

**UNIVERSIDAD AUTONOMA
METROPOLITANA**

PLANTEL IZTAPALAPA
Departamento de sociología
Psicología Social

**¿LA AUTOESTIMA ALTA EN ADOLESCENTES, QUE
VIVEN EN UN CONTEXTO DONDE EL CONSUMO Y LA
PROBABILIDAD DE CONSUMIR SON ALTOS (ZONA DE
ALTO RIESGO), FUNCIONA COMO UN FACTOR DE
PROTECCIÓN HACIA EL CONSUMO DE DROGAS?**

**Tesina para obtener el título de
Licenciado en Psicología Social**

Presenta:

Fajardo Chávez Miguel Ángel

Asesor:

Jesús Omar Manjarrez Ibarra

Lector:

Oscar Rodríguez Cerda

ÍNDICE

Introducción	1
CAPITULO I.	
ANTECEDENTES SOCIOCULTURALES	
1.1 El Uso de la droga	2
1.1.2 Uso cultural	2
1.1.3 Uso terapéutico	3
1.1.4 La socialización del consumo de drogas	4
1.2 Prevalencia sobre el consumo de drogas en México	5
1. 2.1 Prevalencia del consumo en el Distrito Federal	7
1.2.2 Prevalencia consumo de drogas en estudiantes de la Delegación	
Gustavo A. Madero	8
1.3 Perfil del consumidor	8
1.4 Principales instituciones sobre el estudio de drogadicción en México	9
1.5 Zonas de alto riesgo	10
1.6 Factores de riesgo y factores de protección	12
1.7 Características de la adolescencia	16
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 El modelo de factores de riesgo/protección	21
2.1.1 Percepción	23
2.2 Autoestima	24
CAPITULO III	
METODO	
3. Planteamiento del problema	27
3.1 Objetivos (primer apartado)	27
3.2 Pregunta de investigación	28
3.3 Variables	30
3.4 Hipótesis	30
3.5 Objetivos (segunda parte)	34
3.6 Pregunta de investigación	34
3.7 Variables	34
3.8 Hipótesis	35
3.9 Definiciones conceptuales y operacionales	35
3.10 Participantes	36
3.11 Instrumento	36
3.12 Procedimiento	37
3.13 Análisis de información	37
3.14 Análisis de resultados	37
CAPITULO IV	
RESULTADOS	
*Primera parte)	
4.1 Análisis estadísticos	39
4.2 Discusión	46
*(Segunda parte)	
4.3 Análisis estadístico	49
4.4 Discusión	51
CAPITULO V	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	52
CAPITULO VI	
INTERVENCIÓN	54

REFERENCIAS

- Aberastury, y Knobel (1992) "La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico". Ed. Paidós. México.
- Bartolomeis F. (1985). "La psicología del adolescente y la educación". Ed. Roca. México D. F.
- Belsasso, G. (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.
- Calabrese, Inchaurreaga, Ariel, Barrientos, Benetucci, Freda, Giunipero, Sinatra, Sumay, Rossi, Vázquez, Zaffaroni (1996). "Drogadependencias reflexiones sobre el sujeto y la cultura". Ediciones Homosapiens. Universidad de Rosario. Argentina.
- Centros de Integración Juvenil A. C. (s/ año). Artículo sobre el Programa preventivo: para vivir sin drogas.
- Centros de Integración Juvenil A. C. (s/año). "El consumo de drogas en el área de influencia de CIJ Gustavo A. Madero Oriente: Análisis de condiciones y líneas de acción". Informe de investigación 01-15. México DF.
- Centro de Integración Juvenil A.C., Departamento de Unidades Operativas (2002). "Investigación sobre factores de riesgo y protección en población mexicana". Documento de circulación interna, septiembre. México DF.
- Dirección General de Fomento a la Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría (1997) "Cuestionario de Estudiantes". México.
- Ehrenberg (1994). "Individuos bajo influencia; drogas, alcoholes y medicamentos psicotrópicos. Ediciones: Nueva Visión. Argentina.
- Espinosa (2000). "La autoestima: Un factor protector para el consumo de drogas en adolescentes estudiantes del Distrito Federal". Tesis Facultad de Psicología UNAM. México DF.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.
- Medina- Mora (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.
- Media-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño, Juárez (1995). "los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos". Gaceta Médica de México. Julio-Agosto. Resultados del D.F.

Medina-Mora, Berenzon, Rojas, Mariño, Carreño, Juárez. Secretaria de educación Publica: Dirección General de Educación Extraescolar y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, (1993) "Programa educativo de prevención contra las adicciones." México.

Morales, (1994) "Psicología Social" .Editorial Macgraw-Hill/interamericana. España.

Mruk, (1999). "Auto-estima. Investigación, teoría y practica". Editorial Descleé de Brouwer, S.A. España. 2º edición.

Nateras, (2001). "Jóvenes urbanos y drogas sinteticas: los espacios alterados". El cotidiano, revista de la realidad mexicana actual # 109. La juventud frente al cambio. UAM-A Sep-oct. Pp. 2-67. México D.F.

Ortiz (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.

Ortiz y Soriano (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.

Soriano (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.

Subsecretaria de Prevención y Control de enfermedades, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Consejo Nacional Contra las Adicciones 1998. "Encuesta Nacional de Adicciones: Drogas. Resultados Nacionales". México.

Tapia-Conyer (s/año). "resultados del consumo de drogas en México" extraídos el mes de Agosto del 2003 de la pagina en Internet, www.impcdsm.edu.mx.

Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Berenzon, López, Rojas y Carreño (1996). "Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México". La psicología Social en México, Vol. VI, 569 - 574.

Voelkl, and frone, (2001) "Predictors of substance use at school among; high school students". Research Institute on adictions, University at Buffalo, may/jun. EEUU.

INTRODUCCIÓN

Son muchas las teorías y muchos los análisis que se plantean cuestiones como: ¿por qué algunas personas comienzan a consumir droga? ¿Qué motivos hacen que una persona llegue a convertirse en dependiente? Y ¿cómo combatir este problema?. Por otro lado cabe preguntarse lo opuesto ¿por qué muchas personas, a pesar de estar expuestas, no consumen droga? Todas estas cuestiones implican un gran trabajo, pues, el uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo, de orígenes y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, y dada la diversidad de las drogas y de sus usos, por ejemplo existen drogas para atacar ciertas patologías o simplemente para calmar angustias, lo que hace más complejo el fenómeno de las adicciones, por lo que hasta este momento no existe un estudio que por si mismo documente en su totalidad la magnitud y naturaleza del problema, por ello, se recurre a diversos diseños y metodologías que permiten obtener un panorama del mismo. “Y en cuanto el consumo de sustancias en la población joven es motivo de gran preocupación. La adolescencia es una etapa de especial riesgo para usar drogas, puede darse entre otros factores, por curiosidad y búsqueda de sensaciones nuevas, como mecanismo para enfrentar problemas emocionales. Sin embargo también es un hecho que no todos los adolescentes se ven igualmente afectados por el problema, la mayoría no usa droga, una proporción experimenta con ella para luego abandonarla, y un porcentaje menor continua usando y un segmento desarrolla problemas con las drogas” (Instituto Mexicano de Psiquiatría s/año).

Existen dos tipos de factores que tienen que ver con que el hecho de que el adolescente llegue a consumir o no droga, y ha estos se les llama Factores de riesgo y Factores de protección, los cuales podemos encontrar en mayor o menor proporción en los diferentes contextos donde se desarrollan los niños y adolescentes. El Centro de Integración Juvenil realizó un estudio en la Ciudad de México, específicamente en las colonias ubicadas al Oriente de la Delegación Gustavo A. Madero, clasificando a éstas por su nivel de riesgo en cuanto al problema de las drogas, por ejemplo, las colonias que presentan mayor tráfico, consumo, disponibilidad etc. son consideradas como zonas de alto riesgo, donde la probabilidad de que un adolescente consuma droga es más alto comparado con otro adolescente que vive en una colonia o zona de bajo riesgo. Como se menciona anteriormente los factores de riesgo y de protección existen en ambos contextos en diferentes proporciones, sin embargo por razones de personalidad un factor de protección como la autoestima alta debe existir en los diferentes contextos, el primer objetivo de este trabajo es corroborar si la colonia San Juan de Aragón, la cual ya fue considerada como Zona de Alto Riesgo por el CIJ, existe el consumo de drogas en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna José Peón y Contreras # 265 , así como factores de riesgo que se relacionen con el consumo, y en segundo lugar observar si la autoestima alta en adolescentes que no consumen droga, a pesar de encontrarse en una zona de alto riesgo, funciona como factor protector principal para no consumir, ya que según Mruk (1999), “las personas con autoestima alta son menos críticas consigo mismas, capaces de resistir la presión social y actuar en base a sus propios criterios y valores y menos constreñidas por la ansiedad, en general los individuos con autoestima alta están mejor preparadas para afrontar los retos de la vida...” .

CAPITULO I. ANTECEDENTES SOCIOCULTURALES

1.1 EI USO DE LA DROGA

Ehrenberg (1994), nos dice que “para Pomet, el término conserva un valor muy genérico: La droga, designa los productos del boticario, los productos farmacéuticos: el ajo y el opio, por ejemplo, así como la menta, los pétalos de rosas o el tabaco. Entendido en este sentido, la droga no es más que un remedio, designa todo medicamento: tanto el más sofisticado como el más común. Naturalmente no es nada sorprendente comprobar que las palabras del siglo XVII no tienen el mismo sentido que toman en el siglo XX. Empero, en el Occidente preindustrial, resulta indiscutible un consumo de productos de tenor narcótico marcado. Su rol es, en primer lugar, explícitamente médico. Francis Bacon, médico filósofo cercano a Jacobo I, en 1624 recomienda el uso del opio para las enfermedades contagiosas o malignas. Hace de él una defensa contra la gangrena, los cálculos, los grandes dolores. Sydenham, más aun, preconiza su utilización para casi todos los males”.

“La historia, muy rápidamente recorrida, sugiere aquí dos mecanismos de aparición diferentes, uno más científico, el otro más cultural. Tanto el descubrimiento químico, como el de la jeringa hipodérmica, totalmente mecánico, han abierto el camino para el uso de la morfina y suscitado nuevas prácticas de deriva. Inclusive han llevado a agrupar bajo una misma entidad nosográfica un conjunto de comportamientos llamados de “toxicomanía”. Han contribuido a forjar la palabra contemporánea “droga”, con su connotación decididamente patológica. Prácticas eruditas e invenciones químicas, al permitir diversificar y acentuar la fuerza de sustancias existentes, habrían renovado simplemente las conductas mismas. Habrían suscitado nuevos gestos, nuevas sensaciones, engendrado así nuevas seducciones. La droga de hoy sería, en parte, hija de esta tecnociencia. Pero parece indiscutible un segundo mecanismo de aparición: un producto puede revelarse, según las épocas, objeto de apreciaciones diferentes. La misma sustancia, el mismo material absorbido, sugiere, con algunas décadas de intervalo, observaciones distantes, variadas, y sobre todo sensaciones e impresiones físicas igualmente distantes” (Ehrenberg, 1994).

1.1.2 Uso Cultural

“Ahora bien, en las sociedades tradicionales, la relación con las drogas estaba modelada socialmente a manera de hacer emerger lo que el grupo deseaba que el miembro encontrara, y solo eso. En nuestras sociedades, por el contrario, el individuo adquiere el poder de extraer de las drogas lo que desea y cree que le pueden aportar. Al ampliar el campo de la conciencia sin provocar acostumbamiento, las sustancias alucinógenas se utilizan desde la noche de los tiempos de un mundo ritual en muy numerosas culturas. Mas allá de sus diversas formas, la función primordial de los usos rituales de los alucinógenos permanece idéntica en todas estas culturas:” (Ehrenberg 1994). En una cultura las plantas psicodélicas transportan al sujeto a ‘otro mundo’ cuya topografía conoce, pues a escuchado su descripción diez mil veces. Lo que encuentra

del otro lado confirma la validación de la tradición, es decir de lo que se trasmite de una generación a otra. En referencia a la contracultura, por cuyo sesgo las sustancias alucinógenas se difundieron en los años 1960s en Occidente, el autor observa: “de la experiencia psicodélica se extrae lo que se invierte. La otra realidad que nos ilumina es una producción de nuestra propia mente” tradicional (Frustr en Ehrenberg 1994). “En los años sesenta, una generación de jóvenes (los Hippie), clandestinamente empieza a experimentar con un sinnúmero de drogas, entre ellas, anfetaminas, metanfetaminas (éxtasis) y sustancias alucinógenas (LSD, hongos) ligadas con experiencias místicas y consumo de música. De tal suerte que aquí ya encontramos incipientes expresiones de culturas juveniles o de subcultura psicodélica, cuya característica primordial es la adscripción identitaria en función al tipo de drogas usadas de manera colectiva. Pero fue básicamente la MDA (anfetaminas), mejor conocida como la droga del amor, la que se difundió ampliamente entre el movimiento contracultural juvenil de la época. Para la década de los años setenta que empieza a ser usada en los ambientes “Gay” de san francisco y de Nueva York. A principios de los años ochenta, es muy notorio que unas de las drogas de diseño que se empieza a hacer popular entre los jóvenes, es precisamente el éxtasis, mejor conocida en el argot de la calle como la ‘tacha’ y ahora usada por el movimiento musical de las ‘New Age’; la música techno tocada a alto volumen en los espacios del divertimento como las discotecas, los eventos macro públicos y las llamadas fiestas “rave” o los festivales Tecnogeist’ “ (Nateras, 2001). “Es en las huellas de la contracultura donde las drogas se expanden en el curso de los años 1960 entre todas las generaciones y se difunde progresivamente en todas las capas sociales. Pero las politoxicomanías caracterizan a partir de este periodo el uso de drogas entre las jóvenes generaciones, hecho que marca una ruptura respecto de los “toxicómanos clásicos” que se distinguían por su fidelidad a una droga” (Ehrenberg, 1994).

1.1.3 Uso terapéutico (uso químico)

“Actualmente nuestra sociedad dispone de la posibilidad de un tratamiento farmacológico para perturbaciones que encuentran ampliamente su origen en una disfunción social: soledad, tensiones familiares o profesionales, dificultades de las relaciones con el otro, problemas sexuales, etcétera. Los medicamentos psicotrópicos tienen también abierta la vía de una quimioterapia de lo social que resulta necesariamente preocupante, y este uso del tranquilizante como regulador social no tiene que ver con la ciencia-ficción: instituciones como la cárcel, el hospital, las clínicas funcionan ya desde hace tiempo con tranquilizantes. El medicamento psicotrópico es un factor de apaciguamiento de las tensiones. Desvanece las situaciones de crisis. La pertinencia de los tratamientos puede parecer discutible. La respuesta medicamentosa al sufrimiento psíquico de un desocupado es puramente sintomática y no resuelve nada: “un desocupado necesita un empleo, no una pastilla”. Para estos pacientes cuyo estado ansioso está vinculado a una causa desencadenante de orden social, ¿no es posible imaginar que el tratamiento induzca un fenómeno de inhibición de las capacidades adaptativas, tornando de este modo más difícil la curación real? Por otra parte, la ansiedad es un motor de la actividad y de la creatividad humana. Por cierto, hay que distinguir la ansiedad patológica de la ansiedad creativa. Pero el consumo masivo ¿no se arriesga a ejercer en detrimento de esta última? Estos temores son totalmente normales, aun cuando a veces puedan parecer exagerados. Por cierto, la píldora no

proporciona un empleo al desocupado, pero mientras espera, ¿hay que dejarlo sufrir? y, según el mismo principio, ¿hay que reivindicar la juventud para personas mayores, la libertad para los prisioneros, la salud para los enfermos y el amor para los solitarios?, a falta de poder obtener las respuestas apropiadas, ¿hay que soportar en el sufrimiento las vicisitudes de la condición humana? Los tranquilizantes, ¿inhiben las capacidades adaptativas? El argumento es fuerte pero puede igualmente invertirse: el dolor psíquico, ¿no es acaso el mismo inhibidor? El tratamiento sintomático del sufrimiento, ¿no puede facilitar las iniciativas de integración o de reintegración social? De hecho estos temores, reales, parecen amplificadas por connotaciones de orden moral que no contribuyen ni a la claridad ni a la serenidad del debate. El problema del sufrimiento psíquico es elocuente en este sentido: éste se beneficia incluso con un estatuto muy particular en nuestras sociedades. Está mal aceptado; entraña desvalorización social y descrédito moral; se atribuye a una debilidad de la personalidad más que a una perturbación psicológica que justifique un tratamiento médico; frecuentemente es vergonzante e inconfesado; a menudo resulta reprimido, expresándose solo indirectamente por el sesgo de la somatización, perturbación orgánica “noble”. Si bien no está considerado por el signo de una punición divina, sigue siendo la marca de una deficiencia personal. Esta concepción ve en la responsabilización medicamentosa el índice de una incapacidad de superar por sí mismo el sufrimiento” (Ehrenberg, 1994).

