

Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA**

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**TESINA REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA SOCIAL**

**“FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO HACIA EL CONSUMO DE
DROGAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN EL EDO. DE MÉXICO”**

REALIZADA POR: CRISTINA LABRADA HERNÁNDEZ

ASESOR: FERNANDO ORTIZ L.

LECTORA: ALICIA SALDIVAR G.

MÉXICO, DICIEMBRE 2005.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

IZTAPALAPA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

**“FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO HACIA EL CONSUMO DE
DROGAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN EL ESTADO DE MÉXICO”**

REALIZADA POR: CRISTINA LABRADA HERNÁNDEZ

ASESOR: FERNANDO ORTIZ LACHICA

LECTORA: ALICIA SALDIVAR GARDUÑO

México, D. F. a 02 de Diciembre de 2005.

"La drogadicción es una forma moderna de esclavitud y si de veras se quiere combatir el uso de drogas, debe empezarse por el principio, es decir, por la reforma de la sociedad misma y de sus fundamentos sociales y espirituales".

Octavio Paz

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
 CAPITULO I. MARCO SOCIODEMOGRÁFICO	
1.1 Antecedentes del consumo de drogas.....	3
1.2 Drogas.....	14
1.3 Tabaco: consumo y efectos.....	18
1.4 Alcohol: consumo y efectos.....	22
1.5 Adolescencia.....	27
1.6 Estructura de la Familia en México.....	31
1.6.1 Familia y trabajo.....	32
1.6.2 Comunicación familiar.....	34
 CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Aprendizaje Social.....	36
2.1.1 Aplicación de la teoría del aprendizaje social.....	43
2.2 Apoyo Social.....	45
2.1.1 Aplicación de la teoría del apoyo social.....	50
 CAPÍTULO III. MÉTODO	
3.1 Planteamiento del problema.....	51
3.2 Variables.....	51
3.3 Hipótesis.....	51

3.4 Participantes.....	52
3.5 Instrumento.....	55
3.6 Procedimiento.....	56
3.7 Análisis de los datos.....	56

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Características del instrumento.....	57
4.2 Generales sobre consumo de drogas.....	57
4.3 Análisis por escalas.....	59

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Discusión.....	70
--------------------	----

CAPÍTULO VI. INTERVENCIÓN

6.1 Programa de la intervención.....	74
6.2 Reporte de la intervención.....	76

CONCLUSIONES.....	79
--------------------------	-----------

REFERENCIAS.....	81
-------------------------	-----------

ANEXOS.....	87
--------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, sean legales o ilegales, es un problema mundial que se ha extendido rápidamente en todos los sectores de la población y ha adoptado características propias en cada país; constituye un fenómeno complejo que guarda estrecha relación con la dinámica socioeconómica de cada región, así como con los delitos y la violencia asociados a él (Tapia, 2001).

En la actualidad se considera un problema de salud pública puesto que es cotidiano y común en todos los ámbitos sociales, con consecuencias negativas que afectan los campos de la salud individual, la familia y la sociedad en su conjunto (Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, IMIFAP, 2000).

El uso de sustancias sin embargo no es un problema reciente, pues este ha existido siempre a lo largo de la historia, pero en los últimos años el consumo de drogas a nivel mundial se ha incrementado considerablemente, según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lo que es aun más alarmante es que se ha registrado estas comienzan a ingerirse cada vez a edades más tempranas y el índice de mujeres consumidoras se incrementa rápidamente.

Aunque no es posible concretar los motivos y características específicas de los consumidores, ya que este problema no es exclusivo de un país, una clase social, nivel educativo, sexo o edad, por medio de investigaciones realizadas por diversas instituciones y organizaciones dedicadas al estudio, prevención y/o tratamiento se ha logrado identificar algunos de los factores de riesgo que podrían clasificarse de la siguiente manera: individuales, académicos, familiares, laborales, económicos, psicológicos, sociales y sexuales.

La presente investigación está dividida esencialmente en cuatro segmentos. En la primera sección se exploraron algunos de los factores de riesgo, tales como los familiares, entre los que se encuentra la comunicación familiar deficiente y los antecedentes del consumo en la familia de alcohol, tabaco, fármacos o drogas ilegales, entre otros.

Dado que en México el uso de drogas (tales como el alcohol y el tabaco) forma parte de las relaciones sociales; además la situación económica ha empezado a causar algunos estragos en el interior de las familias, pues las condiciones cada vez más deficientes obligan a vivir en un ambiente estresante y que limita en gran medida la convivencia con los miembros de la familia, y por si fuera poco conllevan a problemas de comunicación en este núcleo social. Otro factor de riesgo abordado son las relaciones sociales que establece el adolescente en su medio.

En el mismo segmento se abordaron algunos aspectos fundamentales de las drogas que se trataron es esta investigación, que fueron el tabaco y el alcohol, por varias razones, la primera es que son drogas clasificadas como legales, lo que hace que sean productos que ofrecen una mayor disponibilidad en comparación con las que son clasificadas como ilegales; la segunda es que, según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), Centros de Integración Juvenil (CIJ) y otras instituciones, son las drogas de inicio (sustancias con las que empieza el consumo); una tercera es que el número de personas que mueren diariamente en el país por enfermedades provocadas por el consumo de éstas es cada vez mayor, el tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en el mundo; la cuarta es que son drogas culturalmente aceptadas.

En el segundo apartado de la tesis se hizo una breve reseña de los ejes teóricos de la investigación, es decir del aprendizaje social y el apoyo social, dado que nuestras variables independiente refieren al consumo de drogas por parte de familiares, amigos y/o novio (a) de los participantes.

En la tercera sección encontrarán los análisis estadísticos que se realizaron a partir de la aplicación del instrumento: Relaciones Familiares y Uso de Drogas, aplicado a los alumnos de la secundaria Lic. Benito Juárez en el Estado de México.

En el último segmento se presenta el modelo de intervención que se realizó con base en los datos obtenidos, así como las conclusiones.

Entre los resultados más relevantes se ubica que para los adolescentes el hecho de que gente cercana a él beba o fume, si intervienen en la decisión de adoptar o rechazar esa conducta y se hace evidente que también la comunicación puede fungir como un factor protección importante.

CAPÍTULO I MARCO SOCIOHISTÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas ha existido a lo largo de nuestra historia, entre los indígenas el consumo de pulque y de algunas plantas alucinógenas eran parte de la vida cotidiana, en donde las últimas tenían fines curativos y/o mágico-religiosos; sin embargo la utilización de las drogas varía de acuerdo al nivel socioeconómico, la ubicación geográfica, la ideología y las actividades que realiza el consumidor.

El movimiento jipi, los soldados, las amas de casa, los estudiantes, los obreros, los profesionistas, todos ellos son diferentes, debido a los ámbitos en que se desenvuelven. Sin embargo parece ser que ahora existe una droga para cada tipo de persona y para cubrir las “necesidades” de cada uno de ellos.

El consumo de drogas tiene determinantes de diversa índole, partiendo de las grandes transformaciones y desarrollos tanto económicos, políticos, sociales y culturales que repercuten de manera directa en los ámbitos individual, familiar y social; desafortunadamente muchos de esos cambios solo han propiciado ambientes estresantes con grandes limitaciones, que no todas las personas pueden manejar de manera adecuada y benéfica, lo que conlleva a la utilización de métodos y prácticas cercanas, y que además resulten fáciles y “eficientes” de manera inmediata, como lo es el uso de sustancias. Dado que lo que se busca al tomar este camino es la evasión o negación de la realidad y en algunos casos buscar la atención.

En la actualidad constituye un problema social ya que guarda estrecha relación con otros, que en algunos casos funcionan como causas y en otros como consecuencias, tales como la violencia dentro y fuera de la familia, la delincuencia, la deserción escolar y laboral, el Sida y el cáncer por solo mencionar algunos. Todos ellos vuelven al consumo de drogas aun más complejo lo que dificulta su prevención, control o erradicación.

En lo que respecta a México, el consumo de drogas se ha incrementado considerablemente en los últimos años. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 1998 reportó que el número de personas que consumieron por lo menos una vez en la vida algún tipo de droga fue 3 millones 147 mil mientras que para el año 2002 esta cifra ascendió a 3 millones 507 mil, lo que significa que en tan solo cuatro años casi 360 mil personas las usaron experimentalmente, de las cuales 44 mil siguen utilizándolas.

Así mismo el panorama del uso de drogas está cambiando: a) el uso de cocaína aumenta; b) aparecen las drogas de diseño; c) existe un riesgo de aumento del consumo de heroína en algunos grupos; d) aumenta el abuso de alcohol en los y las adolescentes; y e) aumenta el consumo de algunas drogas en mujeres [este punto se especificará más adelante].

Los factores de riesgo también se modifican: a) aumenta la percepción de disponibilidad de drogas y el consumo en el entorno inmediato de los jóvenes; y b) la percepción de riesgo no es alta aunque la tolerancia social sigue siendo baja¹(Tapia, 2001).

Existen diversas investigaciones en cuanto al problema del consumo de sustancias, los propósitos, limitaciones y hallazgos lo son también. A continuación se hará mención solo de algunas, que nos ayudarán a tener un panorama general del tema en cuestión.

Mediante la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) se ha identificado algunos de los motivos del uso de drogas en población de 12 a 65 años de edad que ha consumido sustancias alguna vez en la vida. Algo que es importante resaltar es que las razones que llevan a una persona a utilizar sustancias por primera o única ocasión se pueden dividir en tres grandes esferas: la personal, la familiar y la social.

¹ Entendiendo por tolerancia social baja que no sea aceptado el hecho de consumir drogas, en algunos casos excluyendo el alcohol y el tabaco, ya que estos son más aceptados socialmente por su legalidad y todo lo que esto encierra.

Como puede observarse en la Tabla 1, las más frecuentes pertenecen al orden personal, entre los que se encuentran la curiosidad (30.2%) y la experimentación (16.5%); seguidos por motivos sociales tales como la influencia de amigos (14.4%) y la invitación (12.9%); y por último los de índole familiar en los que se ubica específicamente a los problemas que surgen al interior de ella (9.4%).

