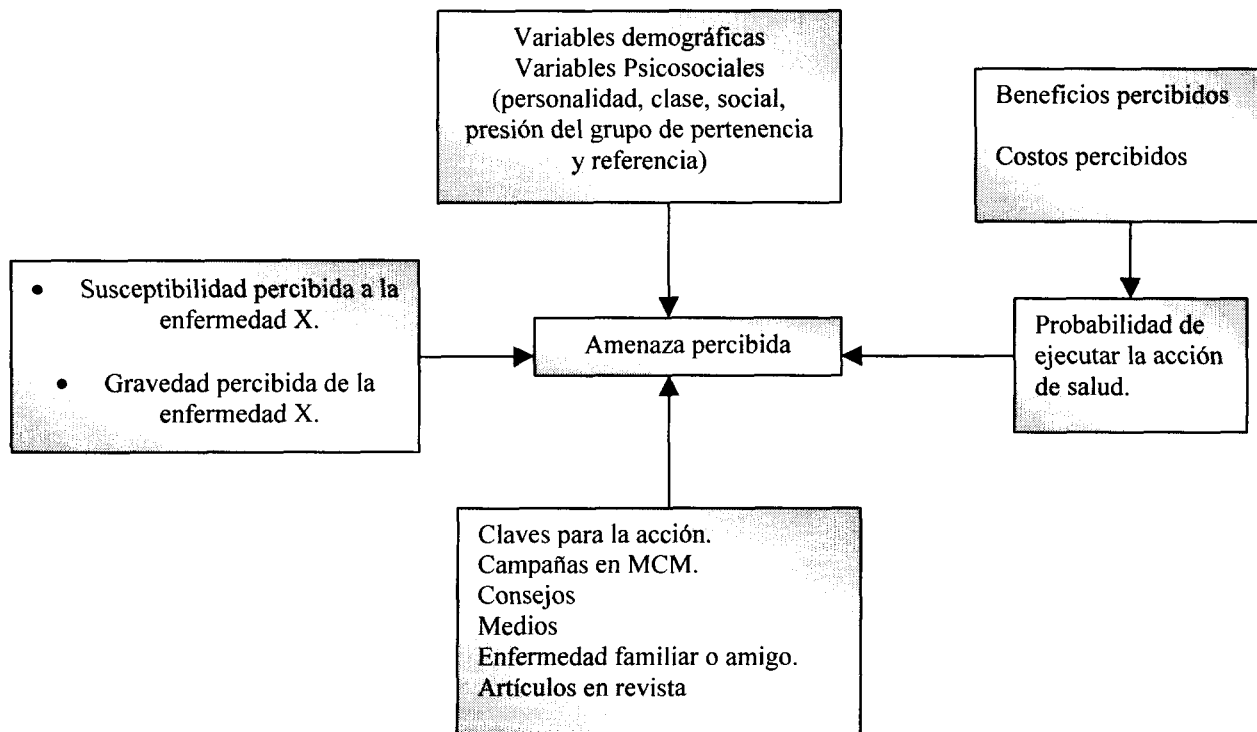
La Psicología Social aporta el estudio de los factores psicosociales que intervienen en la etiología de problemas de salud: estudia como el sistema sociocultural afecta a la salud y enfermedad a través de los estilos de vida imperantes, y sobre todo de las actitudes de la población, (Barriga *et al.*, 1990; León y cols., 1987; Rodríguez Marín, 1991b); o el modo en que la desigual distribución de recursos sanitarios genera problemas de salud por la simple desigualdad de acceso a los medios del sistema de cuidado de salud (Blanco y León, 1990). En la intervención comunitaria, la Psicología Social juega un papel relevante en el diseño y aplicación de programas dirigidos. Además, la utilización de recurso de la comunidad se ve facilitada por el estudio del funcionamiento de los grupos y otros recursos de apoyo social ante enfermedades y discapacidades crónicas. En este sentido, contribuye a la dinamización de equipos de autoayuda y equipos de apoyo, se preocupa del uso de las redes de apoyo social como estrategia de generación de bienestar psicológico y social, y se preocupa igualmente del uso de criterios de calidad de vida en el tratamiento de enfermos crónicos.

Modelos de aplicación.

Modelo de creencias sobre la Salud (MCS)

Este modelo propone la explicación del comportamiento protector/preventivo, centrándose en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teorías psicológicas, como la teoría de campo de Lewin, la teoría del Valor esperado y las teorías sobre la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (Maiman & Becker, 1974; Becker & Maiman, 1982). El MCS supone que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea a si misma como potencialmente vulnerable y vea la condición (la enfermedad en cuestión) como amenazante, esté convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de a conducta de salud (Rosenstock, 1974).

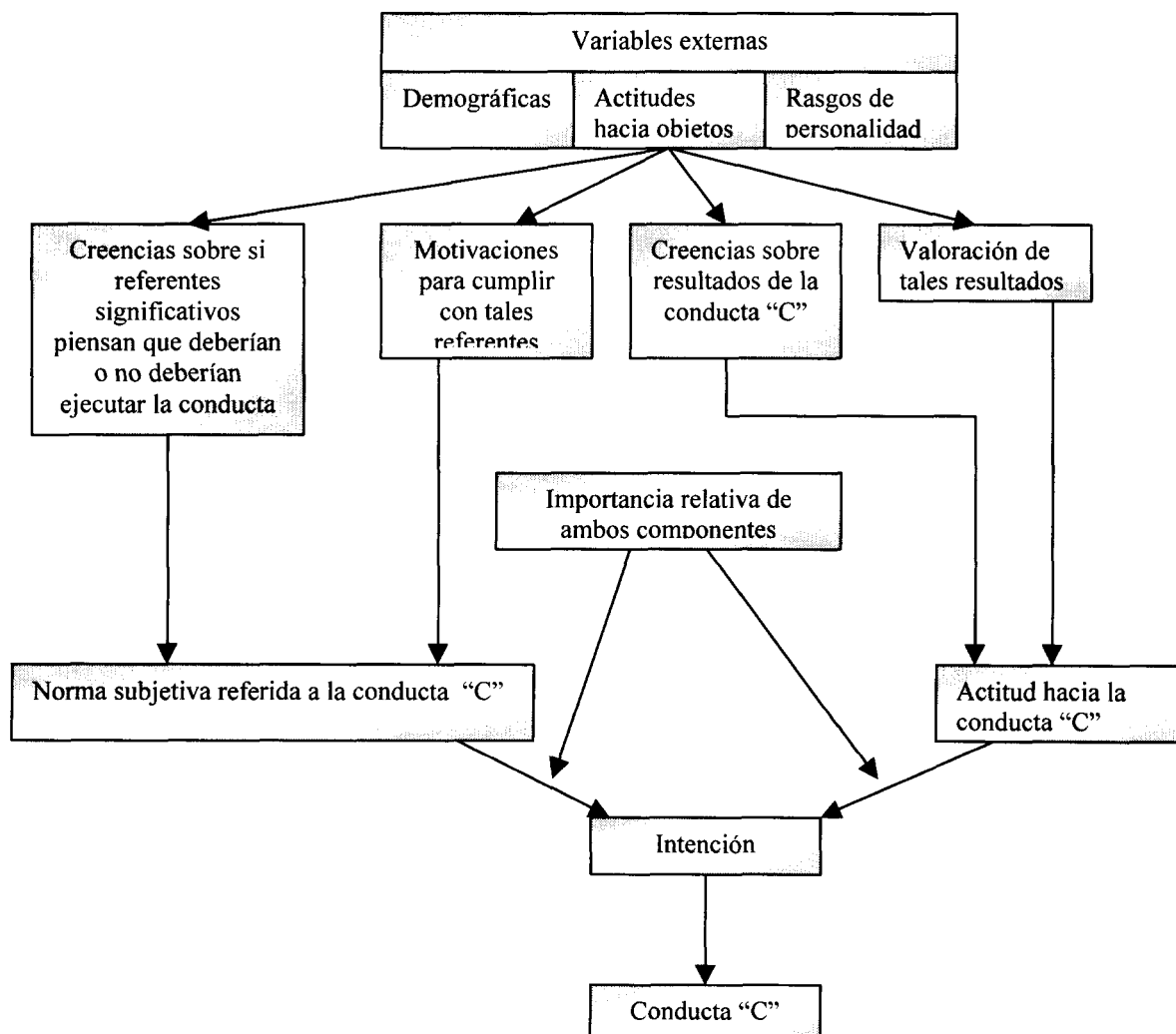
Modelo de creencias sobre la Salud (Becker y Maiman, 1975)



Teoría de la Acción Razonada.

La teoría de la Acción Razonada (TAR) (Fishbein y Azjen, 1975; Azjen y Fishbein, 1980). La Teoría de la Acción Razonada complementa y mejora los aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia de la influencia de los otros significativos sobre la intención de actuar del individuo, incorporando así elementos sociales importantes. El TAR supone que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen uso sistemático de la información de la que disponen, supone también, que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada (Azjen y Fishbein, 1980).

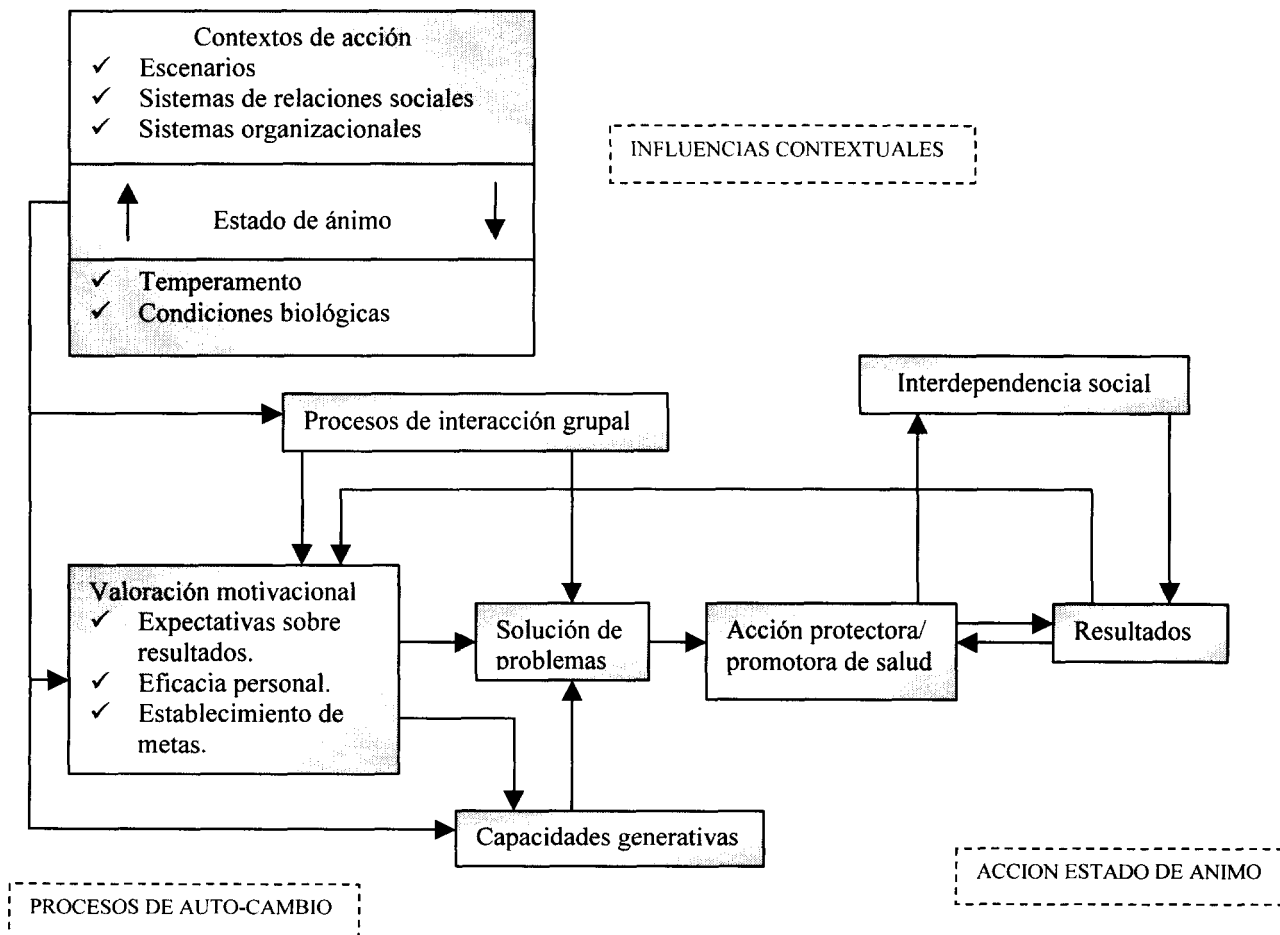
Teoría de la Acción Razonada (Azjen y Fishbein, 1980).



Teoría de la Acción Social.

La Teoría de la Acción Social (TAS), concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta activamente alcanzar objetivos especificables, y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos serialmente, o etapas (una entrada que representa el campo de estímulos y establece los objetivos; una salida o producción de respuesta, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento; y una etapa de supervisión que implica la consideración de las consecuencias de la acción, en relación con el conjunto inicial de los objetivos.) El modelo incluye tres dimensiones: la auto-regulación como una acción estado deseada; la segunda a un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; y la tercera a un subcomponente de sistemas socio-ambientales más amplios que determinan contextualmente como operan los mecanismos de cambio personal.

Teoría de la Acción Social de Ewart (Ewart, 1991).



Como podemos observar, los modelos pueden proporcionarnos un panorama explicativo, y analítico de las posibilidades que pueden manejarse durante y dentro de la investigación psicosocial de la salud y comunitaria, nos proporciona así las herramientas sociales o técnicas sociales lo cual produce un beneficio a nuestra comunidad y por ende a nuestra población, inclusive forma un enlace complementario a nuestras variables principales y conceptos que más se manejan en este tipo de estudios como son el Estrés Social, las Redes Sociales, el Apoyo Social y las actitudes entre otros y que inmediatamente pasaremos a su descripción .

Estrés.

El término estrés ha entrado a formar parte del lenguaje popular. Para algunas personas es la sensación de verse apresurado y contrariado porque tiene que realizar varias tareas en un corto período de tiempo. Haciendo un breve recorrido por la historia tenemos que el concepto de estrés fue tomado de las ciencias físicas, “estrés significaba la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que tensión significaba la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto.”⁴ A comienzos del siglo XX el británico William Osler comparó “estrés y tensión” con trabajo duro y preocupación”, y consideró que podía existir una relación entre dichas condiciones y el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Walter Cannon (1929; 1932) aportó una primera descripción de cómo el cuerpo reacciona ante las emergencias. Sugiere que el organismo responde preparándose para atacar a la amenaza o para huir de ella, por eso se ha denominado a esa reacción “respuesta de lucha o de huida” durante esta, el sistema nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino que activan el organismo. Según Cannon esta actividad podría tener consecuencias positivas y negativas. Ese concepto de estrés fue recogido y desarrollado por Hans Seyle (1956; 1976; 1985) el cual concibe al estrés como una “respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor”, es decir lo entiende como una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su causa. Seyle descubrió que la respuesta de “lucha o huida” es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas, que denominó *Síndrome General de Adaptación* (SGA). El primer estadio en el SGA es la *reacción de alarma* cuya función es movilizar los recursos del

organismo activándolo a través del sistema simpático-adrenal. Si la situación estresante persiste, pero no es tan grave como para causar la muerte, la reacción fisiológica entra en *la fase de resistencia* en donde el organismo intenta adaptarse al estresor. Si la activación fisiológica se prolonga comienza el tercer estadio, *la fase de agotamiento o claudicación*. En esta fase la enfermedad se torna muy probable, y puede ocurrir la muerte.

Investigaciones posteriores han demostrado que la teoría de Seyle tenía limitaciones significativas. “En primera instancia, el modelo no dejaba lugar a la valoración psicológica de los acontecimientos estresores.”⁵. En segunda, su concepción del estrés como respuesta inespecífica no ha sido sostenida por la investigación posterior (Manson, 1975). Una razón para ello, es que algunos estresores provocan un respuesta emocional más fuerte que otros. Por ende, el organismo no responde a todos los estímulos de una forma inespecífica.

En este sentido, las deficiones actuales del estrés coinciden en definirlo como “una transacción entre la persona y el ambiente”, en otras palabras una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace. “Este concepto transaccional del estrés es el generalmente aceptado en la actualidad (Cox, 1978; Cox y Mackay, 1981; Lazarus y Folkman, 1986; Stotland, 1987; Trumbull y Appley, 1986).”⁶

En síntesis nos encontramos con un proceso psicobiológico complejo con tres componentes: *una situación inicial* en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso (“estresor”), un momento siguiente en que el estresor es interpretado y evaluado y, finalmente, una activación del organismo, que se caracteriza como una respuesta de ansiedad. Flannery (1990) describe a la persona “resistente al estrés como alguien que mantiene un control razonable en su vida, que tiene la determinación de alcanzar sus metas, y que utiliza muy poco los estimulantes como la nicotina y la cafeína.”

⁴ Rodríguez Marín, J. “Estrés Psicosocial y su afrontamiento” en Psicología Social de la Salud, Ed. Síntesis, España, 1996.

⁵ *Ibid.* P.55.

⁶ *Ib.*

Estrés Social

En la vida real las personas se enfrentan con demandas del medio y situaciones no deseadas que pueden considerarse estresantes. Sin embargo, la simultaneidad en la ocurrencia de diferentes factores estresantes y la incapacidad de la persona para adaptarse a las nuevas demandas de la situación dan lugar a problemas físicos, psicológicos y comportamentales negativos.

La medición del estrés se ha estimado mediante la frecuencia de ocurrencia de hechos vitales, obtenida mediante escalas autoadministradas en las que se incluyen listas de acontecimientos vitales estresantes o entrevistas estructuradas.

Este es uno de los elementos de mayor investigación en la Psicología Social debido al declive de la Psicología Individualista caracterizada por su profundo énfasis en los problemas patológicos, psicopatológicos y biológicos de un solo individuo sin tomar en cuenta la gama de aspectos sociales que influyen en él (los) individuo(s), de esta forma los factores estresantes como son el desempleo, el pésimo servicio de autotransporte, contaminación, inseguridad, entre otros, podrían desarrollar comportamientos de riesgo para la salud de las comunidades (Santa Catarina) en particular de las familias y la vulnerabilidad de sus integrantes.

Apoyo Social

Se puede definir como un efecto positivo de las relaciones sociales de la persona. *El Apoyo Social Objetivo* puede conceptualizarse en función de la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio, de su integración en la red social. Se mide mediante escalas sobre la extensión, densidad, frecuencia de interacción de las redes sociales y preguntas sobre el nivel de pertenencia a dichas redes sociales.

El *Apoyo Social Subjetivo* se define como la satisfacción o disponibilidad percibida de la ayuda instrumental cognitiva y emocional del entorno social. Las escalas de medición del *Apoyo Social Subjetivo* miden la percepción y satisfacción subjetiva del sujeto con la red social.

Consideramos importante el contemplar el Apoyo Social dentro de la investigación por diversas razones, entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- Que el Apoyo Social bloquea los comportamientos de riesgo e inversamente refuerza las conductas saludables.
- Mediante el Apoyo Social positivo se reducen los mecanismos de afrontamiento negativos.
- Con el Apoyo Social pueden decrecer los niveles de estrés de un individuo, aumentando de esta forma los efectos positivos en la autoestima del mismo.