1.1.4 La socialización del consumo de drogas

Amiel en Ehrenberg (1994) dice que “la droga se ha vuelto una realidad autónoma alrededor de la segunda mitad del siglo XIX a partir de una doble ruptura. En primer lugar, se desprende del medicamento, conservando los lazos ambivalentes con él: ya no es más solo un instrumento médico y comienza a percibirse y a describirse por sus atributos no terapéuticos. Es el nacimiento de la toxicomanía, es decir, de la fármaco- dependencia. Luego, se distingue del modelo del alcohol, de la embriaguez alcohólica, haciendo así emerger ese gran reparto entre las sustancias psicoactivas socializadas (alcohol) y las que no lo son (drogas ilícitas). El vino y el alcohol están profundamente inscriptos en el intercambio social en occidente; siempre son medios de comunicación, de exteriorización, de un salir de sí mismo, al contrario de la droga, siempre exhibida bajo el modo del repliegue sobre sí, de la huida a la irrealidad o del rechazo de la sociedad: el alcohol es un factor de sociabilidad mientras que ninguna droga puede serlo. El alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las drogas no lo tienen. El alcohol es, por esta razón, una práctica de alteración de la conciencia que, lejos de eliminar a priori al otro, empuja hacia el intercambio con él, mientras que la droga no haría si no extender la esfera privada del mundo hacia sí. ¿Hay que recordar en que medida los momentos y los lugares donde se puede, incluso donde se debe beber, son múltiples, están entremezclados con los hilos de la sociabilidad? Cafés, bares, o discotecas, comidas o aperitivos tomados en común, vino de honor, brindis por los cumpleaños y aniversarios o las despedidas de los colegios. El alcohol está tan bien anclado en numerosos ritos que muchas veces estos lugares sociales están marcados por un alcoholismo invisible y muy a menudo denegado”. Sin embargo el consumo de algunas drogas ilegales empieza a abrirse espacios públicos para su consumo y cumplen una función, aunque no sea aceptada y por supuesto de menor grado, de socialización y de normalización a este hábito. Calabrese, (1996)

señala que “la adicción actualmente es un símbolo de la hiperadaptación, y, más que de la hiperadaptación, la adicción es símbolo de la normalidad, que es una forma de ingreso a la credibilidad, ya que el adicto sabe, y el no adicto también, que consumiendo una droga determinada puede obtener un grado mayor de participación en otros grupos y en el imaginario social, puede integrarse a aquellos lugares que de otra forma le estarían vedados. ¿Por qué? porque cuando una sustancia tiene tantas características de la posibilidad de ser solamente una sustancia para satisfacer determinado espacio del imaginario, y aparece como una sustancia posibilitadora de todo ese imaginario. De las drogas, más allá de su catálogo biológico: estimulantes, depresivas o alucinógenas, lo que importa es cual es su significado en el contexto social y qué pone el que las consume sobre ellas, creyendo que con eso lo obtiene. Unos la buscaran para potenciarse intelectualmente, otros laboralmente, otros creativamente, otros sexualmente, etc.”.

1.2 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

“El uso de drogas es un fenómeno global. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, es difícil encontrar un país en el que no se observe dicho fenómeno, a pesar de que las características del consumo varían en cada nación. Las drogas de mayor consumo siguen proviniendo de plantas naturales tipo cannabis, opiáceos y derivados de la hoja de coca. Los índices de abuso en cada país muestran variaciones en la extensión y el tipo de sustancias utilizadas, de acuerdo con estadísticas de demanda de tratamiento, el abuso de opiáceos se concentra en Asia, Europa y Australia. En la América prevalece el abuso de cocaína. En África la mayor demanda de tratamiento se asocia con cannabis y en Japón, Filipinas y Corea, con anfetaminas y otros estimulantes. El abuso de drogas en los años noventa continuó extendiéndose, particularmente en los países localizados en las principales vías de tráfico de drogas. Esta tendencia internacional se observa también en México que ha dejado de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país consumidor” (Medina-Mora, s/año).

En un análisis realizado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones, “en nuestro país, 3.1 millones de personas, en su mayoría de sexo masculino, reportan haber consumido una vez en la vida alguna droga ilícita. Del total el 43% tenía entre 12 y 25 años de edad, más del 50% de los usuarios de crack, la forma más adictiva de cocaína, tiene menos de 18 años. Se incrementa el consumo de drogas entre las mujeres adolescentes y jóvenes, la marihuana se mantiene como la principal droga de consumo por distintos grupos de la población, también se observó un incremento en la prevalencia en el consumo de drogas en el país, en especial de la cocaína, droga tradicionalmente consumida por grupos reducidos de la población cuyo uso se ha extendido a diversos sectores como los jóvenes y las personas de menos recursos. El uso de heroína ha tenido un repunte en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, de la misma manera ha habido un incremento del consumo de drogas de diseño como las metanfetaminas, llamadas Ice y Éxtasis. Y que en el país quinientos mil individuos son usuarios frecuentes de marihuana, cocaína e inhalables y la edad de inicio en el consumo de diferentes sustancias adictivas ha disminuido (Belsasso, s/año).

Siguiendo con el ámbito nacional, sobre la tendencia del abuso de drogas se tiene lo siguiente, “el consumo de cocaína ha sido el responsable del incremento del abuso de sustancias, fenómeno que se refleja en todos los sistemas de información disponibles. Las Encuestas Nacionales de Adicciones (1988, 1993 y 1998) muestran incrementos de 0.33, 0.56, 1.45% respectivamente” (Medina Mora, s/año).

“El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), reporta también un incremento en el número de usuarios de esta sustancia, sin haber utilizado otra sustancia ilícita antes, o sin haber inhalado algún disolvente volátil; en 1991, 6% de las personas que habían usado cocaína, se habían iniciado con ella, proporción que sube a 16% en 1997” (Tapia-Conyer, s/año). “Los sistemas de registro disponibles el SISVEA; el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) y el Centro de Integración Juvenil (CIJ) advirtieron de un nuevo fenómeno, la aparición de drogas sintéticas del tipo de las metanfetaminas (la más común conocida como "éxtasis" y en la región norte "cristal"). El consumo de éstas empieza a documentarse en los primeros años de esta década, su consumo es más frecuente en la frontera noroccidental del país. El sistema de registro de pacientes de Centros de Integración Juvenil señala una media nacional de 2.7% para 1995, año en el que el 42% de los pacientes atendidos en el centro ubicado en la ciudad de Tijuana, Baja California, las había consumido” (Instituto Mexicano de Psiquiatría, s/año).”También se observa un incremento del uso de psicotrópicos como el Flunitracepam, que se refleja en el número de veces que los usuarios de drogas detectados en el SRID, reportaron su uso, mismo que aumentó de 16 menciones en 1988 a 105 en 1994, manteniendo un nivel alto desde entonces” (Ortiz y Soriano, s/año). “El consumo de drogas en México muestra variaciones importantes en las diferentes regiones del país con proporciones más altas en las ciudades ubicadas en la región noroccidental y con índices más bajos en la región sur, tomada en conjunto” (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998). “Las estadísticas provenientes de pacientes atendidos en CIJ en 1999 muestran datos similares, con tasas altas de heroína en Tijuana y Ciudad Juárez (40 y 26% de los casos detectados en los centros ubicados en estas ciudades) y con índices bajos en la ciudad de México (1.4%) y Guadalajara (2.2%); tasas altas de consumo de cocaína en estas cuatro entidades (63, 74, 66%) y comparativamente más bajas en Monterrey, N.L., (40%) en donde la proporción de inhaladores es mayor (62%) que el observado en las otras entidades (21, 33, 42 y 34%, respectivamente)” (Medina-Mora, s/año).

Por lo que respecta a lo realizado en 1998 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Consejo Nacional Contra las Adicciones, la Subsecretaria de Prevención de Enfermedades y la Dirección General de epidemiología, encontró los siguientes resultados sobre las drogas consumidas a nivel nacional en una población de 12 a 65, las cuales aparecen en importancia de consumo en forma descendente: marihuana, cocaína, inhalables, opiáceos y tranquilizantes, alucinógenos, estimulantes, y por último, sedantes y heroína.

1.2.1 Prevalencia del consumo de drogas en el Distrito Federal

Por lo que respecta exclusivamente a la ciudad de México existe un análisis que nos muestra “un panorama permanente y actualizado de las tendencias y características más relevantes del consumo de drogas y su contribución al diagnóstico del problema de la fármacodependencia en la ciudad de México, detectando oportunamente los cambios ocurridos. Este análisis nos muestra que de cada 100 usuarios de drogas registrados en el periodo 1987 a 1999, 10,390 casos, en el nivel de uso alguna vez en la vida, la droga de mayor consumo es la marihuana, con el 69.3%, le siguen los inhalables con el 53.4%, en tercer lugar está la cocaína, con 25.9%. Un análisis más detallado de las tendencias en la historia del consumo “alguna vez en la vida”, revela que la marihuana y los inhalables han mantenido un nivel alto y estable, desde 1987 hasta 1998 se mantienen en la preferencia de los usuarios. La marihuana es usada por alrededor de 70 de cada 100 usuarios y los inhalables por una proporción menor, poco más de 50 de cada 100. Entre las sustancias inhalables reportadas se encuentran: acetona, activador, activo, aerosoles, aguarrás, barniz de uñas, benceno. Además están las sustancias denominadas cemento, cemento 5000, cemento de bicicleta, que en el ambiente de las personas que lo consumen, se les llama chemo. Otras sustancias son: disolvente, gasolina, inhalables, inhalantes, parches, pegamento, pintura de zapatos, PVC, removedor, resistol, solvente, thinner, tolueno, entre otras. Una manera de inhalar es con las “monas” que son un pedazo de tela impregnado con activo y que se lleva en la mano. Respecto al consumo de la cocaína, en el año de 1998 la proporción de usuarios alcanza el nivel de la marihuana. A partir de este momento la cocaína se muestra como la droga de preferencia de los usuarios de drogas en la ciudad de México. Paralelamente, el consumo de marihuana e inhalables inicia una tendencia a la baja. A lo largo del periodo 1987-1999, el consumo de la cocaína muestra tres momentos: el primero que puede ser llamado de estabilidad abarca cinco años, desde 1987 hasta finales de 1992, y se caracteriza porque la proporción de consumidores es muy baja en relación con los de la marihuana e inhalables, inferior a 10 de cada 100 usuarios. Conforme el tiempo avanza, se observa que el consumo aumenta, ligera y gradualmente, hasta que llega a duplicarse. Éste es el nivel correspondiente a lo que, por muchos años, fue el estereotipo del consumo de la cocaína aceptado socialmente: la cocaína es una droga usada por un grupo de la población minoritario, privilegiado, pues el costo de la droga es alto y no está al alcance de sectores amplios. El segundo momento es la etapa de incremento, que abarca otros cinco años, desde 1993 hasta 1997. La proporción de consumo, que había estado en 10 usuarios de cada 100, muestra un incremento a 16 de cada 100, y continúa en ascenso hasta 40 de 100, lo que significa un aumento de cuatro veces en este periodo, que resulta el más importante registrado en la historia del consumo de drogas en nuestra ciudad. Esto nos indica que va cambiando el perfil tradicional del consumidor de cocaína como perteneciente a una elite y esta droga se vuelve de uso popular. El análisis más profundo de estos resultados muestra que los usuarios son de niveles socioeconómicos medio y bajo, de edades que corresponden a la adolescencia y juventud, así como que la edad de inicio es cada vez más temprana. Además, se observa que crece la proporción de usuarios que se inician en la carrera del consumo de drogas con la cocaína y no con el alcohol, tabaco, marihuana o inhalables como había sucedido tradicionalmente. El tercer momento representa otro incremento en el consumo, en 1998 la proporción de 40 por cada 100

sube a 63 consumidores, desde este año se encuentra en este nivel con una tendencia estable, lo que significa que el consumo de cocaína se instaure como una conducta popular; los adolescentes reportan el uso de una manera abierta, en escuelas, parques, discotecas, fiestas y universidades” (Ortiz, A.; et al, s/año). Pues en los estudios llevados a cabo en población estudiantil reflejan también un incremento en el índice de menores que han experimentado con la cocaína, en la ciudad de México (Medina-Mora, s/año).

“Esta conducta trae consigo el desarrollo de un lenguaje que se emplea en la subcultura del consumo para designar actividades y objetos involucrados. Entre los ejemplos identificados por el SRID se encuentran: La cocaína a la cual se le conoce como nieve, grapa, blanca, polvo, cocaína pura, cocaína procesada, clorhidrato de coca, entre otros nombres. La roca de coca, piedra, cocaína piedra o crack es un derivado más barato, empleado por los usuarios de menor edad. A la actividad de consumir le llaman perico, pericazo, entre otros nombres, al usuario generalmente se le llama coco” (Soriano, et al, s/año).

1.2.2 Consumo de drogas en estudiantes ubicados dentro de la delegación Gustavo A. Madero

En cuanto a la encuesta de estudiantes a nivel medio y medio superior en la Delegación Gustavo A. Madero “las tendencias en las encuestas de 1993, 1997 y 2000 que tienen metodologías similares, las drogas con las que más frecuentemente han experimentado los adolescentes es la marihuana y cocaína con 8.6%, seguido de los inhalables 4.3%”. Con relación a las tres prevalencias, se observa que ésta delegación tiene mayor consumo de marihuana y cocaína con respecto al resto del Distrito Federal”. Los índices de consumo muestran un marcado aumento conforme incrementa la edad de los usuarios. Por ejemplo, el 3.6% de los menores de 16 años reporta haber probado la marihuana pero esto ocurre en el 17.5% de los adolescentes con 16 años o más. El consumo de cocaína es de 3.8% en menores de 16 años y de 17.1% en los 16 años o más. Lo mismo ocurre con los inhalables, donde los porcentajes son 4% y 4.9%, respectivamente” (IMP, s/año)

1.3 PERFIL DEL CONSUMIDOR

Con los resultados del SRID se pueden hacer diversos análisis sociodemográficos para conocer el perfil de los usuarios. “Mediante la aplicación de las variables: Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad y Ocupación, se encuentra la caracterización de los consumidores de las sustancias que mostraron mayores tasas de consumo, las cuales fueron: Marihuana, cocaína e inhalables: En el consumo “alguna vez en la vida” de cocaína, la edad fluctúa entre los 18 y 43 años, la ocupación generalmente es de empleado o comerciante, la escolaridad es secundaria, técnica o preparatoria. Para el consumo “último año” se registran las mismas variables. El consumo “alguna vez en la vida” de marihuana, se presenta en hombres, de 18 años de edad, escolaridad técnica, preparatoria o superior. El consumo en el último año se da en hombres, entre los 18 y 26 años de edad, con escolaridad de preparatoria incompleta. Por lo que se refiere a los inhalables, las características demográficas más frecuentes en el uso alguna vez en la

vida son: soltero, 15 años de edad y sin escolaridad; para el consumo en el último año son: soltero, 15 años de edad, sin escolaridad o primaria incompleta” (IMP, s/año).

“En la investigación realizada a nivel nacional, por la subsecretaria de Control de enfermedades, el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Dirección General de epidemiología y el Consejo Nacional Contra las Adicciones sobre el consumo de drogas clasificando a las personas en hombres y mujeres, tomando en cuenta si el consumo fue “alguna vez en la vida” 12.5% , 2.1% (n=3146980), “en el ultimo año” 3.2% , 0.7% (n= 865569), o “en el último mes” 2.1% , 0.4% (n= 552024), se observa, que en las tres clasificaciones son los hombres los que tienen un mayor porcentaje con respecto a las mujeres. Siguiendo con los estudios realizados por el SRID Y IMP (1999), podemos observar como las características para poder determinar al consumidor de drogas tiende a variar (n=2114), con respecto a la edad de consumo se observa lo siguiente: hasta los 11 años es del .02%, de los 12 a 19 años es de 5.6%, de 20 a 24 años es de 28.0%, de 25 a 29 años es de un 19.1% y de 30 años o mas es de 26.2%. En lo que se refiere al nivel socioeconómico del consumidor no se observan grandes diferencias por lo menos en los niveles bajo y medio 52.4% y 47.6% respectivamente. Mientras que en el nivel de escolaridad, la persona que curso hasta el nivel de secundaria tiene el mayor porcentaje de consumidores con un 43.3% siguiendo respectivamente nivel primaria con 22.6%, nivel preparatoria 20.4%, estudios superiores 6.2%, carrera técnica 5.5% y sin escolaridad 1.8%. Por ultimo, el mayor numero de consumidores se encuentra entre las personas que están sin ninguna ocupación 28.7% y ser empleado 28.0%, siguiendo respectivamente ser comerciante 24.2%, estudiante 16.4% y ama de casa o profesionista 1.3%” (IMP, s/año).

1.4 Principales instituciones sobre el estudio de la drogadicción en México

“En México según en la actualidad contamos con diversos tipos de estudios, en diferentes grupos de población, así como sistemas de información que nos permiten conocer la prevalencia del consumo de drogas específicas, registrar sus tendencias y actuar en consecuencia en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, para dar la respuesta adecuada en cada comunidad” Algunos de éstos son:

Las Encuestas Nacionales de Adicciones, realizadas en 1988, en 1993 y en 1998, en población de zonas urbanas de entre 12 y 65 años de edad.