Con estos resultados se pensaría que lo más adecuado hubiera sido abordar los aspectos personales y no los familiares y sociales como se hizo en esta investigación, dado que la incidencia de los primeros es mayor, pero consideramos que por medio de los aspectos familiares se pueden disminuir también los individuales, dado que los adolescentes que participaron en esta investigación viven con sus familias y estas pueden contribuir a evitar que suceda si se establecen los vínculos necesarios y adecuados para empatizar con ellos, tratando así de mejorar la relación con los miembros de sus familias y a su vez proporcionarles las herramientas para que sean capaces de tomar conscientemente sus propias decisiones y afrontar las consecuencias que estas pudieran tener.

Tabla 1. Motivo de primer uso de drogas
n= 139

Motivo	Porcentaje
Aliviar dolores	0.7
Antojo/Tentación	2.2
Curiosidad	30.2
Decepción, problemas sentimentales	1.4
Experimentar	16.5
Ignorancia	1.4
Imitación	2.2
Influencia de amigos	14.4
Invitación	12.9
Otros	3.6
Prescripción médica	0.7
Problemas familiares	9.4
Relajarse/ Tranquilizarse	2.2
Sentirse bien/ Elevarse	1.4
Soledad/ Tristeza	0.7

Fuente: Sistema de Reporte de Información en Drogas. DISS. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Noviembre. (1999).

Por otra parte con los estudios que se han realizado para determinar las condiciones asociadas al uso/abuso de sustancias en la juventud mexicana, se han encontrado las siguientes: calidad insatisfactoria de vida, vida familiar caótica, dificultad para tomar decisiones, ausencia de apoyo y comunicación en la familia, poca capacidad para enfrentar los sentimientos de frustración, pérdida, soledad y estrés, la influencia de los grupos de pares, así como también la percepción de disponibilidad (Medina-Mora y cols., 1991 en Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, IMIFAP, 2000).

Además de los motivos y condiciones asociadas al consumo de drogas están los factores de riesgo, que podemos entender como las situaciones o características que posee o experimenta un individuo y que lo ponen en riesgo de usar sustancias.

Los factores de riesgo que han identificado tanto los Centros de Integración juvenil (CIJ, 1999) como el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) están distribuidos en tres esferas en las que se ve inmerso toda persona, la individual, la familiar y la social (Villatoro, Medina Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002).

Entre los factores de riesgo individuales encontramos los siguientes: estar mucho tiempo solo, realizar pocas actividades, fracaso escolar, bajo interés por la escuela, agresividad, conductas antisociales, baja autoestima, necesidad de enfrentar emociones fuertes y sensaciones intensas.

Los factores de riesgo familiares se encuentran: desintegración o disgregación familiar, problemas de vinculación afectiva, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, mecanismos de enfrentamiento en la familia, cambio o confusión en el rol de cada uno de los miembros, comunicación deficiente o problemas de comunicación, reglas inconsistentes, disfuncionalidad, pérdida de autoridad moral de los padres, falta de límites o límites difusos, tener padres permisivos, poco involucramiento de los padres en las actividades de los hijos, antecedentes del consumo en la familia o hermanos y expectativas poco realistas sobre los hijos. Por último, en los factores sociales están: el uso de drogas en el grupo de pares, la aprobación de los amigos al uso de drogas y la presión social o grupal.

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta son las drogas con las que se inicia el consumo de sustancias adictivas, denominadas drogas de inicio, dado que el hecho de que una persona siga consumiéndolas y/o experimente con otras más peligrosas depende de la edad (entre menor sea, el riesgo es mayor), el tipo de droga que se utilice por primera vez y las expectativas que se tengan de ella.

Respecto a ese punto los CIJ (2001) y el INP (ENA, 1998) han ubicado el alcohol, la marihuana, el tabaco, los solventes inhalables y la cocaína como drogas de inicio.

A pesar de que año con año se modifica el nivel de consumo de estas sustancias debido al surgimiento y oferta de nuevas drogas y a las “necesidades” de los consumidores, esas cinco son las que siguen apareciendo como drogas de inicio variando solo en porcentajes.

En el año 2000 se reportó con mayor incidencia como droga de inicio al alcohol (32.3%) seguida por la marihuana (22.3%) y el tabaco (15.4%) según los datos de la muestra global, como se muestra en la Tabla 2; no ocurre lo mismo en la población de interés para la presente investigación que son menores de 18 años, ya que en este grupo son los solventes inhalables (23.4%) seguidos por el alcohol (22.1%) y la marihuana (19.1%).

Tabla 2. Drogas de Inicio en el año 2000

	Solventes Inhalables	Alcohol	Mariguana	Tabaco	Cocaína
Menos de 18 años	23.4	22.1	19.1	18.0	10.8
18 años y más	9.1	36.6	23.7	14.2	11.6
Global	13.4	32.3	22.3	15.4	11.4

Fuente: Centros de Integración Juvenil. (2001).

Entre los años 2000 y 2001 ocurren cambios, pero entre las mismas sustancias, en el 2000 el alcohol ocupa el primer lugar y el tercero el tabaco, según los datos globales y en el 2001 el alcohol sigue al frente, pero el tabaco desplaza a la marihuana y se coloca como la segunda droga de inicio (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Drogas de inicio, comparación entre 2000 y 2001

Droga	2000	2001
Alcohol	32.3%	34.5%
Tabaco	15.4%	21.4%
Mariguana	22.3%	18.8%
Solventes inhalables	13.4%	11.2%
Cocaína	11.4%	9.6%

Fuente: Centros de Integración Juvenil. (2002).

Si bien estos datos son importantes porque nos muestran cuáles son las sustancias preferidas o de mayor acceso para iniciarse en el mundo de las drogas, hay que considerar también las tendencias del consumo de éstas y otras sustancias, ya que como se mencionó anteriormente el panorama de éstas es cambiante, recordemos la aparición y propagación de las drogas de diseño, el incremento del uso de cocaína y heroína en algunas regiones del país, así como el consumo cada vez mayor entre la población de adolescentes y mujeres.

En este apartado abordaremos las drogas ilegales y médicas, excluyendo el alcohol y el tabaco que se desglosarán más adelante. Tomando en consideración que los datos aquí mencionamos fueron obtenidos en escuelas y hogares de zonas urbanas del país, por lo que falta contemplar los casos en las zonas rurales, los Centros de Rehabilitación Social, organismos gubernamentales, etc.

En la República Mexicana hay más de 3.5 millones de personas que han usado drogas sin incluir el tabaco y el alcohol (ENA, 2002), mientras que en 1998 se había registrado a 3 millones 147 mil personas, lo que significa que en tan solo 4 años 353 mil más experimentaron con sustancias, de los cuales el 12.5% correspondía al sexo masculino y el 2.1% al femenino.

Mientras que en año de 1993 el número de personas que utilizaron alguna droga ilegal (mariguana, cocaína, heroína, inhalables y alucinógenos) alguna vez en la vida, según de la ENA (en CIJ, 1999), era de 1.5 millones para 1998 fueron 2 millones 516 mil y en el 2002 (considerando también a los derivados de la hoja de coca y las metanfetaminas) ascendió a 2 millones 888 mil; el consumo de estas drogas es más frecuente entre los hombres con una proporción de 4 varones por cada mujer (ENA, 1998;2002).

Es evidente que el mayor incremento se registró entre los años 1993 y 1998 (1 millón), lo que parecería en primer momento es que en los últimos 4 años se ha logrado disminuir este aumento (a 372 mil), sin embargo no deja de ser alarmante esta cifra, dado que cada vez es más grande el número de los menores de edad que consumen sustancias ilegales.

De acuerdo con la información de la última encuesta las sustancias cuyo uso se haya extendido son: la marihuana con 3.48% y la cocaína con otros derivados con 1.23% siguiéndoles en orden de preferencia los inhalables (0.45%), los alucinógenos (0.25%), la heroína (0.09%) y los estimulantes de tipo anfetamínico (0.08%), esto ocurre en la población de 12 a 65 años de edad, pero específicamente en el grupo de 12 a 17 años el consumo de inhalables es ligeramente superior al de la cocaína (ENA, 2002).

Es importante señalar que el grupo de 18 a 34 años de edad es el que registra el mayor número de casos, lo que de cierta manera respalda el interés para trabajar en esta investigación con la población adolescente, porque se ha establecido con base en información obtenida por medio de las ENA e investigaciones realizadas por CIJ y el INP, que entre menor es la edad en la que se inicia el consumo de drogas es más probable que el uso continúe hasta la edad adulta y además de que se experimente con sustancias más peligrosas, pese a que esto no es una constante, pero si implica mayor riesgo para la población más vulnerable.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad de México (SRID) muestra que el número de personas que consumen cocaína aumentó de 4% en 1986 a 39% en 1997 (Ortiz y cols., en 1998 en Medina Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia – Conyer, 2001). A su vez, los CIJ reportaron que de la población que atendieron el 12% de casos fue por el uso de esta droga en 1990 y 46% en 1997 (Medina-Mora y cols., 2001).

En la encuesta de estudiantes en el 2000 (cuya edad promedio fue 14.5 años y son estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato tecnológica) se encontró que el 5.2% de los estudiantes participantes del Distrito Federal han consumido alguna vez en la vida cocaína de los cuales el 7.4% son hombres y el 2.9% mujeres; el 2.2% ha consumido crack, 3.3% hombres y 1.2% mujeres (Villatoro y cols., 2002).

Anteriormente mencionamos que el uso de heroína se incrementó considerablemente en los últimos años en algunas regiones del país, por lo que a continuación daremos algunos datos que apoyan esta aseveración. Entre 1976 y 1982 de cada cien personas atendidas en los CIJ dos la usaban, cifra que se ha incrementado con el paso de los años, en 1990 era de 3.8% y en 1999 fue de 4.7% predominando en las zonas fronterizas de nuestro país. Este incremento se confirma con la proporción de personas atendidas por organizaciones no gubernamentales, que reportan esta sustancia como de impacto, pues en 1994 afectaba al 13.3% de los casos, porcentaje que aumento a 44% para 1999 (Medina-Mora y cols., 2001).