De esta forma podemos pensar que el estrés y los acontecimientos sociales negativos pueden ser equilibrados mediante un buen Apoyo Social así como también y en como complementariedad del primero la autoestima del(os) individuo(s).

“La expresión de las emociones cuando es apoyada y regulada por otros, permite disminuir el desgaste fisiológico y el estrés asociado a la inhibición de la vivencia afectiva.”⁷

Las adicciones al igual que la violencia familiar podrían ser producto de problemas mayores como es el caso del estrés social, sin embargo, creemos que con un adecuado Apoyo Social estos problemas se reducirían considerablemente y con ello el bienestar de la persona adicta y/o agresiva como de quienes le rodean.

El Apoyo Social que el sujeto tiene también influye en el tipo de afrontamiento que emplea. Por ejemplo, el apoyo familiar es un buen predictor de la menor utilización de estrategias de evitación.

Mecanismos de Afrontamiento

El afrontamiento y la defensa pueden ser considerados como sinónimos y pueden ser definidos como agentes de regulación y auto-protección ante un estímulo agresor o invasor de la persona.

⁷ Pennevaker, Estrés Apoyo Social y Salud Mental, Psicología Social Aplicada, p. 401

Estos dos términos tienen origen distinto, el primero de estos – mecanismos de defensa – deviene de la psicología analítica promovida por el Dr. Sigmund Freud durante sus investigaciones en pacientes con algún tipo de psicopatología pudo darse cuenta que los sujetos en tratamiento presentaban algunos rasgos de represión de ideas y conductas, principalmente en la esfera yoica de la mente humana, lo cual influía de manera tajante en la cura del mismo problema.

De esta manera, Freud comenzó a investigar cuáles y cómo eran esas formas de represión pudiendo encontrar varias de ellas: Transferencia, Sublimación, Formación reactiva, Regresión, Negación, entre otras más, así también logró dar una definición centrada y muy manejada en la actualidad de Mecanismos de defensa

“modos como el Ego procura inconscientemente de protegerse contra ansiedades, desagradados y peligros que provienen del ambiente”⁸

Así bien, a partir del mecanismo de defensa se pudo tener una evolución en otras esferas fuera del contexto clínico, el social obviamente no se puede quedar atrás y aunque todavía a quedado un tanto limitado en el ámbito de la salud, pues se ha centrado en aspectos que competen a conceptos salutogénicos tal como el estrés del que hemos estado hablando en esta investigación aunque los conceptos del Psicoanálisis pueden diferir y ser aplicados de distinta manera olvidándose del uso del inconsciente y del consciente.

“ El término afrontamiento es la traducción al castellano de la palabra en inglés Coping, y se corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrostrar, hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad etc., un agente o acontecimiento estresante, en suma (Moliner, 1988)”⁹

En cuanto al estrés social se refiere es necesario conocer ¿ Qué es el afrontamiento del estrés? conociendo de antemano que este no está exento a ninguna persona y que es muy difícil eliminarlo. Podemos así definir que el afrontamiento del estrés es todo aquel mecanismo que el individuo utiliza para reducir y/o controlar las demandas o respuestas ante la presencia de un evento estresor.

⁸ Alberto L. Merani Diccionario de Psicología, Ed. Grijalbo, España, pág. 102

⁹ Rodríguez Marín Psicología de la Salud Ed. Manual Moderno, España, pág. 64

Si no es posible eliminar el estrés cambiando o ignorando la situación, será mejor que aprendamos a controlarlo.

“Se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar las demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez Marin, López – Roing y Pastor 1990).”

Si partimos del hecho de la resistencia y de la superación de los acontecimientos cotidianos frecuentes y/o consecutivos y la innumerable serie de demandas del contexto en el que se encuentran los jóvenes de la preparatoria de Iztapalapa podemos deducir que efectivamente muchas de las conductas de estos jóvenes son producto del estrés en el que se encuentran envueltos, desde acontecimientos o eventos de carácter académico (exámenes y trabajos), problemas familiares, de trabajo, problemas económicos hasta los problemas con el mismo núcleo de convivencia escolar y principalmente este último en correlación con los agentes de estrés académico. Estos dos elementos pueden explicar la posible causa del comportamiento agresivo o violento de los adolescentes quienes después de cada clase denotan inquietud sin embargo no pierden de vista las clases y temáticas que se han de abordado en su momento, pudiendo ser esto una forma de adaptarse a las situaciones contextuales o socio- cognitivas.

“Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.”¹⁰

Este modelo transaccional de Lazarus puede ofrecer elementos importantes y explicativos tal vez resolutivos del por qué la necesidad de los chicos de fumar o ingerir bebidas alcohólicas y otras drogas, pudiendo ser que el estrés o el proceso, desarrollo o evolución en un intento por solucionar algún problema conlleve al sujeto a tomar estas acciones de riesgo para la salud y con ello lo mantenga bajo propensión a alguna enfermedad.

¹⁰ Pág. 65, Ibid

Como se puede observar en este esquema los individuos pueden generar dos tipos de respuesta ante una demanda social o contextual provocando de esta manera, dos caminos totalmente divergentes: por un lado, cuando el sujeto pretende reducir el desequilibrio entre las demandas y los recursos del que resulta el estrés, lo va a realizar anteponiendo a una apreciación o valoración siendo este el elemento significativo en el cambio de comportamiento, si, por esto la valoración fuera positiva, el sujeto puede llegar a una rápida reducción y control del desequilibrio situacional. Segundo, si por otro lado, el individuo mantiene una apreciación negativa del agente estresor puede esto tener efectos poco favorables para el mismo, pues no podría reducir ése problema, o en el mejor de los casos le sería muy difícil lograrlo. Si la situación no pudiera resolverse en un corto plazo puede persistir el desequilibrio y con ello se complementarían conductas de riesgo en los jóvenes. Estas conductas podrían ser el fumar o relacionarse con algún agente tóxico.

Los recursos de afrontamiento, por su parte, pueden ser de aquellos elementos internos o externos con que cuenta el sujeto para hacer frente al evento estresante, estos recursos pueden ser de varios tipos: “ culturales los cuales se refieren a las normas, valores, creencias, y símbolos generales que son transmitidos de generación en generación a través del proceso de valoración; variables sociales se refieren a la interacción social real y al entorno social que rodean los encuentros interactivos y, en concreto, a la estructura de los roles que comprende la organización de un sistema social; variables psicológicas se refieren a los estados afectivos y cognitivos del individuo, y por último, variables físicas se refieren al entorno físico real y a las características del cuerpo del individuo”¹¹

Aunque los recursos que el individuo tiene para reducir o afrontar una situación problemática son variados, como pudimos darnos cuenta, cabe subrayar y enfatizar aquel que se refiere a lo social y lo cultural pues son parte de la presente investigación.

Los recursos sociales pueden ser sumamente importantes y definitorios en la resolución del estrés en particular aquellas que se refieren a las redes sociales del individuo y sus sistemas de apoyo social sobretodo este último pues incluye todo un conjunto de sub-recursos para el

¹¹ Pág. 66, Ibid

individuo desde materiales tangibles - dinero, comida, etc - informacionales – consejos – hasta llegar inclusive a los emocionales – espiritual, moral y psicológico –

“ Dentro de los recursos sociales podemos incluir también los elementos que tienen que ver con los compromisos (Lazarus) y fundamentalmente consiste en la forma personal de interpretar un papel social – obligaciones de rol y medida en que el sujeto se considera comprometido (...) Sin la gama de papeles sociales en el repertorio de sistema social, la persona carecería de una serie importante de elementos para afrontar acontecimientos estresantes.”¹²

Uno de los problemas que más se han estudiado dentro del esquema del estrés, es la forma como se dan las respuestas del individuo a las situaciones y demandas sociales.

Se ha demostrado que pueden ser de dos tipos por un lado, las respuestas centradas en las emociones y sentimientos para /con el objeto o situación de estrés, y por otro, aquél que se centra en el problema. La primera de estas mantiene un control de las emociones, mientras que la segunda se utiliza para controlar la relación entre el problema focal y la persona así bien, existe una serie de respuestas de afrontamiento atendiendo una generalidad o sistemas de la vida de los sujetos. Se encuentra divididas en dos clases:

1. Situación procesual: Situación, representación, evaluación, aproximativas, pasivas, evitativas, cognitivas, etc.
2. Centrifugación: Amplitud, foco, método, tipo de proceso y momento.

Las respuestas de afrontamiento en su intersección metodológica y centrada en la evitación podría tomarse en cuenta por su posible implicación con las conductas de los jóvenes preparatorianos, este afrontamiento evitativo incluye estrategias cognitivas y conductuales las cuales permiten un escape momentáneo o parcial al ignorar el problema real y causante del estrés.

¹² Pág. 67, Ibid

Otra posible estrategia para la resolución del estrés podría ser la denominada “búsqueda de placer” la cual puede definirse “como un intento activo de proporcionarse experiencias positivas mediante el entrenamiento, las actividades sociales y del ocio.”¹³ Además esta estrategia puede ser complementaria a la vez que limitante, primero por que el sujeto a partir de sus actividades sociales y de ocio puede llegar y reducir y controlar la situación estresante pero no únicamente de forma positiva, además puede obtener dichas actividades con personas que se pueden considerar de influencia negativa para el mismo, ser placenteras a la vez y llevarlo a tener conductas de riesgo, verbi gracia, fumando.

En cualquier caso, los factores determinantes y la selección de las respuestas de afrontamiento son productos únicos y dinámicos de cada individuo o grupo social.

Respecto a la evitación , parece claro que tal estrategia puede servir para reducir el estrés y la ansiedad, esta evitación englobada en la distracción y esparcimiento con el grupo de pertenencia dentro del contexto preparatorio.

“A la evitación de asocian: 1.- La interferencia con la acción apropiada cuando existe la posibilidad de aceptar la naturaleza de una amenaza; 2.- parálisis emocional; 3.- Conductas evitativas disruptivas cuando hay un intento consciente o inconsciente de mantener las condiciones amenazantes fuera de la consciencia.”¹⁴

Redes Sociales

El término red social se usa a menudo para referirse al conjunto personas y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales relaciones. La red social de una persona consiste en el conjunto de todas aquellas con las que mantiene contacto y que constituyen toda una forma de cuerpo social. Por ejemplo, la familia, el vecindario, el grupo de amigos y grupo de trabajo, entre otros.

Las redes sociales suelen calificarse como organizadas y personales. En una red organizada los individuos constituyen un conjunto social en donde los fines son comunes, los roles

¹³ Pág. 70, Ibid.

¹⁴ Pág. 74, Ibid.

independientes y las subculturas distintas. En una red personal los roles suelen ser difusos, poco distintos y la subcultura suele ser poco diferenciada y puede o no existir.

Las características de las redes sociales están conformadas por diferentes factores. La medida en la que las personas componentes de una red social se conocen unas a otras, el número de relaciones diádicas que existen entre los miembros de la red, determinan la densidad de esta. El número de personas que pertenecen a la red determina su tamaño. En la medida en que los miembros de la red comparten características comunes – demográficas, sociales y personales-, determinan su homogeneidad. La cantidad de tiempo que los integrantes de la red usan para estar en contacto, el grado de intensidad e intimidad y el grado de reciprocidad, que caracterizan a sus interacciones, determinan la intensidad de la red. Las formas de las interacciones determinan el contenido de la red. La facilitación o dificultad con la que los miembros de la red pueden interactuar cara a cara determinan la dispersión de la red. El tiempo durante el cual se han producido las relaciones entre los integrantes de la red determina su duración. Su direccionalidad va a estar determinada por la cantidad de los miembros de la red que se mueven hacia metas comunes.

Son tres las funciones fundamentales de las redes sociales:

1. Ayuda : Las acciones de los miembros de la red ayudan a una persona en específico para que pueda cumplir sus metas personales o para que pueda hacer frente a las exigencias de una situación concreta. La ayuda puede ser tangible (dinero) o intangible (cariño).
2. Consejo : Los miembros de la red pueden proporcionar consejos u orientación sobre como conseguir las metas de la persona focal.
3. Retroinformación : Los miembros de la red evalúan la forma como se han cumplido las expectativas o los requerimientos de las metas de la persona.

Actitudes

Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada (Fazio, 1989, p.155). Tanto el objeto como la evaluación se entienden en amplio en esta definición. Así por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el efecto que despierta, las emociones que moviliza, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir sus metas deseadas. Cuando la persona no está familiarizada con el objeto, o si este no es de su interés, la fuerza de asociación objeto-evaluación es inexistente. Son tres los procesos que influyen en la fuerza de la asociación. “Si se evalúa el objeto por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontramos ante un proceso cognitivo.”¹⁵ Si la evaluación surge de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, el proceso es afectivo. Finalmente, si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual del sujeto con el objeto el proceso es conductual. En consecuencia una actitud tiene tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual. El primero consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. Los tres componentes coinciden, sin embargo, en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. En efecto, las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta de apoyo u hostil. La actitud, en sí misma, no es directamente observable, sino que se infiere de ciertas respuestas mensurables y que reflejan, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud. En sentido estricto, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes. Ya que a pesar de que estos tres componentes son diferentes entre sí, todos comparten la disposición evaluativa frente al objeto (Ajzen, 1989, p. 245).

La relación entre el componente cognitivo y el afectivo se tiende a conceptualizar como consistencia afectiva – cognitiva; supone que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia. Mientras que la consistencia

¹⁵ J. Fco. Morales *et. Al Psicología Social*, Ed. Mac. Graw Hill, 1994, p.497

afectivo – conativa es el grado en el que el afecto actitudinal y la intención conductual coinciden.

La actitud resulta ser un tema o marco cognitivo, con un rol organizador de la información y de las respuestas cognitivas relativas al objeto de la actitud.

La formación de actitudes esta basada en:

- ✓ Información recibida.
- ✓ Los medios de comunicación.
- ✓ Nuestra experiencia
- ✓ El grupo de identificación
- ✓ Nuestras necesidades.

La actitud produce un aprendizaje selectivo, de tal modo que las personas recuerdan mejor la información y las comunicaciones favorables cuando su actitud es positiva, y a la inversa (Lingle y Ostrom, 1981).

Las actitudes son esquemas bipolares, ya que, contienen conocimientos con los que se está muy de acuerdo o muy en desacuerdo. La información que mejor se recuerda es aquella con la que la persona mantiene un fuerte acuerdo o un fuerte desacuerdo; en cambio la que se recuerda peor es la neutral (Judd y Kulik (1980), en Pratkanis, 1989, pp 82 y ss.).

Pratkanis (1989), señala que lagunas actitudes no se conforman al esquema bipolar porque contienen información sólo sobre un polo actitudinal. La estructura actitudinal unipolar hace que solo la persona con actitud positiva tenga la capacidad suficiente para codificar y recordar la información relacionada con el objeto.

La estructura bipolar abarca del polo positivo al negativo, mientras que la unipolar incluye sólo el recorrido que va desde el punto medio o neutral a uno de los polos. Por último, en las actitudes unipolares, cuando más positiva sea la actitud, mayor será el conocimiento del objeto.

Según el modelo de procesamiento automático, de Fazio (1990): la conducta de la persona en una situación es función de sus percepciones en la situación inmediata en que encuentra el objeto de la actitud.

La mayor parte de las situaciones suelen ser ambiguas, puesto que los estímulos sociales tienen significados múltiples.

Sin embargo, las señales que se utilizan para interpretar la situación pueden provenir también de la activación de constructos en la memoria.

La actitud de la persona es uno de los constructos capaces de guiar las percepciones: la actitud puede influir en las percepciones del objeto de la actitud en la situación inmediata en que se encuentra la persona.

En resumen, cuando alguien encuentra un objeto de actitud, la propia actitud puede guiar las percepciones de dicho objeto de la situación inmediata; estas percepciones en la medida en que son congruentes con la propia actitud, pueden poner en marcha conductas consistentes con la actitud (Regan, Strauss y Fazio, 1974).

Capítulo 3

Psicología Social Comunitaria

Capítulo 3

Psicología Social Comunitaria

La psicología comunitaria (PC) o psicología social comunitaria (PSC), como se le conoce comúnmente en América Latina, es una especialidad de origen reciente dentro de la psicología. Surge en Estados Unidos en 1965, motivada por la insatisfacción de psicólogos preocupados por la orientación de la psicología clínica hacia la salud mental, la injusticia social y las limitaciones del paradigma psicológico vigente para enfrentar esta problemática.

Newbrough (1992) distingue tres etapas en el desarrollo de la PC. La primera abarca desde 1965, año en el que se realizó la conferencia de Swampscott a la cual se atribuye el nacimiento oficial de la disciplina, donde se pretendió definirla y desarrollar modelos de entrenamiento del psicólogo comunitario, hasta la conferencia de Austin en 1975, que marca el cierre del primer periodo con el reconocimiento de la posibilidad de modelos alternativos de entrenamiento. La segunda etapa abarca desde 1975 hasta 1989, y se caracteriza por un énfasis preventivo en la salud mental comunitaria orientada por el enfoque ecológico y el abordaje de problemas sociales padecidos por grupos marginados socialmente. La tercera etapa se caracteriza por una mayor consideración de los problemas sociales, su abordaje interdisciplinario y por la integración del conocimiento generado.

Al principio del segundo periodo del desarrollo de la disciplina, Rappaport(1977) planteó que las definiciones que hasta entonces se habían elaborado, no representaban su verdadero alcance, ya que la experiencia había demostrado que el énfasis en la salud mental quedaba estrecho como objetivo, y que el acento en los factores ambientales como rasgo definitorio, era demasiado general, ya que el mismo, caracterizaba no sólo a esta disciplina, sino en general a la psicología moderna. Propuso entonces no delimitarla sino considerarla como una perspectiva orientada a la búsqueda de nuevos paradigmas, o nuevas formas de comprender y actuar, las cuales a su modo de ver, debían considerar tres elementos importantes: a) la relatividad cultural; b) la diversidad humana y el derecho de la gente a acceder a los recursos de la sociedad y elegir sus metas y estilo de vida y c) la ecología o

ajuste entre personas y ambiente en el que se destaca el social como un determinante del bienestar humano. La consideración de estos elementos requiere el desarrollo de recursos humanos, el compromiso con la actividad política orientada al cambio social y una actitud científica dirigida a la investigación y conceptualización, aspectos de difícil integración.

De acuerdo con Rappaport, los paradigmas psicológicos no han sido diseñados para dar cuenta de los problemas que la PC quiere resolver por centrarse en la persona y no en su ambiente, en la adaptación de la persona al ambiente y no en el ajuste entre ambos (enfoque ecológico); por fundamentarse en la fe en la autoridad y no reivindicar el derecho a la diversidad y el acceso equitativo de oportunidades para un mayor poder y control sobre sus vidas. Sugiere, en consecuencia, desarrollar un nuevo paradigma que considere estos problemas.

En las ciencias sociales, a juicio de Rappaport, puede haber más de una manera de ver estos problemas; por lo tanto, podrá haber más de un paradigma. Por otra parte, dada la eficacia relativa de los paradigmas, ya quede lo contrario no cumplirían la función de orientar a la búsqueda de problemas, debemos identificar los aportes de los paradigmas existentes para la PC, tanto en lo conceptual como en lo metodológico. Para Kuhn (1975), por el contrario, los paradigmas son incompatibles entre sí ya que el surgimiento de uno nuevo implica la caducidad del anterior para dar cuenta de problemas relevantes y en consecuencia el nuevo chocará con los supuestos básicos del viejo. Comparto con Rappaport el empleo del término paradigma de una manera laxa, en virtud de que el cuerpo de conocimientos. Con base en estas consideraciones Rappaport utiliza los términos, marcos, modelos, orientaciones, paradigma, de una manera indistinta.