Encuestas en población estudiantil. Desde 1976, el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública han venido realizando encuestas en muestras representativas de estudiantes de enseñanza media y media superior, para obtener estimaciones de la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como aspectos relacionados con la percepción de riesgo, la tolerancia social y las conductas asociadas al uso y abuso.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) fue diseñado por el INP hace 15 años, registra las tendencias del consumo de drogas en la ciudad de México, a través de la información proporcionada por 44 instituciones de procuración de justicia y de salud, que reportan el uso de sustancias en los individuos que captan.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el cual, desde 1991, mantiene actualizado el diagnóstico del consumo de drogas mediante la recopilación sistemática en diversas fuentes institucionales en 20 ciudades del país.

El reporte estadístico de Centros de Integración Juvenil, el cual ofrece información sobre las características de los usuarios que acuden a solicitar servicios a los 72 centros locales en todo el país” (Belsasso, s/año).

1.5 ZONAS DE ALTO RIESGO

El Centro de Integración Juvenil clasifica, según sus investigaciones, como zonas de alto riesgo aquellas colonias que tienen problemas de drogadicción, tales como distribución y consumo expuesto dentro del contexto, entre otros problemas asociados.

Zonas de alto riesgo (Oriente de la Delegación Gustavo A. Madero)

“Las zonas de alto riesgo en consideración fueron identificadas a partir del nivel de riesgo para el consumo de drogas que podía atribuírseles con base en el conocimiento adquirido en la prestación de los servicios preventivos y de tratamiento del CIJ en los últimos años, así como la información proporcionada por informantes calificados y expertos. Finalmente, también se tomó en consideración la capacidad de respuesta del CIJ y las posibilidades de brindar, en los próximos años, una atención prioritaria a las zonas que presentan un nivel más alto de riesgo. Con base en lo anterior se identificaron 20 zonas de alto riesgo de atención prioritaria. De las cuales 17 corresponden a la zona oriente de la delegación Gustavo A. Madero y tres al municipio de Nezahualcoyotl. Por su parte 7 de estas colonias pueden clasificarse en un estrato medio bajo, 12 en un estrato medio alto y una en un estrato alto” (CIJ, s/año).

Zonas de alto riesgo en el área de influencia del CIJ Gustavo A. Madero Oriente

Zona o colonia	Estrato
25 de julio	Medio bajo
Campestre Guadalupana	//
Jardines de Guadalupe	//
Nueva Atzacualco	//
Pueblo San Juan de Aragón	//
San Felipe de Jesús	//
Vergel de Guadalupe	//
Aragón inguaran	Medio alto
Bondojito	//
Campestre Aragón	//
Constitución de la república	//
Cuchilla del Tesoro	//
Fernando Casas Alemán	//
La joya	//
Malinche	//

Mártires de Río Blanco	//
Nueva tenochtitlán	//
Salvador Díaz Mirón	//
Vasco de Quiroga	//
Juan González Romero	alto

Otras Zonas de Alto Riesgo Identificadas

Ampliación Casas Alemán
 Ampliación Providencia
 Cerro Prieto
 Ciudad Lago
 EX Escuela de Tiro
 Gertrudis Sánchez 1° y 2° Sección
 Granjas Esmeralda
 Granja Moderna
 Gustavo A. Madero
 Héroes de Chapultepec
 Impulsora
 La Esmeralda
 Pradera
 Providencia
 Pueblo de Atzacualco
San Juan de Aragón (de la 1° a la 7° sección)
 Unidad CTM Aragón
 Unidad Habitacional el Coyol
 Valle de Aragón

“De acuerdo a la apreciación de los informantes las drogas que más se consumen en estas colonias son la cocaína, marihuana, inhalables, tabaco y alcohol. La población de mayor riesgo se encuentra entre los 14 y 18 años, población que se torna más vulnerable por los problemas propios de la adolescencia y el contexto social y familiar en el que se desenvuelven” (CIJ s/año).

Por otro lado se realizó una encuesta en secundarias ubicadas en zonas de alto riesgo del Oriente de la Delegación Gustavo A. Madero, con una muestra aleatoria de estudiantes de tercer grado (n= 1,732), en la cual se encontró lo siguiente: “En promedio, la edad de los encuestados fue de 14.9 años. El 49.1 % hombres y 50.5 % mujeres (0.4 % sin información), siendo significativamente más alto el consumo de sustancias entre los hombres (p<0.05). Por lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, 28.3 % refirió no haberlas utilizado nunca; 49.1 % había utilizado exclusivamente alcohol y/o tabaco y 22.6 % drogas ilícitas (principalmente solventes inhalables, marihuana, tranquilizantes menores y cocaína). Con el fin de tener indicadores cualitativos en las zonas de alto riesgo de atención prioritaria aplicó encuestas a informantes clave de medios escolares y comunitarios de estas colonias para obtener información sobre algunas problemáticas sobre el consumo de drogas que afectan a los jóvenes, encontrando lo siguiente: “es común encontrar personas ingiriendo bebidas alcohólicas o consumiendo drogas en fiestas o “tocadas” que se realizan en las mismas calles; en los alrededores de algunas escuelas, así como en las áreas verdes y deportivas que se

localizan en estas zonas. Los habitantes de estas colonias están enterados del problema del consumo de drogas, aunque no lo consideran propio por que “no” lo tienen dentro de su familia, saben quienes consumen y en que lugares se distribuyen las sustancias. De igual forma se menciona que varias tiendas de abarrotes, farmacias y tlapalerías no respetan la disposición oficial de no vender pastillas psicoactivas y solventes a menores de edad. Muchas veces por diferentes problemas o circunstancias los jóvenes evitan estar en su casa y se refugian en su contexto, donde continuamente enfrentan la presión del grupo de pares” (CIJ, s/año).

1.6 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Existen dos tipos de factores que tienen que ver con que el hecho de que el adolescente llegue a consumir o no droga, y ha estos se les llama 1. Factores de riesgo y 2. Factores de protección.

Factores de riesgo

“Los precursores de los problemas relacionados con el uso de alcohol y droga han sido descritos como factores de riesgo” (Medina-Mora y cols., 1993). “se les llama así a todos aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individual, que están presentes en los ambientes claves en los que se desarrollan los niños y jóvenes, y que aumentan la probabilidad de que un individuo inicie un proceso activo. Su principal característica es la relación estadística que demuestra el peso predictivo que tiene para incrementar la probabilidad de la ocurrencia del consumo de drogas” (CIJ, 2002). A continuación en la tabla 1 se presentan algunos de los factores de riesgo más representativos encontrados en la literatura.

Tabla 1

Factores Riesgo
Ambiente domestico caótico (ENCD);
Paternidad ineficaz(ENCD);
Falta de solidaridad familiar(ENCD);
Conducta de timidez y/o agresividad(ENCD);
Fracaso en el desempeño escolar(ENCD);
Percepción de que el consumo de drogas es una conducta aprobada en los ambientes escolares, de pares y comunitario (ENCD);
Disponibilidad de las sustancias(ENCD);
Aliviar dolores(ENCD);
Antojo / tentación (ENCD);
Curiosidad (ENCD);
Decepción / problemas sentimentales(ENCD);
Experimentar(ENCD);
Ignorancia (ENCD);
Imitación(ENCD);
Influencia de los amigo(ENCD);
Invitación(ENCD);
Prescripción médica(ENCD);
relajarse/tranquilizarse (ENCD);
Sentirse bien / elevarse (ENCD);
Soledad / tristeza(ENCD);
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (CIJ);
Trastornos depresivos (CIJ);

La carencia de estrategias de evitación de estrés (CIJ);
Baja percepción de riesgo (CIJ);
La exposición de estresores escolares (CIJ);
La pertenencia a redes disfuncionales (CIJ);
Baja adherencia escolar (CIJ);
La evitación o el afrontamiento heterodirigido de conflictos (CIJ);
Baja autoestima (CIJ);
Ser hijos de usuarios de alcohol y otras drogas (Medina Mora);
Depresión e ideación suicida (Medina Mora);
Disponibilidad de las sustancias (Medina Mora);
Influencia del consumo de hermanos mayores (Medina Mora);
Uso de amigos (Medina Mora);
Ser menor trabajador (Medina Mora);
Falta de normas claras relacionadas con el consumo de drogas (Medina Mora);
Ser varón aumenta el riesgo de utilizar drogas (Medina Mora);
Uso simbólico / significado recreacional (Náteras).

Un estudio realizado sobre el consumo de droga y algunos factores de riesgo (que serán utilizados en el presente estudio), con estudiantes del nivel medio básico y medio superior que habla sobre la influencia de factores relacionados con la exposición a sustancias, donde se hipotetiza que “los estudiantes que conocían usuarios de drogas y tenían amigos usuarios, tendrían a su vez mas probabilidad de ser usuarios. Se valoró también la influencia del control legal sobre la decisión del estudiante a usar o no usar drogas, es decir, percepción de la disponibilidad del nivel de tolerancia social, de la percepción de riesgo de los estudiantes en relación con diferentes formas de uso de sustancias. Como resultados se encontró que: “la tolerancia social percibida por los usuarios es mayor que por los no usuarios, a pesar de que aun en el entorno social de aquellos que reportaron el uso de drogas, es poco tolerante, una proporción significativamente mayor reporto aceptación y principalmente indiferencia hacia el uso de drogas. Esta indiferencia es mayor hacia la experimentación que hacia el uso regular y hacia el uso de marihuana y anfetaminas que hacia el de cocaína o heroína. El tener amigos que usen drogas o conocer alumnos que usan drogas en las escuelas o llegan intoxicados son también factores que resultaron significativos para el uso continuado de drogas y para ingesta de más de una sustancia. En cuanto a la percepción de ésta se encontró lo siguiente: aunque los usuarios perciben un nivel importante de riesgo asociado al consumo regular de drogas solamente 8% pensó que no era peligroso fumar marihuana regularmente, 7% dio la misma opinión para el caso de las anfetaminas y 5% para cocaína y heroína. La percepción de disponibilidad fue también un factor de riesgo importante para continuar usando sustancias, en lugar de solamente experimentar. La percepción de disponibilidad se asocia significativamente con el uso de mas de una sustancia”. El tener amigos que consuman drogas o ver alumnos que lleguen intoxicados a la escuela, así como la percepción de disponibilidad de la droga son las variables mas significativas, y si ha esto se le puede agregar la aceptación o indiferencia social de los alumnos hacia el consumo, la baja percepción de riesgo y depresión” son los factores

que pueden propiciar el consumo” (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995).

Otro trabajo realizado sobre los factores que predicen el consumo de drogas en los adolescentes de enseñanza media y media superior de México, en el cual se describen los factores del consumo de drogas en diferentes niveles. El planteamiento teórico de esta investigación, señala que “desde la perspectiva del aprendizaje social, la interacción con modelos que consumen drogas (padres, amigos, profesores) refuerzan la ocurrencia de esta conducta apoyándose en Bandura (1986). Llama la atención que las variables ambientales y las variables interpersonales son las que tienen un mayor impacto sobre el consumo y el abuso de drogas. Estos datos señalan que el involucrarse con amistades que consumen droga, el encontrarse inmerso en una familia con problemas de consumo de drogas o abuso de alcohol, así como ver disponible a la droga en el ambiente cercano, son los principales factores que predicen el uso y abuso del consumo de drogas. Por ejemplo: la tolerancia hacia el consumo, disponibilidad percibida, amigos que consumen droga, amigos en la escuela que consumen droga y familiares que consumen droga, tiene un nivel de significancia de $p < .001$ en uso experimental, uso regular y el uso de más de una droga, excepto consumo de familiares que tuvo también una significancia importante de $p < .01$ en uso de más de una droga” (Villatoro, Medina-Mora; Bautista; García; Berenzon; López; Guiot y Carreño; 1996).

Revisando otros trabajos realizados en el extranjero el Research Institute on Addictions se planteó la siguiente cuestión; Predictors of Substance Use at School Among High School Students, donde la meta de este estudio fue explorar los predictores del uso de alcohol y marihuana en los estudiantes dentro de la escuela. Dentro de las variables de personalidad se obtuvo que la alta rebeldía está asociado con el incremento del uso de alcohol. Así como el tomar altos riesgos y la baja autoestima están asociados con el incremento del uso de marihuana en la escuela. Otro resultado es que las expectativas de que el alcohol puede reducir significativamente la tensión, se relaciona con el uso de éste en la escuela. También la idea de que el uso de alcohol y marihuana pueden mejorar el funcionamiento, está relacionado significativamente con el uso de estas sustancias en la escuela. Finalmente se hipotetizó que los estudiantes predispuestos a consumir alcohol o marihuana en la escuela, dependerá de si su situación del entorno les proporciona la oportunidad, y como resultado se obtuvo lo siguiente; la baja autoestima, la rebeldía, el tomar altos riesgos, la identificación con la escuela y la expectativa de una reducción de tensión, están fuertemente relacionados con el uso de alcohol cuando es percibido su fácil consumo en la escuela. Por otro lado se tiene que los estudiantes masculinos, los estudiantes que no se sienten identificados con la escuela y los que tienen las expectativas de que la marihuana mejora su funcionamiento, la probabilidad de que consuman es más cuando se percibe con facilidad su consumo (Voelkl and Frone, 2001).

Factores de protección hacia el consumo de drogas

Por otro lado, es importante mencionar (mas adelante se hablara más sobre este tema), que “los factores protectores ya sean interpersonales, sociales, de influencia ambiental e individuales moderan, neutralizan o eliminan los efectos de la exposición al riesgo” (Hawkins y cols. en Medina-Mora 1993), y en la tabla 2 se observan algunos de los factores de protección que más aparecen en la literatura.

Tabla 2

factores de protección
Vínculo sólido con la familia (ENCD); Experiencia de vigilancia paterna con reglas claras de conducta dentro de la unidad familiar y participación de los padres en la vida de sus hijos (ENCD); Éxito en el desempeño escolar (ENCD); Asociación fuerte con instituciones como la familia (ENCD); La escuela y organizaciones religiosas (ENCD); Adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas (ENCD); Autoestima alta (CIJ); Asertividad (CIJ); Apego escolar (CIJ); Habilidades sociales (CIJ); Afrontamiento del estrés (CIJ);

Es importante citar este trabajo de tesis realizado en el año 2000 por Espinosa, pues habla sobre un factor de protección y el consumo de drogas, además, que es muy similar éste estudio pues se titula “La autoestima: Un factor protector para el consumo de drogas en adolescentes estudiantes del Distrito Federal”, y en el cual se encontró que el tipo de usuario si presenta un efecto significativo (.000) en relación con la autoestima positiva y negativa. También las medias indican diferencias en cada uno de los tipos de usuarios: los adolescentes que consumen regularmente drogas (más de cinco ocasiones) tienden a presentar una mayor autoestima negativa (1.89) que los usuarios experimentales (1.85), y los no usuarios (1.77).” por lo tanto la auto estima alta funciona como factor de protección hacia el consumo de drogas en adolescentes.

1.7 CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

“La adolescencia esta caracterizada fundamentalmente por ser un periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo, y en las diferentes sociedades este periodo puede variar como varía el reconocimiento de la condición adulta que se le da al individuo. Sin embargo, existe como base de todo este proceso una circunstancia especial, que es la característica propia del proceso adolescente en sí, es decir, una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de si mismo y que lo lleva a abandonar su auto imagen infantil y a proyectarse en su futura adultez. La etapa de la adolescencia debe ser tomada como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, pero que se teñirá con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán o dificultaran, según las circunstancias” (Bartolomeis, 1985).

“En la pubertad ocurren cambios físicos en tres niveles fundamentales que son: un primer nivel donde la actuación de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior produce estímulos fisiológicos necesarios para la modificación sexual que ocurre en este periodo de la vida. En el segundo nivel tenemos las consecuencias inmediatas de la secreción de la hormona de crecimiento de la misma hipófisis: la producción de óvulos y espermatozoides maduros y también el aumento de la secreción de la hormona adrenocorticales como resultado de la estimulación de la hormona adrenocorticotrofica. En el tercer nivel se encuentra el desarrollo de las características sexuales primarias (con el agrandamiento del pene, los testículos, el útero y la vagina) y secundarias (con la maduración de los pechos, la modificación de la cintura escapularia y pelviana, el crecimiento del vello pubiano y los cambios de voz) a los que debemos agregar las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo que dan en este periodo vital” (Aberastury y Knobel, 1992).

“El esquema corporal es una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución. Esta noción del individuo se va estableciendo desde los primeros movimientos dinámicos de disociación, proyección e introyección que permite el conocimiento del “self” y del mundo exterior, es decir, del mundo externo y del mundo interno. Aquí son de fundamental importancia los procesos de duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obligan a una modificación del esquema corporal y del conocimiento físico de sí mismo en una forma muy característica para este periodo. Estos cambios en los que pierde su identidad de niño, implican la búsqueda de una nueva identidad que se va construyendo en un plano conciente e inconciente. El adolescente no quiere ser como determinados adultos, pero en cambio elige a otros como ideales, se va modificando lentamente y ninguna premura interna o externa favorece esta labor. La perdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño, cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación en la niña y el semen en al varón, que les imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir” (Aberastury et al, 1992).