La encuesta de estudiantes del 2000 reporta que 1% de los participantes ha consumido heroína alguna vez en la vida de los cuales 1.5% son hombres y 0.5% mujeres (Villatoro y cols., 2002).

Natera documenta con base en registros de pacientes atendidos en CIJ que mientras que en el año de 1963 eran 25 los casos de uso de inhalables para 1968 eran 1356 y se incrementa aun más para el año de 1973 a 3512 personas. Mediante encuestas llevadas a cabo en escuelas se ha observado una disminución del uso de esta sustancia, debido al cambio de preferencia que se inclina ahora por la cocaína, ésta disminución ha sido observada en la población de varones que en 1991 era 4% y para 1997 de 3% (Medina-Mora y cols., 2001).

En la encuesta de estudiantes en el 2000 se registro que 4.3% de la población ha consumido alguna vez en la vida inhalables, tanto hombres como mujeres 5.5% y 3.1% respectivamente (Villatoro y cols., 2002).

En lo que refiere al uso de marihuana la ENA en 1998 reporta una proporción de 4.7% mientras que para el año 2002 es de 3.5% en población que dijo haberla consumido alguna vez en la vida. Su uso se ubica principalmente en población de 18 a 34 años de edad y es menor en la de 12 a 17 años.

Mientras que en población de estudiantes de D. F. en el 2000 el 5.8% la ha utilizado alguna vez en la vida, de los cuales 3.35 son mujeres y 8.3% hombres (Villatoro y cols., 2002).

En cuanto al uso de alucinógenos, según datos de la ENA (1998; 2002), en 1998 era una proporción de 0.4 que disminuyó a 0.25 para el año 2002 en casos que reportaron haberla usado alguna vez en la vida. Mientras que solo en la población estudiantil el consumo de esta sustancia en el año 2000 fue 1.5, donde 2.2 son hombres y 0.9 mujeres (Villatoro y cols., 2002).

Respecto a los estimulantes de tipo anfetamínico la población más vulnerable es la de 12 a 17 años siguiéndole el grupo de edad de 18 a 34 años. En 1998 la proporción fue de 0.3 y en el año 2002 0.08%, alguna vez en la vida (ENA, 1998; 2002). En estudiantes del D. F. la proporción fue de 3.7% para hombres y mujeres (Villatoro y cols., 2002).

Los tranquilizantes, según la ENA de 1998, se utilizan en una cantidad similar en hombres y mujeres siendo 0.7% de la población los que reportaron haberlos utilizado alguna vez en la vida. Caso contrario es el observado en la encuesta de estudiantes en el 2000, cuya proporción fue de 4.8, de los cuales 5.8 son mujeres y 3.9% hombres (Villatoro y cols., 2002).

Ahora bien, ya hemos mencionado a grandes rasgos la prevalencia total del uso de las drogas más utilizadas a nivel nacional y se hicieron algunas especificaciones de la población adolescente, por lo que enseguida se mostrará la preferencia por sexo de manera resumida, que como mencionamos al principio existen grandes diferencias y además las cifras sufren variaciones con el transcurso de los años.

Como puede observarse en la Tabla 4, a nivel nacional las drogas que fueron más consumidas por las mujeres en 1998 fueron la marihuana (0.7%), los tranquilizantes (0.5%) y la cocaína (0.3%), mientras que para los hombres fueron la marihuana (10.0%), la cocaína (3.0%) y los inhalables (1.7%).

Tabla 4. Prevalencia de uso de drogas según sexo y edad.

Edad	Sexo masculino				Sexo femenino			
	12-17	18-34	35-65	Total	12-17	18-34	35-65	Total
Tranquilizantes	0.7	0.8	1.2	0.9	0.4	0.4	0.6	0.5
Estimulantes	0.3	0.5	0.6	0.5	0.2	0.2	0.4	0.2
Inhalables	1.1	2.5	1.1	1.7	0.2	0.2	-	0.1
Mariguana	2.5	14.4	9.8	10.0	0.5	0.8	0.6	0.7
Cocaína	1.0	4.8	2.1	3.0	0.2	0.6	-	0.3
Alucinógenos	0.2	0.6	1.2	0.7	0.1	0.2	-	0.1
Heroína	0.1	0.2	0.3	0.2	-	-	-	-

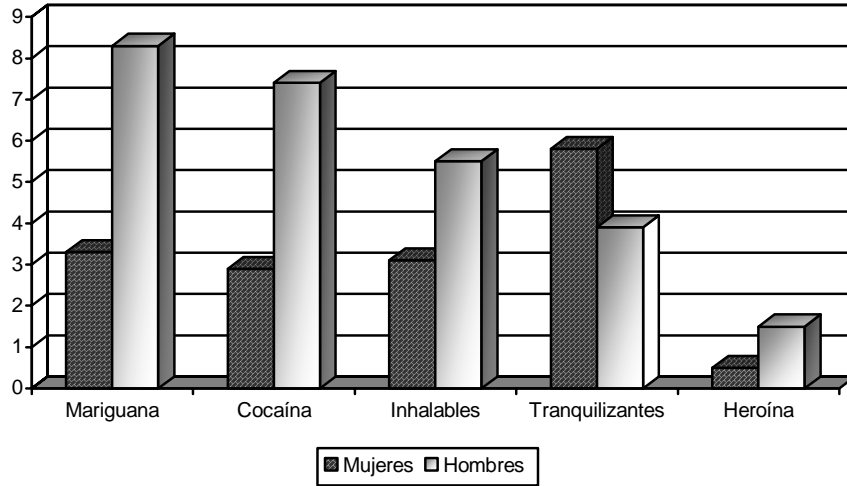
Fuente: ENA Resultados Nacionales. (1998).

Sin considerar los grupos de edad las drogas que son de constante consumo entre los hombres son la mariguana y la cocaína, mientras que para las mujeres es la mariguana y los tranquilizantes.

Un aspecto interesante es que la tendencia de continuar consumiendo inhalables, mariguana y cocaína en los hombres aumenta al pasar de la adolescencia a la edad adulta y decrece al encontrarse entre los 35 y 65 años de edad, en tanto que en las mujeres ocurre el mismo fenómeno solo que con la mariguana, la cocaína y los alucinógenos (ENA, 1998).

En cuanto a las preferencias en población estudiantil del D. F. en el año 2000 (ver Gráfica 1), las mujeres prefieren los tranquilizantes 5.8%, la mariguana 3.3% y los inhalables 3.1% en tanto que los hombres prefieren la mariguana 8.3%, la cocaína 7.4% y los inhalables 5.5% (Villatoro y cols., 2002).

Gráfica 1. Drogas que predominan en población estudiantil del D. F.



Fuente: Villatoro y cols. (2002).

Todas estas cifras mencionadas son sólo para que reflexionemos un poco acerca de las magnitud del problema y la necesidad de tomar medidas para erradicarlo y al tiempo proteger a las nuevas generaciones con información clara y completa, brindando alternativas, y espacios destinados para ellos y porque no con el ejemplo mismo. Recordemos que la población mexicana en las próximas décadas estará encabezada por gente joven y que es necesario que sea sana, activa y laboralmente útil.

1.2 DROGAS

Pese a que frecuentemente se habla del problema de las drogas en distintos ámbitos sociales, así como en los medios masivos de comunicación, existe “un falso sentido de familiaridad con tal fenómeno y, en ocasiones, una asociación con estilos de vida y valores materiales que han propiciado la difusión de imágenes parciales y distorsionadas de este problema” (Secretaria de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, 1999).

Es por ello que para despejar algunas probables dudas en cuanto a ¿Qué son las drogas? Nos parece conveniente hacer un breve espacio para intentar definir las y mencionar algunos aspectos para la clara comprensión del problema del consumo de sustancias.

Se puede definir a las drogas como aquellas sustancias, naturales o químicas que, introducidas en el organismo vivo pueden modificar una o más de sus funciones (CIJ, s/f). Sin embargo, en algunas ocasiones a las sustancias naturales se les designa drogas y a las químicas² se les denomina fármacos. En este caso vamos a referirnos a todas ellas como drogas.

La mayoría de las drogas son capaces de generar adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros que suelen provocar que quienes las prueban las consuman reiteradamente para experimentar tales efectos. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha clasificado la adicción a sustancias en tres tipos: fármacodependencia, alcoholismo y tabaquismo (Instituto Mexicano de la Juventud, IMEJU, 1999)

La adicción se manifiesta por las siguientes características (CIJ, s/f):

☆ **Dependencia psicológica o habituación**, es el uso compulsivo de una droga, sin desarrollo de dependencia física pero que implica también un riesgo para la salud del individuo.

² Aquellas que requieren de un proceso de laboratorio para obtenerlas.

☆ **Tolerancia**, es un proceso adaptativo del individuo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de incrementar la dosis para experimentar sus efectos iniciales. Esta situación genera un gran riesgo, de que la dosis puede aumentarse a tal extremo que provoque una intoxicación y esto a la muerte.

☆ **Dependencia física**, es el estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se interrumpe bruscamente la administración de la droga. En otras palabras, ocurre cuando el organismo se acostumbra a la droga y la “necesita para vivir”.