En vista de que en sus inicios ningún paradigma está en condiciones de solucionar los problemas para los cuales fue creado, resulta interesante, a quince años de la propuesta de un paradigma diferente para la PC, analizar cuales han sido sus logros.

Newbrough (1992) en un análisis acerca del estado actual de la PC en Estados Unidos, explica que recientemente esta disciplina se ha volcado hacia problemas sociales

específicos tales como el SIDA, la carencia de vivienda, con la doble perspectiva de abordar problemas y generar conocimientos, objetivos planteados en la conferencia de Swamscott en 1965, pero no enfrentados hasta ahora desde la perspectiva social comunitaria. Se espera además que se logren integrar los dos componentes del nombre de la disciplina: psicología y comunidad, dentro de una nueva teoría. Al respecto, Newbrough cita a Dokecci (1922) quien ofrece una alternativa para esta integración a partir de lo que denomina: “personas en comunidad”, que promueve el desarrollo conjunto de ambas orientada por los principios de fraternidad, igualdad y libertad. La fraternidad se refiere al desarrollo social efectivo, la igualdad a los recursos para el crecimiento y desarrollo, y la libertad a las oportunidades para el desarrollo individual. Otro aspecto que reivindica Newbrough para esta nueva era postmoderna, es una orientación interdisciplinaria a los problemas sociales.

Todos los aspectos señalados conducen a una redefinición del rol del psicólogo ó psicóloga comunitario como el de un colaborador efectivo. Dokecki (1992) concibe ese rol como el de un practicante reflexivo-generativo (reflexive-generative practitioner ,p.27) lo cual es una combinación del practicante reflexivo propuesto por Schon en 1983 y del teórico generativo descrito por Gergen en 1978. El primero es un interventor que intenta contribuir al bienestar humano a través del intercambio entre el uso y la generación del conocimiento, visto a través del desarrollo teórico contribuir al bienestar humano guiado por un conjunto de valores. Este rol es cónsono a la estrategia de la investigación acción, la cual “... es un ciclo generador de conocimiento que comienza y culmina con la práctica, y que a lo largo del proceso emplea de manera sistemática la investigación y la reflexión...” (p. 20). La fortaleza del campo está en su actividad social.

Las implicaciones de esta perspectiva se sintetizan en “... el desarrollo de una praxis que contribuya a unificar conceptual, funcional y metodológicamente el campo”... (p.21). desde el punto de vista conceptual, el concepto unificador que ha emergido con más fuerza es el de empowerment o fortalecimiento, propuesto por Rappaport (1981), y el cual según Newbrough debería pensarse no sólo en términos del ideal de libertad, sino también del de fraternidad e igualdad. Queda por dilucidar cómo hacerlo.

Funcionalmente sustenta que es necesario desarrollar un sentido de comunidad dentro de la disciplina, con el fin de integrar los esfuerzos de entrenamiento e investigación, hasta ahora aislados. Esto es interesante por cuanto se aplican a la comunidad de profesionales los principios que ellos intentan trabajar en las comunidades que participan y que es ciertamente un tema de interés teórico además de aplicado.

Desde el punto de vista metodológico defiende el empleo de múltiples procedimientos. A. Respecto Dokecki propone una clasificación de los métodos con base en dos criterios: niveles de indagación (micro y macro) y dos tipos de indagación (cualitativa/impersonal y cualitativa/personal). El nivel microcuantitativo está re-presentado por la investigación evaluativa; el micro/cualitativo por la fenomenología; el macro/cualitativo por el análisis conductual de sistemas y el macro/cualitativo por la filosofía política. El primero corresponde a estudios experimentales y funcionales, análisis de costo-efectividad, los cuales ayudan a la PC a determinar las relaciones causales entre variables y que caracteriza la investigación tradicional en psicología. Los segundos corresponden a estudios interpretativos, metodología fenomenológica, y otros métodos cualitativos que permiten comprender los significados, intenciones e interpretaciones en torno a situaciones de la comunidad tales como aquellas en las que se han encontrado relaciones significativas entre variables empíricas: esto ha sido del dominio de los psicólogos humanistas. Los terceros se refieren a métodos cuantitativos multivariados aplicables a la comunidad, organización, y permiten entender el funcionamiento de relaciones en redes o sistemas y ha sido el contexto en el que han trabajado muchos psicólogos comunitarios. El cuarto se refiere a la exploración de las visiones de mundo y ayudan a entender sistemas sociales y políticos en los cuales se contrastan valores, ideologías, en éste un abordaje que según el autor han evadido los psicólogos. Es interesante que la variedad metodológica descrita corresponde a diferentes paradigmas, lo cual defiende el autor alegando que dada la complejidad de los fenómenos que enfrentan, los psicólogos comunitarios deben abordar de este modo su objeto de estudio.

En el balance descrito, Newbrough no hace referencia a paradigma/s pero sí a una demanda de unificación teórica. No queda claro sin embargo, si está partiendo del supuesto de un paradigma único que hasta el presente ha orientado el desarrollo del campo, o si asumiendo su diversidad aboga por su integración. De la posición de Dokecki en lo metodológico, se desprende un pluralismo paradigmático con el que aparentemente concuerda Newbrough. ¿Es todo posible a la luz de los tres criterios que de acuerdo a Guba (1990) definen un paradigma: el ontológico, el epistemológico y el metodológico? ¿Implica lo anteriormente expuesto reconocer que es posible combinar aspectos de diferentes paradigmas e incluirlos en uno nuevo, o que es posible desarrollar uno nuevo que requiera de otros para ampliar la comprensión y solución de los problemas?

Responder esto resulta muy ambicioso, sin embargo es factible iniciar la búsqueda de respuestas a estas interrogantes delimitando la tarea al análisis del quehacer de la PC en una región específica, donde la disciplina ha tenido un desarrollo propio: América Latina. Por otra parte y para efectos de este trabajo, intentaremos detectar las orientaciones teóricas de diferentes países de la región a partir del análisis de casos de intervención comunitaria así como de artículos teóricos.

La psicología social comunitaria en América Latina.

En América Latina son los psicólogos y psicólogas sociales quienes, haciéndose eco de los cuestionamientos a la psicología social en la década del setenta promueven un giro de la disciplina orientado hacia la aplicación del conocimiento en la solución de los problemas sociales. Este cuestionamiento motivó a los profesionales del área a movilizarse, salir del aula e ir a los contextos en los que los problemas sociales se estaban manifestando, siendo las comunidades, particularmente marginales, una de las más representativas.

Las concepciones sobre la disciplina apuntan a su objetivo de estudio (grupos en situación de desventaja), un objetivo (promoción del cambio de las condiciones adversas), estrategias (concientización, aumento del poder y control sobre el ambiente), rol del psicólogo,

(facilitador comprometido, colaborador reflexivo), entre otros. Una definición que engloba estas concepciones es la de Montero (1984) quien la define como:

... la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero, 1984, p. 390). Desde sus inicios, son numerosas las experiencias llevadas a cabo en comunidades por los profesionales de la psicología social. Es notable, sin embargo, el énfasis aplicado en estas experiencias, que va en detrimento del desarrollo teórico de la disciplina. En efecto, el papel de psicólogos y psicólogas comunitarios se convierte en el de facilitadores, cuyos conocimientos y grado de compromiso con la comunidad contribuyen a que ésta se organice y participe activamente en la solución de sus problemas a través de la toma de conciencia de su posición dentro de la sociedad y del cuestionamiento a la misma, apoyada en la metodología de la investigación-acción participativa.

La revisión y análisis de artículos, tesis y trabajos de investigación en el área realizadas en algunos países de América Latina (Brasil, Colombia, Chile, México, Puerto Rico, Venezuela), revelan el empleo de diferentes paradigmas aún dentro de un mismo proyecto (Sánchez y Wiesenfeld, 1991).

Los conceptos, teorías, paradigmas, así como la metodología y técnicas no agotan la literatura sobre el tema.

México.

La información relativa al caso de México proviene de dos fuentes: los artículos sobre la PSC en ese país escritos por A. Reid y M. Aguilar, y la aportada por:Gómez del Campo y descrita en un artículo realizado por S. Wingenfeld y R. Newbrough sobre la psicología comunitaria desde una perspectiva internacional (en prensa).

En México no hay una influencia teórica dominante en la PSC, existe más bien un análisis crítico de teorías tradicionales del desarrollo y un intento de vincular la praxis comunitaria con los temas de preocupación de la psicología social.

Se han identificado los siguientes enfoques teóricos (a los cuales se adscriben respectivamente grupos de profesionales pertenecientes a diferentes universidades): el enfoque humanista de C. Rogers que promueve el desarrollo humano por medio de la participación y actualización, se trabaja también la posesividad o empoderamiento y la falta de poder (Universidad Iberoamericana), el modelo ecológico transaccional propuesto por Newbrough (1973, citado por Reid y Aguilar, 1991) (ITESO), el enfoque de las representaciones sociales de S. Moscovici, destacando el papel de las minorías activas y su participación activa para la solución de sus problemas (COAHUILA), el análisis conductual aplicado (Universidad Nacional autónoma, ENEP Iztacala), el análisis crítico basado en la teoría marxista, psicoanálisis y el concepto de conciencia, que intenta clarificar los procesos grupales a través de la autorreflexión, inspirado en el enfoque de los grupos operativos de Pichon Riviere (1977, citado por Reid y Aguilar, 1991) el cual parte del principio de que para cambiar las condiciones de vida de un grupo es necesario comenzar analizando dicho grupo. También se han estudiado los temas de la marginalidad, vida cotidiana, cultura popular, movimientos sociales, atribución, identidad social, y se ha analizado su aplicación en los procesos de intervención comunitaria, se han empleado conceptos de la psicología ambiental para analizar problemas ambientales de la comunidad: espacio personal, privacidad, percepción, representación y apropiación del espacio.

Los fundamentos teóricos enumerados se aplicaron, entre otros, al estudio e intervención de los siguientes problemas, a) organización y fortalecimiento de comunidades populares a fin de promover la autoconfianza y su eco y etnodesarrollo mediante la combinación del conocimiento popular y científico, análisis individual y colectivo de la experiencia incluyendo algunos endógenos y exógenos, reportes y evaluaciones periódicas del proceso de la experiencia, la recuperación de la historia de la comunidad, b) promoción de paraprofesionales en servicios comunitarios, para lo cual se partió del análisis de conflictos urbanos a través de la estrategia de la investigación-acción-participativa, la psicología de las minorías activas y los procesos de influencia, resistencia y cambio social, la perspectiva

humanista de C. Rogers, particularmente las nociones de crecimiento, poder personal y autoestima. Estos fundamentos teóricos orientaron el desarrollo de centros comunales que prestan servicios de distinto tipo (salud, educación, etc), u en el cual participan activamente miembros de la comunidad empleando destrezas previas o aprendidas en el proceso, c) impacto social de la construcción de una central de abasto, lo cual ameritaba la reubicación de los residentes de la zona; para su abordaje se realizó un análisis crítico de las teorías de desarrollo, marginalidad, cultura de la pobreza, se recogió información de distintas fuentes y a través de diferentes procedimientos tanto cualitativos como cuantitativos. La intervención consistió en campañas informativas a las comunidades acerca del impacto de la construcción planificada, volantes informativos, presentación de audio-visuales, y en información basada en la aportada por los mismos residentes. La información recibida propiciaba la reflexión y la movilización para la solución de los problemas identificados. Las discusiones proveyeron información, cuya interpretación se realizó conjuntamente con la comunidad y permitió una recuperación de su historia e identidad cultural, fortaleció sus vínculos con las comunidades en cuestión y su arraigo con el lugar, d) impacto de desastres naturales (terremotos), el propósito de este trabajo fue el de contribuir por una parte a aliviar el estrés generado por las condiciones de vida impuestas por el terremoto a las personas que se quedaron sin hogar, y por la otra, a ofrecer espacios alternativos físicos y psicosociales para la vida comunitaria. Se realizaron varios proyectos de investigación simultáneos, con diferentes grupos y propósitos, cada uno de los cuales derivó en sus respectivas intervenciones (trabajo con niños para la construcción de áreas de juego, trabajo con mujeres para su alfabetización, adquisición de destrezas artesanales, talleres de educación popular, usos del espacio urbano, satisfacción con el proyecto de vivienda ofrecido, etc).

Es interesante notar que la variedad de enfoques empleados representan paradigmas diferentes que aunque se presentan en la mayoría de los problemas enumerados como independientes, hay experiencia como la de la promoción de paraprofesionales, liberizada por L. Quintanilla (Quintanilla et. Al 1980, citada por Reid y Aguilar, 1991) en la que éstos se integran. El empleo de la teoría de las representaciones sociales que podríamos ubicar en el paradigma constructivista o en los términos de Munné (1989) en el interaccionismo,

unido al enfoque humanista correspondiente al personalismo, es ejemplo de ello. De muestra que la praxis demanda conocimientos, que una vez identificados, se utilizan sin consideraciones a las violaciones epistemológicas, probablemente debido a las demandas reales del proyecto y a la inexistencia de otros conocimientos afines al paradigma en cuestión. Esta modalidad confirma lo expuesto en la primera parte de este trabajo por Firestone (1990), en el sentido de que el profesional orientado a la práctica enfrenta demandas diferentes al teórico, y que el empleo combinado de paradigmas, en la realidad demuestra que es algo que se puede hacer y además hace falta.

Excluyendo el caso de Quintanilla, la tendencia es más bien a una diferenciación de los grupos que trabajan en el área con base en las orientaciones empleadas. La variedad conceptual también se ha expresado en la multiplicidad de métodos empleados, estudio de casos, historia oral, entrevistas a profundidad, recuperación de la memoria colectiva, observación participante, entre otros, los cuales más que a inquietudes teóricas responden a las necesidades prácticas que el proyecto demanda.

El análisis de los problemas revela la importancia de la naturaleza de la ideología, de la conciencia y de las necesidades para la movilización comunitaria, el papel de la tecnología en el cambio social, la importancia del lenguaje para la comprensión, análisis e interpretación de los problemas y las necesidades, la redistribución equitativa de los recursos materiales y psicológicos para el logro de la reciprocidad entre los elementos de un sistema.

Por otra parte, la variedad teórica presente en los trabajos en comunidades, revela la ausencia de un paradigma único, si bien los autores se limitan al empleo de una o más teorías pertenecientes a un mismo paradigma. Los paradigmas empleados se ubican en la corriente positivista (análisis conductual aplicado, tecnología social) y constructivista. Desde la perspectiva metodológica, algunos métodos y técnicas empleados son coherentes con los enfoques teóricos, como es el caso de la distribución selectiva de las recompensas en el análisis conductual aplicado, en otro sin embargo no hay tal coherencia.

La problematización y concientización están presentes en todos los trabajos, sin embargo, esta perspectiva crítica no es compatible con las teorías cognitivas que en algunos casos han orientado las intervenciones. Nuevamente nos encontramos ante la adopción de estrategias metodológicas de un programa, aparte del que apoya la fundamentación teórica del proyecto.

A modo de síntesis.

A lo largo de la última parte de este trabajo hemos intentado identificar enfoques teóricos y metodológicos que en algunos países y experiencias han orientado los trabajos comunitarios.

Esta revisión nos ha revelado que las intervenciones en comunidades, desde la perspectiva de la PC, están orientadas por las nociones de cambio social a través de la concientización y subsecuente participación de las comunidades en la solución de sus problemas. Este proceso requiere que la comunidad acceda a recursos materiales y psicológicos, y adquiera a través de ellos un mayor control sobre su ambiente. Esta perspectiva ecológica supone que la concientización y la acción son inseparables y simultáneas, lo cual implica que la “toma de conciencia” no es una deconstrucción que la persona hace de su realidad, al margen de su participación en la misma, ni que la actividad de la persona ocurre al margen de su reflexión en torno a la misma. Este punto fue mencionado al analizar los paradigmas de las ciencias críticas y el constructivismo. Al darle contenido a nuestro planteamiento de integración entre estos dos paradigmas a través de la evidencia de la adopción de esta estrategia y de su conveniencia, podemos concluir que los paradigmas pueden combinarse, cuando la praxis y la reflexión en torno a ella demandan la incorporación de los mismos, es decir, las integraciones no se establecen a priori, sino que emergen en la medida que la realidad las requiera.

Capítulo 4

La Sierra de Santa Catarina

Capítulo 4

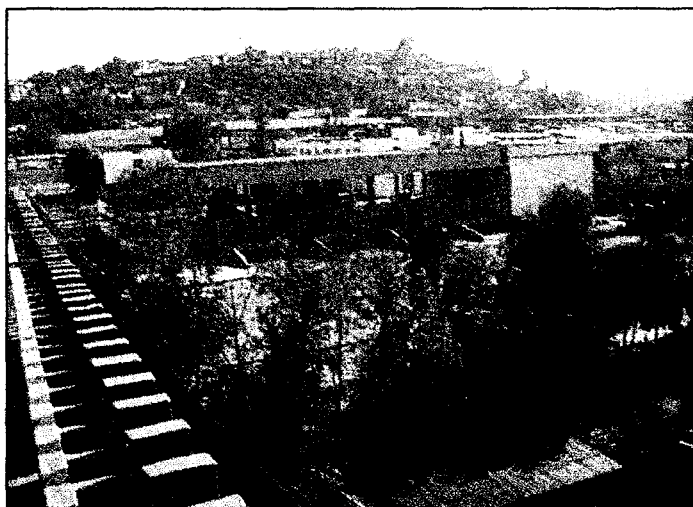
La Sierra de Santa Catarina

La Sierra de Santa Catarina es un conjunto montañoso (formado por pequeños volcanes y domos volcánicos) localizado en el oriente de la ciudad de México en la delegación Iztapalapa. Su importancia radica, en la inteligencia de ser una de las zonas receptoras de los inmigrantes provenientes del interior de la República, así como de los desplazamientos urbanos de las colonias del centro de la Ciudad.

Descripción Geográfica

▲ Localización

La Sierra de Santa Catarina se ubica en el oriente de la ciudad de México, en la delegación política de Iztapalapa. Esta integrada por 47 colonias donde habitan aproximadamente 361 427 personas, 183 243 (50.7%) son hombres y 178 184 (49.3%) son mujeres.



1.1 Vista Panorámica –Sierra de Santa Catarina-

▲ Límites

Sus límites geográficos son: al Norte la autopista México-Puebla; al Sur la Colonia San Lorenzo Tezonco; al Este la Delegación política de Tláhuac; y al Oeste la Calzada Ermita Iztapalapa.

▲ Suelo

El suelo se haya formado de materiales madres (piedra volcánica) cuyo principio de desintegración en la parte superior aún se encuentra en proceso, se identifican piedras y grava a simple vista por lo cual se le describe como muy grueso. “De acuerdo con esto el suelo se clasifica como arenoso, el cual retiene poca humedad y tiende a secarse, tiene poca habilidad para retener los nutrientes y alta porosidad.”¹ Dadas estas características la la práctica de la agricultura en la Sierra de Santa Catarina es simplemente imposible ya que, entre otras cosas, supone un elevado costo debido a que es necesario aplicar frecuentemente materiales orgánicos y nutrientes inorgánicos para darle un poco de fertilidad al suelo.