“El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidades que son perturbadoras para el mundo del adulto, pero necesaria para el adolescente, ya que en este proceso va a establecer su identidad. Para ello, el adolescente no sólo debe enfrentar el mundo de los adultos para lo cual no está del todo preparado, sino que además debe desprenderse de un mundo infantil en el cual y con el cual, en la evolución normal, vivía cómodo y placenteramente, en relación de dependencia, con necesidades básicas satisfechas y roles claramente establecidos” (Aberastury et al, 1992).

En la adolescencia se pueden observar la elaboración de tres duelos fundamentales:

- a) duelo por el cuerpo infantil
- b) duelo por la identidad y el rol infantil
- c) duelo por los padres de la infancia

Duelo por el cuerpo infantil

“En virtud de las modificaciones biológicas características de la adolescencia, el individuo, en esta etapa del desarrollo, se ve obligado a asistir pasivamente a toda una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta, que lo lleva a desplazar su rebeldía hacia la esfera del pensamiento. Este se caracteriza, entonces, por una tendencia al manejo omnipotente de las ideas frente al fracaso en el manejo de la realidad externa. Vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un verdadero fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente en los comienzos de esta etapa, que se relaciona con la evolución misma del pensamiento” (Aberastury et al, 1992).

Duelo por la identidad y el rol infantil

“En la infancia, la relación de dependencia es la situación natural y lógica; el niño acepta su relativa impotencia, la necesidad de que otros se hagan cargo de cierto tipo de funciones vitales, y su yo se va enriqueciendo mediante el proceso de proyección e introyección que configura la identificación. En la adolescencia hay una confusión de roles, ya que al no poder mantener la dependencia infantil y al no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación y así el adolescente delega en el grupo gran parte de sus atributos y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades. El pensamiento, entonces, comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales, que le permiten una mayor estabilidad a través del apoyo y del agrandamiento que significa el yo de los demás, con el cual el sujeto se identifica. Esta sería una de las bases del fenómeno de los grupos, en donde el adolescente se siente aparentemente seguro, adoptando roles cambiantes y participando de la actuación responsabilidad y culpas grupales. Estas experiencias grupales son trasladadas a su propio proceso de pensamiento, en el cual los afectos y los objetos depositarios de los mismos son también fragmentados y tratados con procedencia de una responsabilidad personal. Amor y odio, culpa, reparación, son

intermitentemente vividos con intensidad y rápidamente eliminados para volver a ocupar posteriormente al pensamiento, en ese proceso constante de aprendizaje que significa este juego de manejo objetal y afectivo” (Aberastury et al, 1992).

Duelo por los padres de la infancia

“La relación infantil de dependencia se va abandonando paulatina y dificultosamente. La importancia frente a los cambios corporales, las penurias de la identidad, el rol infantil en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hacen que se recurra a un proceso de negación de los mismos cambios, que concomitantemente se van operando en las figuras e imágenes correspondientes de los padres y el vínculo entre ellos, que por supuesto no permanecen pasivos en estas circunstancias, ya que también tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos, produciéndose entonces una interacción de un doble duelo, que dificulta aun más este aspecto de la adolescencia. El pensamiento aquí se expresa en forma de contradicciones: por ejemplo, la necesidad inmediata de mostrarse como adulto y dueño de la situación familiar, y por otro lado, la demanda y a veces inoportuna del apoyo familiar (dinero) para manejarse como un individuo adulto y potente frente a los demás, esta misma contradicción produce perplejidad en el manejo de las relaciones objetales parentales internalizadas y rompe la comunicación con los padres reales externos, ahora totalmente desubicados en el contexto de su personalidad. Figuras idealizadas deben sustituirlos, y entonces el adolescente se refugia en un mundo autista de meditación, análisis, elaboración de duelo, que le permite proyectar en maestros, ídolos deportivos, artistas, amigos íntimos y su diario, la imagen paterna idealizada. Esta soledad periódica del adolescente es activamente buscada por él, ya que le facilita su conexión con los objetos internos en este proceso de pérdida y sustitución de los mismos, que va a terminar enriqueciendo al yo” (Aberastury et al, 1992).

Continuando con las etapas características de la adolescencia, Bartolomeis (1985) nos indica, desde un enfoque social, que “el individuo siente ligada la suerte, la consideración y el valor de la propia persona a la manera como los demás reaccionan frente a ella. Es tan fuerte tal necesidad que se prefiere que se satisfaga por vía negativa (reprimendas, penas físicas, etc.) antes que quedarse del todo fuera de la atención de los demás. El individuo no puede construir su yo independientemente de la experiencia social en la que sean evidentes las valoraciones, las reacciones y las actitudes de los otros; por tanto, tiene necesidad de participar y ser aceptado, de sentir que su personalidad vale objetivamente en el papel que va asumiendo. De aquí la necesidad de tener amigos, de tener experiencias en común con otros individuos en grupos y asociaciones de todo género, de establecer ciertas relaciones con los padres, con los maestros, con todas las personas que entran en el círculo de sus experiencias”.

“El carácter social de la necesidad de participación-aceptación se refiere a algo distinto de las influencias de las realidades sociales en su constitución objetiva; indica sobre todo la conciencia y la sensibilidad del hecho que la relación humana es un indispensable apoyo para la vida del individuo y también que la manera como nosotros valoramos no puede dejar de confrontarse con la manera como los otros nos valoran en

las diversas situaciones. Con esto se quiere decir no que el adolescente tiene un gran interés objetivo por los otros, si no, al contrario, que está concentrado sobre lo que los demás piensan de él y sobre las maneras con que muestran percibir su presencia. En suma, se trata de conciencia y sensibilidad directamente en relación con su necesidad de autoafirmación. El problema de construirse una nueva personalidad, de mostrarse a sí mismo y a los demás, no ser ya un niño, no puede dejar de acompañarse de una intensificación de los procesos emotivos aunque no siempre en forma de conflictos traumatizantes. Pero, ciertamente, la vida psíquica del adolescente se ve fuertemente influida por problemas como el de “quien soy yo”, “¿qué soy para los otros?”, “¿qué son los otros para mí?”, etc.. Se trata de pensamientos que constituyen fuentes nuevas de estímulos emotivos. Aquí parece evidente la relación entre la nueva conciencia del yo y los sentimientos y las emociones de los adolescentes, y que a medida que esta conciencia se profundiza, las referencias de la afectividad juvenil, se vuelve más constante y conscientemente sociales. Esta es la edad en la que un reproche, aunque sea banal, puede tener consecuencias trágicas por que el adolescente no logra mantener, en la necesidad que tiene, un contrapeso a su atención de autoafirmación” (Bartolomeis 1985).

“Sólo cuando el adolescente alcanza una madurez biológica y ésta se encuentra acompañada por una “madurez” afectiva e intelectual que le permite su entrada en el mundo del adulto, estará equipado de un sistema de valores, de una ideología que confronta con la de su medio y donde el rechazo a determinadas situaciones se cumple en una crítica constructiva. Confronta sus teorías políticas y sociales y se embandera, defendiendo un ideal. Su idea de reforma del mundo se traduce en acción. Tiene una respuesta a las dificultades y desordenes de la vida. Adquiere teorías estéticas y éticas confronta y soluciona sus ideas sobre la existencia y la inexistencia de dios y su posición no se acompaña por la exigencia de un sometimiento ni por la necesidad de someter. Pero antes de llegar esta etapa nos encontraremos con una multiplicidad de identificaciones contemporáneas y contradictorias por eso, el adolescente se presenta con varios personajes: es una combinación inestable de varios cuerpos e identidades. No puede todavía renunciar a aspectos de sí mismo y no puede utilizar y sintetizar los que va adquiriendo y en esa dificultad de adquirir una identidad coherente reside el principal obstáculo para resolver su identidad sexual. En el primer momento esa identidad de adulto es un sentirse dolorosamente separado del medio familiar y los cambios en su cuerpo lo obligan también del desprendimiento del cuerpo infantil. Solo algunos logran el hallazgo de encontrar el lugar de sí mismo en su cuerpo y en el mundo, ser habitantes de su cuerpo en el mundo actual, real, y también adquirir la capacidad de utilizar su cuerpo y su lugar en el mundo” (Aberastury et al, 1992).

Justificación

La razón por la que se decide tomar este tema en un trabajo de tesis, es para averiguar si un aspecto como la autoestima, que se va desarrollando desde una temprana edad, que forma parte de la personalidad y es fundamental para las relaciones sociales, se encuentra significativamente relacionada con el hecho de que los adolescentes que viven en una zona de alto riesgo, tienen más probabilidad para iniciarse en el consumo

de alguna droga ilegal, y sin embargo no consumen, se deba a que tienen una autoestima alta, por lo tanto cumple la función de factor protector.

Pues el consumo de drogas es un fenómeno que afecta de manera directa al desarrollo sano de los adolescentes y por ende se vuelve un problema que afecta a la sociedad, ¿por que los adolescentes? Porque la adolescencia se caracteriza como un periodo plagado de equilibrios y desequilibrios durante el cual el niño deja de ser tal, al mismo tiempo que se esfuerza por redefinirse a si mismo y trata de ubicarse en el mundo adulto, por ello es que esta etapa es considerada de alta vulnerabilidad a la realización de conductas peligrosas para sí mismos, por ejemplo iniciarse en el consumo de drogas. Un común denominador para la realización o no de una conducta peligrosa son la presencia de factores de riesgo y factores de protección, los cuales se manifiestan de diferentes formas en el ambiente del adolescente ya sea en la interacción con los padres, los amigos, los compañeros, los vecinos, maestros etc.

En este trabajo no se pretende confrontar factores de riesgo con factores de protección, Lo primero que se pretende, es valorar el grado de riesgo hacia el consumo de marihuana, cocaína o inhalables, pues estos tres tipos de drogas son las mas comunes que se consumen y son mas fáciles de conseguir por los adolescentes en un contexto con características de alto riesgo. En segundo lugar resaltar si un factor de protección como lo es la autoestima alta, la cual es parte de la personalidad de cualquier persona este donde este, funciona como amortiguador inhibiendo la acción a que un alumno consuma alguna droga (marihuana cocaína e inhalables) a pesar de que el contexto donde éste se desarrolla es una colonia donde el consumo y la probabilidad de consumir es alto (zona de alto riesgo).

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 El modelo de factores de riesgo/protección.

En este trabajo se incluyeron variables que se hipotetizan, pueden actuar aumentando el riesgo o protegiendo al adolescente del uso de drogas y del abuso que se asocia con problemas y mal funcionamiento. No se consideran factores que se asocian con la dependencia, que suceden en etapas superiores de desarrollo, usualmente después de los 25 años. Se ha tomado como punto de partida el marco conceptual propuesto por Hawkins y cols., y que es parte del marco teórico utilizado en el “programa Educativo de Prevención Contra las Adicciones” realizado por Medina-Mora y cols (1993) el cual nos dice que: “Los precursores de los problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas han sido descritos como factores de riesgo para el abuso, ocurren antes de que aparezca éste y están estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas a través de la eliminación, reducción o mitigación de sus precursores. Muchos de los factores de riesgo para el abuso de drogas también predicen otras conductas problemáticas en la adolescencia, así sabemos que el abuso de drogas, no así el uso, está correlacionado con delincuencia; embarazo en la adolescencia; problemas de conducta escolar y deserción, entre otras. Por otra parte, los factores protectores, median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Se hipotetiza que la exposición al riesgo afecta la vulnerabilidad del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su resistencia, por lo que será menos probable que abuse de drogas aún cuando esté expuesto a ellas. La presencia de factores de protección explicaría la diferencia en los logros de los sujetos involucrados en el (los) mismo(s) riesgo(s), y en este sentido la conceptualización del factor de protección, es mucho más amplia que la simple ausencia de riesgo. Existen dos hipótesis sobre sus mecanismos de acción: a) mecanismos riesgo protector, en la que se supone que la exposición a un factor de riesgo está mediada por la presencia de un factor protector. Y b) mecanismos protector/protector, supone que un factor protector potencia otro fortaleciendo sus efectos. Actualmente aún no se permite determinar que factores de riesgo, ni que combinaciones de los mismos, son más perjudiciales, cuales son modificables y cuales son específicos para el abuso de drogas y no contribuciones genéricas a las conductas de riesgo que ocurren en la adolescencia. Los factores de riesgo pueden clasificarse en dos grandes grupos: I. factores sociales y culturales o contextuales y II. Factores del ambiente intraindividual e interpersonal. Los primeros proporcionan las expectativas legales y normativas de la conducta, los segundos se asocian con la familia, los condiscípulos y los pares” (Hawkins y cols, 1992, citado en Medina Mora y cols, 1993).

Entre los factores contextuales que se han asociado con el consumo y que serán identificados en una zona de alto riesgo son:

Percepción del consumo de drogas dentro de la colonia: se pretende medir la importancia de esta variable, ya que, de acuerdo al CIJ, en estas colonias es común observar personas ingiriendo bebidas alcohólicas o consumiendo algún tipo de droga, ya sea en fiestas (tocadas), en los alrededores de algunas escuelas, áreas verdes y deportivas.

Percepción de disponibilidad de la droga: "Las leyes afectan el consumo en función de la oferta y la demanda. Se supone que existe una relación entre disponibilidad, consumo y problemas. Sin embargo se sabe que sí bien la disponibilidad está dada en parte en función de las leyes y normas, ésta puede ser independiente de su estatus legal. En México se observa que las regiones del país, en donde los índices de consumo son mayores, sus habitantes reportan los índices de percepción de disponibilidad más elevados (Otero 1990 en Medina-Mora y cols. 1993). Esta misma variable se observa en otros estudios, pero con estudiantes, por ejemplo, Medina Mora (1985) concluye entre otras cosas en un estudio que la percepción de disponibilidad se asocia significativamente con el uso de más de una sustancia. En este trabajo se pretende observar la importancia de este factor ya que el CIJ (s/año) menciona que en las zonas de alto riesgo se puede ver que varias tiendas de abarrotes, farmacias y tlapalerías no respetan la disposición oficial de no vender sustancias como solventes, pastillas psicotrópicas, etc., a menores de edad, sin olvidar la situación del posible narcomenudeo.

Percepción de aceptación social: Medina-Mora y cols. (1993). nos dicen que las leyes reflejan las normas sociales, y en este sentido el consumo sería un reflejo de las normas del grupo. Se supondría que las tasas de consumo variarían entre los diferentes grupos en función de la aceptación social del consumo. Siguiendo esta línea el CIJ (s/año) plantea que los habitantes que viven en una zona de alto riesgo están enterados del problema del consumo de drogas, aunque no lo consideran propio por que "no" lo tienen dentro de su familia, saben quienes consumen y en que lugares se distribuyen las sustancias.

Dentro de los factores interpersonales y personales observamos el hecho de tener amigos, familiares o conocidos que consumen algún tipo de droga. Las hipótesis utilizadas para explicar la transmisión de las dependencias incluyen factores genéticos y de aprendizaje social (Medina-Mora y cols. 1993). Por ejemplo Villatoro (1996), en su estudio sobre los factores que predicen el consumo de drogas en adolescentes de enseñanza media y media superior de México señaló que desde la perspectiva del aprendizaje social, la interacción con modelos que consumen drogas refuerzan la ocurrencia de esta conducta, apoyado en Bandura (1986). Por otro parte el CIJ (s/año) señala la importancia de la presión de los amigos hacia los adolescentes para consumir, así como tener familiares con actitudes o conductas que propician el consumo.

En la mayoría de nuestras variables de riesgo se maneja la palabra percepción, por lo que a continuación se presenta un concepto teórico sobre este tema.

2.1.1 Percepción

“La percepción comprende básicamente dos procesos: 1) la recodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llega del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria; 2) en un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y, de ese modo, evitar o reducir la sorpresa” (Bruner y cols, en Morales 1994).

“Los estudios de percepción de personas y percepción social han estado muy ligados a los estudios de percepción de objetos. Esencialmente, la percepción de objetos y la de personas se parecen en lo siguiente:

a) a Ambos tipos de percepción están estructurados. Nuestras percepciones no constituyen un continuo procesamiento de estímulos caóticos, que se van almacenando uno tras otro en nuestra memoria sin orden ni concierto, sino que cuando percibimos objetos y personas creamos un orden en ese mundo. Una de las formas más básicas de organización consiste en crear categorías, tratando a estímulos independientes como equivalentes entre sí, o integrantes de una unidad, y diferentes a su vez de otros estímulos. En el mundo de los objetos físicos las categorías que utilizamos son claras. Igual ocurre con la percepción de las personas y de sus acciones. Cuando percibimos a una persona poseemos multitud de categorías para clasificar su conducta, su apariencia y demás elementos informativos: puede ser categorizada en función de su atractivo físico, de su personalidad, de su procedencia geográfica, etc. Las personas diferimos en el tipo de categorías que utilizamos, si bien en determinados momentos o circunstancias todos tendemos a usar categorías similares. Así hay personas que utilizan casi exclusivamente un sistema categorial, mientras que otras utilizan un sistema más complejo de categorización.

b) Tanto en la percepción de objetos como en las de personas tendemos a buscar con mayor afán los elementos invariantes de los estímulos que percibimos. Siendo nuestro interés primordial predecir la conducta de los demás, no nos resultan de mucho interés aquellos aspectos de su conducta que nos parecen superficiales o inestables.

c) nuestras percepciones de los objetos y de los demás tienen significado. Los diversos estímulos que percibimos pasan al interior de nuestra mente a través de un tamiz cuya función primordial consiste en “interpretarlos” otorgándoles significado” (Morales 1994).