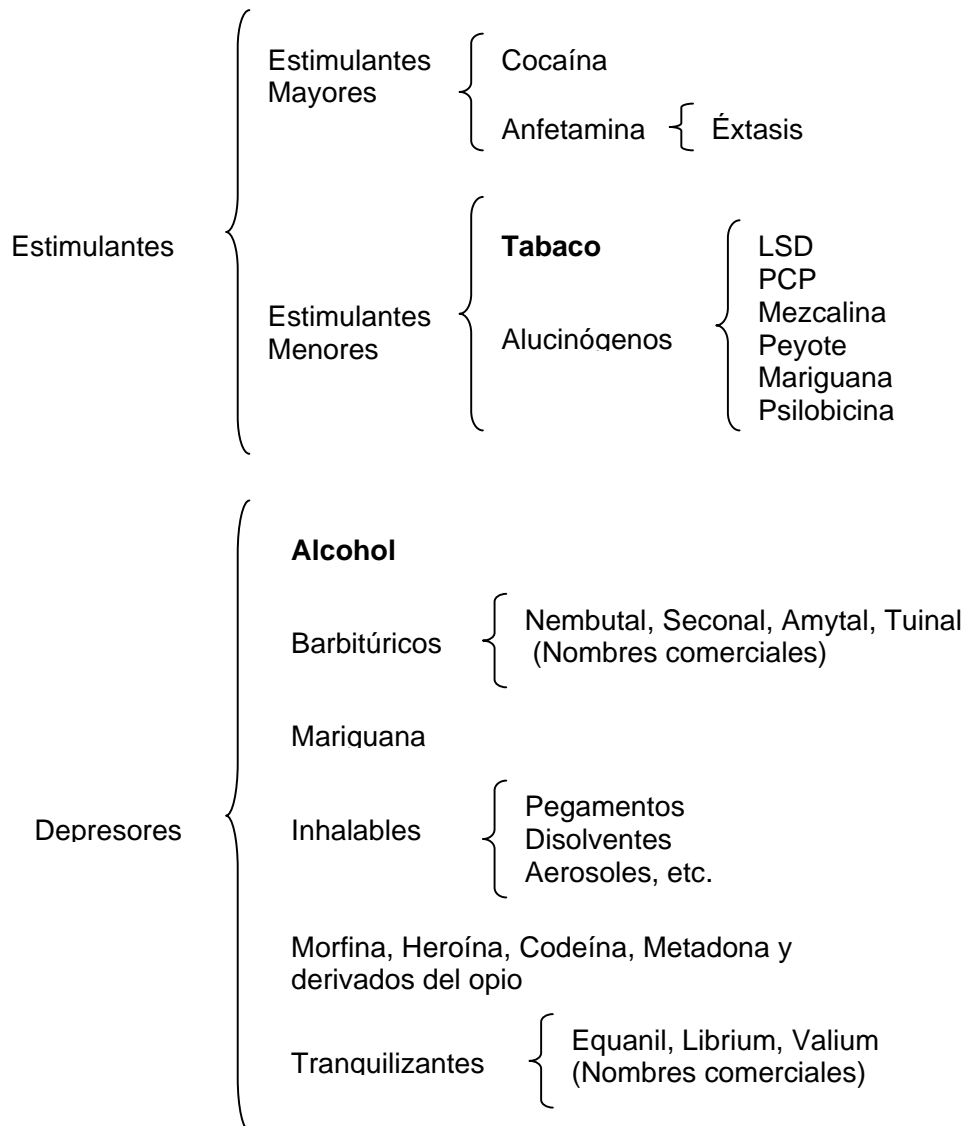
☆ **Síndrome de abstinencia**, es el conjunto de trastornos físicos y mentales que se presentan al suspender bruscamente el consumo de una droga, después de haberla consumido durante un tiempo prolongado. La intensidad y duración de los síntomas depende del tipo de droga, tiempo de consumo, edad del usuario, cantidad ingerida, etc. Algunos de estos trastornos son: sudoración, convulsiones, delirios, pérdida de la conciencia.

A pesar de que estas son las características de una adicción, es importante señalar que no todas las sustancias llegan a generarlas todas, pues algunas no derivan en dependencia psicológica o física.

Respecto a la clasificación, existen drogas de origen natural como la marihuana y químicas o sintéticas como la heroína y las anfetaminas. Jurídicamente se dividen en legales, entre las que se encuentra el alcohol y el tabaco y las ilegales como la marihuana, la cocaína y la heroína. Por sus efectos, se dividen en estimulantes, que son aquellas que aceleran la actividad mental y por tanto producen estados de excitación y depresoras que son aquellas que retardan la actividad mental (CIJ, 2003).

En el cuadro 1 se puede observar la clasificación de drogas en cuanto a sus efectos, vale la pena mencionar que algunas sustancias se encuentran en más de una categoría dado que tienen características diversas.

Cuadro 1. Clasificación de drogas



Fuente: Centros de Integración Juvenil (s/f, 2003).

Es importante señalar que los efectos experimentados al consumir determinada sustancia resultan de la compleja interacción de tres elementos básicos: a) la droga misma; b) el consumidor, con todas sus características genéticas, físicas y psicológicas; y c) el medio ambiente, es decir el núcleo familiar, la sociedad, el nivel cultural, la educación y la situación económica (Tapia, 2001).

Además de haber una clasificación de las drogas, también la hay para el tipo de usuario, que está en función de la frecuencia y cantidad que se consume. CIJ (2002) los ha clasificado en:

- ☆ **Experimental**, que son aquellas personas que consumen drogas por curiosidad.
- ☆ **Ocasional**, usuario en el que el consumo de drogas es esporádico y tiene como finalidad pertenecer a un grupo o seguir una moda.
- ☆ **Funcional**, usuario que realiza alguna actividad productiva, pero el consumo de drogas ocupa un lugar importante en su vida.
- ☆ **Disfuncional**, consumidor que toda su vida gira en torno a la utilización de drogas y su actividad entera la dedica a conseguirlas y consumirlas.
- ☆ **Exfarmacodependiente**, persona que ha abandonado el abuso de sustancias.

Mencionado esto pasemos a hablar sobre las drogas de nuestro interés específico que son tabaco y alcohol.

1.3 TABACO: CONSUMO Y EFECTOS

Puede definirse al tabaco como una sustancia psicoactiva, es decir, como aquella que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental (Tapia, 2001).

El activo más significativo del tabaco es la nicotina, que es la que provoca la adicción a esta droga. Tiene una gran variedad de efectos complejos y a veces impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo.

Al fumarlo la nicotina se distribuye rápidamente en todo el organismo, llegando al cerebro en menos de 10 segundos después de la inhalación, además se absorbe a través de la piel y mucosas. Los efectos inmediatos a la exposición de la nicotina son el incremento de la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardiaco. Al igual que otras sustancias adictivas causa una descarga de dopamina en áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, este efecto dura poco tiempo por lo que se continúa fumando para mantenerlo. Sin embargo, la nicotina también puede producir efectos sedantes dependiendo de la dosis consumida y del nivel de excitación del sistema nervioso del fumador. Es decir que puede actuar como estimulante o relajante.

Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4000 compuestos químicos entre los que se encuentran el alquitrán, monóxido de carbono, hidrógeno de cianuro, zinc, aldehídos volátiles y óxido de nitrógeno.

Actualmente la forma de consumo usual es fumarlo en cigarrillos, y es menos acostumbrado fumarlo puros o pipas, masticado e inhalado.

Del consumo de tabaco se puede hacer una tipología de los usuarios, en la que encontramos a los experimentadores, a los sociales u ocasionales, y a los dependientes (IMEJU, 1999).

☆ **Experimentadores.** Como su nombre lo dice son aquellas personas que han probado una sola vez esta droga.

☆ **Sociales u Ocasionales.** Son aquellas personas que fuman esporádicamente y en cantidades moderadas.

☆ **Dependientes.** Una persona se convierte en fumador dependiente cuando es necesario para su organismo el fumar constantemente, dado que la nicotina ya provoco dependencia física y psicológica.

El consumo reiterado de tabaco es denominado tabaquismo, cuyas manifestaciones son la dependencia física, la dependencia psicológica y la tolerancia³. Constituye uno de los más importantes factores de riesgo entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, y es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Fumar esta estrechamente relacionado con beber, descansar, comer, trabajar, pensar, tomar café, platicar, ver T. V., eventos sociales, etc.

El tabaquismo según el Instituto Mexicano de la Juventud (IMEJU, 1999), consta de cuatro fases para considerarse como tal, que son las siguientes:

1. **Iniciación**, comúnmente se inicia en la adolescencia y se caracteriza por el deseo de aprender a fumar, sin importar marcas o propiedades del cigarro.
2. **Afianzamiento**, en esta se establece una preferencia por alguna clase de cigarros.
3. **Mantenimiento**, es la fase en la que el consumo se incrementa notablemente y aparecen los primeros síntomas de adicción a la nicotina.
4. **Modificación**, es cuando el fumador tiene dos opciones: renunciar al hábito, mediante tratamiento médico o continuar fumando.

En el mundo mueren diariamente cerca de 11 mil personas por enfermedades asociadas directa o indirectamente al tabaquismo, según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, s/f). La Encuesta Nacional de Adicciones 1998 indica que en nuestro país hay 13 millones de fumadores, de los cuales 9 son mujeres y 4 mujeres, que representan al 27% de la población urbana entre los 12 y 65 años.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) señala que en nuestro país mueren cada día cerca de 122 personas por enfermedades asociadas al tabaquismo (Ramírez, 2002).

³ Términos que definimos en el apartado anterior.

Las consecuencias de la exposición continua al tabaco se pueden dividir en tres campos, daños físicos, psicológicos y sociales /económicos que son:

☆ **Físicos.** Bronquitis crónica, enfisema pulmonar, trastornos cardiacos y de la presión arterial, mal aliento y coloración amarillenta de dientes y yemas de los dedos, cutis y cuero cabelludo seco, tos expectoraciones y jadeo, caries, arrugas, problemas circulatorios, gastritis, impotencia sexual, cáncer en diferentes manifestaciones como el de pulmón, boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico / uterino, renal, y vesícula; en hombres reduce la fertilidad y en mujeres provoca la menopausia precoz.

☆ **Psicológicos.** Ansiedad, falta de atención y concentración, pensamientos “mágicos” (un cigarro me quita el frío), frustración e irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, interferencia en el funcionamiento personal (si no se fuma se está intranquilo).