▲ Entorno

En la parte norte de la Sierra se ubican cerros y volcanes pequeños, su vegetación al igual que su fauna es escasa y propia de regiones desérticas. La víbora de cascabel, el zorrillo, el búho, el gorrión y el ratón de campo son algunos habitantes de la Sierra.

▲ Vialidad

La zona tiene pocas vías de acceso principales que inician y desembocan en la Calzada Ermita Iztapalapa. En general en las 47 colonias se observa una avenida principal (Av. De las Torres o Eje 5 Sur), que las divide en dos. Cuenta con un número importante de vías secundarias de las cuales el 90% se encuentran pavimentadas, sin embargo, la comunicación intercolonias es difícil sobre todo por las barrancas y cañadas, que son muy comunes en la zona.

▲ Urbanización

Las construcciones, en su mayoría, están trazadas para edificarse por manzanas aunque lo accidentado del terreno obliga a edificar construcciones irregulares. Gran parte de las construcciones en las zonas baja y media, son de mampostería y cuentan con la mayoría de los servicios públicos y equipamiento urbano, sin embargo, en la parte alta de la Sierra las construcciones son de cartón, madera, lámina de asbesto y de otros materiales y no cuentan con los servicios públicos ni con el equipamiento urbano necesario.

¹ Manuales para educación agropecuaria Suelos y fertilización, Editorial SEP-Trillas, sexta reimpresión 1997, México D.F., pp.12-18



1.2 Sierra de Santa Catarina –Urbanización y Vialidades-

▲ Medio Ambiente

La Sierra de Santa Catarina forma una barrera natural para los vientos del sur, cuenta con una amplia superficie (18.29 kms.) que recibe una cantidad importante de agua la cual aumenta la recarga de los mantos acuíferos de la zona. La vegetación es propia de las regiones desérticas; matorrales, arbustos, plantas medicinales (gordolobo, estafiate, jarilla, etc.). La fauna está compuesta por lagartijas, serpientes de cascabel, ratón de campo, rata de campo, zorrillo, gavián, murciélagos, ardillas, gorriones, etc. La creciente urbanización, aunado a la falta de conciencia ecológica han puesto en peligro la zona ecológica de la Sierra.



1.3 Parque Ecológico Corrales

Origen de la Población

La población de la Sierra de Santa Catarina proviene principalmente del interior de la República y del centro de la ciudad de México. Las causas de los asentamientos en este lugar son, entre otros, los terremotos de 1985 que no sólo destruyeron inmuebles, sino que agravaron el problema de vivienda ya que al plantearse la reconstrucción, ésta fue insuficiente por falta de programas, espacios y recursos económicos, la profunda crisis económica del país que deviene en el encarecimiento del terreno, la vivienda y los servicios públicos en la ciudad, las precarias condiciones del campo y la falta de oportunidades en el medio rural. “Un 74% de la población de la Sierra proviene del interior de la República, el 26% restante de las colonias del centro de la ciudad. La población de la Sierra es una población joven, poco más del 40% es menor de 30 años; el 30% tiene entre 31 y 40 años de edad.”²

▲ La Familia

Las familias de Sierra de Santa Catarina son extensas en su mayoría, esto es, compuestas en promedio por 8 integrantes, quienes en ocasiones comparten el mismo terreno, en una misma casa habitan dos o más familias las cuales siguen los patrones tradicionales en donde la madre y el padre son la máxima autoridad, los abuelos tienen representatividad más no así, injerencia. Al vivir en la casa de los padres los hijos(as) y sus esposas(os) tienen una independencia relativa pues aunque viven en pareja se encuentran supeditados a las resoluciones y decisiones de estos. Asimismo las madres solteras, se integran con sus hijos al grupo familiar. Los abuelos y los padres son en su mayoría,

² DECA-Equipo Pueblo (1996). La Sierra de Santa Catarina, Ed. Equipo Pueblo p.17 México

casados por la iglesia más que por lo civil, por el contrario, los jóvenes en su mayoría se casan civilmente, y sólo algunos por la iglesia. Por otra parte, la unión libre comienza a tener una presencia significativa entre los habitantes de la Sierra.

▲ Escolaridad

La escolaridad de los habitantes de la Sierra de Santa Catarina es baja y difiere por sexo y edad. Se calcula que un 25% de personas no saben leer ni escribir. “Asimismo se sabe que las mujeres adultas llegan hasta la secundaria, mientras que los hombres sólo concluyen la primaria. Actualmente los jóvenes rebasan esos niveles llegando algunos al medio superior.”³

▲ Infraestructura Escolar.

La zona de la Sierra cuenta con:

- Aproximadamente 60 centros de educación preescolar particulares y de gobierno.
- Alrededor de 100 escuelas primarias.
- El 50% de la secundarias del total de la Delegación Iztapalapa.
- Una escuela de nivel medio superior Preparatoria Popular Iztapalapa.

Es evidente que dadas estas condiciones se reducen significativamente, las posibilidades de incorporación a la vida productiva.

Actividad Económica

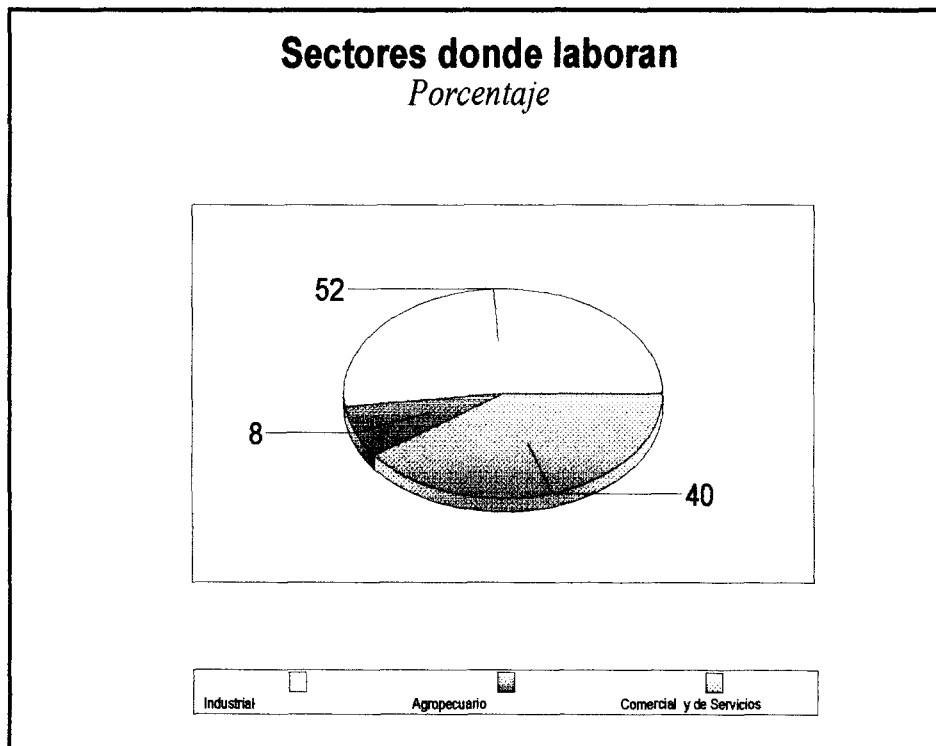
La responsabilidad económica de los hogares la Sierra de Santa Catarina recae principalmente en los padres e hijos varones. Sin embargo, actualmente la mujer se ha ido incorporando cada vez más al sector laboral. La población económicamente activa de la Sierra de Santa Catarina se distribuye de la siguiente manera: “la mayor parte trabaja en el sector industrial, le sigue el comercial y de servicios y por último el agropecuario. [...]El 85% de los empleos se encuentran fuera de la Sierra e incluso de la Delegación Iztapalapa,

³ *Ibid*, p.19.

el 15% se encuentran dentro conformada por el comercio menor (ambulante, pequeños establecimientos comerciales).”⁴

▲ Ramas de actividad y Tipo de ocupación.

La población económicamente activa de la población de la Sierra labora principalmente en el sector industrial (Fábricas, maquiladoras y Talleres), le sigue el comercial y de servicios (Comercios establecidos, ambulante, trabajo social, etc.), y en tercer lugar, el agropecuario (siembra del campo). De acuerdo con lo anterior un “42% de la población económicamente activa tiene contrato de planta; 37% es eventual y el 21% trabaja por su cuenta.”⁵

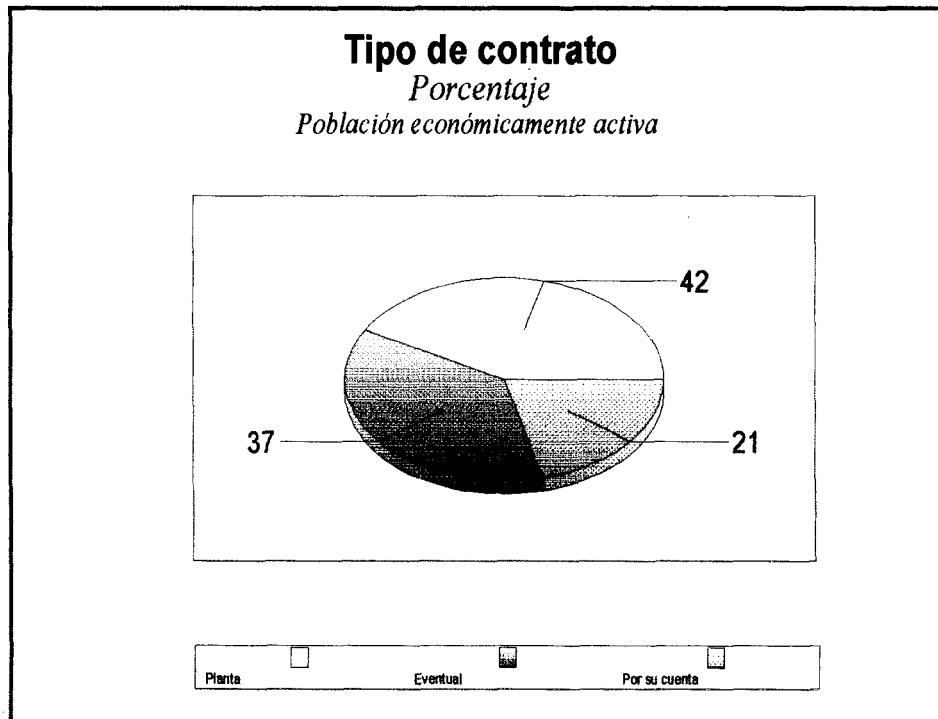


⁴ *Ibid*, p.23.

⁵ *Ibid*, p.26.

▲ Desempleo

El desempleo no es un problema exclusivo de la Sierra sino de todo el Distrito Federal incluso de la República Mexicana. Las causas del desempleo son, entre otras, recorte de personal de las empresas, terminación de contratos temporales, falta de estudios y una escasa capacitación para el trabajo.



Salud

Un tema realmente significativo y preocupante entre los habitantes de la Sierra de Santa Catarina es la Salud. Las condiciones irregulares del establecimiento urbano, la falta de servicios y el desempleo aunados a la falta de higiene y a las condiciones ambientales hacen de la Salud casi un sueño. Bajo estas condiciones sólo algunos habitantes de la Sierra pueden acudir a un médico particular, otros recurren a los servicios de atención pública y una parte importante recurre a remedios caseros.

▲ Servicios Públicos

- ✓ **Drenaje.** Insuficiente cuenta con: drenaje entubado, fosa séptica, letrina, drenaje pluvial.
- ✓ **Agua.** Escasa, la mayoría de las viviendas cuentan con la instalación para recibirla, sin embargo, llega esporádicamente cada 7 o 15 días. Utilizan Pipas delegacionales y particulares.
- ✓ **Luz Eléctrica.** Suficiente, 92% electrificado.
- ✓ **Teléfono.** Insuficiente, sólo una tercera parte de la población cuenta con teléfono particular.

Organización Social

En la Sierra de Santa Catarina se ha impulsado la lucha parlamentaria de tal manera que actualmente se cuenta con una representante en la Cámara de Diputados Clara Brugada. Los colonos adultos de la Sierra se encuentran perfectamente organizados ya sea en agrupaciones de corte político (PRI, PRD, PVEM) o en Grupos de autogestión, tal es el caso de la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo, que a través de 23 años de lucha y organización, ha impulsado importantes proyectos de bienestar social.

Capítulo 5

Drogadicción

Capítulo 5

Drogadicción

SECRETARIA DE SALUD

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

INFORMACIÓN SOBRE OFERTA, DEMANDA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS.

De acuerdo a la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1993), el 3.9% de la población urbana entre los 12 y 65 años de edad reportaron haber usado alguna droga ilegal al menos una vez en la vida, incluyendo inhalables. Esto representó un total de 1,638,000 personas, de las cuales solamente 319,000 la usaron durante el año previo, en tanto el 0.3 % de los encuestados dijeron haber consumido durante el último mes, lo cual equivale a 229,581 sujetos en todo el país.

En la Encuesta de la Frontera Norte de 1993, que realizó en 4 de las principales ciudades de esta zona (Matamoros, Monterrey, Ciudad Juárez y Tijuana), los resultados mostraron que el uso de cualquier droga "alguna vez en la vida" fue de 5.3%, ó 200,000 individuos, de los cuales el 84.2% fueron hombres. Los resultados indicaron que el 11.4% de los usuarios fueron adolescentes. La encuesta también mostró una gran variabilidad entre cada una de las ciudades, con las siguientes prevalencias: 10.1% en Tijuana, 8.9% en Ciudad Juárez, 5.8% en Matamoros y un 2.8% en Monterrey. Es importante mencionar que mientras la ENA reportó una prevalencia de 6.7% en la zona noroeste, la Encuesta de la Frontera Norte reportó el 10.1% tan sólo en Tijuana, siendo ésta la ciudad con mayor consumo en el área.

En 1995, 8,397 personas solicitaron ayuda a los Centros de Integración Juvenil (CIJs); la marihuana fue la droga de uso actual más utilizada por los pacientes con un total de 72% de los casos, seguido por inhalables (47%), cocaína (32%) y depresores (26%); muy pocos casos reportaron consumo de heroína (4.4%) y de metanfetaminas (2.7%).

En 1994 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) reportó que los hombres entre 15 y 24 años fueron los que acudieron más frecuentemente a centros de organizaciones no gubernamentales. La droga de uso actual que más se reportó fue el alcohol (24%), seguida de la cocaína (18.7%) y marihuana (14.1%).

Por último resulta importante remarcar que en 1991 más de una tercera parte de los estudiantes reportaron haber usado cocaína, crack y heroína por primera vez en los Estados

Unidos, mencionando en segundo lugar al estado de Baja California. Un gran porcentaje mencionó también a Jalisco, Sinaloa y la Ciudad de México.

- COCAINA
- HEROINA
- METANFETAMINAS
- MARIGUANA
- INHALANTES, OTRAS DROGAS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS
- ALCOHOL
- TABACO

Cocaína

La cocaína se ha convertido recientemente en una protagonista del escenario epidemiológico de nuestro país. La ENA (1993) señala que el 0.3% de la población ha usado cocaína "alguna vez en la vida". El consumo en 1993 fue ligeramente más alto que en 1988 (0.14%), siendo ésta la segunda droga ilícita más consumida por adultos después de la mariguana. Un estudio realizado entre estudiantes de secundaria y preparatoria de la Ciudad de México indicó que en esta población la percepción de riesgo asociada al uso regular de cocaína disminuyó el 9% entre 1989 y 1991.

Los estudios nacionales realizados en la población estudiantil, muestran un notable aumento en el uso de esta droga, de 0.5% en 1976 a 0.83% en 1991. En la Ciudad de México se presentó un aumento substancial (de 0.9% en 1986 a 1.26% en 1989), pero no fue tan significativo en 1991 (1.03%), ni en 1993 (1.66%). En la Ciudad de México y en los estados de Baja California (1.91%), Jalisco (1.36%), Sonora (1.57%) y Sinaloa (1.41%), el porcentaje de uso fue superior a la media nacional.

El consumo de "crack" es todavía muy bajo, con una media nacional de 0.25%; Baja California es el único lugar donde es significativamente superior (0.61). El 16% de los usuarios reportaron haber usado este tipo de cocaína en Estados Unidos. Los lugares mencionados donde la consumieron por primera vez fueron: Baja California (6.5%), Ciudad de México (5.2%) y el Estado de México (5.9%).

De acuerdo al SRID, en 1986 solamente el 1.6% de todos los usuarios de drogas detectados en la Ciudad de México consumieron cocaína, comparado con el 31% de los usuarios en 1995. Este es el incremento más alto que se haya dado en todas las drogas. También es

importante notar que los patrones de uso de cocaína están cambiando en el país. Con anterioridad, la cocaína era preferida principalmente por los sectores privilegiados de la sociedad. Sin embargo, los datos del SRID de 1995 indicaron que uno de cada dos consumidores de cocaína (46.2%) era de un nivel socioeconómico bajo. Asimismo, los CIJs reportaron un aumento considerable en el número de pacientes que usaron cocaína, el cual varió de 12.2% en 1990 a 32.4% en 1995. Los Centros localizados en las ciudades fronterizas reportaron más altos porcentajes con 72% en Mexicali, 66% en Tijuana y 60% en Ciudad Juárez.

Heroína

De acuerdo a los resultados de la ENA (1993), el uso de heroína fue muy bajo y los pocos casos reportados se encontraron en el norte de México; la edad de los usuarios oscila entre 24 y 28 años. La Encuesta de la Frontera Norte mostró que el uso de heroína es aún bajo en las ciudades fronterizas, y sólo existe en Tijuana (0.6%) y Ciudad Juárez (0.8%).

Las estadísticas facilitadas por los CIJs muestran que la mayoría de los usuarios se localizaron en las ciudades de Mexicali (72%), Tijuana (34%), Chihuahua (28.7%), Culiacán (16%), Ciudad Juárez (16.9%) y Hermosillo (16.7%). Solamente el 5% de los pacientes que acudieron, a nivel nacional, reportó el consumo de esta sustancia. Los estudios epidemiológicos en usuarios intravenosos de heroína indican que el 38.5% de ellos son positivos al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Metanfetaminas

El consumo de metanfetaminas es un fenómeno reciente en México; el reporte de su utilización entre los estudiantes es menor al 1% y los porcentajes más altos ocurren en los estados fronterizos. El SRID ha comenzado a reportar el abuso de un derivado de las metanfetaminas, el "éxtasis". La fuente de información más importante en 1995 fueron los CIJs, donde esta sustancia aparece ya en el grupo de las seis más usadas en 1994. De 1994 a la fecha el Centro Tijuana reporta el 86 % de los casos de todos los CIJs del país. Para 1995 esa misma organización informó de un incremento del 50 % en el consumo de esas sustancias entre los pacientes que acudieron a consulta en toda la República. El uso de metanfetaminas ocurre con más frecuencia entre los adolescentes de 14 a 18 años. De la Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar se obtuvo que la

metanfetamina es una de las drogas preferenciales de inicio en los alumnos entre 13 y 14 años siendo a menudo consumida por los grupos de hasta 18 años de edad.