“Sin embargo, a pesar de estas semejanzas entre la percepción de objetos y de personas, las diferencias son importantes y pueden sintetizarse del siguiente modo: a) Las personas son percibidas como agentes causales y los objetos no, o dicho de otra manera, los seres humanos tenemos intenciones de control sobre el medio que nos rodea. Esto explica por qué el factor engaño tiene una importancia fundamental en la percepción de objetos. El perceptor sabe que los objetivos y deseos de la persona percibida influyen en la información que presenta de sí misma, lo que unido a la ambigüedad que tiene gran parte de la información, hace que el perceptor se implique en un proceso activo, intentando descubrir cómo la persona percibida “ realmente es” o cuales son sus verdaderas intenciones. b) las otras personas son semejantes a nosotros, lo cual nos permite realizar una serie de inferencia que no podemos realizar

en el caso de los objetos. Así, todos tenemos una idea de cómo se siente una persona cuando está triste, por que nosotros hemos vivido esas experiencias o similares. Sin embargo, nadie atribuye sentimientos a los árboles. c) la percepción de personas suele darse en interacciones que poseen un carácter dinámico. Generalmente cuando percibimos a otra persona somos a la vez percibidos. Nuestra mera presencia, el hecho de sentirse observado o el contexto, puede hacer que la otra persona maneje la impresión que quiera causarnos, presentando o enfatizando ciertas características y omitiendo otras. Además, las expectativas o percepciones respecto a la persona que percibimos influyen en nuestra conducta hacia ella; esta conducta a su vez, puede influir en la respuesta que la persona percibida emita, cerrando de esta manera una especie de círculo vicioso. d) La percepción de personas, es generalmente, más compleja que la percepción de estímulos físicos, pues las personas solemos tener muchos atributos cruciales que no son observables a simple vista, cambiamos con frecuencia más que los objetos, y la exactitud en la Percepción Social es más difícil de probar” (Fiske y Taylor en morales 1994).

Factores asociados al perceptor

Jones y Thibaut (en Morales1994) “dividieron en tres categorías los tipos de metas que una persona suele ir buscando cuando percibe a otra: a) probar o confirmar sus propios valores (esto es, ver si la persona percibida puede ser relevante en relación con los objetivos de ser querido, admirado o que las propias creencias se confirmen; b) comprender a la otra persona y la causa de su conducta; y c) determinar si la conducta de la otra persona se ajusta a alguna regla o norma o, por el contrario, la viola. El tipo de metas que predomine en una determinada situación influirá en todo el proceso perceptivo”.

2.2 AUTOESTIMA

Un análisis sobre la autoestima

Después del análisis realizado en su libro “Autoestima: Investigación, teoría y práctica” Mruk (1999) llega a la conclusión de que la autoestima “se crea mediante la interacción del merecimiento y la competencia, los cuales pueden ser entendidos como ‘ejes’ o estructuras de la autoestima las cuales están en relación dinámica recíproca. La competencia es más conductual y puede evaluarse más fácilmente en términos de eficacia e ineficacia según los resultados obtenidos. Esto es útil para representar el grado en que una persona ejecuta algo, como resolver problemas, responder a un reto, etc. la dimensión del merecimiento es mucho más difícil de evaluar cuantitativamente, sobre todo por que es más experiencias y hace referencia a fenómenos más subjetivos de los valores personales, familiares, del subgrupo y de la sociedad en general. Una historia de competencia alta y mucho merecimiento, por ejemplo, produce lógicamente una autoestima alta. Las personas con autoestima alta son menos críticas consigo mismas, más capaces de resistir la presión social y actuar en base a sus propios criterios y valores y menos constreñidas por la ansiedad, en general los individuos con autoestima alta están mejor preparados para afrontar los retos de la vida, por que han adquirido cierto momento evolutivo asociado a éxitos pasados y un perdurable sentido del merecimiento, también nos ayuda a enfrentar los altibajos de la vida. La autoestima

baja implica deficiencias tanto en la competencia como en el merecimiento. Tal vulnerabilidad de doble filo es especialmente sensible a ser victimizada por el self, por los otros y por el mundo. Sentirse inmerecedores por ejemplo, nos ayuda en primer lugar, a entender por que un individuo se implica en relaciones que son incluso perjudiciales. Además de reforzar lo experimentado, tal tratamiento también dificulta la búsqueda de fuentes de merecimiento, como la valoración ajena o la defensa de los propios derechos (indefensión aprendida). Además, ser visto como merecedor o competente haría tambalear los patrones existentes: requiere cambio, lo cual es más fácil de evitar que de afrontar. Todas juntas, las fuerzas interactuantes crean un círculo vicioso que casi garantiza una confirmación permanente de los sentimientos de falta de merecimiento de la persona. Los problemas con la competencia o el merecimiento, o ambos a la vez, se suelen considerar implicados en los trastornos adictivos. El abuso de sustancias puede actuar como amortiguador ante la ansiedad asociada con el temor al fracaso que acompaña a los aspectos de competencia o la sensación de falta de merecimiento común en la depresión o soledad”

El Desarrollo de Autoestima

“La ejecución competente de ciertos actos es importante desde etapas muy tempranas de la vida tales éxitos o fracasos individuales son psicológicamente importantes: éstos conducen a la persona en evolución a algo, a una mayor sensación de competencia, dominio, poder, eficacia, etc. (o Incompetencia, inadecuación, inutilidad, etc.). Ésta es una razón de la necesidad de competencia en la vida. La otra fuente de información se refiere al desarrollo del merecimiento como precursor evolutivo de la autoestima. Aquí, encontramos que tanto los investigadores como los clínicos subrayan la importancia de la aceptación, el interés y/o “amor” en el desarrollo de la autoestima. Todas estas formas de ser estimado tienen muchas cosas en común. Todos son fenómenos interpersonales, es decir, las afirmaciones, expresiones y manifestaciones de nuestro merecimiento como personas proceden de otros que son significativos para nosotros, implicando que el componente del merecimiento de la autoestima está vinculado a su dimensión social. También vemos que el merecimiento es una parte actitudinal y cargada de valor de la autoestima. Como tal, el merecimiento se asienta en un tipo diferente de proceso evaluador que el asociado a la competencia. Éste está constituido por valores y juicios sociales relacionados con el mundo cultural del niño en desarrollo y pueden diferir considerablemente dentro de una misma sociedad o entre varias sociedades. La dimensión del merecimiento de la autoestima puede preceder al componente de competencia, por que, para el momento en que el niño aparece en escena, ya se halla rodeado de un entorno cargado de valores que estructura lo que percibe como bueno, deseable, atractivo o válido en general. El género conlleva toda una amplia gama de categorías, valores y expectativas que los otros tienen en relación al bebé, quien sólo puede responder pasivamente ante ellas. Lo mismo ocurre con otros factores sociales que afectan a la autoestima como el orden de nacimiento, el estatus económico, los valores etc. Evidentemente, cada perspectiva entiende este proceso desde un ángulo diferente. White se refiere al “merecimiento de amor” y la identificación con las figuras u objetos parentales Coopersmith lo caracteriza en términos de modelado u otras formas de aprendizaje social, los humanistas hablan de ser estimado ‘condicionalmente’ o ‘incondicionalmente’, etc. pero el hecho es que el

bebé-niño responde al modo en que los otros significativos estiman su misma presencia y sus conductas o logros particulares. La competencia depende del modo en que el niño responda al mundo y a los otros, sin embargo, el merecimiento depende del modo en que los otros o el mundo respondan ante el niño "(Mruk 1999).

"La autoestima aparece como tal, por primera vez durante el periodo de 6 a 12 años de edad, y es cuando el niño es capaz de iniciar conductas con destreza (competencia), de evaluar sus logros, en términos de normas sociales, como válidos o no válidos (merecimiento) y después experimentar una relación entre procesos. Sin embargo en este punto deben ser tenidas en cuenta muchas variables intervinientes, por ejemplo las diferencias individuales en términos de destrezas físicas, emocionales, cognitivas o sociales y proclividades personales son una muestra de factores que pueden afectar al desarrollo de la autoestima, especialmente por que la competencia está implicada. Por otro lado, para el final de este estadio del desarrollo de autoestima, el individuo llegará a adquirir lo que la literatura considera como un nivel básico o global de autoestima. Pero es muy importante recordar que cuesta años llegar a este punto y reconocer que en este tiempo se combinan complejos procesos interactivos, ya que según madura el niño, hay dos factores que influyen sobre la autoestima (y sobre el resto del desarrollo): su mundo social se amplía en el sentido de que 'el radio de los otros significativos' con quienes se relaciona el niño se amplía e incluye a profesores, cuidadores y otros niños ajenos a la familia, ahora entran en juego nuevos valores y normas, especialmente aquellas definidas por el grupo subcultural en el que está colocado el niño, cosas como el barrio particular, así como los valores de la cultura en general" (Rosemberg en Mruk, 1999). "El niño accede a estas situaciones con cierto bagaje de competencia conductual y estas situaciones presentan al niño nuevos problemas. Durante este periodo evolutivo, el niño puede experimentar éxitos y fracasos, tanto grandes como pequeños. Llegados a un punto, ciertos patrones se desarrollan, y el niño descubre que es competente en ciertos tipos de tareas y áreas y menos competentes en otras. El producto final de este estadio es que la autoestima empieza a tener un impacto significativo sobre la conducta. Y también ella desempeña un rol activo en el moldeado de la percepción, de la experiencia y de la identidad. Sin embargo, Mruk (1999). afirma que "la autoestima es sólo una fuerza entre muchas en la mayoría de las situaciones, algunas más poderosas en un contexto dado, como la presión de los compañeros u otras necesidades básicas"

CAPITULO III METODO

Con el fin de darle coherencia al presente trabajo, la investigación esta dividida en dos apartados, en el primero se pretende observar si existen problemas de consumo de drogas (marihuana, cocaína e inhalables) dentro del medio ambiente donde conviven los adolescentes de la secundaria diurna No. 265 y que participaron en esta investigación, al mismo tiempo identificar la presencia de algunos factores de riesgo como: percepción del consumo de drogas en la colonia, percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela, percepción de disponibilidad de drogas en la colonia, consumo de drogas por parte de amigos, familiares y/o conocidos, percepción de tolerancia social hacia el consumo de drogas, y corroborar de esta manera si ésta colonia donde esta ubicada la escuela secundaria José Peón y Contreras # 265 es una zona de alto riesgo, considerada así por el CIJ (s/año).

Para poder llegar al segundo apartado y concluir el trabajo, es esencial que en el primero se corrobore la existencia del problema del consumo de drogas y que la mayoría de las variables independientes sean significativas en cuanto que influyan en el hecho del consumo de marihuana, cocaína o inhalables, ya que en la segunda parte se pretende observar si la autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen drogas y que conviven dentro de esta colonia, y por lo tanto están expuestos a diversos factores de riesgo (incluyendo los que podrían existir y no se mencionaron aquí). Es importante aclarar que no se desea (aunque seria muy interesante) confrontar la variable autoestima con cada factor de riesgo manejado en la primera parte (ya que seria otro tema de investigación), sino simplemente observar si la autoestima alta (parte de la personalidad de los adolescente) fue capaz de neutralizar el contexto desfavorable de la colonia. Sin embargo previendo la existencia de otros factores de riesgo y de protección que pudieran influir para iniciarse o no en el consumo de alguna droga, se corrieron dos tablas de frecuencias con dos reactivos en los cuales se encontraban diferentes opciones que indicaban las causas por las que llegaron a consumir o no droga.

3.1 objetivos Primer apartado

El objetivo del primer apartado es corroborar la existencia del consumo de drogas (marihuana, cocaína e inhalables) y de factores de riesgo como: percepción del consumo de drogas en la colonia y en los alrededores de la escuela, percepción de disponibilidad de drogas dentro de la colonia, consumo de drogas por parte de amigos y/o conocidos así como de familiares, percepción de tolerancia social hacia el consumo de drogas, y observar si existe alguna relación significativa en cuanto a que si uno o varios de estos factores inciden en el consumo de una o varias de las drogas antes mencionadas. Por otro lado observar si existen diferencias en los alumnos de los grupos de primero y tercer grado tanto en la percepción de los factores de riesgo como en el consumo de alguna de las drogas , con el fin de saber como entran los adolescentes y como salen de la escuela.

3.2 Preguntas de investigación

Preguntas generales

¿En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 existen factores de riesgo que propicien el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265?

¿En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 existen factores de riesgo que propician el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265?

¿En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 existen factores de riesgo que propician el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265?

Preguntas consecutivas

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran?

¿Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga?

¿Existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de marihuana?

¿Existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de cocaína?

¿Existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de inhalables?

¿Existen diferencias en el género en cuanto al consumo de marihuana?

¿Existen diferencias en el género en cuanto al consumo de cocaína?

¿Existen diferencias en el género en cuanto al consumo de inhalables?

3.3 variables

Independientes:

Percepción del consumo de drogas dentro de la colonia
Percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.
Consumo de familiares
Consumo de amigos
Consumo de conocidos
Percepción de disponibilidad para adquirir alguna droga
Percepción de tolerancia social del consumo de drogas
Grado escolar
Sexo

Dependiente

Consumo de marihuana.
Consumo de cocaína.
Consumo de inhalables

3.4 Hipótesis Generales

Ho. En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 existen factores de riesgo que propician el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265.

Ho. En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 existen factores de riesgo que propician el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265.

Ho. En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 existen factores de riesgo que propician el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265.

Ha. En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 no existen factores de riesgo que propicien el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265.

Ha. En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 no existen factores de riesgo que propicien el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265.

Ha. En la Colonia San Juan de Aragón Sección 7 no existen factores de riesgo que propicien el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265.

Hipótesis consecutivas

Ho. Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran.

Ho Existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga.

Ho. Existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de marihuana.

Ho. Existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de cocaína

Ho. Existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de inhalables

Ho. Existen diferencias en el género en cuanto al consumo de marihuana

Ho. Existen diferencias en el género en cuanto al consumo de cocaína

Ho. Existen diferencias en el género en cuanto al consumo de inhalables

Ha. No existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga.

Ha no existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de cocaína en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas dentro de la colonia.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción del consumo de drogas en los alrededores de la escuela.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan familiares que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan amigos que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y el hecho de que tengan conocidos que consuman droga.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de disponibilidad para conseguir droga si quisieran.

Ha No existe una relación significativa entre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna #265, y la percepción de tolerancia social hacia el consumo de droga.

Ha No existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de marihuana.

Ha No existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de cocaína

Ha No existen diferencias en alumnos de primero y de tercer grado en cuanto al consumo de inhalables

Ha. No existen diferencias en el género en cuanto al consumo de marihuana

Ha. No existen diferencias en el género en cuanto al consumo de cocaína

Ha. No existen diferencias en el género en cuanto al consumo de inhalables

3.5 Objetivos: Segundo apartado

En el segundo apartado se pretende comprobar si existe una significancia entre la variable autoestima alta como factor de protección en los alumnos que no consumen droga como: marihuana, cocaína e inhalables; y que viven en una zona de alto riesgo, es decir, una zona donde el consumo y la probabilidad de consumir son altos debido a la presencia de diversos factores de riesgo.

3.6 Preguntas de investigación Pregunta general

¿La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes, estudiante de la secundaria # 265, que no consumen droga y que viven en una zona de alto riesgo, donde existen factores que propician el consumo?

Preguntas consecutivas

¿La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes, estudiante de la secundaria # 265, que no consumen marihuana y que viven en una zona de alto riesgo, donde existen factores que propician el consumo?

¿La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes, estudiante de la secundaria # 265, que no consumen cocaína y que viven en una zona de alto riesgo, donde existen factores que propician el consumo?

¿La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes, estudiante de la secundaria # 265, que no consumen inhalables y que viven en una zona de alto riesgo, donde existen factores que propician el consumo?

3.7 Variables Independiente

Consumo de marihuana.

Consumo de cocaína.

Consumo de inhalables.

Dependiente

Autoestima alta

3.8 Hipótesis General

Ho. La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes estudiantes de la secundaria # 265 que no consumen drogas y que viven en una colonia de alto riesgo donde están expuestos a factores que propician el consumo.

Ho. La autoestima alta no funciona como factor de protección en adolescentes estudiantes de la secundaria # 265 que no consumen drogas y que viven en una colonia de alto riesgo, donde están expuestos a factores que propician el consumo

Hipótesis Consecutivas

Ho. La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen marihuana y que viven en una colonia de alto riesgo y por lo tanto están expuestos a factores que propician el consumo.

Ho. La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen cocaína y que viven en una colonia de alto riesgo y por lo tanto están expuestos a factores que propician el consumo.

Ho. La autoestima alta funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen inhalables y que viven en una colonia de alto riesgo y por lo tanto están expuestos a factores que propician el consumo.

Ha. La autoestima alta no funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen marihuana y que viven en una colonia de alto riesgo y por lo tanto están expuestos a factores que propician el consumo.