☆ **Social /Económicos.** Baja laboral o ausentismo por enfermedad, disminución de la productividad, alta inversión en la adquisición del tabaco, sobre utilización de los servicios de salud que representa un elevado costo social al que tendrá que hacer frente la comunidad y el número cada vez mayor de fumadores pasivos.

No podemos ignorar los daños ocasionados a los fumadores pasivos, que son aquellas personas que involuntariamente están expuestas al humo de tabaco, el humo que aspiran contiene hasta tres veces más de nicotina y alquitrán y cinco veces más de monóxido de carbono, en comparación al inhalado por el fumador. En niños menores se incrementa la gravedad en los casos de asma y la posibilidad del síndrome de muerte súbita.

En mujeres embarazadas eleva el riesgo de parto prematuro y problemas de desarrollo del feto por falta de apetito y oxígeno de la madre, bajo peso y talla al nacer y eleva la probabilidad de aborto espontáneo.

Entre los predictores del tabaquismo en adolescentes se han encontrado como los más frecuentes: tener familiares fumadores, la influencia de amigos, la curiosidad, la experimentación, el ocio y la fácil adquisición de los cigarros.

Por si esto fuera poco tenemos los mitos alrededor del tabaco como:

- ☆ Los cigarros light no hacen daño por que contienen menos nicotina y alquitrán (el placer del fumador depende del nivel de nicotina en la sangre por lo cual fuma un mayor número de cigarros).
- ☆ Fumo poco, casi todo se consume en el cenicero (de todos modos se respira el humo y al final del cigarrillo están concentradas una mayor cantidad de sustancias cancerigenas).
- ☆ Muchos fumadores nunca se enferman (quizás no en corto plazo, pero hay otras manifestaciones como: la tos frecuente, la dificultad para respirar, la condición física, etc.)

Con todo ello podemos darnos cuenta de que no por ser una droga legal y socialmente aceptada deja de ser dañina y mortal para todos y cada uno de los que se mueven en ambientes en los que se consume. A corto o largo plazo a todos daña.

De acuerdo con la ENA, la edad de inicio para adquirir el hábito tabáquico ha disminuido. En 1988, 57% de los fumadores actuales o pasados había fumado su primer cigarrillo antes de los 18 años, en tanto que en 1998 este índice aumentó a 68%. La misma encuesta señala que 27% de los adolescentes varones y 17% de las mujeres entre 12 y 17 años que habitan en zonas urbanas han fumado; de ellos 15% fuma diario o casi diario (Medina-Mora y cols., 2001).

Las encuestas entre escolares de enseñanza media y media superior del D. F. señalan un aumentó de 9% entre 1991 y 1997, en el número de menores que han fumado. Este incremento es mayor entre las mujeres, en quienes el aumento fue de 12.5% en comparación con el 5.7% de los varones (Berenzon, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcanzar, Navarro, 1999 en Medina-Mora y cols., 2001).

1.4 ALCOHOL: CONSUMO Y EFECTOS

El alcohol es una droga depresora que provoca entre otras cosas modificaciones en el comportamiento y en el humor. Es el depresor de más alto consumo y con un mayor número de adictos en nuestro país. Está clasificado jurídicamente como una droga legal, por lo que su consumo, venta, posesión y publicidad no están penados, empero, existen restricciones en cuanto a quienes pueden ser vendidas, los lugares en que se permite su consumo y la publicidad, no debe presentarse a personas menores de 25 años de edad, no deben relacionarse con deportes y otras actividades, etc., que no se cumplan es distinto.

Existe una gran variedad de bebidas alcohólicas, y pueden ingerirse solas o acompañadas. El alcohol etílico que contienen las bebidas alcohólicas se crea durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que produce la embriaguez. Pueden obtenerse mediante la fermentación de vegetales, frutas o granos, como el pulque, la cerveza o el vino o por destilación al eliminar el agua y obtener un líquido de mayor contenido alcohólico como el caso del tequila, el vodka o el ron.

En México el consumo de bebidas alcohólicas goza de gran aceptación social, debido a nuestro arraigo cultural, paradójicamente la sociedad rechaza a la persona que no es capaz de controlar su ingestión.

El alcohol se absorbe en el estómago y en el intestino delgado. El 90 por ciento pasa a la sangre y circula por todo el cuerpo, mientras que el otro 10 por ciento se elimina por medio de la orina y el aliento (IMEJU, 1999).

El consumo de bebidas alcohólicas suele pasar de ser experimental a social u ocasional y de social a dependientes, provocando lo que conocemos como alcoholismo (CIJ, 2002):

☆ **Experimentadores.** Como su nombre lo dice son aquellas personas que han probado una sola vez esta droga.

☆ **Sociales u Ocasionales.** Son aquellas personas que beben esporádicamente y en cantidades moderadas.

☆ **Dependientes.** Una persona se convierte en bebedor dependiente cuando es necesario para su organismo el ingerir constantemente alcohol, dado que ya existe dependencia física y psicológica. En esta categoría podemos ubicar a los bebedores *funcionales* y *disfuncionales*, los primeros a pesar de la necesidad existente de ingerir esta droga, aun pueden desempeñarse normalmente en sus actividades diarias. Caso contrario es el bebedor disfuncional, pues este solo “vive para beber”, por lo que ya no realiza sus labores normalmente.

Al consumo habitual, compulsivo, prolongado y excesivo de bebidas alcohólicas se le denomina alcoholismo. Es importante aclarar que “No es lo mismo embriagarse una vez que ser alcohólico, pero SI se tiene mayores posibilidades de llegar a serlo que aquel que no bebe” (IMEJU, 1999).

Las bebidas alcohólicas generan dependencia física, dependencia psicológica y marcada tolerancia.

En general un alcohólico pasa por tres etapas, según el Instituto Mexicano de la Juventud (IMEJU, 1999):

☆ **De 5 a 10 años.** Bebe cada vez mayores cantidades y con mayor frecuencia.

Aumenta la tolerancia: cada vez “aguanta más”. Se siente más nervioso e irritable. Tiene algunos cambios en su manera de ser. Empieza a olvidar lo que pasó durante la borrachera.

☆ **5 años o más.** De manera constante niega que tenga problemas con la bebida o los oculta. Necesita beber todos los días.

☆ **Por el resto de su vida si no deja de beber.** Empieza a vivir en soledad. Vive para beber; sufre cambios físicos y mentales graves como: mala nutrición, temblores permanentes, debilidad, alucinaciones, pérdida de memoria entre otros. En esta etapa tiene dos caminos: la invalidez hasta llegar a la muerte o el principio de un regreso lento a la sobriedad.

El alcohol provoca 1.8 millones de muertes en todo el mundo. El 5% del total de las muertes de jóvenes de 15 a 29 años de edad son atribuibles al consumo de alcohol y 140 millones de personas sufren dependencia del alcohol (Harlem en OMS, Enero 2003). Comparaciones internacionales ubican a nuestro país entre los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática, con tasa de 22 muertes por 100 habitantes (INP, 2001).

En nuestro país, hace algunos años era más probable que fueran hombres y no mujeres quienes recurrieran a esta sustancia debido a las limitaciones culturales, pero hoy día las cosas han cambiado y el índice de mujeres que la consumen se ha incrementado considerablemente.

Como antes el consumo de alcohol sigue siendo un elemento importante del paso a la edad adulta pero ahora se incorporan a este los adolescentes y un mayor número de mujeres.

Los datos de la ENA 2002 reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en el 2002 entre los varones y de 18% a 25% entre las mujeres.

El 67% de los varones y el 73% de las mujeres han bebido cuando menos una copa completa de alcohol antes de cumplir 18 años de edad. El índice de consumo fuerte (5 copas o más por ocasión, al menos una vez al mes) es alto y llega a 3.6% en los varones y 1.5% en mujeres de entre 12 y 17 años.

El índice de abstinencia en mujeres disminuyó considerablemente en 1988 era de 63% y 55% para 1998; en tanto que entre los varones no se observaron grandes diferencias (23% y 27%).

El patrón típico entre varones sigue siendo de baja frecuencia (mensual o semanal) y se asocia con grandes cantidades (5 copas o más por ocasión), estos datos corresponden al 65% de este grupo; los patrones de consumo frecuente en cantidades limitadas es poco usual y alcanza al 3.6%. Mientras que entre las mujeres el consumo poco frecuente en cantidades bajas es más común y ha aumentado de 21% en 1988 a 35% en 1998.

La ENA 2002 reportó que en México 32,315,760 personas entre 12 y 65 años consumen alcohol. 3,522,427 adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa en el 2001, los cuales representan al 25.7% de la población de este grupo, a razón de 1.4 varones por cada mujer en población urbana; en la población rural el índice de consumo es de 14.4% con una razón de una mujer por 1.8 hombres

En la población adulta que vive en zonas urbanas el 72.2% de los hombres y el 42.7% de las mujeres consumieron alcohol en el 2001 y en población rural 18.9% de los varones y el 19.9% de las mujeres.

Entre los factores determinantes en la adolescencia para consumir alcohol se encuentran: el uso de bebidas en padres hermanos y familiares cercanos, el deseo de ser considerado un adulto, la publicidad, la imitación, el “alivio de frustraciones” y hastío normales, la búsqueda de identidad, etc.

Los daños del consumo de alcohol a corto plazo son: sensación de mayor libertad y confianza, menor coordinación motora y lentitud de reflejos, lenguaje farfullante, menor capacidad para concentrarse en un tema, cambios repentinos del estado de ánimo, alteración de la capacidad de juicio.

En cuanto a los daños a largo plazo podemos dividirlos en individuales y/o físicos, familiares y sociales:

☆ **Individuales y/o físicos.** Gastritis, pérdida del apetito, deficiencias vitamínicas, problemas cutáneos, impotencia o frigidez, cirrosis hepática, daños cerebrales, alteraciones en el corazón, pulmones, músculos, sangre, páncreas, hígado, estómago, riñones, sistema nervioso, amnesia, crisis emocionales, deterioro intelectual irreversible, embarazos no deseados, contagios de Enfermedades de Transmisión Sexual y la muerte.