Mariguana

La droga ilegal de mayor uso en la población general es la mariguana, con una prevalencia del 3.3% de uso de esta droga "alguna vez en la vida"(más de 1,400,000 personas). Entre 1988 y 1993 el consumo de mariguana ascendió un 0.4% a nivel nacional con una variación entre 2.9% y 3.3%. Estas cifras coinciden con la información recolectada por el SISVEA en los centros de tratamiento, los cuales indican que la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento es por el consumo de mariguana, además de ser la droga que primero usan. En el caso de la mariguana la percepción de riesgo asociada al uso regular de esta sustancia disminuyó entre estudiantes de secundaria y preparatoria de la Ciudad de México de 65.5 % a 56.2 % en un período de 4 años. En el caso de los maestros, sólo el 45 % consideró riesgoso el uso ocasional de la sustancia.

En relación a las diferencias regionales, en 1988 el sur del país mostró una tasa de 2.7% y de 1.2% en 1993. Por el contrario, en la zona noreste el consumo de mariguana pasó del 1.7% en 1988 y al 3.8% en 1993. En la región noroeste y en la central, el consumo disminuyó de 7.03% a 5.5% y de 3.2% a 1.9%, respectivamente.

Las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez mostraron una incidencia mayor en el uso de mariguana, con 8.4% y 8.3% respectivamente. Aproximadamente el 40% de los adolescentes reportaron haber iniciado el uso de drogas antes de los 14 años.

Inhalables, otras drogas y productos farmacéuticos

Con relación al uso ilícito de medicamentos psicotrópicos, especialmente los sedantes, la ENA de 1993 mostró que el 15.4% de la población encuestada los ha usado "alguna vez en la vida" y sólo el 1.8% durante el mes previo a la encuesta, con casi dos veces más en mujeres que en hombres. Todavía se desconocen estadísticas en México de otras sustancias, como los alucinógenos.

El uso de inhalables mostró una ligera disminución en todo el país en el período de 1988 a 1993. Los resultados de la ENA en 1988 indican que la incidencia en la región noroeste fue de 1.14% disminuyendo a 0.70% en 1993; en la región central bajó de 1.03 a 0.40% y en la

Ciudad de México de 1.01 a 0.60%. En la región central sudoeste de 0.55 a 0.1 y de 0.80 a 0.1% en el sur. Cabe mencionar que en la región noroeste, la cual tuvo el menor número de usuarios en 1988, el porcentaje ascendió a 0.58%, y de 0.27 a 0.85% durante este período. Ciudad Juárez fue el único lugar donde el consumo fue mayor que en cualquier otro lugar. El SRID refleja una clara tendencia en el uso de flunitracepam (Rohypnol), el cual se incrementó de 15 casos en 1988 a 54 casos sólo en el segundo semestre de 1995. Un estudio reciente efectuado en la Ciudad de México demostró que los usuarios de esta sustancia consumen dosis altas en combinación con alcohol a fin de intensificar sus efectos y que casi dos terceras partes de los entrevistados experimentaban deseos de robar o matar al ingerir la droga.

Alcohol

Los hallazgos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 indican que el 67.0% de los encuestados son bebedores, mientras que el 8.0% se clasifican como ex-bebedores. 26 % de quienes bebían reportaron un patrón de consumo de una a cuatro veces por semana. La edad inicio en el consumo de casi la mitad de las personas bebedoras se ubicó entre los 15 y 18 años, existiendo, por cada 16 hombres dependientes, una mujer.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Estudiantes de 1991 manifiestan un aumento del 6.% en el consumo de alcohol reportado para el último mes en esa población, cuando se compara con la frecuencia reportada dos años antes. Por su parte, en el periodo 1990-1995 el consumo en el último mes se duplicó en esa población.

A partir de 1987 es notorio un aumento en el número de muertes por cirrosis hepática alcohólica, en tanto que las defunciones por cirrosis no alcohólica tienden a la disminución. En mujeres, la mayor frecuencia en el consumo se observa en el grupo de edad reproductiva, es decir, entre los 19 y los 34 años. Solamente el 1.4 % de adolescentes femeninas reportó consumir entre una y siete veces por semana; comparándolas con los varones, se observa una proporción cuatro veces menor a ellos.

La percepción de riesgo en los alumnos de secundaria y preparatoria en el periodo 1989-1991, en cuanto a tomar más de 5 copas una o dos veces a la semana, muestra una

disminución de 58 % a 53 %; mientras que sólo el 63 % de los profesores percibieron este patrón como peligroso.

Tabaco

La Encuesta Nacional de Adicciones, ENA (1993) muestra que a nivel nacional un 25% de la población urbana entre los 12 y 65 años son fumadores (incluyendo a los experimentales), lo que equivale a más de 10 millones de personas. El 20% reportó ser ex-fumador y el 54.6% indicó ser no fumador.

La mayor prevalencia de fumadores se ubica en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México con un 30%.

De 1988 a 1993 se observa, a nivel nacional, una disminución leve (1% y 2% respectivamente) en la prevalencia de fumadores y ex-fumadores, no así en los no fumadores, en los cuales la prevalencia aumentó un 3%. En la distribución por edad, el grupo mayoritario fue de los 18 a 29 años con una prevalencia del 40%.

Los datos de la Encuesta Nacional de Estudiantes de 1991 muestran que el alcohol y tabaco fueron las sustancias más consumidas por los alumnos a pesar de que legalmente ese grupo etéreo no debería tener acceso a esas sustancias. La prevalencia nacional para el último año mostró que una tercera parte de la muestra tuvo experiencia con el tabaco, en tanto el 10% fumó en el mes anterior al estudio y un 3% reportó fumar diario o casi diario. En la edad de inicio la prevalencia más elevada se ubica entre los 11 y 14 años aunque el 4.9% de la muestra reportó usar el cigarro desde antes de los 10 años.

Según los reportes del SISVEA, procedentes de las unidades de atención primaria de la salud, la droga más consumida por los pacientes fue el tabaco con un 87% en 1991 y 63% en 1992.

Las causas de defunciones, mortalidad en 1995 asociadas al consumo de tabaco se ubican entre las seis principales causas de mortalidad general, en tanto que estos datos se exacerban en la población adulta particularmente por causas debidas a neoplasias, enfisemas y bronquitis. Solo para el año 1993 hubo un registro de 416,335 muertes relacionadas con tabaco, de las cuales 5,738 fueron por cáncer de pulmón.

-El consumo de drogas es tan antiguo como la historia propia de la humanidad. En este sentido, el hombre conoce y consume drogas desde los tiempos más remotos. La Biblia aporta uno de los primeros testimonios escritos que hacen alusión a una intoxicación, la que

involuntariamente adquiriera el patriarca Noé con mosto fermentado. A partir de esta cita, el número de referencias históricas sobre el uso de productos, considerados actualmente como drogas estupefacientes es considerable. En todos los casos el consumo no era generalizado y, por el contrario, estaba reglamentado y limitado a un reducido número de escogidos.

El fenómeno actual de las drogadependencias está unido a la transformación experimentada por la sociedad en la era industrial, con el desarrollo de nuevos modos y estilos de vida, con las sociedades cosumistas, entre otros. El desarrollo de las comunicaciones favoreció el contacto entre culturas y, en consecuencia, la globalización del problema, que se ha convertido sin lugar a dudas en una auténtica pandemia de nuestro siglo.

Ante tal situación la SSA ha puesto en marcha un Programa Contra las Adicciones que se encuentra conformado por los siguientes puntos.

Objetivo general

Reducir los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicción, detectar y brindar atención oportuna a los adictos, así como abatir los problemas de salud pública relacionados con el consumo.

Componentes

- Alcoholismo y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.
- Tabaquismo.
- Farmacodependencia.

Estrategias

- Promover la formación de recursos humanos, con programas encaminados a la educación preventiva y a la formación integral del personal que labora en los programas de tratamiento y rehabilitación.
- Desarrollar y difundir, entre el personal de salud, paquetes preventivos que contengan manuales, videos y cuadernos de trabajo, para facilitar la implantación de criterios de prevención primaria, detección temprana, evaluación de la severidad, canalización e intervención, en los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.
- Promover campañas y actividades de información, a través de mensajes difundidos por radio y televisión, brindando orientación telefónica y canalización a los

servicios de tratamiento y rehabilitación; así como incentivar la participación comunitaria, en la movilización que facilite la prevención de las adicciones y la formación de grupos de autoayuda.

- Sistematizar la información relativa a los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de adictos, evaluando su cobertura y calidad; además de promover la adecuada implementación de diferentes modelos, procedimientos y servicios.
- Desarrollar proyectos de investigación epidemiológica, social, básica y clínica, en el área.
- Proponer y promover la promulgación de leyes y reglamentos, así como medidas para vigilar su cumplimiento, dirigidas al control de la producción, distribución, venta, promoción, publicidad y consumo de alcohol, tabaco, sustancias adictivas y medicamentos controlados.
- Elaborar, difundir y vigilar el cumplimiento de las NOM respectivas.

Impacto

1. Reducir en 3% la tasa de accidentes asociados a alcoholismo.
2. Reducir en 6% la prevalencia de los fumadores pasivos.
3. Incrementar en 5% el número de ex fumadores.
4. Disminuir en 2% la prevalencia en el consumo de drogas, entre la población de 12 a 18 años.

Coordinación

1. *Institucional*.- Con la Coordinación de Salud Mental (CSM), la DGSR, la CVE el CONASIDA, el PCPS, la DGPS y la DGEI.
2. *Territorial*.- Con los SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, a través del CONSEJO NACIONAL DE SALUD, con énfasis en acciones regionales.
3. *Interinstitucional*.- Con las instituciones del Sector Salud.
4. *Intersectorial*.- Con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS), la SAGAR, la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), la SECOFI, la Procuraduría General de la República (PGR), ONG e instituciones privadas.

Conceptos Generales

□ Droga

Según la definición aportada por la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) es “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”

□ Drogadicción

Es la adicción o dependencia de una droga. Son sinónimos de ella: drogodependencia, toxicomanía, etc.

□ Dependencia

Es un esquema de comportamiento en el cual se concede progresivamente una absoluta prioridad al uso de una droga o una mezcla de ellas en relación con otros comportamientos que con anterioridad se consideraban más importantes.

Se distinguen dos tipos de dependencia:

Dependencia Psíquica

El individuo que consumo una droga queda tan supeditado a ella que no le es posible prescindir de ella.

Dependencia Física

En esta circunstancia el organismo de la persona queda afectado de manera tal, que no puede funcionar “normalmente” sin el uso de ella. Síndrome de Abstinencia.

□ Tolerancia

Entiéndase por tolerancia a la disminución gradual de los efectos de una droga tras la administración repetida de la misma, con lo cual es necesario incrementar la cantidad administrada para obtener el mismo efecto.

Clasificación de las drogas

Las drogas pueden clasificarse desde múltiples puntos de vista: estructura, origen, sociología, etc. La clasificación que se presenta a continuación es de acuerdo a sus efectos en el Sistema Nervioso Central.

Drogas depresoras

- Opiáceas: heroína, morfina, metadona, etc.
- **Alcohol**
- Hipnóticos: barbitúricos y no barbitúricos.
- Tranquilizantes.

Drogas estimulantes

- Estimulantes mayores
 - Anfetaminas
 - Cocaína
- Estimulantes menores
 - Nicotina**
 - Xantinas (Cafeína,etc.)

Drogas psicodélicas.

- Alucinógenos: L.S.D, Peyote, Mescalina.
- Derivados del Cannabis: marihuana, hachías, etc.
- Inhalantes: acetonas, bencenos, etc.
- Drogas de diseño: éxtasis, etc.

Efectos Colaterales y Signos del Consumo de Drogas

La siguiente tabla muestra algunos de los efectos colaterales y signos del consumo de drogas.

Clasificación	Medicamento	Algunos efectos colaterales y Signos del Consumo de drogas
Depresivos: (Tranquilizantes)	Barbitúricos Quaalude Meprobamate Valium Xanax Ativan	Intoxicación como aquella por el alcohol, supresión, dificultad para hablar, tambaleo. Estas drogas vuleven adictas a las personas y la supresión requiere intervención médica.
Estimulantes:	Anfetaminas Pastillas para la dieta Cocaína Cafeína	Insomnio, irritabilidad, euforia, energía excesiva, reducción del apetito, paranoia, marcas de aguja, pérdida de peso.
Narcóticos:	Heroína Opio Metadona Codeína Percodan Marihuana	Euforia, somnolencia, estupor, adicción, marcas de aguja, grandes ansias durante la supresión, comportamiento locuaz, sentimientos flotantes. La supresión debe hacerse con intervención médica.
Alucinógenos:	Acido Lisérgico (LSD) NPC (PCP) Mescalina	Alucinantes visuales, distorsiones de percepción, experiencias psicóticas.

Tabaco y Alcohol: Drogas que se consumen en la Preparatoria Popular de la SSC.

A través de la implementación del Curso-Taller “Salud Psicosocial –Adicciones-”, nos percatamos de que las drogas más populares y que son consumidas por los alumnos de la Preparatoria que asisten al Curso son el Tabaco y el Alcohol.

Tabaco

Quizás el mayor problema a la hora de evaluar el consumo de tabaco en la Preparatoria, no sea la sustancia en sí, sino la concepción que por diferentes causas se tienen sobre de ella y que supone no se le valore con la suficiente gravedad en cuanto a peligrosidad y posibles consecuencias.

La forma más habitual de consumir tabaco son los cigarros. El tabaco como tal es una planta, que para llegar al estado en el que le conocemos, pasa por diferentes procesos:

Una vez recolectada la hoja de tabaco, es secada o curada, después fermentada y, posteriormente, añejada. Entre los componentes del trabajo merecen ser destacados tres por su mayor presencia y toxicidad:

- Alquitrán y fenol.
- Monóxido de carbono.
- Nicotina.

Estas sustancias se encuentran presentes en la del tabaco y en el humo que se produce al fumarlo.

- **Alquitrán y fenol.** El alquitrán es uno de los principales componentes sólidos del cigarro, es considerado como el más importante productor de efectos cancerígenos sobre el organismo. Los fenoles, al parecer, activan las células cancerosas hasta el momento inactivadas.

- **Monóxido de carbono.** Es el gas producido en la combustión del tabaco y el papel del cigarro, al combinarse con la hemoglobina de la sangre forma una sustancia (carbohexihemoglobina) que provoca una menor oxigenación de los tejidos. Es responsable de la producción de arterioesclerosis y lesiones sobre el sistema circulatorio, pérdida de memoria, dificultades de concentración y embotamiento cerebral.
- **Nicotina.** Esta contenida en la planta del tabaco. En estado puro es una sustancia muy tóxica. La cantidad de nicotina contenida en un paquete de cigarrillos es suficiente para matar a una persona si se la administrásemos de golpe. De esa cantidad parte se destruye en la combustión y parte es eliminada por el organismo.

Su acción es estimulante de alta potencia y rapidez, su importancia radica en ser la causante de la dependencia física y psíquica y del efecto tolerancia. Su falta produce Síndrome de Abstinencia.

Alcohol

El carácter pandémico del alcohol al igual que el del tabaco se debe a que en nuestra sociedad es una mercancía en cuyo proceso de producción, distribución y consumo, se mueven cantidades enormes de dinero.

El Alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3 \cdot \text{CH}_2 \text{OH}$) es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, e hidrosoluble. Se obtiene por fermentación anaerobia de los hidratos de carbono. Aunque es una droga legal, institucionalizada, presenta un enorme poder adictivo, genera dependencia física y psíquica, siendo en este sentido una de las drogas más duras que conocemos.

- ◆ **Alcoholismo** la OMS lo define así: “Un estado psíquico y habitualmente físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen en compulsión por tomar alcohol de manera continua y periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos, algunas veces para evitar molestias producidas por ausencia, pudiendo estar presente o no la tolerancia”

Capítulo 6

Metodología

Capítulo 6

Metodología

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación pretende detectar los aspectos psicosociales que conllevan a la drogadicción en los alumnos de la Preparatoria Popular de SSC, sus determinantes, la forma como estos se desarrollan y evolucionan en los diferentes medios sociales (familia, escuela, trabajo), así como los elementos que tienden a disminuirla, en este sentido las preguntas planteadas son las siguientes:

¿Es el contexto familiar (endogrupo) generador de adicciones? O bien ¿Es la Comunidad (exogrupo) la generadora de adicciones? ¿Existe una relación entre estrés-apoyo y redes sociales en el incremento o decremento en el consumo de drogas? ¿Qué papel juegan las actitudes en el incremento o decremento del consumo de drogas?

El éxito de la investigación dependerá en gran medida del apoyo y la colaboración de los alumnos de la Preparatoria Popular, debido principalmente a que serán ellos los beneficiados de esta investigación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es exploratoria, sin embargo, resulta inapelable el hecho de que se aproxime a ser del tipo descriptivo en la inteligencia de los objetivos planteados. En este sentido la investigación es Intervención Social en su nivel 2, esto es, de Orientación, de tal suerte que con la implementación del Curso-Taller se espera producir un cambio específico. Aunado a esto la metodología bajo la cual se trabajará, la de Acción Participativa, cuyas características permiten una mayor interacción con la Comunidad.

HIPOTESIS

- Los estímulos estresores no son los mismos para las mujeres que para los hombres.
- El consumo de tabaco y alcohol son mecanismos de afrontamiento al estrés.
- Que el apoyo social y el estrés son determinantes psicosociales del proceso salud-enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Reducción y prevención de comportamientos de riesgo que generen adicciones, y promoción de comportamientos saludables en alumnos de la Preparatoria Iztapalapa de la SSC.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar que tipo de sustancias tóxicas son consumidas en la Preparatoria Popular.
- Identificar factores psicosociales que contribuyen a la reducción de las adicciones.
- Conocer las actitudes de las personas que son vulnerables a estos problemas.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTO METODOLOGICO

Con la Escuela Preparatoria Iztapalapa se ideó trabajar mediante un curso –taller el cual estaría formado por un número ilimitado de personas debido a las múltiples ocupaciones de los jóvenes estudiantes.

Los temas a tratar se centrarían en aspectos de la vida de cada uno de los jóvenes en particular en aquellas esferas que tuvieran un riesgo de salud, esto es, abordar información que tuviera que ver con conductas saludables, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esta información retomaría información como: Estrés, Personalidad, Apoyo Social, Redes Sociales, Sexualidad y Valores entre otros temas.

La primera fase de intervención en dicha preparatoria fue la aplicación de un cuestionario para la “medición de riesgo en Cáncer y enfermedades crónicas” este cuestionario tuvo la finalidad de que los jóvenes tuvieran conocimiento y conciencia de su estado general de salud, resaltando áreas específicas de sí mismo, de su entorno, situación histórica y familiar. Este instrumento fue aplicado a 21 estudiantes cuyas edades fluctúan entre los 16 y 22 años de edad.

Este primer cuestionario estuvo dividido en 10 secciones que abarcan la situación integral del individuo:

1. - CONDICION FÍSICA
2. - HISTORIA FAMILIAR
3. - AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO
4. - HABITOS ALIMENTICIOS
5. - CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS
6. - ACCIDENTES
7. - VALORES DE LA VIDA, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL
8. - ESTRÉS Y APOYO SOCIAL
9. - MEDIO AMBIENTE
10. - SEXUALIDAD

El primer instrumento arrojó datos muy interesantes los cuales se analizaron, sin embargo se decidió profundizar aún más en aquellos factores que tuvieran más relación con el tema de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas por ende el tema con nos compete.

Se aplicó una segunda evaluación para tener un mayor número de herramientas complementarias a la sección número 5 – consumo de alcohol, tabaco y otras drogas - del primer instrumento aplicado a los integrantes del taller.