Ha. La autoestima alta no funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen cocaína y que viven en una colonia de alto riesgo y por lo tanto están expuestos a factores que propician el consumo.

Ha. La autoestima alta no funciona como factor de protección en adolescentes que no consumen inhalables y que viven en una colonia de alto riesgo y por lo tanto están expuestos a factores que propician el consumo.

3.9 Definiciones conceptuales y operacionales

Percepción del consumo de drogas en la colonia o alrededor de la escuela: se refiere a la exposición de personas consumiendo drogas dentro de la colonia o alrededor de la escuela Secundaria # 265 y son observados por los alumnos, entre otras personas. Y se miden con los reactivos que preguntan la frecuencia en que pueden verse personas consumiendo o intoxicadas por drogas ilícitas tanto en el interior de la colonia , como en los alrededores de la escuela, así como los momentos en que es más frecuente y el grupo de edad de estas personas..

Percepción de disponibilidad: es la idea que se han creado los adolescentes acerca de la fácil o difícil tarea de adquirir, si ellos quisieran, alguna droga ilícita. Y se mide con los reactivos que preguntan que tan fácil o difícil sería para ellos conseguir droga, y lugar o sitio donde se obtuvo droga (marihuana, cocaína e inhalables)

Tolerancia social hacia el consumo: es la idea que tienen los adolescentes sobre cómo verían sus familiares, amigos, maestros etc., si él consumiera marihuana, cocaína o inhalables.

Consumo de familiares, amigos o conocidos: se refiere al hecho de saber si el adolescente convive con personas que consumen o ingieren drogas ilícitas, y se mide preguntando al adolescente si alguna de estas personas ha consumido, así como si conocen compañeros de la escuela que lleguen intoxicados a su escuela por haber consumido alguna droga.

Grado escolar: se refiere al año, de tres posibles, el cual está cursando en este momento el adolescente, y se mide con la pregunta: que grado estás cursando.

Consumo de drogas: Es toda sustancia química que es introducida voluntariamente al organismo y produce efectos en éste, modificando el comportamiento psicológico, físico y social de la persona. Se mide preguntando a los adolescentes si han consumido Marihuana, cocaína o inhalables, así como el número de veces y hace cuánto tiempo fue la última vez.

Autoestima: es el conjunto de pensamientos y sentimientos creados por la persona en referencia a sí mismo como un objeto. Teniendo su origen a través de la interacción con su medio ambiente, se mide mediante la escala de autoestima, la cual contiene reactivos que mide autoestima positiva o alta y autoestima negativa o baja.

Este es un método cuantitativo en el que se pretende observar, por un lado, la relación estadística entre diversos factores de riesgo y el consumo de drogas, y por otro, la significancia estadística entre autoestima alta como factor de protección y el hecho de que no consuman droga los adolescentes.

3.10 Participantes

Los participantes del presente estudio fueron 184 estudiantes de la secundaria #265 ubicada en el interior de la Colonia San Juan de Aragón Sección 7, al Oriente de la Delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México, de los cuales 84 son mujeres y 100 hombres. Del número total de los participantes 77 cursan el primer grado escolar y 105 el tercer grado, quedando 2 sin información.

3.11 Instrumento

La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario, el cual está compuesto por las siguientes áreas:

- Variables demográficas como edad, grado y sexo
- Consumo personal de drogas (marihuana, cocaína e inhalables)
- Consumo por parte de algún familiar, amigo o conocido
- Percepción de disponibilidad
- Tolerancia social

Estas secciones han sido validadas en el cuestionario elaborado por la Dirección General de Fomento a la Salud y Instituto Mexicano de Psiquiatría, (1997).

También cuenta con una escala de autoestima de Rossenberg (en Dirección General de Fomento a la Salud y Instituto Mexicano de Psiquiatría, Cuestionario de Estudiantes 1997) utilizada en la encuesta a estudiantes, sobre sentimientos hacia sí mismos, el cual contempla dos dimensiones, atributos positivos y atributos negativos de la autoestima.

Por otro lado, cuenta con otras dos secciones sobre la percepción del consumo de drogas en el interior de la colonia y en los alrededores de la escuela. Estas secciones fueron extraídas del trabajo de investigación sobre zonas de alto riesgo realizado por el CIJ.

El cuestionario consta de 39 reactivos. Con el fin de obtener más información sobre los factores de riesgo y de protección se incluyen dos reactivos sobre las razones más importantes en los adolescentes para llegar, o no, a consumir droga. Estos reactivos también fueron validados por la DGFS y IMP (1997).

3.12 Procedimiento

La aplicación del cuestionario se llevo a acabo en el salón de clases y en el horario de cada grupo, de la secundaria # 265, sin la presencia del maestro/a, y con previa autorización de la directora de la institución. Tres personas capacitadas fueron las encargadas de llevar ha cabo la aplicación, dando las instrucciones y asesorando a los alumnos de cómo llenar correctamente el cuestionario. Por otro lado se remarco la total confidencialidad de las respuestas argumentando que solo son datos estadísticos, por lo que nunca se les pidió su nombre, y era para realizar un trabajo de tesis. La duración de la aplicación fue aproximadamente de 15 a 20 minutos.

3.13 Análisis de información

La mayor parte de la información obtenida para realizar este trabajo se obtuvo de las encuestas nacionales de adicciones en sus diferentes versiones (1993, 1997, 1998.) realizados por el Intitulo Mexicano de Psiquiatría en coordinación con diferentes instituciones. Así como del Centro de Integración Juvenil en sus trabajos realizados en colonias clasificadas como alto riesgo. Además de bibliografía complementaria adquirida en diferentes centros de documentación.

3.14 Análisis de resultados

El análisis de resultados se realizo con el programa estadístico SPSS para Windows versión 10.0. En el cual se corrieron frecuencias, correlaciones y análisis de varianza, por ultimo se corrieron análisis factoriales con los reactivos con el fin de obtener consistencia y validez interna de las variables creadas.

Para analizar la escala de autoestima los diez reactivos se agruparon en dos factores, de los cuales s e obtuvo la consistencia interna de .72 en autoestima alta y .74 en autoestima baja.

De esta forma la escala midió:

Autoestima baja; la cual ha sido considerada como el núcleo central de problemas emocionales, una autoestima baja está relacionada con sentimientos de auto desvaloración y desmerecimiento.

Autoestima alta; ésta refleja un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, buenas relaciones sociales, merecimiento, buena salud mental y auto aceptación. (En este trabajo solo se trabajará con la variable autoestima alta, ya que, es la característica que se pretende medir en los adolescentes).

Con el fin de observar la percepción de los adolescentes sobre el consumo de drogas en la colonia y en los alrededores de la escuela, se recurrió al CIJ para tomar los reactivos que miden esta variable, realizándoles un análisis factorial, resultando dos factores; por un lado percepción del consumo en la colonia con una validez interna de .80 y percepción del consumo en los alrededores de la escuela con una validez de .85

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis estadísticos

Primera parte

En esta parte se pretende observar la existencia de factores asociados que, de cierta forma, influyan con el inicio hacia el consumo de drogas, y ver si hay algún efecto en los adolescentes. Empezando por medir la frecuencia con que los adolescentes pueden observar el consumo en la colonia y alrededor de la escuela, así como averiguar si existen personas que de cierta forma convivan con ellos y que consumen droga, también medir el grado de percepción de los adolescentes con respecto a la indiferencia de su comunidad si ellos consumieran droga, por otro lado saber que tanta disponibilidad tienen de obtener droga si quisieran y si algunos de ellos consume ya sea marihuana cocaína o inhalables así como el lugar donde la obtuvieron y quien se las proporciono, todo esto visto desde el genero masculino , femenino, primero y tercer grado.

En cuanto a ver personas consumiendo droga en la colonia el porcentaje más alto fue en los hombres (19.5%) y los de 3° (24.9%) que contestaron con frecuencia (tabla 1). El ver personas intoxicadas en la colonia el mayor porcentaje fue en los hombres y 3° con un 16.8% que dijeron rara vez, sin embargo fue seguido del 16.2 % que contestaron con frecuencia (tabla2). El ver personas consumiendo en los alrededores de escuela el mayor porcentaje lo obtuvieron las mujeres con un porcentaje de 18.8 que contesto con frecuencia en cuanto al grado el mayor porcentaje fue en los de 1° con un 15.7, el ver personas intoxicadas allí mismo, los hombres (24.9%) y el grupo de primero (22.2%) obtuvieron el mayor porcentaje respondiendo nunca (tabla 3 y 4). En lo referente a la frecuencia con que se distribuyen drogas en los alrededores de la escuela fueron los hombres (28.6%) y los grupos de primero (27.0) los que obtuvieron un mayor porcentaje y dijeron que nunca (tabla 5). en cuanto a ver gente consumiendo drogas entre semana los adolescentes con mayor porcentaje fueron los hombres (20 %) y los de tercer grado (23.2%) y que contestaron rara vez, por lo que se refiere al fin de semana también fueron los hombres y los de tercero que respondieron rara vez, los que obtuvieron el porcentaje más alto (20% y 25.9% respectivamente) tablas 6 y 7. también se les pregunto la edad de las personas en que es mayor el consumo de drogas para lo cual los hombres con un 24.6 % contestaron que de 18 a 25 años, por otro lado los grupos de tercero contestaron que de 12 a 17 años con un 27.9 % (tabla 8).

Tabla 1 Frecuencia con que pueden verse personas consumiendo drogas ilícitas en la colonia

<i>Sexo</i>	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia</i>
<i>Masculino</i>	10.3 %	14.6	10.3	19.5
<i>Femenino</i>	11.4	6.5	11.4	16.2
<i>Grado</i>				
<i>1er</i>	11.9	9.7	10.3	10.3
<i>3er</i>	9.7	10.8	11.4	24.9

Tabla 2. Frecuencia con que pueden verse personas intoxicadas por alguna droga en la colonia

Sexo	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia
Masculino	11.4	16.8	8.6	16.2
Femenino	11.9	10.3	8.6	14.6
Grado				
1°	12.4	10.3	5.4	14.1
3°	11.9	16.8	11.4	16.2

Tabla3 Frecuencia con que pueden verse personas consumiendo droga alrededor de la escuela

Sexo	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia
Masculino	18.4	13.0	14.1	9.2
Femenino	10.3	15.1	9.2	18.8
Grado				
1°	15.7	14.1	8.1	10.8
3°	13.8	14.1	14.1	9.2

Tabla 4 Frecuencia con que pueden verse personas intoxicadas por droga alrededor de la escuela

Sexo	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia
Masculino	24.9	16.2	8.1	5.4
Femenino	14.6	15.1	10.8	4.9
Grado				
1°	22.2	11.4	5.4	3.2
3°	16.2	20.0	13.5	7.0

Tabla 5 Frecuencia con que se distribuyen drogas ilegales alrededor de la escuela

Sexo	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia
Masculino	28.6	13.0	9.2	3.8
Femenino	21.6	12.4	4.9	6.5
Grado				
1°	27.0	8.6	4.3	2.2
3°	22.2	16.8	9.7	8.1

Tabla 6 Momentos en los que se puede ver gente consumiendo drogas ilícitas entre semana

Sexo	N0 se ve	Noche	Tardes	Mañanas
Masculino	14.1	20.0	17.8	2.7
Femenino	12.4	18.4	13.0	1.6
Grado				
1°	13.0	15.1	13.5	.5
3°	13.0	23.2	17.3	3.2

Tabla7 Momentos en los que se puede ver gente consumiendo drogas ilícitas los fines de semana

Sexo	No se ve	Noche	Tardes	Mañana
Masculino	15.7	20.0	16.2	2.7
Femenino	13.0	19.5	11.4	1.6
Grado				
1°	15.7	13.5	11.9	1.1
3°	12.4	25.9	15.7	2.7

Tabla 8 Edad en que es mayor el consumo de drogas ilegales

Sexo	26 o más	18 a 25	12 ^a 17	Menos de 12
Masculino	12.0	24.6	15.8	1.6
Femenino	5.5	15.3	22.4	2.7
Grado				
1°	10.9	18.0	10.4	3.3
3°	6.6	21.3	27.9	1.1

En cuanto a conocer compañeros que lleguen intoxicados a la escuela por haber consumido droga se observó que hay un porcentaje casi parejo entre hombres (10.1) y mujeres (9.0) que dijeron que si, no así en cuanto a grado ya que los de tercero tienen un porcentaje mayor (14.0) que los alumnos de primero (5.1) (tabla 9). En lo que se refiere a tener personas cercanas como Papa, Mama, Hermano(a), Mejor amigo(a) o Familiar que viva con ellos y que han consumido droga se observó que en todas las categorías hay, por mínimo que sea, un porcentaje que dijo que si, excepto los grupos de tercero en Mama, el mayor porcentaje también lo obtuvo los grupos de tercero en cuanto a su mejor amigo(a) (25.2%), sin embargo es importante mencionar que en esta misma categoría son las mujeres las que tienen el mayor porcentaje (19.4). También resalta el hecho de que en la categoría Familiar que viva con ellos obtuvo un porcentaje alto en los grupos de tercero (17.2) seguido de los hombres (12.7) (tabla 10). En la tabla 11 se observa que la mayor presión ejercida por los amigos para que el adolescente consuma droga es en los hombres con un 3.8% y los grupos de 1° con un 4.4%.

Tabla 9. Conoces compañeros que lleguen intoxicados a tu escuela por haber consumido alguna droga ilícita

Sexo	Si	No
Masculino	10.1	42.7
Femenino	9.0	38.2
Grado		
1°	5.1	35.4
3°	14.0	44.4

Tabla 10. Algunas de las siguientes personas han consumido drogas

Sexo	Papa		Mama		Hermano(a)		Mejor amigo(a)		Familiar que viva contigo	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Masculino	3.0	52.4	1.2	53.6	8.2	47.6	11.0	43.9	12.7	42.7
Femenino	1.2	43.3	0.6	44.6	4.1	40.0	19.4	24.5	7.6	35.7
Grado										
1°	3.0	35.4	1.8	36.7	5.9	34.1	5.2	32.3	3.2	34.4
3°	1.2	59.1		60.2	5.9	52.4	25.2	34.8	17.2	42.7

Tabla 11. Que tanto te han presionado tus amigos para que consumas droga

Sexo	Nada	No mucho	Algo	Mucho
Masculino	44.0	2.2	3.8	3.8
Femenino	41.8	1.6	2.2	0.5
Grado				
1°	36.3		1.1	4.4
3°	48.4	3.8	4.9	

En la percepción que tienen los adolescentes de cómo verían diferentes miembros de su comunidad, como: Papa, Mama, Maestros, Amigo(a), Estudiantes y vecinos, si consumiera droga, teniendo como respuesta M= Mal, Ind.= Ni bien ni mal y, B= Bien, se observó que por mínimo que sea, en todas las categorías existe la respuesta B= Bien, registrando el mas alto el genero masculino en la categoría estudiantes con 5,5% seguido de amigo (4.9), Papa y Vecino (4.2), Maestros (4.0) y por ultimo Mama con 2.9%; el grupo con mayor porcentaje es de de tercero con 4.8 en la categoría Estudiantes, seguido de los grupos de primero con 4.5 en la categoría Maestros, 3.6% en Papa y 3.0% en estudiantes y vecinos (tabla 12).

Tabla 12. Como verían las siguientes personas si tu consumieras drogas

Sexo	Mama			Papa			Maestros			Amigo(a)			Estudiantes			Vecino		
	M	Ind	B	M	Ind	B	M	Ind	B	M	Ind	B	M	Ind	B	M	Ind	B
Masculino	44.7	5.9	2.9	44.3	5.4	4.2	44.6	5.6	4.0	39.3	10.4	4.9	32.1	17.6	5.5	35.7	16.1	4.2
Femenino	43.5	1.2	1.8	43.1	1.2	1.8	38.4	4.5	2.8	36.8	7.4	1.2	26.1	16.4	2.4	31.5	10.7	1.8
Grado																		
1°	33.5	3.5	2.9	31.7	3.6	3.6	32.8	2.8	4.5	31.9	5.2	3.1	30.3	7.3	3.0	30.4	8.3	3.0
3°	53.5	3.5	1.8	54.9	3.0	2.4	49.2	7.3	2.3	42.9	12.3	3.1	27.3	26.1	4.8	36.3	17.9	3.0

Otra característica de estas colonias de alto riesgo, es la disponibilidad de la droga, por lo que a los adolescentes se les pregunto que tan fácil es conseguir droga si quisieran, encontrando que el porcentaje más alto lo tiene el grupo de tercero con 22.21% contestando que muy fácil, por otro lado el 21.1 % del grupo de primero contestó que imposible, con respecto al genero, el sexo masculino tiene el mayor porcentaje tanto en la pregunta muy fácil (15.7%), como en imposible (18.4), el mayor porcentaje de las mujeres (15.7%) contesto imposible, seguido de Muy fácil (11.9) tabla 13.