En las mujeres embarazadas se puede presentar el Síndrome Alcohólico-Fetal, que provoca que el producto nazca con bajo peso y talla, malformaciones congénitas, retardo en el desarrollo físico y mental, problemas de aprendizaje, así como muerte por problemas respiratorios.

☆ **Familiares.** Violencia familiar, desintegración familiar (más aun cuando el consumidor es alguno de los padres), es causal de divorcio y se puede perder la patria potestad de los hijos; también se asocia con la carencia de recursos económicos, y los problemas que viven las personas que rodean al consumidor.

☆ **Sociales.** Accidentes, violaciones, riñas, daños a propiedad ajena, homicidios, robos, descuido o abandono del trabajo, ausentismo laboral, es causal de cancelación de contrato de trabajo.

No obstante existen mitos que intentan favorecer o justificar su consumo:

☆ El alcohol no es una droga.

☆ El alcohol es un alimento (proporciona algunas calorías, pero no es nutritivo y no puede sustituir a los alimentos).

☆ La combinación de bebidas emborracha más (lo esencial es la cantidad de alcohol que se ingiera y no el número de bebidas).

☆ El alcoholismo es hereditario (no es hereditario, solo puede predisponerse para el desarrollo del alcoholismo).

☆ El alcohol aumenta la fuerza y la energía (provoca al principio una sensación estimulante y después la depresión).

Como pudimos ver esta droga que para muchos es inofensiva, provoca gran cantidad de daños y sabiendo esto es importante proteger a las nuevas generaciones de tal adicción logrando así una población más sana, informada y activa.

1.5 ADOLESCENCIA

Ahora abordaremos someramente la población de interés en el presente estudio, que son los adolescentes, dado que se considera una población vulnerable. Recordemos que de acuerdo con estudios realizados por diversas instituciones (IMEJU, CIJ, INP, entre otras) es en esta etapa de la vida donde se corre el riesgo de “adquirir el hábito” de fumar, beber y/o consumir otras sustancias adictivas.

El término adolescencia proviene del latín *adolescere*, que quiere decir “crecer”, “crecer aceleradamente”. Debe distinguirse de la *pubertad*, que se refiere al crecimiento físico de maduración y que se encuentra muy ligado a los cambios hormonales que provocan la aparición de los caracteres sexuales secundarios y otras transformaciones somáticas (corporales). “La adolescencia designa más bien los aspectos psicológicos y sociales, también de maduración, que se inician con y por la pubertad; es pues, un *proceso*, el proceso de hacerse adulto” (Velasco Fernández, 1997: 101).

Muchos autores tienden a considerar que la adolescencia se divide en dos períodos: la adolescencia temprana y la resolución de la adolescencia, a cada uno de los cuales le corresponden ciertas tareas y actitudes.

Entonces, las características de la adolescencia temprana serían: 1) la rebelión contra los adultos y sus valores; 2) la creación de una subcultura en la que el grupo de muchachos adquiere gran importancia; 3) la intensificación y la expresión de las urgencias y los sentimientos sexuales, primero a través de las fantasías, luego en la actividad masturbatoria; 4) el incremento de la agresividad, apoyado en el crecimiento físico; 5) el aumento de la capacidad de abstracción, y 6) la aparición de actitudes y conductas caracterizadas por cambios impredecibles y numerosos intentos por experimentar situaciones nuevas.

La segunda etapa sería la de la resolución de la adolescencia algunos años después, lo que implica: 1) el logro de la separación de los padres; 2) el establecimiento de la identidad sexual; 3) la capacitación para el trabajo; 4) el desarrollo de un sistema personal de valores; 5) la capacidad para experimentar el amor puro y la relación sexual, y 6) una vuelta a los padres en una nueva relación fundada en la igualdad.

La adolescencia representa una *crisis*, más no en el sentido que los adultos suelen darle (como problema), sino como una situación de la que el joven puede salir con una energía firmemente orientada hacia la maduración completa, o bien perder todo lo ganado y acuñar una personalidad inmadura.

Por todo lo anterior, podemos decir que la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción. Es la etapa de la separación del grupo familiar, del duelo por la exogamia y del enfrentamiento con el mundo externo (Kalina, 1988).

El uso de drogas para suplir las deficiencias y los vacíos de la sociedad y la familia está determinado por el enfrentamiento del adolescente con sus circunstancias, su falta de identificación con el medio, la sociedad y la cultura; los conflictos de la familia y la falta de afectividad familiar; la desigualdad económica y cultural; el desencuentro del ser con su individualidad, y la falta de identificación del individuo con el papel que le cabe en el mundo (Miroli, 1992). Así como el sentimiento de pertenencia a determinados grupos de amigos y compañeros.

En otras palabras, los adolescentes son un grupo con muchos factores de riesgos reales y potenciales, lo que los hace más susceptibles al consumo de cigarrillos y alcohol, por la disponibilidad en primera instancia, y a otras sustancias posteriormente.

Con respecto a las causas posibles del consumo es importante conocer cuales son las que identifican las Instituciones que se encargan de estudiar y proporcionar planes de acción para la erradicación este problema social, sin embargo es de igual importancia conocer cuales son las consideradas de esta manera por los adolescentes y las adolescentes (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Causas de consumo de drogas adolescentes versus especialistas.

Causas de consumo	Especialistas	Adolescentes
Zonas fronterizas	✓	
Falta de conocimiento	✓	
Problemas familiares		✓
Problemas económicos		✓
Narcotráfico	✓	
Falta de madurez		✓

Fuente: CIJ, (s/f).

Respecto a los factores de riesgo CIJ (s/f) informó que en sesiones de información preventiva con estudiantes de educación media básica se concluyó que la visión que se tiene acerca del problema, varía de acuerdo al lugar que se ocupe dentro de él, es decir que las personas que trabajan para combatir esta problemática consideran algunas que no coinciden con las contempladas por los adolescentes (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Factores de riesgo en la etapa adolescente, especialistas versus estudiantes.

Factores de riesgo en la etapa adolescente	Especialistas	Adolescentes
Fracaso escolar, transición de secundaria a preparatoria, uso de sustancias entre los amigos	✓	
Conducta agresiva, problemas de afrontamiento del estrés, ser joven, baja percepción de riesgo, crisis de valores, estilos de comunicación pasiva	✓	
Frecuente inestabilidad en la familia, débiles vínculos con los padres, padres violentos, alcoholismo familiar	✓	
Soledad, así como el alcoholismo paterno		✓
No recibir información de los padres o maestros, necesidad de pertenencia a un grupo		✓
Baja autoestima, conductas antisociales, depresión	✓	✓
Presión de los pares para usar drogas	✓	✓
Ser involucrado indirectamente por los padres en el consumo	✓	✓
Experimentar emociones fuertes y sensaciones intensas	✓	✓
Ambientes permisivos	✓	✓

Fuente: CIJ, (s/f).

1.6 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA EN MÉXICO

La composición de la familia es heterogénea y difiere según los países, la localización urbana o rural, los niveles de pobreza, la cultura, etc.

La familia es el núcleo de la sociedad, y es el grupo social primario por naturaleza, de donde el individuo toma lo esencial para su realización como persona. La influencia de la familia en el desarrollo debe ser entendida en términos de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, es decir, que las acciones de cualquiera de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo (Rivera, 1993).

Una función de la familia es la socialización, que es el proceso a través del cual el individuo interioriza las pautas de su entorno sociocultural, se integra y se adapta a la sociedad. Aunque la familia no es el único agente de socialización, ya que también socializan la escuela, los amigos, los grupos formales (como los compañeros de trabajo) e informales (como vecinos, conocidos), y sobre todo hoy, los medios de comunicación, su función socializadora se mantiene bastante estable durante largos períodos de tiempo.

La familia influye en la socialización de modo directo aunque algunas veces de un modo espontáneo, no intencional, ni formal, ni plenamente consciente, y actuando de modo indirecto, como filtro de otros agentes socializadores, pero si ésta socialización no llega a ser adoptada por los adolescentes, o bien, si la familia no llega a cumplir con esta función entonces podría involucrarse en problemas como el consumo de drogas, la delincuencia, etc. En otras palabras, *las funciones socializadoras de la familia afectan a los procesos de movilidad social*.

En las últimas décadas, la estructura de la familia en México, como en otros países en vías de desarrollo, se ha modificado y la cohesión familiar ha sido seriamente afectada. La separación de sus miembros por motivos de estudio y de trabajo; la dispersión, el divorcio, el amor libre, y el surgimiento de nuevas configuraciones familiares.

Con todo, esta existe y seguirá existiendo, aunque su composición se modifique. La familia nuclear es la que hoy predomina en todos los países, aunque los valores culturales respectivos influyen en las formas de constitución de las familias. No obstante en México se mantiene la tendencia ascendente de los hogares nucleares: en 1992 representaban entre 55% y 71% en las áreas urbanas, y entre 56% y 74% en las rurales, según datos del Instituto Nacional de Estudios Geográficos y de Población (INEGI, 2000).

La familia nuclear es aquella integrada por una pareja de adultos e hijos. Es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, se desarrolla a través de etapas, se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que permite la continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro (Rivera, 1993).

En algunas sociedades esas unidades familiares nucleares son predominantemente independientes entre sí, esto es cierto en el caso de las sociedades industriales modernas con normas institucionales de “clase abierta” (Barber, 1978).

1.6.1 FAMILIA Y TRABAJO

Podría decirse que antes a los hombres les preocupaba el trabajo y a las mujeres la familia y las actividades domésticas. Actualmente familia y trabajo, son las dos principales preocupaciones de muchos trabajadores, tanto hombres como mujeres, a lo largo y ancho del mundo. Según estimaciones del Banco Mundial, entre 1960 y 1997 las mujeres han incrementado su participación en la fuerza de trabajo total en un 126%. En la actualidad las mujeres integran casi la mitad de la mano de obra en el mundo.