Este segundo cuestionario – cuestionario de actitud hacia el tabaco y el alcohol - pudo resaltar y ratificar los datos obtenidos del diagnóstico de medición de Cáncer y otras enfermedades crónicas y corroboran la validez de la información antes obtenida.

Por último, se empleó una tercera herramienta cuyo objetivo fue conocer las actitudes que tiene las preparatorias con respecto a tres temas - importantes para la investigación - el primero de ellos fue el del Estrés, posteriormente sobre el Apoyo Social y finalmente con las adicciones y las drogas. Hay que mencionar que este último instrumento - Diferencial semántico - fue estructurado de tal manera que los jóvenes nos dieran las palabras claves para su implementación. Para la realización de este instrumento fue necesario de la ayuda de 10 chicos de la misma preparatoria sin que fueran estos integrantes del mismo taller

Finalmente, cada intervención evaluativa tuvo tiempos distintos así como también grupos heterogéneos, es decir, que en ocasiones los tiempos eran fijados por los mismos estudiantes esto debido a sus diversas actividades académicas además por la incompatibilidad de horarios de reunión grupal, en ocasiones se contó con un grupo no mayor de 10 personas y en otras no menos de 17, además de los distintos estados de ánimo de los jóvenes en cada sesión.

TIEMPOS DE APLICACIÓN INSTRUMENTAL: En cuanto a tiempos se refiere el primer cuestionario tuvo que ser aplicado en dos sesiones de 90 minutos pues el grupo no estaba totalmente conformado. A partir de esto, pudimos obtener las temáticas a tratar en el curso-taller.

El taller denominado “ las determinantes psicosociales y las adicciones “ tuvo una duración de 40 horas y fue llevado a cabo durante los meses de Noviembre de 1998 a Febrero de 1999, las sesiones fluctuaban entre los 60 y los 120 minutos.

El segundo cuestionario tuvo una duración de 30 minutos y fue aplicado en tiempo fuera de sección.

Por último, el diferencial semántico se llevó a cabo en dos partes: la primera de ellas fue durante la entrevista a 10 sujetos para la recolección de palabras claves y estructuración de dicho instrumento; la segunda fase fue la aplicación de este mismo la cual duró dos sesiones y por último el análisis de los resultados que se obtuvieron de su aplicación.

INSTRUMENTOS:

1. Cuestionario de carácter socio-económico.

Este cuestionario tenía como fin detectar si el nivel socio-económico influye en el consumo de alcohol y tabaco, así como en la generación de estrés y sus mecanismos de afrontamiento. Este cuestionario se administró tanto a alumnos de 2do. Semestre como a los de 3er. Semestre, con una duración máxima de 20 minutos.

2.-Prueba de estrés y apoyo social.

Estas pruebas se administraron con la finalidad de medir el estrés y el apoyo social con que contaban los jóvenes. Tiempo de respuesta 20 minutos.

3.-Cuestionario de actitud hacia el alcohol y tabaco

Estos cuestionarios se administraron para detectar la actitud que manifiestan los jóvenes hacia el consumo de alcohol y tabaco. Tiempo de respuesta 15 minutos.

4.-Aplicación de Diferencial Semántico de Osgood para identificar factores estresantes y concepto vinculados al Apoyo Social y Drogas.

Esta prueba se administró a los jóvenes para identificar los conceptos que asociaban con el apoyo social, estrés y drogas. Tiempo de respuesta 30 minutos.

POBLACION Y MUESTRA

POBLACION:

Nuestra población comprende a todos los estudiantes de la Preparatoria Iztapalapa SSC, que cursan 2º y 3er. Semestre del turno matutino.

MUESTRA:

Se seleccionó una muestra no probabilística de estudiantes que por diversas razones presentan algunas de las siguientes características:

- 1) Jóvenes que están expuestos a algún tipo de droga -alcohol y tabaco principalmente-.
- 2) Jóvenes cuyas edades fluctúen entre los 16 y los 24 años.
- 3) Jóvenes que les interesa conocer temas que tienen relación con la promoción de conductas saludables.

PROCEDIMIENTO:

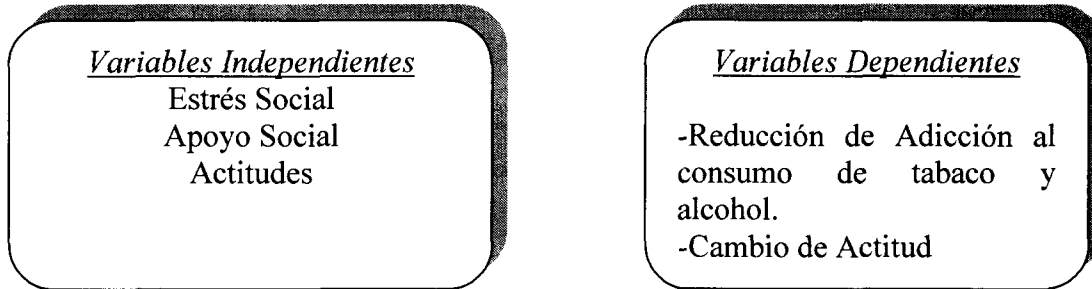
Se llevó a cabo la invitación a participar en el Curso-Taller “Salud Psicosocial (Adicciones)” a los alumnos de la Preparatoria Popular de SSC.

Una vez integrado el grupo se procedió de la siguiente manera:

- Presentación de Objetivos que se pretenden alcanzar al finalizar el Curso-Taller.
- Exposición de los siguientes temas: Salud, Hombre como unidad Biopsicosocial, Adicciones y Sexualidad.
- Aplicación del cuestionario socio-económico, con el objeto de ver si son elementos que están influyendo en el tipo de respuesta.
- Aplicación de la prueba de estrés y apoyo social con la cual se evaluará el grado de implicación de los factores psicosociales en los participantes.
- Aplicación de cuestionario sobre alcohol y tabaco el cual pretende medir la actitud hacia estas drogas.
- Retroalimentación.
- Experiencias vivenciales.

- Ejercicios estructurados.
- Sociodrama.

VARIABLES



El Estrés Social será operacionalizado como los recursos o habilidades con los que cuenta una persona para resolver una situación estresante en un contexto social dado; en este sentido el Apoyo Social y las Redes Sociales se manejarán como elementos claves en el manejo y control del consumo de tabaco y alcohol en los jóvenes que integran el grupo muestral, la tres variables independientes serán manipuladas mediante un nivel de información psicosociológica.

Capítulo 7

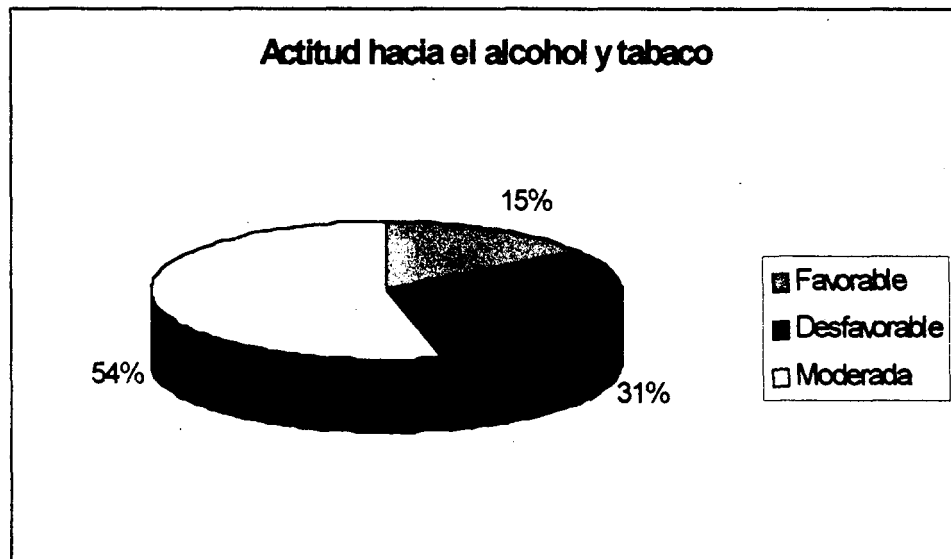
Sistematización de datos y resultados

Capítulo 7

Sistematización de datos y resultados

Después de la aplicación de los instrumentos los resultados se ordenaron por relevancia de la siguiente manera:

Como puede observarse, en la gráfica 1.1 de un total de 13 personas (100%) 2 de éstas tienen una actitud favorable y/o positiva hacia las drogas –alcohol y tabaco- llegando a formar el 15.4% del total; el 30.8% tiene una actitud desfavorable es decir, 4 personas, tienen conciencia que el consumo puede dañarles y por último el 53.8% del grupo restante tiene una actitud moderada en total 7 personas.



Gráfica 1.1

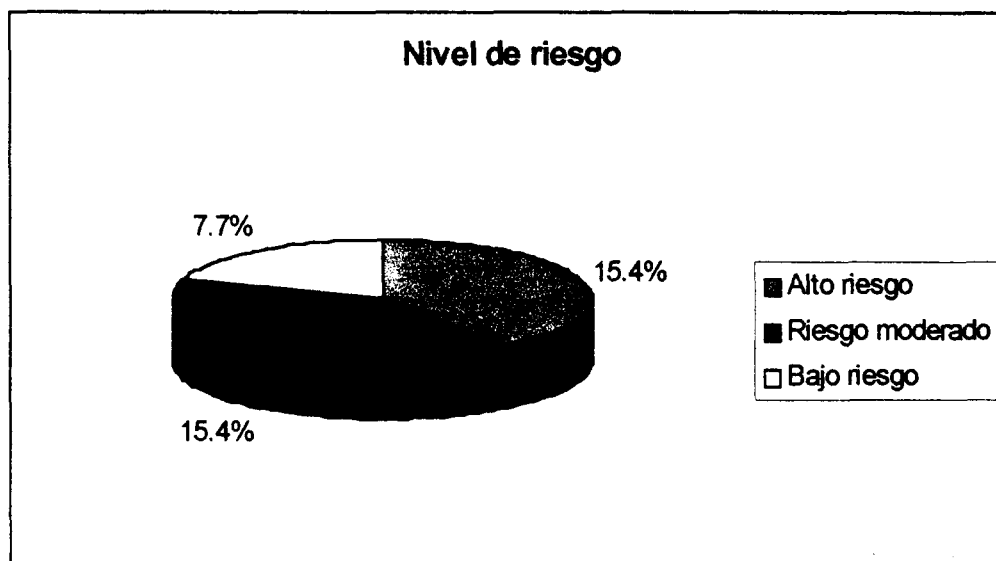
En la gráfica 1.2 que hace referencia al nivel de riesgo, se observan datos muy importantes: Primeramente hay que hacer mención que para obtener este nivel de riesgo fue indispensable hacer la conjugación de dos factores preponderantes en esta investigación: Apoyo Social y Estrés, tomando en cuenta que el apoyo social esta dividido en tres dimensiones:

- a) Alto
- b) Moderado

c) Bajo

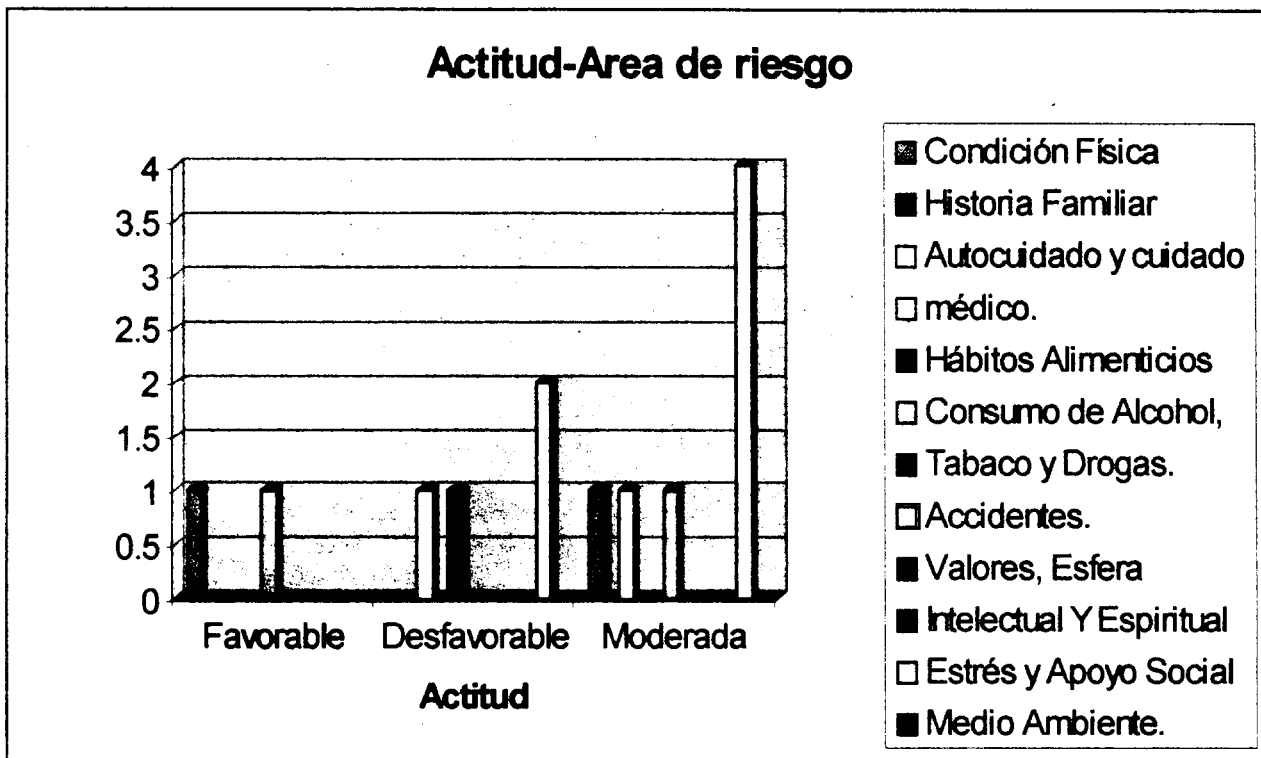
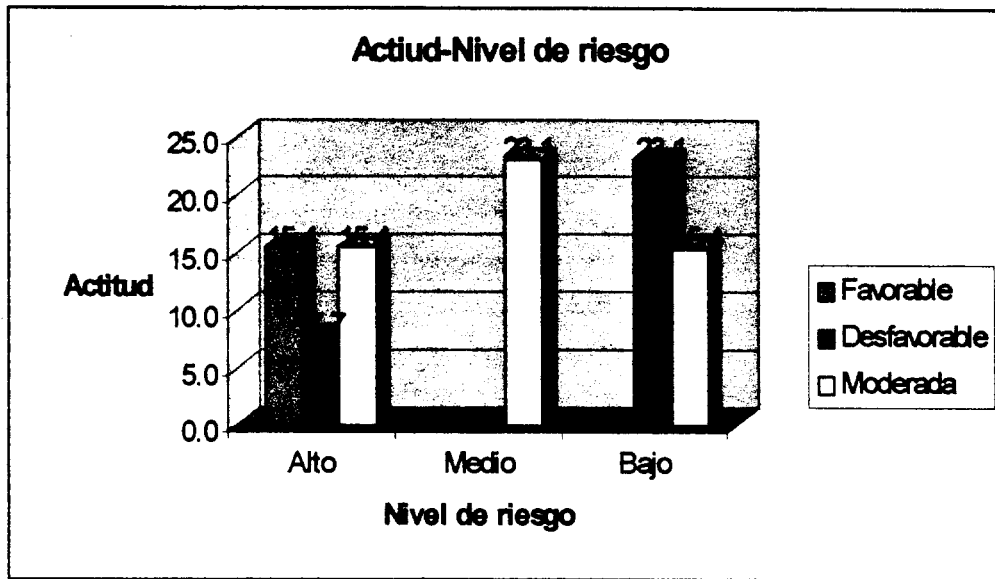
Lo mismo sucede con el estrés que esta dividido en las mismas dimensiones.

Se presentaron dos casos de alto apoyo social, ocho de apoyo moderado y tres más de bajo apoyo social, en estrés se presentan cinco casos de alto estrés, tres casos de estrés moderado y cinco de bajo estrés.



Gráfica 1.2

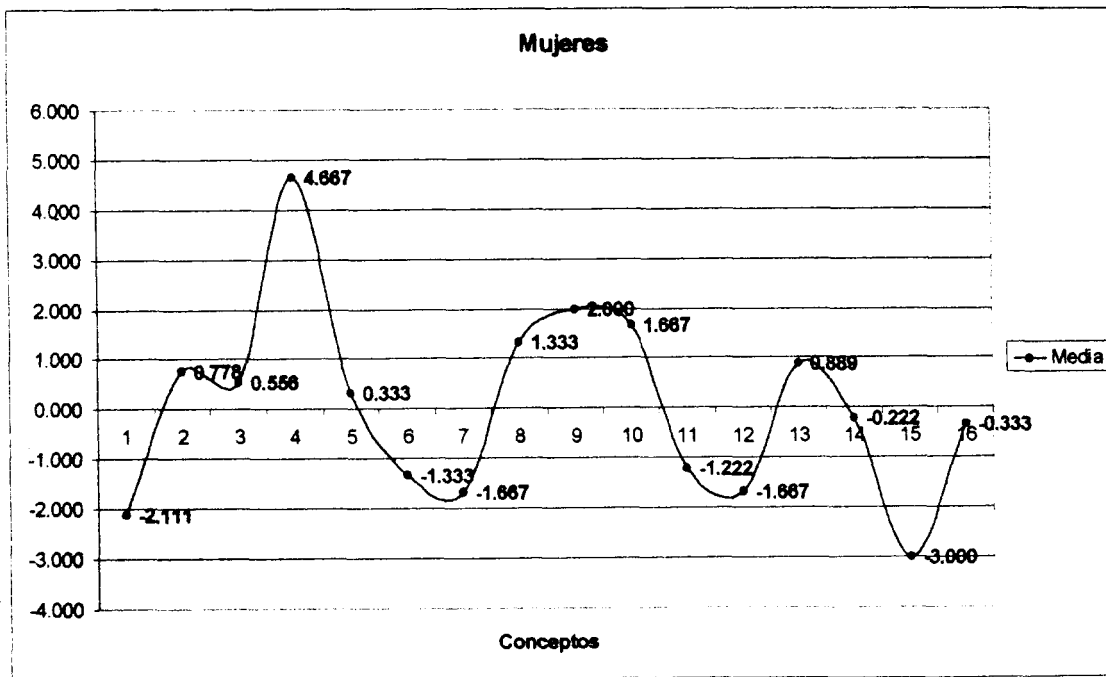
Los datos que se observan en la gráfica 1.3 correspondientes a la actitud y el nivel de riesgo arrojan lo siguiente: el 15.4% de las personas con una actitud favorable hacia el consumo de tabaco y alcohol se encuentran en alto nivel de riesgo para la salud; así mismo el 7.7% de las personas con una actitud desfavorable se encuentran en un alto riesgo para la salud; un 15.4% más formado por las personas con una actitud moderada se encuentran también en alto riesgo. El 23.4% se encuentran en un nivel de riesgo medio con una actitud moderada y por último un 23.4% y 15.4% se encuentran en bajo nivel de riesgo con una actitud desfavorable y moderada respectivamente.