En los resultados obtenidos sobre el consumo de marihuana, cocaína e inhalables, por parte de los adolescentes, se observó lo siguiente; en los hombres se puede ver una inclinación hacia el consumo de marihuana (7.0%) seguido de inhalables (5.4%) y cocaína(4.3%), no ocurre lo mismo con las mujeres, ya que, ellas tienen una tendencia hacia los inhalables (3.8%) seguido de marihuana y cocaína con un mismo porcentaje de 2.2 (tabla 14). En relación al numero de veces que han consumido estas drogas se tiene que; 12 personas (9 hombres y 3 mujeres, 10 de tercero y 2 de primero) consumieron marihuana de 1 a 5 veces, un hombre dijo que de 6 a 10 veces, por ultimo 4 personas (3 hombres y una mujer de los cuales 3 son de tercero y 1 de primero) dijeron que de 11 a 49 veces; en cuanto al consumo de cocaína, 6 personas (4 hombres 2 mujeres. 1 de primero y 5 de tercero) dijeron que de 1 a 5 veces , 2 hombres de primero contestaron que de 6 a 10 veces, 3 hombres de tercero de 11 a 49 veces y un hombre de primero 50 o más. En tanto que .loa Inhalables, 9 personas (5 hombres, 4 mujeres, 1 de primero, 8 de tercero) dijo de 1 a 5 veces, 2 mujeres de tercero de 6 a 10 veces, 3 hombres (1 de primero 2 de tercero) de 11 a 49 veces y por ultimo 2 hombres de primero dijo que más de 50 veces (tabla 15). Los resultados donde se indica el lugar donde los adolescentes obtuvieron droga son los siguientes: marihuana, 10 de ellos dijeron que en la calle o un parque, 3 en fiestas, 2 en un club social, y 2 en su propia casa o de alguien más; cocaína, 4 en la calle, 3 en fiestas,1 en un club social, 3 en la escuela y 1 en su casa o de alguien más; inhalables, 5 en la calle, 4 en fiestas, 1 en un club social, 1 en su trabajo, 2 en la escuela y 3 en su casa o de alguien más (tabla 16). La persona que les proporcione droga por primera vez, en su mayor parte (16

personas, 11 hombres y 5 mujeres, 13 de tercero y 3 de primero), dijo que un amigo o conocido, seguido de 5 personas (3 hombres y dos mujeres todos de tercero) dijo que un vendedor de droga; solo 2 hombres dijeron que un familiar y 1 un compañero de escuela (tabla 17). También se les pregunto a los adolescentes hace cuanto tiempo usaron droga por ultima vez y la mayoría, en los tres tipos de drogas (Marihuana 11 personas, cocaína 5, inhalables 8, contesto que menos de un mes (tabla 18).

Tabla 13. Facilidad para conseguir droga si quisieras

Sexo	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	Imposible
Masculino	15.7	10.8	5.4	4.3	18.4
Femenino	11.9	6.5	3.8	7.6	15.7
Grado					
1°	4.9	5.9	3.2	7.0	21.1
3°	22.2	10.8	5.9	4.9	13.0

Tabla 14. Alguna vez en tu vida has probado

Sexo	Marihuana		Cocaína		Inhalables	
	Si	No	Si	No	Si	No
Masculino	7.0	47.6	4.3	50.2	5.4	49.2
Femenino	2.2	43.2	2.2	43.2	3.8	41.6
Grado						
1°	4.6	40.5	2.2	40.0	2.7	39.5
3°	7.6	49.2	4.3	52.4	6.5	50.3

Tabla 15. Cuantas veces en tu vida has usado

Marihuana	Nunca	1 a 5	6 a 10	11 a 49	50 o mas
Masculino	88	9	1	3	
Femenino	80	3		1	
1°	75	2		1	
3°	91	10	1	3	
Cocaína					
Masculino	92	4	2	3	1
Femenino	79	2			
1°	73	1	2		1
3°	96	5		3	
Inhalables					
Masculino	90	5		3	2
Femenino	76	4	2		
1°	73	1		1	2
3°	91	8	2	2	

Tabla 16. En que lugar obtuviste por primera vez...

Marihuana	Calle o parque	En fiestas	En un club social	En el trabajo	En la escuela	En tu casa o de alguien	Nunca he usado
Masculino	8	2	1			2	88
Femenino	2	1	1			1	79
1°		1	2			1	74
3°	10	2				2	91
cocaína							
Masculino	3	1	1		2	1	92
Femenino	1	2			1		80
1°	1	1	1		1		74
3°	3	2			2	1	96
Inhalables							
Masculino	3	2	1	1	1	1	91
Femenino	2	2			1	2	77
1°		3	1	1			73
3°	5	1			2	3	93

Tabla 17. Que persona te proporciono droga por primera vez

	Un compañero de escuela	Un vendedor de droga	Un amigo o conocido	Un familiar	No uso droga
Masculino	1	3	11	2	81
Femenino		2	5		73
1°	1		3		70
3°		5	13	2	82

Tabla 18. Hace cuanto tiempo usaste...

Marihuana	Nunca	Mas de un año	De 7 a 12 meses	De 2 a 6 meses	Menos de un mes
Masculino	88	1	2	2	8
Femenino	80			1	3
1°	75		1		2
3°	91	1	1	3	9
Cocaína					
Masculino	93		1	1	4
Femenino	80		1	2	1
1°	74		1	1	1
3°	97		1	2	4
Inhalables					
Masculino	91	2	2		4
Femenino	77		1	2	4
1°	73		1		3
3°	93	2	2	2	5

Se realizo una serie de correlaciones de Pearson con las variables independientes (factores de riesgo) y el consumo de drogas, con el fin de corroborar si existen algunas relaciones significativas entre éstos, obteniendo los siguientes resultados: en la percepción del consumo en los alrededores de la escuela y el consumo

alguna vez en la vida de marihuana existe una correlación significativa de .023, no existiendo en el consumo de cocaína e inhalables. En cuanto a la percepción en la colonia existe una relación de .015 en el consumo de marihuana y una correlación más fuerte de .004 en el consumo de inhalables. En la correlación de la facilidad para conseguir droga si quisieran existe una significancia en el consumo de marihuana de .002 y una relación moderada en el consumo de cocaína de .01. En la pregunta que se hace a los adolescentes de que si alguna de las siguientes personas ha consumido droga se observo lo siguiente: en el caso del Papá y Mamá no hay ninguna correlación significativa, en Hermano/a hay una correlación significativa hacia el consumo de cocaína de .006, en su mejor amigo/a existe una correlación significativa de .001 en el consumo de marihuana, en familiar que viva con ellos existen correlaciones significativas tanto en el consumo de marihuana y el consumo de inhalables de .000 y el consumo de cocaína con 0.05 lo referente al reactivo sobre la presión de los amigos para que consuman no hay ninguna correlación significativa, por otro lado en cuanto si conocen compañeros que lleguen intoxicados a la escuela por haber consumido droga tiene una correlación significativa en los tres tipos de droga; marihuana (0.13); cocaína (.002) e inhalables (.005), por ultimo en la percepción de tolerancia social hacia el consumo no se observo ningún grado de correlación significativa en algún tipo de droga (tabla 19).

Tabla 19
Correlación

		<i>Alguna vez en tu vida has probado marihuana</i>	<i>Alguna vez en tu vida has probado cocaína</i>	<i>Alguna vez en tu vida has probado inhalables</i>
<i>Percepción del consumo en la escuela</i>	<i>Person correlation Sig. (2-tailed) Sum of squares and cross-product Covariance</i>	<i>.191* .023 5.339 3.84E-02</i>	<i>.001 .993 1.786E-02 1.285E-04</i>	<i>.062 .464 1.875 1.349E-02</i>
<i>Percepción del consumo en la colonia</i>	<i>Person correlation Sig. (2-tailed) Sum of squares and cross-product Covariance</i>	<i>.204* .015 6.174 4.442E-02</i>	<i>.145 .088 3.983 2.866E-02</i>	<i>.241** .004 7.865 5.658E-02</i>
<i>Facilidad para conseguir droga si quisieras</i>	<i>Person correlation Sig. (2-tailed) Sum of squares and cross-product Covariance</i>	<i>-.260** .002 -16.393 -.118</i>	<i>-.162 .056 -9.321 -6.706E-02</i>	<i>-.213* .012 -14.464 -.104</i>
<i>¿algunas de las siguientes personas han consumido drogas? Papá</i>	<i>Person correlation Sig. (2-tailed) Sum of squares and cross-product Covariance</i>	<i>.087 .308 .607 4.368E-03</i>	<i>-.050 .554 -.321 -3.312E-03</i>	<i>-.062 .470 -.464 -3.340E-03</i>
<i>Mamá</i>	<i>Person correlation Sig. (2-tailed) Sum of squares and cross-product</i>	<i>-.025 .771 -7.857E-02</i>	<i>-.022 .724</i>	<i>-.027 .750 -9.286E-02</i>

	<i>Covariance</i>	<i>-5.653E-04</i>	<i>-6.429E-02</i>	<i>-6.680E-04</i>
<i>Hermano/a</i>	<i>Person correlation</i>	<i>.100</i>	<i>.232**</i>	<i>.078</i>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>.239</i>	<i>.006</i>	<i>.360</i>
	<i>Sum of squares and cross-product</i>	<i>1.057</i>	<i>2.229</i>	<i>.886</i>
	<i>Covariance</i>	<i>7.605E-03</i>	<i>1.603E-02</i>	<i>6.372E-03</i>
<i>Mejor amigo/a</i>	<i>Person correlation</i>	<i>.111</i>	<i>.031</i>	<i>.285**</i>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>.193</i>	<i>.717</i>	<i>.001</i>
	<i>Sum of squares and cross-product</i>	<i>1.936</i>	<i>.493</i>	<i>5.379</i>
	<i>Covariance</i>	<i>7.605E-02</i>	<i>3.546E-03</i>	<i>3.869E-02</i>
<i>Familiar que viva contigo</i>	<i>Person correlation</i>	<i>.385**</i>	<i>.160</i>	<i>.332**</i>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>.000</i>	<i>.059</i>	<i>.000</i>
	<i>Sum of squares and cross-product</i>	<i>5.800</i>	<i>2.200</i>	<i>5.400</i>
	<i>Covariance</i>	<i>4.173E-03</i>	<i>1.583E-02</i>	<i>3.885E-02</i>
<i>Presión de los amigos para que consumas droga</i>	<i>Person correlation</i>	<i>-.018</i>	<i>.000</i>	<i>-.110</i>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>.833</i>	<i>.997</i>	<i>.196</i>
	<i>Sum of squares and cross-product</i>	<i>-.436</i>	<i>7.143E-03</i>	<i>-2.879</i>
	<i>Covariance</i>	<i>-3.135E-03</i>	<i>5.139E-05</i>	<i>-2.071E-02</i>
<i>¿Conoces compañeros que lleguen intoxicados a tu escuela por haber consumido droga?</i>	<i>Person correlation</i>	<i>.210*</i>	<i>.258**</i>	<i>.236</i>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>.013</i>	<i>.002</i>	<i>.005</i>
	<i>Sum of squares and cross-product</i>	<i>3.036</i>	<i>3.393</i>	<i>3.679</i>
	<i>Covariance</i>	<i>2.184E-02</i>	<i>2.441E-02</i>	<i>2.646E-02</i>
<i>percepción de tolerancia social hacia el consumo de drogas</i>	<i>Person correlation</i>	<i>-.016</i>	<i>.018</i>	<i>-.040</i>
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>.851</i>	<i>.829</i>	<i>.640</i>
	<i>Sum of squares and cross-product</i>	<i>-.275</i>	<i>.287</i>	<i>-.737</i>
	<i>Covariance</i>	<i>-1.979E-03</i>	<i>2.065E-03</i>	<i>-5.304E-03</i>

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

4.2 Discusión 1ª parte

De acuerdo a los resultados obtenidos en las tablas de frecuencias, en la colonia San Juan de Aragón sección 7, observamos que los factores de riesgo que se plantearon en este trabajo y que son considerados por el CIJ como factores que propician el consumo de drogas en una zona de alto riesgo existen aunque con diferencias estadísticas en cuanto al número de frecuencias entre los alumnos de primer grado, tercero, hombres y mujeres, sin embargo si tomamos los resultados de forma general entre estos grupos y además el porcentaje lo acumulamos según lo permita el reactivo se tiene como resultado un porcentaje bastante considerable y que deja mucho que pensar en cuanto al problema que tiene esta colonia sobre los factores de riesgo planteados en este trabajo, para que este concepto quede más claro vale la pena citar a continuación unos ejemplos representativos de los porcentajes acumulados: en el reactivo sobre la frecuencia con que pueden verse personas consumiendo drogas ilícitas en la colonia, entre el porcentaje de hombres y mujeres (ó grados) se tiene que solo el 21.7% dijo que nunca y el porcentaje acumulado entre Rara vez, A veces y con

frecuencia se tiene el 78.3% (tabla1), de igual forma ocurrió en el reactivo ver gente intoxicada en la colonia con un porcentaje aculado de 76.7%. Otra pregunta importante es sobre la frecuencia con que se distribuyen drogas alrededor de la escuela con 49.6%, también en la pregunta sobre la facilidad para conseguir droga si quisieran en las respuestas muy fácil y fácil se tuvo un 44.9% y en la respuesta imposible solo 34.1% . Así como estos ejemplos hay otros principalmente en los reactivos que hacen referencia al consumo por parte de otras personas, aunque es importante resaltar que en todos los reactivos que representan a los factores de riesgo los adolescentes se encuentran de cierta forma involucrados (por mínimo que sea el porcentaje), lo que quiere decir que están enterados del problema del consumo de drogas que se tiene en su medio ambiente y en el cual conviven (lo deseen o no). Solo queda mencionar que los hombres y el grupo de tercero (a diferencia de las mujeres y los grupos de primero) tienen un mayor porcentaje en cuanto al consumo en las tres distintas drogas, aunque varía en preferencias, ya que los hombres y los grupos de tercero prefieren la marihuana y las mujeres los inhalables (tabla 14), también es importante señalar que la droga que a sido consumida más de 50 veces por 2 hombre de primer grado son los inhalables al igual que la cocaína aunque solo por un hombre de primer grado (tabla 15) y el lugar preferido para conseguirlo es en la calle o un parque (tabla 16) y la persona que les proporcione droga por primera vez fue un amigo o conocido estos datos solo refuerza lo antes dicho que los adolescentes se encuentran involucrados de forma directa o indirecta con el problema de la drogadicción teniendo una mayor disposición a iniciarse en el consumo de drogas, pero no solo ellos tienen conocimiento de que la drogadicción esta presente en su colonia, también se les pregunto a los adolescentes como verían diferentes personas si ellos consumieran droga y en todos los casos (por mínimo que sea el porcentaje) lo verían bien (tabla 12).

Se realizaron una serie de correlaciones entre las variables independientes y el hecho de consumir alguna de las tres drogas que estamos manejando con el fin de saber si se aceptan o se rechazan las hipótesis planteadas, las cuales indican si algunas de estas variables influyen para que los adolescentes se inicien en el consumo. Las hipótesis que se aceptan con relación al consumo de marihuana, por parte de los adolescentes son las que tienen una correlación estadísticamente significativa, por ejemplo, percepción del consumo de droga alrededor de la escuela tuvo una significancia de 0.02, la percepción en la colonia de .01, percepción de disponibilidad de .00, consumo de algún familiar que viva en casa del adolescente .00, el conocer compañeros que lleguen intoxicados a la escuela por haber consumido alguna droga de .01. las hipótesis que se relacionan con el consumo de cocaína son: consumo de drogas por parte de su hermano/a con .00, y el conocer compañeros que lleguen intoxicados a la escuela por haber consumido droga .00. Por último las hipótesis que hablan sobre el consumo de inhalables en adolescentes estudiantes de la escuela secundaria # 265, debido a la presencia de factores de riesgo, se cumple en las siguientes variables: percepción del consumo de droga en la colonia de .00, percepción de disponibilidad .01, consumo de tu mejor amigo/a .01 y de un familiar que viva contigo de .00 (tabla 19).

Para concluir solo queda mencionar que las hipótesis generales que indican la existencia de factores de riesgo que propician el consumo de marihuana, cocaína e inhalables en adolescentes estudiantes de la Secundaria Diurna # 265, ubicada en una zona considerada por el CIJ como una zona de alto riesgo, se cumplen solo en aquellas

variables donde existe una correlación significativa. También es importante resaltar que en las tablas de frecuencias se puede ver claramente que la mayoría de los adolescentes que participaron en este estudio está enterado que existe un problema de drogadicción en el medio ambiente donde ellos conviven y se desarrollan. Por lo tanto, se encuentran expuestos a una serie de circunstancias que no fueron propiciadas ni deseadas por ellos, simplemente existen y formara parte de su aprendizaje, para bien o para mal, en el inconsistente paso de la adolescencia y, en el mejor de los casos, quedar como un simple conocimiento, ó formar parte del problema y volverse un adicto etc. Sin embargo es de gran importancia resaltar que, aunque la mayoría de los adolescentes esta enterado del problema y conviven en una zona de alto riesgo, no consume ni consumirá o no se volverá adicto a alguna droga ilegal debido a la presencia de variables (factores de protección) que también están presentes en el medio ambiente, en la personalidad del adolescente etc. Con el fin de averiguar más afondo y por que es el tema principal de este trabajo, en la segunda parte del análisis estadístico se planteo la cuestión de si la autoestima alta, la cual se puede encontrar como parte de la personalidad de toda persona, funciona como un factor de protección en los adolescentes que no consumen ninguna de las drogas como marihuana, cocaína y/o inhalables y viven en una colonia de alto riesgo

Ya que esta colonia fue catalogada como una zona de alto riesgo por el CIJ, hasta este momento lo único que se hizo fue constatarlo, pues el objetivo principal, que se analizara en la segunda parte de este trabajo, es observar si la autoestima alta funciona como un factor de protección en adolescentes que no consumen droga (marihuana, cocaína e inhalables) y que viven en una zona de alto riesgo.