Se ha producido un colosal aumento de familias en las que el hombre y la mujer obtienen ingresos derivados de sus respectivos trabajos, y han aumentado también mucho las familias monoparentales (ausencia de uno de los padres).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2000), calcula que en todo el mundo la proporción de hogares en los que las mujeres son la principal fuente de ingresos asciende al 30% del total, cuando en 1940 solo era el 7.8%, en 1960 el 18%, en 1980 era el 28% y en 1990 el 19.6%.

Este aumento en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo ha inducido a un cambio de roles y las expectativas de género, tanto en la familia como en la misma empresa. A medida que son más las mujeres que se desempeñan en un empleo retribuido, crece también el número de hombres que comparten mucho más que antes las tareas domésticas y las funciones de atención a la familia, tradicionalmente consideradas femeninas.

Teóricamente, a medida que aumenta el número de familias con dos fuentes de ingresos, las mujeres salen de su papel “familiar” para implicarse en el mundo del “trabajo”, en tanto que los hombres lo hacen de su papel tradicional en el “trabajo” para asumir nuevas responsabilidades con la familia (OIT, 2000).

Hoy en día las mujeres siguen siendo las proveedoras primarias de cuidados y adquirieron una nueva responsabilidad que es la de ayudar con los gastos del hogar y en algunos casos solventarlos todos. Sin embargo a menos que se acometa una acción positiva para compaginar trabajo y obligaciones familiares, el conflicto entre ambas responsabilidades seguirá siendo una fuente de estrés y de tensión para las mujeres trabajadoras.

La Comisión de Estudios Para América Latina (1994) señala que la importancia de los cambios que experimentan las estructuras familiares puede apreciarse desde dos perspectivas: la que reconoce que el eje de la transformación productiva y el desarrollo equitativo en la región es la formación de recursos humanos; y, segundo, la que sostiene que las distintas estructuras familiares difieren en su capacidad para desarrollar ese potencial en niños y jóvenes.

Como se menciona en el apartado anterior, el ambiente familiar ejerce una influencia preponderante en el desarrollo de la personalidad y de las habilidades intelectuales y laborales de los niños y jóvenes, por tanto cambios como estos en la estructura familiar afectan a todos los miembros de la misma es por ello que solo en su conjunto podrán sacar adelante tal situación y para esto es necesario contar con el apoyo de todos y cada uno de los miembros que la componen.

1.6.2 COMUNICACIÓN FAMILIAR

Generalmente, los padres son las personas más indicadas para orientar, guiar y ayudar a los hijos debido a que ellos son los que los educan, cuidan y conocen desde el nacimiento. Es por ello que se tiende a pensar que ellos son los que tienen más conocimiento acerca de las cualidades, capacidades, necesidades y debilidades de los hijos. Pero esto no es algo que ocurra solo, sino que es el resultado de la convivencia, comunicación y confianza, entre otras cosas, que se establece desde la conformación misma de la familia.

Lo anterior sería aplicable en los casos en que se contara por lo menos con una figura paterna, ya fueran padres o tutores, como abuelos, tíos, etc. Sin embargo, muchas familias en México no han podido consolidarse como tales, debido a que en el interior se piensa que la confianza, el amor y el respeto son cosas establecidas desde el momento mismo en que se reconoce que existen este lazo familiar; quizás esta sea una de las razones por las que se ha limitado en gran medida las relaciones dentro de la familia.

Sin duda alguna la comunicación juega un papel fundamental dentro de cada ámbito, en el caso de la familia, mediante este recurso se establecen normas, sanciones, se llega a acuerdos y se transmite todo tipo de emociones y estados de ánimo. Desafortunadamente, existen diversas razones por las cuales esta no llega siempre a ser eficiente e incluso en algunos casos posible.

Una muy importante es el tiempo que la familia en su conjunto ha establecido para conversar, muchas familias mexicanas no destinan un tiempo para ello. Las pláticas que se llegan a establecer no son en lugares y momentos apropiados o bien se han convertido en algo automático, en el que las preguntas y respuestas así como los temas de conversación son siempre los mismos.

Otra, no menos importante que influye en la comunicación entre padres e hijos son los criterios, morales contradictorios que los jóvenes tienden a identificar como actitudes “adultas”. Es posible que los jóvenes piensen que los adultos ya han sacrificado su derecho a dar consejos sobre temas “exclusivos de jóvenes”, por el hecho de que los padres piensan como tales y los adolescentes como hijos (Puente-Silva, 1979).

Algo que requiere gran atención es que para los adolescentes, la familia es uno de los factores de riesgo de importancia, pero al mismo tiempo este es el principal protector ante el consumo de drogas. Para los adolescentes resulta importante la comunicación familiar, las habilidades paternas y el vínculo entre padres e hijos. Por todo ello se requiere de fortalecer estos vínculos familiares, así como proporcionar nuevas herramientas para enfrentar todos y cada uno de los problemas que pudieran presentarse.

A lo largo de este primer capítulo hemos puntualizado que el fenómeno del consumo de drogas, se está extendiendo rápidamente y ha logrado filtrarse en cada uno de los ámbitos sociales y sectores de la población.

La razón de centrar nuestra atención en el consumo del tabaco y el alcohol, es que éstas son las principales drogas consideradas como de inicio, son socialmente aceptadas, son jurídicamente legales y de fácil adquisición.

Mediante estudios realizados por los CIJ, el INP y el IMEJU se ha determinado que el consumo de alcohol y tabaco representa un problema endémico en la población adulta, que actualmente se manifiesta de manera preocupante a edades más tempranas entre los adolescentes, quienes copian modelos adultos.

Es por esto que para continuar nuestra investigación plantearemos enseguida los modelos teóricos, con los que pretendemos abordar nuestro problema, estos son el aprendizaje social y el apoyo social.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 APRENDIZAJE SOCIAL

En este capítulo se desarrollan someramente la teoría del aprendizaje social y apoyo social, teorías de las que nos valimos en la presente investigación para dar interpretación al problema del consumo de drogas; debido a la forma en la que planteamos nuestro problema y a la pretensión de corroborar los factores sociales que intervienen, ponemos especial énfasis en la familia y personas cercanas a los adolescentes, por lo que consideramos que éstas aproximaciones teóricas nos permitirán hacer dicho análisis.

Puntualmente las razones que nos llevaron a elegir la teoría del aprendizaje social entre otras que existen dentro del campo de la Psicología Social, son las siguientes: partiendo por considerar que el ser humano va adquiriendo conocimientos y pautas de conducta a lo largo de toda su vida, y es bien sabido que no todas se aprenden de manera consciente, la forma de caminar, la manera de hablar, la forma de responder a determinados cuestionamientos y estímulos, la ideología, etc.

Apoyo social, nos permite vislumbrar la importancia y los beneficios de relacionarse con otras personas y no limitar nuestras relaciones a la familia

El estudio del aprendizaje surge de tres enfoques fundamentales: el punto de vista metodológico del *conductismo*, principios estructurales elementistas del *asociacionismo* y el principio motivacional del *hedonismo* (Deutsch y Krauss, 1994).

Para las teorías más tradicionales del aprendizaje las conductas prosociales son aprendidas a través de los mecanismos de condicionamiento clásico y operante o instrumental. El primero surge de la obra del fisiólogo ruso Pavlov; el segundo deriva principalmente de la labor de E. L. Thorndike (Deutsch y Krauss, 1994).

En el condicionamiento clásico, un estímulo que antes era neutral comienza a producir una respuesta por medio de la asociación con otro estímulo (Coon, 1999).

En el condicionamiento operante o instrumental, las consecuencias modifican la frecuencia y el patrón de las respuestas voluntarias (Coon, 1999). Skinner (1953 en Bandura y Walters, 1974) sostiene que el condicionamiento operante, implica un refuerzo positivo a las conductas, pero que este condicionamiento está relacionado con la imitación que es un aspecto esencial del aprendizaje.

Entre las dos clases de condicionamiento existen diferencias, pero también similitudes, que se reflejan en el vocabulario técnico utilizado para describir fenómenos del aprendizaje en diversos contextos.

Los conceptos básicos del aprendizaje son: fuerza de la respuesta, extinción, estímulo discriminativo, refuerzo, impulso, generalización y discriminación (Deutsch y Krauss, 1994).

La teoría del aprendizaje social explica el comportamiento humano en términos de la interacción entre el plano cognoscitivo y el comportamiento, además de las influencias ambientales (Bandura y Walters, 1974).

El aprendizaje social desestima la influencia de las variables sociales, es decir, la posibilidad de que ocurra una conducta dada en una situación dada está determinada por dos variables, que son la probabilidad de que se refuerce la conducta y el valor del refuerzo (Rotter, 1954 en Bandura 1974).

En la teoría del aprendizaje social Rotter (1954 en Morales, Moya, Reboloso, Fernández, Huici, Marques, Páez, Pérez y Turner, 1994) considera que la conducta es una situación dada en función de la *expectativa* y del valor del *reforzamiento* en esa situación (Rotter, 1982 en Morales y cols., 1994).

Este autor define la expectativa como la probabilidad asignada por el individuo de que un reforzamiento particular ocurrirá en función de una conducta específica en una determinada situación. La expectativa generalizada más investigada ha sido el grado en que las personas perciben los refuerzos como dependientes de su conducta, o bien como resultado de las influencias del medio externo (Morales y cols., 1994).

La teoría del aprendizaje social de Rotter predice la aparición y modificación de pautas de conducta aprendidas previamente, pero tiene poco impacto en las teorías de la conducta social porque las variables dependientes de los experimentos nacidos de este enfoque no se referían en general a respuestas sociales (Bandura y Walters, 1974).

La teoría del aprendizaje social de Rotter se basa en las expectativas generalizadas de las personas respecto a las consecuencias de su conducta (Morales y cols., 1994).