El eje de las x indica la actitud hacia el consumo de tabaco y alcohol las barras indican el número de personas que se encuentran en esa actitud y el color de las barras indican el área de riesgo en el que se encuentran

Por otra parte los resultados obtenidos al aplicar el diferencial semántico son los siguientes:

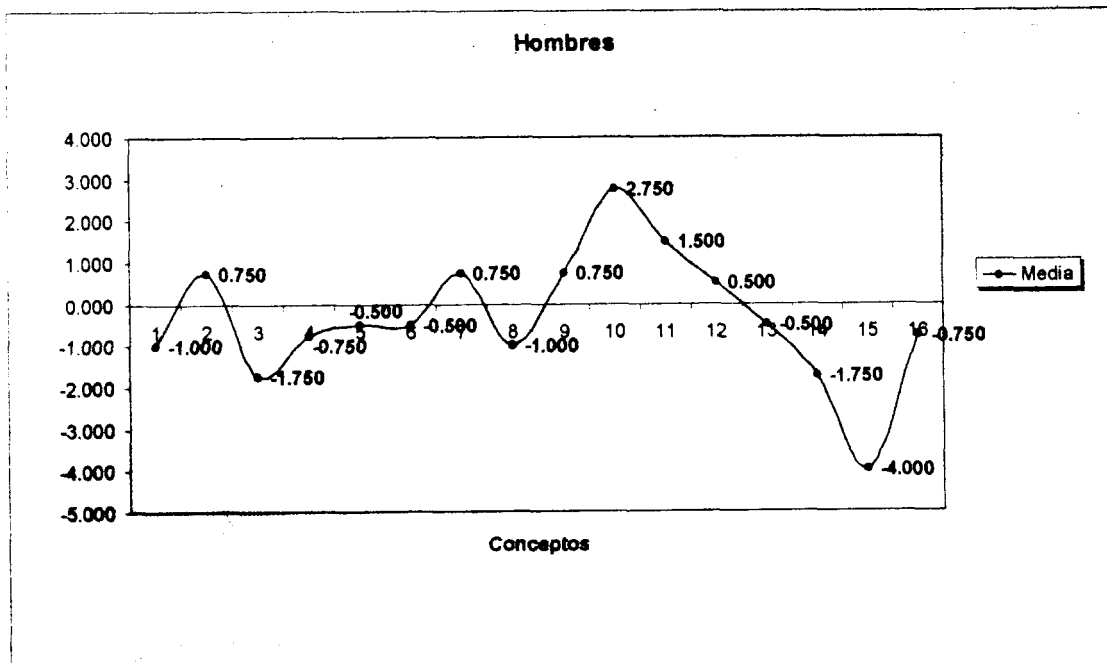
Conceptos asociados al Estrés



CONCEPTOS EMPLEADOS EN LA APLICACIÓN DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

1. Desesperación
2. Cansancio
3. Nerviosismo
4. Aburrimiento
5. Depresión
6. Calle
7. Enfermedad
8. Trabajo
9. Dolor
10. Control
11. Escuela
12. Mal humor
13. Nostalgia
14. Salud
15. Familia
16. Relajación

NOTA: EL MISMO INSTRUMENTO FUE APLICADO TANTO A HOMBRES COMO A MUJERES



Los conceptos a los que fueron expuesto son, para el caso del estrés los siguientes:

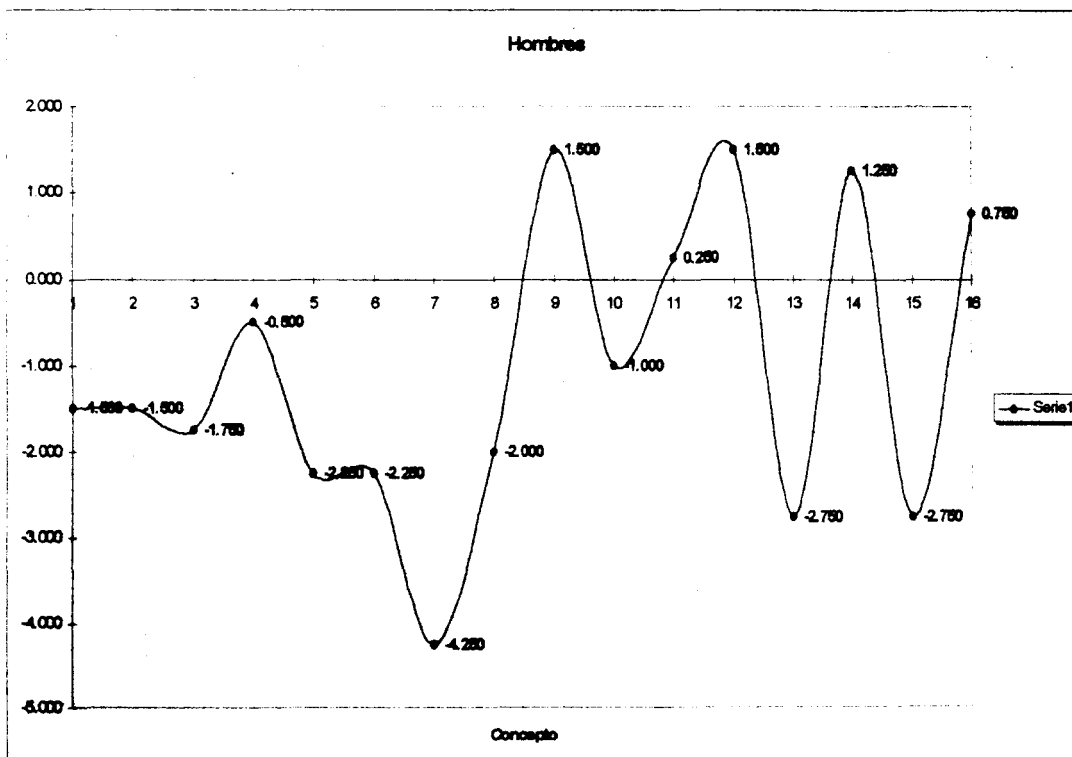
Desesperación, cansancio, nerviosismo, aburrimiento, depresión, calle, enfermedad, trabajo, dolor, control, escuela, mal humor, nostalgia, salud, familia y relajación.

Los conceptos que se asocian significativamente al estrés en el caso de los hombres son en orden de relevancia: el control, entendido como el control que se ejerce en ellos en la escuela, casa o trabajo; la escuela, el cansancio, la enfermedad, y el dolor.

Los conceptos que se asocian significativamente al estrés en el caso de las mujeres son en orden de relevancia: el aburrimiento, el dolor, el control entendido en el mismo sentido de los hombres, y el trabajo.

Por otra parte en relación al apoyo social y drogas los conceptos a los que fueron expuestos son: yo, amistad, respeto, sociabilidad, franqueza autoestima, cariño, café, droga, inseguridad, cigarro, solvente, baile, problemas, comprensión desesperación.

Los conceptos que se asocian significativamente a las drogas en el caso de los hombres son en orden de relevancia: son droga, cigarro, solvente, problemas, desesperación. Al apreciar la gráfica se puede apreciar que en cuanto a nivel de apoyo social se encuentran muy bajos y podría bien ser una explicación al porque de su consumo de alcohol y tabaco.

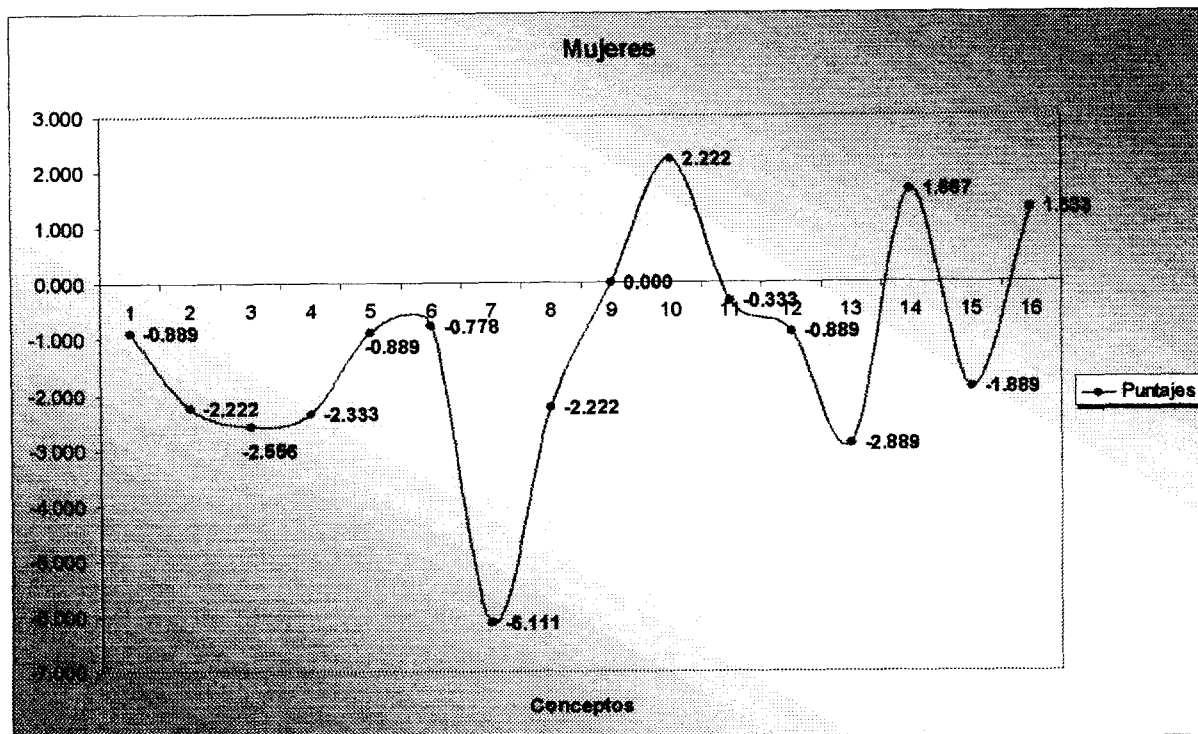


**CONCEPTOS
EMPLEADOS EN
LA APLICACIÓN
DEL
DIFERENCIAL
SEMANTICO**

1. Yo
2. Amistad
3. Respeto
4. Sociabilidad
5. Franqueza
6. Autoestima
7. Cariño
8. Café
9. Droga
10. Inseguridad
11. Cigarro
12. Solvente
13. Baile
14. Problemas
15. Comprensión
16. Desesperación

NOTA: EL MISMO INSTRUMENTO FUE APLICADO TANTO A HOMBRES COMO A MUJERES

Los conceptos que se asocian significativamente a las drogas en el caso de las mujeres son en orden de relevancia: inseguridad, problemas, desesperación, esto da cuenta de que las mujeres de esta muestra no cuentan con los mecanismos de afrontamiento apropiados o, tal vez, esa sea la manera como hacen frente a sus problemas cotidianos y a situaciones estresantes.



Como muestran las gráficas anteriores los conceptos que corresponden al apoyo social y las drogas, tanto en hombres como en mujeres pueden considerarse heterogéneos y concatenantes, a la vez que significativos de sobremanera aquellos que corresponden a los conceptos de *cariño*, por un lado los jóvenes observan un puntaje de -4.250 mientras que las damas tienen -6.111 , lo cual demuestra que en este rubro tanto hombres como mujeres podrían estar necesitados de ese cariño de las demás personas en mayor medida las mujeres quienes tienen un puntaje exageradamente menor al de los hombres por una diferencia de -1.861 puntos, la comprensión muestra también un puntaje negativo en los hombres siendo

este de -2.750 mientras que las mujeres tienen un -1.889 siendo de esta manera mayor al de los varones hasta por un -0.861 arriba de ellos obviamente. La *franqueza* y la *autoestima* también pueden ser significativos para los dos grupos sin embargo los varones tienen más marcado la carencia de estos conceptos (-2.250, -2.250) aún muy por debajo de las mujeres (-0.889, -0.778) pero no por ello los demás se libran de tener una baja autoestima y franqueza.

El *respeto* se puede observar que es mayor en los jóvenes los cuales tienen un porcentaje de -1.750, las mujeres por su lado es más baja llegando hasta -2.556.

Con ello podemos comprobar que los rubros que pueden tener mayor relevancia tanto en hombres como en mujeres podrían ser:

- baja autoestima
- necesidad de cariño
- mayor comprensión
- mayor respeto y amistad
- aumento en la seguridad
- exceso de desesperación

De esta manera los jóvenes pueden caer en las drogas pues son vistas como un punto de escape a los problemas personales y/o grupales, así las gráficas nos reflejan los siguientes datos: los hombres consumen drogas marcando un puntaje de 1.250, las mujeres 1.667, el espejo de su desesperación vista en puntajes nos dice que los varones lo reflejan en un 0.750 y las mujeres en 1.333.

¿ Qué significa esto? Según la teoría del Apoyo Social y con respecto a los datos obtenidos:

“ El apoyo social que las personas perciben es más eficaz que el apoyo real o demostrado” esto es, el apoyo social al ser negativo o mejor dicho inexistente genera en las conductas de los jóvenes una reducción en los efectos colaterales en la autoestima del mismo, disminuye los mecanismos de afrontamiento, a la vez que centrifuga y orilla a las conductas de riesgo

Conclusiones

El resultado que arrojó esta investigación tuvo muchas cosas sobresalientes y con ello descubrimientos notables dentro de la misma. El Apoyo Social al igual que las redes sociales son elementos inherentes a todas las personas, absolutamente nadie puede pasar desapercibida inclusive no va a importar que las personas tengan un buen equipamiento urbano o no –verbigracia SMT- además de que estos dos elementos son creados por uno mismo dado y recibido de ellos.

Los jóvenes de la preparatoria de Iztapalapa nos demuestran que aunque en muchos casos y muy particulares de cada joven, cada grupo y subgrupo, crea, recrea y mantiene una serie de mecanismos de afrontamiento ante situaciones de desesperación, malas relaciones e interacciones intra o exgrupales generadoras de un estrés desmedido, visualizado y percibido de forma negativa por los chicos, no importándoles demasiado esto, forman un círculo positivo como barrera ante dicho fenómeno aunque hay que mencionar no logran controlar positivamente algunas situaciones como: la depresión, nerviosismo, baja autoestima; creen así evitarlo por medio de las drogas y otras sustancias nocivas adquiriendo así conductas de riesgo que merman su salud personal y/o grupal y con ello aumentando las posibilidades de encontrar algún tipo de enfermedad crónica.

Además, la familia siempre ha reflejado ser uno de los principales factores de apoyo social recomendado para controlar algunos problemas sociales o psicosociales, pero principalmente en aspectos de tipo salutogénico, y sin embargo, en esta ocasión fue totalmente inverso, pues resultó ser negativa en la mayoría de los integrantes del grupo.

Por tal motivo y viendo los resultados obtenidos durante la investigación sugerimos a toda persona que lea este documento tomar muy en cuenta factores que durante mucho tiempo han permanecido olvidados y/o limitados, sobre todo que se familiaricen con conceptos como el apoyo social, redes sociales, estrés social, etc., entre otros tantos, pues por medio de estos se pueden evitar una gran diversidad de problemas sociales como la drogadicción, e intervenir en la resolución satisfactoria de estos mismos, pues estos son los determinantes sucesores en la corrección de las desviaciones y errores sociales.

De acuerdo con los datos presentados anteriormente tenemos lo siguiente:

- No necesariamente el consumo de tabaco y alcohol conllevan a un nivel de riesgo alto.

- Es el contexto aunado al apoyo social y estrés lo que lleva a los jóvenes a consumir tabaco y alcohol; algunas veces como mecanismos reguladores del estrés.
- La aceptación y presión del endogrupo es un factor que propicia el consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes algunas veces es situacional y otras por el placer de ser.
- Las condiciones descritas definidas como propias de la actual modernidad, posmodernismo o sobremodernidad, facilitarían el predominio del acto por sobre el pensar y por sobre la importancia de la palabra, ubicado el sujeto en un mundo consumista que propicia la adicción en general, y que crea un nuevo lugar para las drogas, diferente al de décadas pasadas, que, como una mercancía más, está regida por las leyes del capitalismo avanzado constituyendo un problema económico y un problema de poder en cuanto a la relación existente entre oferta y demanda.
- Así pues, a un sujeto que está en procura de emblemas identificatorios que harían a su identidad, a su sentimiento de sí, desde lo socio-cultural se le proponen lugares poco claros, se jerarquiza el tener estimulándose el consumo, mientras que respecto del ideal del yo y de los proyectos en cuanto a su propio futuro como adulto la ausencia o debilidad de perspectivas que se plasman en expresiones tales como "la muerte de las utopías", "el fin de la historia", u otras semejantes, lo reenvían a espacios de funcionamiento de satisfacción inmediata en los cuales el ideal se encarna en ídolos que valiéndose de no importa qué recursos pueden acceder a los medios de comunicación masivos. Jóvenes "diosas" o "genios" que, por sus atributos corporales de belleza o de destreza física o por la habilidad como para moverse en ámbitos en los cuales impera el oportunismo o la corrupción, se toman como modelos de identificación para "ser" algo

Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

- Barrón, Ana. Apoyo social, edit. Siglo XXI, México- España.
- Cázares H. Laura. *Et.al.* Técnicas actuales de investigación documental, Ed. Trillas, México 1995.
- Dabas, E. Nora. Red de Redes, Ed. Paidós, Buenos Aires-México.
- Deca-Equipo Pueblo. La Sierra de Santa Catarina, Ed. Equipo Pueblo, México, 1996.
- Grau Abalo, Jorge A. *Et. Al.* Etica, calidad de vida y psicología de la salud, 1997.
- Hernández S., Roberto Metodología de la Investigación, Ed. McGraw Hill, México, 1997.
- Morales, J. Francisco. *Et.al.* Psicología Social, Ed. McGraw Hill, 1997.
- Morris, Charles. Psicología un nuevo Enfoque, Ed. Prentice Hall, México 1997.
- Nutbeam, Don. “Glosario de Promoción de la Salud”, en Promoción de la Salud, Antología, Ed. OPS-México, 1996.
- Perlman, Daniel. Psicología Social, Ed, Interamericana, México 1987.
- Rodríguez Marín, J. “Apoyo Social y Salud” en Psicología Social de la Salud, Ed. Síntesis, España, 1996.
- Schmelkes, Corina Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación, Ed. Harla, México, 1988.
- Alternativas en psicología, - compendio -, AMAPSI, año II, número 5, Junio - Agosto, 1998, pág. 18-29.
- Deutsch & Krauss. Teorías en Psicología Social, Ed. Paidós, México, 1992 pp. 24-43, 163-197.
- Fisher, G. Psicología Social, Conceptos fundamentales, Ed. Narcea, Madrid 1990 pp.11-25
- Sangrador, José Luis, Interacción Humana y Conducta Social, Colección Salvat, Barcelona, 1982 pp.1-80.
- Echabarría, Agustín. Psicología Social Sociocognitiva, Ed. Biblioteca de Psicología de Descleé de Brouwer, Bilbao, 1990 pp. 251-277.
- Moscovici, Serge. Psicología Social II, Pensamiento y vida social, Psicología Social y problemas sociales, Ed. Paidós España, 1993 pp. 495-506

Anexos

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Nivel Socioeconómico: _____

El siguiente cuestionario esta centrado en el uso y contacto con las drogas. Su finalidad es llevar a cabo un diagnóstico y una posible intervención sobre el tema, por lo que la información que nos proporcionen es totalmente confidencial y de suma importancia.

¡Gracias! Por tu colaboración.