4.3 Análisis estadístico 2ª parte

En esta segunda parte se corrió un análisis de varianza para observar si existe una significancia entre cada una de las variables independiente (consumo de marihuana, cocaína e inhalables) y la variable dependiente (autoestima alta), los resultados demuestran que no existe ninguna significancia. (Tablas 20 – 23)

Tabla 20
AUTOESTIMA ALTA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
¿Cuántas veces en tu vida has usado marihuana?	Between Groups	16.156	24	.673	.592	.934
	Within Groups	182.028	160	1.138		
	Total	198.184	184			
¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?	Between Groups	6.972	24	.290	.408	.994
	Within Groups	112.547	158	.712		
	Total	119.519	182			
¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables?	Between Groups	11.133	24	.464	.482	.981
	Within Groups	151.131	157	.963		
	Total	162.264	181			

Tabla 21
CONSUMO DE MARIHUANA

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
AUTOESTI									
de 1 a 5 veces		12	2.2083	.2968	3.569E-02	2.0197	2.3969	1.60	2.60
6 a 10 veces		1	2.3000	.	.	.	.	2.30	2.30
11 a 49 veces		4	2.0750	.2500	.1250	1.6772	2.4728	1.70	2.20
nunca		168	2.2648	.4869	3.757E-02	2.1907	2.3390	1.00	4.00
Total		185	2.2572	.4716	3.467E-02	2.1888	2.3256	1.00	4.00

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AUTOESTI						
Between Groups		.173	3	5.767E-02	.256	.857
Within Groups		40.748	181	.225		
Total		40.921	184			

Tabla 22
Oneway
CONSUMO DE COCAÍNA

Descriptives

AUTOESTI

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
de 1 a 5 veces	6	2.3167	.2787	.1138	2.0242	2.6091	2.00	2.70
6 a 10 veces	2	2.2500	7.071E-02	.000E-02	1.6147	2.8853	2.20	2.30
11 a 49 veces	3	1.6333	.6028	.3480	.1360	3.1307	1.00	2.20
50 veces o ma	1	1.5000	.	.	.	.	1.50	1.50
nunca	171	2.2672	.4703	.597E-02	2.1962	2.3382	1.00	4.00
Total	183	2.2540	.4717	.487E-02	2.1852	2.3228	1.00	4.00

ANOVA

AUTOESTI

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.778	4	.444	2.043	.090
Within Groups	38.725	178	.218		
Total	40.502	182			

Tabla 23
Oneway
CONSUMO DE INHALABLES

Descriptives

AUTOESTI

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
de 1 a 5 veces	9	2.3000	.1732	.774E-02	2.1669	2.4331	2.00	2.60
6 a 10 veces	2	2.4500	.3536	.2500	-.7266	5.6266	2.20	2.70
11 a 49 veces	3	1.9667	.9504	.5487	-.3944	4.3277	1.00	2.90
50 veces o ma	2	1.8500	.4950	.3500	-2.5972	6.2972	1.50	2.20
nunca	166	2.2614	.4743	.681E-02	2.1887	2.3341	1.00	4.00
Total	182	2.2560	.4714	.494E-02	2.1870	2.3249	1.00	4.00

ANOVA

AUTOESTI

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.678	4	.170	.759	.553
Within Groups	39.538	177	.223		
Total	40.216	181			

4.4 Discusión 2ª parte

De acuerdo con lo reportado anteriormente en los resultados estadísticos de la segunda parte no existió ninguna significancia en nuestro análisis de varianza entre nuestras variables independientes (consumo de marihuana, cocaína o inhalables) y la variable dependiente (autoestima alta), por lo tanto nuestra hipótesis no se cumple en el sentido planteado por Hawkins (en Medina-mora 1993) que nos dice “los factores protectores, median o moderan los efectos de la exposición al riesgo. Se hipotetiza que la exposición al riesgo afecta la vulnerabilidad del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su resistencia, por lo que será menos probable que abuse de drogas aún cuando esté expuesto a ellas”. Esta combinación de variables daría como resultado que los adolescentes que viven en una zona de alto riesgo no consumen droga por el hecho de tener un factor de protección como lo es la autoestima alta, pues, las personas con estas características “son menos críticas consigo mismas, más capaces de resistir la presión social y actuar en base a sus propios criterios y valores y menos constreñidas por la ansiedad, en general los individuos con autoestima alta están mejor preparados para afrontar los retos de la vida, por que han adquirido cierto momento evolutivo asociado a éxitos pasados y un perdurable sentido del merecimiento, también nos ayuda a enfrentar los altibajos de la vida” (Mruk 1999), por lo tanto, se esperaría que la autoestima alta funcionara como factor de protección en una zona de alto riesgo donde la probabilidad hacia el consumo de alguna de estas tres tipos drogas (marihuana, cocaína e inhalables) es alto, sin embargo en este trabajo no ocurrió así,

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La autoestima constituye un aspecto de la personalidad importante, ya que representa la evaluación que el adolescente tiene de si mismo y de su medio ambiente. Las personas con autoestima alta son menos críticas consigo mismas, más capaces de resistir la presión social y actuar en base a sus propios criterios y valores y menos constreñidas por la ansiedad, en general los individuos con autoestima alta están mejor preparados para afrontar los retos de la vida, por que han adquirido cierto momento evolutivo asociado a éxitos pasados y un perdurable sentido del merecimiento, también nos ayuda a enfrentar los altibajos de la vida. En la etapa de la adolescencia este proceso es muy significativo, ya que le permite al adolescente adaptarse de una forma mas adecuada a las exigencias propias de su edad como, a situaciones nuevas, además de lograr integrarse así mismo, sin embargo, el nivel de autoestima alta no necesariamente fue un factor de protección en los estudiantes adolescentes de primero y tercer grado de la escuela secundaria # 265, ubicada en la colonia San Juan de Aragón Sección 7, catalogada por el CIJ y los resultados obtenidos, como zona de alto riesgo, debido a que el consumo y la probabilidad de consumir son altos. Sin embargo éstos resultados no descalifican para nada la importancia de la autoestima alta como un aspecto de la personalidad importante con el cual no se pueda seguir trabajando como un factor que ayude a las personas a enfrentar y/o resolver problemas de diferente índole e incluso de adicciones. Por que cabe destacar que el estudio realizado por Esther E. Alcántara, que prácticamente fue similar la pregunta de investigación, obtuvo resultados totalmente diferentes a éste, es decir, la autoestima alta si vario significativamente entre adolescentes que no consumían en relación con aquellos que si consumían ocasionalmente o frecuentemente, pero es importante destacar que fue con la población en general del distrito federal estudiantes del nivel secundaria y bachillerato sin distinción del riesgo hacia el consumo de cada colonia, y el presente trabajo solo fue con los grupos de 1º y 3º grados de una sola escuela, por lo que pudo variar los resultados en la significancia.

Por ultimo, también es importante mencionar lo planteado por Hawkins (en Medina-mora 1993) que “un factor protector potencializa otro fortaleciendo sus efectos” y “ la exposición a un factor de riesgo esta mediada por la presencia de un factor protector”, por lo que este estudio puede dar pie para realizar un trabajo más representativo tomando en cuenta un numero mayor de escuelas ubicadas en alto riesgo para el consumo, así como también otros factores de protección – ya que en este estudio solo se utilizo un factor de protección en una zona de alto riesgo donde existen varios, tanto de riesgo como de protección, esto, con el fin de elaborar un mejor trabajo de intervención contra las adicciones proporcionándoles o fortaleciéndoles a los adolescentes factores de protección que moderan, neutralizan o eliminan los efectos de la exposición al riesgo, como el consumo de drogas. Previendo este problema, dentro de las preguntas del cuestionario aplicado a los adolescentes se les realizo un par de pregunta las cuales tienen la finalidad de observar las razones por las cuales llegaron a consumir y no llegaron a consumir droga, a estos reactivos se les realizó una corrida de frecuencias con el propósito de tomar en cuenta los resultados para futuras investigaciones. En este sentido las razones entre otras por las que no consumían en general fueron “pensé que podría ser malo para la salud”, “no me interesa”, “hay otras

cosas que disfruto mejor”, “pensé que podría crear adicción”, entre otras de menor relevancia, pero igual de importantes. En cuanto a las razones mas relevantes por las que si consumieron fueron “quise ver si me gustaba”, “para escapar de los problemas de casa”, “pensé que me tranquilizaría” y “al ver a los demás se me antojo” (tablas 24 – 25).

Tabla 24

Razón más importante para haber probado alguna droga

	Masculino	Femenino	1°	3°
<i>Al ver a los demás se me antojo</i>	3	2	2	3
<i>Estaba aburrido y no había nada que hacer</i>	2		1	1
<i>Me dijeron que me podría hacer sentir bien</i>	1			1
<i>Para escapar de los problemas de la escuela</i>	1		1	
<i>Para escapar de los problemas de casa</i>	1	3	1	3
<i>Pensé que me tranquilizaría</i>	4		2	2
<i>Me pareció divertido</i>	2			2
<i>Mis amigos estaban usándola</i>	1	1		2
<i>Quise ver si me gustaba</i>	4	2		6
<i>Nunca he probado alguna droga</i>	82	75	71	84

Tabla25

Razón mas importante para no haber probado alguna droga

	Masculino	Femenino	1°	3°
<i>Hay otras cosas que disfruto mas</i>		1	11	22
<i>No me interesa</i>	20	13	19	30
<i>No me alcanza para comprarla</i>	2			2
<i>Tendría problemas con mis maestros</i>	2		2	
<i>Tendría problemas con mis padres</i>	2	5	3	4
<i>Por que su uso es ilegal</i>	1	1	2	
<i>Pensé que podría crear adicción</i>	4	9	5	8
<i>Pensé que podría ser malo para la salud</i>	24	20	27	16
<i>Si he consumido alguna droga</i>	20	9	8	21

CAPITULO VI INTERVENCIÓN

La forma de intervención es mediante la aplicación de un taller (terapia grupal) compuesto por ocho sesiones a cada grupo, donde el tema principal era el reforzamiento de la autoestima alta (factor de protección) en los adolescentes, pero al no comprobarse nuestra hipótesis y observar en los últimos dos reactivos otras causas por la que no consumen alguna droga se decide incluir los motivos más representativos mencionados por los adolescentes, además de la autoestima alta, con el fin de trabajar con lo planteado por Hawkins (en Medina-mora, 1993) “que un factor protector potencializa otro fortaleciendo sus efectos”.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA. FAJARDO CHAVEZ MIGUEL ANGEL TALLER DE PREVENSIÓN DE ADICCIONES SECUNDARIA # 265 JOSE PEON Y CONTRERAS

SESIÓN	TEMAS	OBJETIVOS INICIAL	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
1° 50 minutos	1.-Presentación 1.1- presentación personal 1.2- encuadre 2. objetivos del taller 3. adicciones 3.1 expectativas individuales y de grupo sobre 4.- autoestima	1.-identificación con lo adolescentes. 2. Planteamiento de los objetivos del taller. Así como establecer un compromiso con los alumnos 3.-ubicar la información que tienen los alumnos sobre adicciones. 3.1 Conocer las expectativas de interés para el grupo 4.-inicio del taller con un tema de interés para el grupo. Que el adolescente tome conciencia de la importancia de su misma persona y se valore a si mismo.	3.- lluvia de ideas 3.- lista de cosas, personas o situaciones que mas valoras	una hoja de papel y lápiz	10 minutos 5 minutos 25 minutos 10 minutos	Lograr un encuadre con los alumnos, así como establecer un compromiso mutuo y valorar el conocimiento que tienen sobre las adicciones. Iniciar el taller con el tema autoestima.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO INICIAL	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
2 50 minutos	Autoestima	1.- así como se les dijo que deben de valorarse y respetarse ellos mismo como persona, también tomen en cuenta a los demás respetando y valorando a las demás personas.	1.- No hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti	lápiz y papel	25 minutos	Romper el hielo y establecer un ambiente de respeto hacia sí mismo y hacia los demás
		2.- que el adolescente reflexione sobre su entorno, sobre lo que pasa a su alrededor, sobre sus aspectos positivos, sobre su capacidad de autocrítica y sea capas de comunicárselo a los demás.	2.- yo soy alguien, yo soy yo	lápiz y papel	25 minutos	
			2.1- aspectos negativos y aspectos positivos	lápiz y papel		

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO INICIAL	TECNICA	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
3 50 minutos	Retroalimentación	1.- continuar con el tema anterior y valorar el interés de los alumnos.	Lluvia de ideas	10 minutos	Valorar el interés de los alumnos. Que el alumno empiece a conocer y a tomar conciencia de sí mismo como persona con aspectos positivos y negativos.
	2. Autoestima	2.- que el adolescente reflexione sobre su entorno, sobre lo que pasa a su alrededor, sobre sus aspectos positivos, sobre su capacidad de autocrítica y sea capas de comunicárselo a los demás.	2.- yo soy alguien, yo soy yo 2.1- aspectos negativos y aspectos positivos	40 minutos	

SESION	TEMA	OBJETIVO INICIAL	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
4 50 minutos	Factores de riesgo ante el consumo de drogas	Que el alumno sea capaz de reflexionar los problemas cotidianos que lo llevan a ser menos asertivo en cuanto al consumo de drogas.	Historia de vida de un personaje ficticio el cual consume drogas, influenciado por diferentes factores de riesgo. Lluvia de ideas	Hoja de papel	50 minutos	Que los adolescentes identifiquen por si mismos los factores de riesgo que se encuentran en su entorno y reflexionen sobre el problema

SESION	TEMA	OBJETIVO INICIAL	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
5 50 minutos	Factores de riesgo ante el consumo de drogas	Que el alumno sea capaz de reflexionar los problemas cotidianos que lo llevan a ser menos asertivo en cuanto al consumo de drogas. Retomar los factores de riesgo que en la sesión anterior fueron mencionados por los alumnos, así como los mas sobresalientes en los resultados de la investigación Enfrentar a los adolescentes con los diferentes factores de riesgo	Entrevista (dialogo) grupal		50 minutos	Ubicar a los adolescentes en su contexto, donde los factores de riesgo existen, y las posibles consecuencias si ellos decidieran seguir el camino de las adicciones.

SESION	TEMA	OBJETIVO INICIAL	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
6 50 minutos	Factores de protección ante el consumo de drogas	Que el alumno sea capaz de reflexionar los factores de protección que puedan existir en contexto de alto riesgo para el consumo de drogas.	Historia de vida de un personaje ficticio el cual no consume drogas, influenciado por diferentes factores protección. Lluvia de ideas	Hoja de papel	50 minutos	Que los adolescentes identifiquen por si mismos los factores de protección que se encuentran en su entorno y reflexionen sobre estos

SESION	TEMA	OBJETIVO INICIAL	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVO FINAL
7 50 minutos	Factores de protección ante el consumo de drogas	Que el alumno sea capaz de reflexionar los factores de protección que puedan existir en un contexto de alto riesgo para el consumo de drogas. Retomar los factores de protección que en la sesión anterior fueron mencionados por los alumnos, así como los mas sobresalientes en los resultados de la investigación Enfrentar a los adolescentes con los diferentes factores de protección	Entrevista (dialogo) grupal		50 minutos	Ubicar a los adolescentes en su contexto, donde los factores de riesgo y de protección existen, y las consecuencias si ellos decidieran seguir alguno de los dos caminos.

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO
8	Cierre del taller	Valorar lo expuesto en el taller	lluvia de ideas		10 minutos
50 minutos		Cierre del taller	Identificación con alguno de los personajes ficticios		25 minutos
			Comentarios		10 minutos

**UNIVERSIDAD AUTONOMA
METROPOLITANA**

**PLANTEL IZTAPALAPA
Departamento de sociología
Psicología Social**

**¿LA AUTOESTIMA ALTA EN ADOLESCENTES, QUE
VIVEN EN UN CONTEXTO DONDE EL CONSUMO Y LA
PROBABILIDAD DE CONSUMIR SON ALTOS (ZONA DE
ALTO RIESGO), FUNCIONA COMO UN FACTOR DE
PROTECCIÓN HACIA EL CONSUMO DE DROGAS?**

**Tesina para obtener el título de
Licenciado en Psicología Social**

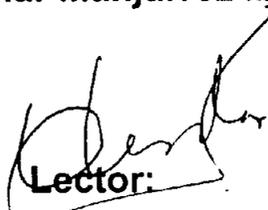
Presenta:

Fajardo Chávez Miguel Ángel



Asesor:

Jesús Omar Manjarrez Ibarra



Lector:

Oscar Rodríguez Cerda