1. ¿Sabes que es una droga?
2. ¿Sabes lo que es un adictivo?
3. ¿Consumes algún tipo de droga? ¿Cuál?
4. ¿Conoces algún tipo de droga? ¿Cuál?
5. ¿Consumes café o té? (Por lo menos una vez a la semana)
6. ¿Qué efecto o sensación te produce ?
7. ¿Fumas o has fumado alguna vez tabaco?
8. ¿Qué efecto o sensación te produce?

9. ¿Tomas o has tomado alguna vez alcohol?

10. ¿Qué efecto o sensación te produce?

11. ¿Conoces a alguien de la prepa que consuma alcohol, tabaco o alguna droga?

Marca con una X la opción de tu preferencia.
Por tu colaboración ¡Gracias!

1. Me gusta fumar

- a) Diario
- b) Frecuentemente
- c) A veces
- d) Nunca

2. ¿Cuántos cigarros fumas a la semana?

- a) Más de 10
- b) De 5 a 10
- c) Menos de 5
- d) Ninguno

3. Cuando fumo, lo hago por...

- a) Gusto
- b) Necesidad
- c) Compromiso
- d) No fumo

4. Considero que el cigarro me es...

- a) Muy necesario
- b) Necesario
- c) Poco necesario
- d) Innecesario

Marea con una X la opción de tu preferencia.
Por tu colaboración ¡Gracias!

1. Me gusta tomar

- a) Diario
- b) Frecuentemente
- c) A veces
- d) Nunca

2. ¿Cuántas copas de alcohol ingieres a la semana?

- a) Más de 10
- b) De 5 a 10
- c) Menos de 5
- d) Ninguna

3. Cuando tomo, lo hago por...

- a) Gusto
- b) Necesidad
- c) Compromiso
- d) No tomo

4. Considero que el alcohol me es...

- a) Muy necesario
- b) Necesario
- c) Poco necesario
- d) Innecesario

Apoyo Social

Instrucciones: Marca con una "X" la opción de tu preferencia.

1. La riña que has tenido en la escuela; ¿A cuántas personas se lo cuentas?
 - a) ninguna
 - b) una
 - c) dos o tres
 - d) cuatro o más

2. Los favores como prestar alimentos, herramientas, la tarea, cuidar niños etc: ¿A cuántas personas se los haces?
 - a) ninguna
 - b) una
 - c) dos o tres
 - d) cuatro o más

3. Los amigos o miembros de tu familia que te visitan en tu casa: ¿Con qué frecuencia lo hacen?
 - a) raramente
 - b) una vez al mes
 - c) varias veces al mes
 - d) una vez a la semana o más

4. Tus problemas personales: ¿A cuántos amigos o familiares los cuentas?
 - a) ninguno
 - b) uno o dos
 - c) tres a cinco
 - d) seis o más

5. El participar en grupos sociales de tu comunidad o en deportes: ¿Con qué frecuencia lo haces?
 - a) raramente
 - b) una vez al mes
 - c) varias veces al mes
 - d) una vez a la semana o más

¡Gracias! Por tu colaboración

Estrés

Instrucciones: Marca con una "X" aquellos acontecimientos que hayas experimentado o te hayan preocupado en los últimos doce meses.

¡Gracias! Por tu colaboración

- 1. Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad.
- 2. Problemas emocionales con las drogas o el alcohol.
- 3. Matrimonio.
- 4. Muerte de un familiar o amigo íntimo.
- 5. Problemas con tus amigos o vecinos.
- 6. Exámenes.
- 7. Aborto.
- 8. Dificultades sexuales.
- 9. Situación de violencia física.
- 10. Problema legal grave.
- 11. Complicación en alguna pelea.
- 12. Pérdida de trabajo o retiro laboral.
- 13. Compra o venta de alguna casa o departamento.
- 14. Ascenso en el trabajo o en el sueldo.
- 15. Problemas con compañeros de trabajo.
- 16. Problemas con tu jefe.
- 17. Muerte de tu cónyuge (marido o mujer).
- 18. Divorcio.
- 19. Separación o reconciliación.
- 20. Discusiones familiares o problemas con la familia política.
- 21. Ida o retorno de tus hijos o familiares.
- 22. Parientes que se han trasladado a vivir a tu casa.
- 23. Embarazo o nacimiento en la familia.
- 24. Traslado a una nueva casa.
- 25. Dificultad en la educación de tus hijos o hermanos.
- 26. Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia.
- 27. Pérdida del empleo de quien sostiene el gasto familiar.

DIAGNÓSTICO PARA LA MEDICIÓN DE RIESGOS Y ENFERMEDADES

Lugar de aplicación: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Nivel de escolaridad: _____

El presente cuestionario está diseñado para aumentar su conocimiento y su conciencia de su estado general de salud y para resaltar áreas potenciales de preocupación, sobre todo en riesgos y enfermedades. Le muestra las áreas de su estilo de vida donde usted tiene hábitos saludables y donde debe mejorarlos. Ud. debe mantener en mente que, aunque hay riesgos para la salud asociados con la edad, el sexo y la herencia que están fuera de su control, hay muchos otros que sí pueden modificar o controlar, tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol, el uso de tabaco etcétera.

SECCIÓN 1. CONDICIÓN FÍSICA.

1.	Hace usted ejercicio a juega algún deporte durante, al menos treinta minutos, tres o más veces a la semana?	SI	NO
2.	Hace usted ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes y después de hacer ejercicios?	SI	NO
3.	Tiene usted el peso adecuado para su estatura y sexo?	SI	NO
4.	En general, está usted satisfecho con su condición física?	SI	NO
5.	Está usted satisfecho con su actual nivel de energía?	SI	NO
6.	Usa usted las escaleras, en lugar de los elevadores, cada vez que sea posible?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 2. HISTORIA FAMILIAR.

Tiene usted un abuelo, padre, tío/a, hermano/a que:

1.	Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad?	NO	SI
2.	Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento?	NO	SI
3.	Haya desarrollado diabetes?	NO	SI
4.	Haya desarrollado glaucoma?	NO	SI
5.	Haya desarrollado gota?	NO	SI
6.	Haya desarrollado cáncer de mama?	NO	SI

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO.

1.	Se lava usted los dientes diariamente?	SI	NO
2.	Se efectúa usted un chequeo dental, por lo menos, una vez al año?	SI	NO
3.	Usa usted bronceadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol?	SI	NO
4.	PARA MUJERES: Se examina usted las mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SI	NO
5.	PARA HOMBRES: Se examina usted los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SI	NO
6.	Sabe usted usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidente?	SI	NO
7.	Evita usted los rayos X innecesarios?	SI	NO
8.	Duerme usted lo suficiente normalmente?	SI	NO
9.	Se ha medido su presión sanguínea en el último año?	SI	NO
10.	PARA MUJERES: Se ha hecho una prueba citológica en los dos últimos años?	SI	NO

11.	Si usted es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de glaucoma en los últimos cuatro años?	SI	NO
12.	Si usted es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de sangre oculta en las heces durante los dos últimos años? Si es mayor de 50: se lo ha hecho durante el último año?	SI	NO
13.	Si usted es mayor de 50: se ha hecho, por lo menos, un examen endoscópico del intestino grueso?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 4. HÁBITOS ALIMENTICIOS.

1.	Bebe usted suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido?	SI	NO
2.	Tiene usted alimentos especiales o favoritos?	NO	SI
3.	Le añade usted sal a las comidas?	NO	SI
4.	Mantiene usted en un mínimo su consumo de productos dulces especialmente de caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos	SI	NO
5.	Está su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y fuentes adecuadas de proteína?	SI	NO
6.	Limita usted su consumo de grasas saturadas (mantequilla, queso crema, carnes grasosa)?	SI	NO
7.	Limita usted su consumo de colesterol (huevos, hígado, carnes)?	SI	NO
8.	Come usted pescado y aves más frecuentemente que carnes rojas?	SI	NO
9.	Come usted alimentos altos en fibra, varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 5. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS.

1.	Fuma usted cigarrillos, tabaco, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas?	NO	SI
2.	Se limita usted a consumir a lo sumo dos tragos al día?	SI	NO
3.	Ha oído usted críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de su consumo de alguna otra droga?	NO	SI
4.	La ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el efecto del alcohol o de otra droga?	NO	SI
5.	Consumo usted alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	NO	SI
6.	Lee usted y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o autoindicado?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 6. ACCIDENTES.

1.	Maneja usted bajo efectos de alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del alcohol u otras drogas?	NO	SI
2.	Observa usted las reglas de tránsito?	SI	NO
3.	Opera usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos del alcohol u otras drogas?	SI	NO
4.	Observa usted las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo?	SI	NO
5.	Fuma usted en la cama?	NO	SI
6.	Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de limpieza, tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas?	SI	NO
7.	Se asegura usted de cerrar las llaves de gas o de mantener siempre las precauciones con los combustibles que utiliza para su cocina?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 7. VALORES DE LA VIDA. ESFERA ESPIRITUAL E INTELECTUAL.

1.	Se interesa usted por eventos relacionados con la vida política y social?	SI	NO
2.	Se siente usted satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y entretenimientos?	SI	NO
3.	Es usted creativo o disfruta con las actividades que realiza?	SI	NO
4.	Se siente usted satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones?	SI	NO

5.	Se siente usted satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores y motivaciones?	SI	NO
6.	Tiene usted dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas diferentes a usted?	NO	SI
7.	Esta usted satisfecho con su vida espiritual?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 8. ESTRES Y APOYO SOCIAL.

1.	Se siente usted satisfecho con la cantidad de estímulos en su vida?	SI	NO
2.	Es fácil para usted reirse?	SI	NO
3.	Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?	NO	SI
4.	Puede usted tomar desiciones con un mínimo de atención y frustración?	SI	NO
5.	Incluye usted en su rutina diaria un tiempo para relajarse?	SI	NO
6.	Se prepara usted para eventos desagradables que puedan producirle estres?	SI	NO
7.	Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en el trabajo en el pasado reciente?	NO	SI
8.	Ha tenido usted algúb familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos?	NO	SI
9.	Tiene usted sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho?	NO	SI
10.	Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estres o algún incidente en el pasado reciente?	NO	SI
11.	Puede dormir frecuentemente sin despertarse en toda la noche?	SI	NO
12.	Se despierta usted descansado?	SI	NO
13.	Tiene usted una o más personas con las que pueda conversar problemas íntimos y personales?	SI	NO
14.	Se siente usted respetado y admirado por los demás?	SI	NO
15.	Tiene usted alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuera necesario?	SI	NO
16.	Está usted satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 9. MEDIO AMBIENTE.

1.	Vive o trabaja en un medio ambiente de contaminación de aire y ruido?	NO	SI
2.	Está usted expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras toxinas?	NO	SI
3.	Ha extrañado usted su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente nostalgia por regresar a él?		
4.	Permanece sentado por períodos de una hora o más tiempo?	NO	SI
5.	Se siente usted satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividaes de trabajo?	SI	NO
6.	Cree usted que recibe justa y adecuadamente el reconocimiento por las actividaes que realiza?	SI	NO
7.	Está usted satisfecho con la flexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN 10. SEXUALIDAD.

1.	Está usted satisfecho con su actividad sexual?	SI	NO
2.	Está usted usted satisfecho con sus relaciones sexuales?	SI	NO
3.	Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?	SI	NO
4.	Se siente usted satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegida o seguras?	SI	NO

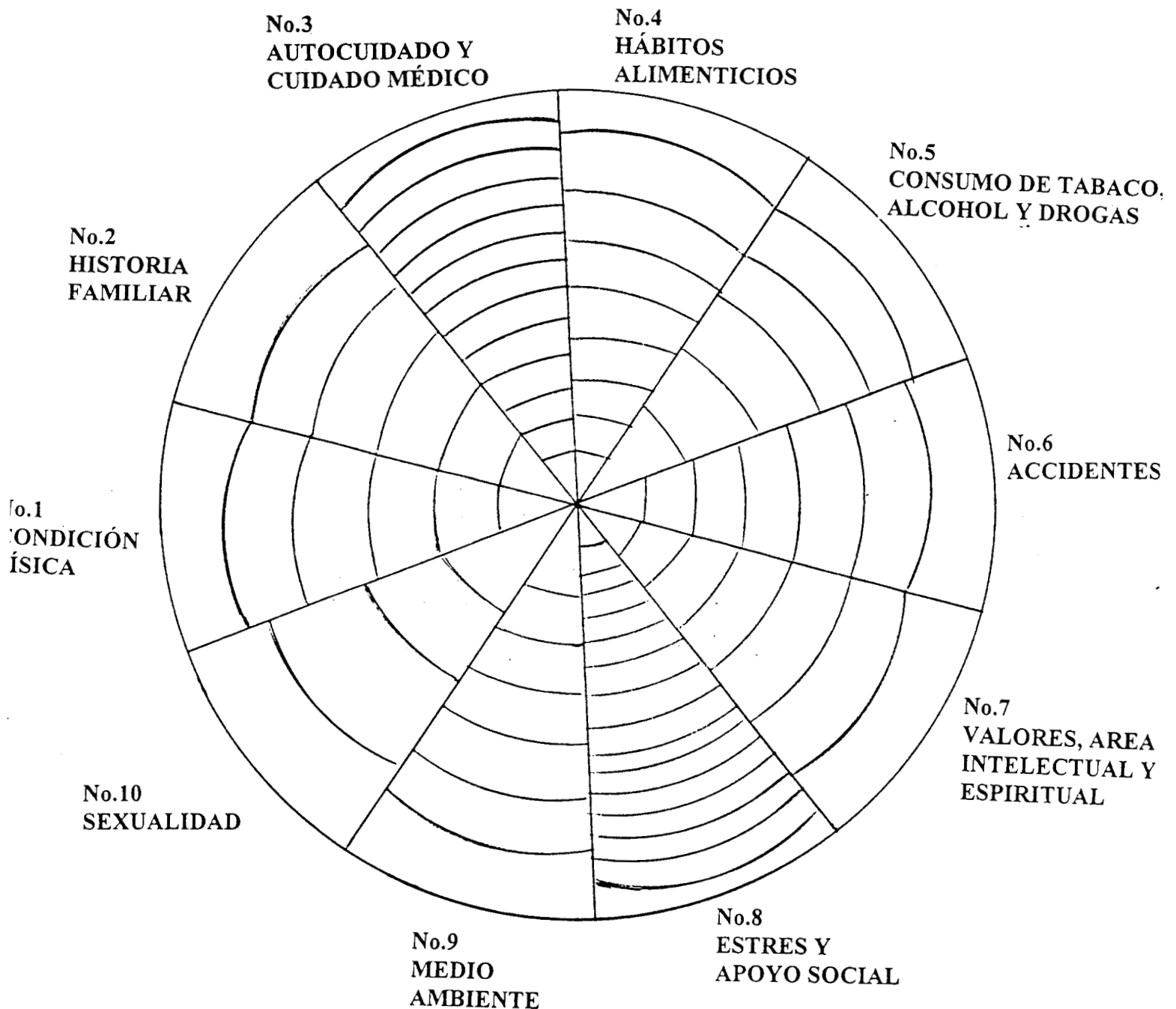
INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

Para cada sección del diagnóstico, escriba en los espacios el número de respuestas que usted marcó en la columna izquierda del mismo.

No. DE LA SECCIÓN	NOMBRE DE LA SECCIÓN	No. DE RESPUESTA EN LA COLUMNA IZQUIERDA
1.	CONDICIÓN FÍSICA	
2.	HISTORIA FAMILIAR	
3.	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	
4.	HÁBITOS ALIMENTICIOS	
5.	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	
6.	ACCIDENTES	
7.	VALORES, ESFERA INTELLECTUAL Y ESPIRITUAL	
8.	ESTRES Y APOYO SOCIAL	
9.	MEDIO AMBIENTE	
10.	SEXUALIDAD	

El gráfico circular que se presenta a continuación, está dividido, según las mismas secciones del diagnóstico. Para cada sección del gráfico, sombree el número de respuestas que se ha anotado antes, yendo desde adentro hacia afuera.



MIENTRAS MAS SOMBREADA SE ENCUENTRE CADA SECCIÓN, ESTO INDICA UN ESTILO DE VIDA MÁS SANO PARA LA MISMA

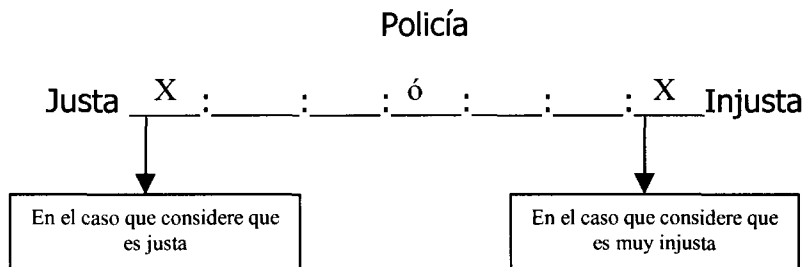
La sección número dos no se aplica a esta forma de interpretación por no tener usted control sobre la historia familiar. Si usted contestó SI a varias de estas preguntas trate de compensar este hecho concentrándose en las áreas sobre las cuáles sí tiene control.

Diferencial Semántico

El propósito de este estudio es medir los significados que tienen diversas personas entorno a las adicciones mediante la evaluación que hagan de estas en términos de una serie de escalas descriptivas. Al contestar este test, tenga a bien hacer sus evaluaciones sobre la base de lo que las adicciones significan para usted, en cada página encontrará una serie de conceptos distintos de evaluar y bajo este un conjunto de escalas. Deberá evaluar el concepto con respecto a cada una de estas escalas, siguiendo el orden.

Ejemplo:

Si siente que la palabra en la parte superior de la nota esta muy relacionado con uno u otro extremo de la escala deberá colocar la cruz del modo siguiente:



¡Gracias por tu colaboración!

Yo

Malo(a)	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Bueno(a)
Eficiente	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Ineficiente
Activo(a)	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Pasivo(a)

Amistad

Mala	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Buena
Necesaria	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Inecesaria
Activa	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Pasiva

Respeto

Inútil	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Valioso
Necesario	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Inecesario
Eficiente	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Ineficiente

Sociabilidad

Mala	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Buena
Necesaria	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Inecesaria
Activa	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Pasiva

Franqueza

Mala	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Buena
Necesaria	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Inecesaria
Activa	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Pasiva

Autoestima

Positiva	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Negativa
Endeble	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Enérgica
Alta	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Baja

Cariño

Necesario	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Inecesario
Suave	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Fuerte
Eficaz	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Ineficaz

Café

Delicioso	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Desagradable
Inecesario	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Necesario
Aviva	___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___	Azonsa

Droga

Deliciosa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Desagradable
Inecesario _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Necesario
Activa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Aplaca

Inseguridad

Buena _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Mala
Insignificativa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Significativa
Tranquilidad _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Actividad

Cigarro

Delicioso _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Desagradable
Inecesario _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Necesario
Activa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Aplaca

Solvente

Bueno _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Malo
Inecesario _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Necesario
Activa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Aplaca

Baile

Agradable _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Desagradable
Inecesario _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Necesario
Candente _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Frio

Problemas

Buenos _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Malos
Insignificantes _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Significativos
Intensos _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Sosegados

Comprensión

Necesario _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Inecesario
Insignificativa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Significativa
Eficaz _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Ineficaz

Desesperación

Frecuente _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Esporádica
Insignificativa _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Significativa
Grave _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Liviana