Sin embargo los trabajos de mayor interés en cuanto al aprendizaje social e imitación son los realizados por Miller y Dollard, así mismo los de Bandura y Walters, dadas las contribuciones que hacen a la teoría (Deutsch y Krauss, 1994).

Dichos autores explican la adquisición de impulsos y recompensas sociales principalmente en función de la noción de que una señal neutral puede adquirir propiedad de impulso cuando se conecta o asocia con algún estímulo impulsor; puede adquirir propiedades de recompensa cuando se asocia con la reducción de un estímulo impulsor. También acentúan la importancia del lenguaje como una “respuesta productoras de señales” en respuestas mediatizadoras a recompensas y castigos lejanos, y en la producción de impulsos adquiridos y respuestas anticipatorias (Deutsch y Krauss, 1994).

Las respuestas verbales pueden ser utilizadas como respuestas que producen señales, puesto que son fáciles de producir, porque pueden ejecutarse de manera implícita o explícita y además porque poseen carácter social. Entonces podemos decir que el carácter social del lenguaje implica que las respuestas verbales de una persona, si se hacen explícitamente, pueden actuar como señales tanto para los demás como para ella misma. Esta característica del lenguaje hace posible que un individuo transmita grandes cantidades de información (confiable o errónea) de manera más rápida y a un mayor número de personas al mismo tiempo.

Una de las críticas de esta teoría es que requiere que una persona sea capaz de dar una respuesta antes de poder aprenderla por medio de la imitación.

Dollard y Miller concebían a la imitación como un tipo esencial de condicionamiento operante en el que las señales sociales sirven como estímulos discriminativos y se refuerzan o no las respuestas del aprendiz según reproduzcan o no las del modelo (Bandura y Walters, 1974).

A diferencia de muchos teóricos del aprendizaje que han escrito sobre el comportamiento social humano, Bandura y Walters realizaron sus investigaciones generales utilizando principalmente personas y no animales. En consecuencia, sus trabajos demuestran con más claridad que los otros psicólogos del aprendizaje la importancia de este enfoque para comprender el comportamiento social humano (Deutsch y Krauss, 1994).

La teoría del aprendizaje social de Bandura acentúa la importancia de la observación para el modelamiento de los comportamientos, actitudes y reacciones emocionales de unas sobre otras personas (Bandura y Walters, 1974).

Sobre la base de sus amplias investigaciones sobre el aprendizaje social por imitación, Bandura (1962: 260 en Deutsch y Krauss, 1994) concluye que “el proceso de adquisición de respuestas se basa en la contigüidad de los acontecimientos sensoriales, y que el condicionamiento instrumental y el refuerzo deberían tal vez ser considerados como procedimientos de adquisición o de refuerzo de respuestas”.

Señala también que los modelos atractivos, gratificantes, prestigiosos o poderosos tienen posibilidades de atraer mayor atención, por consiguiente promueven más imitación que los que carecen de estas cualidades. Igualmente, las personas dependientes, carentes de autoestima, incompetentes y que con frecuencia han recibido recompensas por su comportamiento imitativo, tienden a prestar mucha atención a las señales producidas por el comportamiento de otros.

En otras palabras el refuerzo podría principalmente actuar como agente causal en el aprendizaje por imitación aumentando o reduciendo la reacción que se observa.

Bandura (1977 en Morales y cols., 1994) cuestiona la aproximación tradicional, por incidir exclusivamente en los estímulos externos e ignorar los mecanismos cognitivos del aprendizaje social. Para este autor, al principio el niño es controlado por esfuerzos o guías externas, pero poco a poco va sustituyendo las sanciones y demandas externas por controles internos.

Es decir, el individuo puede regular internamente su conducta, independientemente del refuerzo externo actual. Por otra parte, existe una forma de aprendizaje cognitivo que no precisa del refuerzo: el aprendizaje por observación.

Según Bandura buena parte del comportamiento social se aprende a través de la mera observación de modelos. Para ello se requiere que el observador oriente su atención al modelo, que codifique esa información en la memoria 'en forma de representaciones simbólicas', de forma que pueda recuperarla en cualquier momento de la ejecución, y que esté motivado para reproducir la conducta (Morales y cols., 1994).

En el enfoque de este autor, el ser humano es un elemento más activo, puede crear sus propios refuerzos y se implica activamente en los procesos de atención y codificación del comportamiento del modelo en el aprendizaje por observación. No obstante, si bien, el refuerzo no es necesario para el aprendizaje por imitación, sí lo es para la reproducción del comportamiento del modelo.

Los procesos de motivación son los que definitivamente activan la ejecución del comportamiento aprendido, y éstos siempre remiten a la historia de los refuerzos del sujeto y a la historia de refuerzos que ha observado en los demás (Morales y cols., 1994).

Los acontecimientos relacionados con las costumbres del hogar y la familia pueden servir como refuerzos positivos o negativos, que se dispersan a intervalos relativamente fijos (Bandura y Walters, 1974).

Para Bandura las diferencias entre el sexo del modelo (persona del que se va imitar la conducta) y del niño determinan hasta que punto podrá producirse en éste una conducta de imitación canalizando así las respuestas sociales en el sentido de la conducta propia del sexo. El sexo es más eficaz cuando el agente de refuerzo es una persona con mucho prestigio (Bandura y Walters, 1974).

Albert Bandura se centra en la adquisición de comportamientos, sostiene que la gente adquiere comportamientos con la observación de otras. La gente entonces imita lo que observa (Bandura y Walters, 1974).

Componentes del proceso de observación:

- ☆ Atención, incluyendo los acontecimientos modelados (distinción, valencia afectiva, complejidad, predominio, valor funcional) y las características del observador (capacidades sensoriales, nivel del despertar, sistema perceptivo, más allá del refuerzo).
- ☆ Retención, incluyendo la codificación simbólica, la organización cognoscitiva, el ensayo simbólico, el ensayo del motor.
- ☆ Reproducción del motor, incluyendo las capacidades físicas.
- ☆ Motivación, incluyendo el refuerzo externo, vicarios y del sí mismo.

Buena parte del aprendizaje humano se logra por medio de la observación o modelamiento. Las características personales del modelo y el éxito o fracaso del comportamiento del modelo influyen en el aprendizaje por observación (Coon, 1999: 312).

Albert Bandura (1971 en Coon, 1999) llama aprendizaje por observación o modelamiento al aprendizaje que se logra observando e imitando las acciones de otra persona o notando las consecuencias de las acciones de esa persona.

Al observar el modelo, una persona puede:

- ☆ Aprender respuestas nuevas.
- ☆ Aprender a ejecutar o evitar respuestas aprendidas con anterioridad.
- ☆ Aprender una regla general que puede aplicarse a varias situaciones.

Para que ocurra el aprendizaje por observación, deben ocurrir varias cosas:

- ☆ El aprendiz debe poner *atención* al modelo y *recordar* lo que hizo.
- ☆ El aprendiz debe ser capaz de *reproducir* el comportamiento modelado.
- ☆ Si el modelo tiene *éxito* en una tarea o recibe una *recompensa* por una respuesta es más probable que el aprendiz imite el comportamiento.

En general, también tienden a imitarse los modelos atractivos, que obtienen recompensas, admirados o de posición elevada.

☆ Una vez que se intenta una nueva respuesta el *reforzamiento normal determina si se repetirá después* (Coon, 1999:303).

El aprendizaje social abarca la atención, la memoria y motivación, además de los palmos sociales. La teoría de Bandura mejora sobre la interpretación terminantemente del comportamiento de modelar proporcionada por Miller y Dollard (1941 en Bandura y Walters, 1974).

Las ideas de Bandura y Walters sobre el estudio del comportamiento social acentúan de manera original el papel de la imitación en la adquisición del comportamiento, tanto desviado como conformista. En oposición con la teoría de la imitación de Miller y Dollard, Bandura y Walters afirman que las nuevas pautas de respuesta que son imitaciones exactas del comportamiento de otros pueden adquirirse por medio de la observación.

Acentúan, además, que generalmente quien aprende imita con éxito la casi totalidad de la pauta de respuesta de un modelo, aun cuando no la realice de forma manifiesta ni reciba refuerzo durante la demostración. Por lo tanto la adquisición de respuestas nuevas a través de la imitación no es el proceso lento, gradual, basado en el refuerzo diferencial, que generalmente han postulado otros teóricos del aprendizaje (Deutsch y Krauss, 1994).

Si bien Bandura y Walters insisten en que el refuerzo (observado o experimentado) no desempeña un papel dominante en la adquisición de respuestas nuevas, otorgan un papel central en el fortalecimiento y mantenimiento de distintas tendencias de la conducta (Deutsch y Krauss, 1994).

Bandura y Walters sugieren que la génesis de muchos comportamientos “fastidiosos” es consecuencia del empleo que hacen los padres, inconscientemente, de programas de refuerzo que recompensan de forma intermitente respuestas no convenientes de alta magnitud y frecuencia (Deutsch y Krauss, 1994).

2.1.1 APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL

En investigaciones sobre la agresión en niños, realizadas por Bandura y sus colaboradores. En una serie de experimentos llevados a cabo por Bandura y sus colaboradores, se presenta a niños de pre-escolar diferentes tipos de modelos (adultos humanos presentados personalmente, adultos humanos en filmes, películas de dibujos animados), con distintas pautas de comportamiento (agresivo o no agresivo) que tienen diferentes consecuencias para el modelo (recompensa o castigo).

Los resultados demuestran que los niños que han observado modelos agresivos (que golpean, se sientan encima, arrojan o dan puntapiés a una gran muñeca de plástico inflada), responden a la siguiente frustración con una considerable agresión que en gran parte imita exactamente el comportamiento observado, mientras que los niños igualmente frustrados que han observado modelos que exhiben un comportamiento inhibido tienden a imitar el comportamiento no agresivo del modelo inhibido.

La observación de dibujos animados y de películas sobre seres humanos produce tanta agresión posterior a la frustración como la observación de comportamientos semejantes en adultos físicamente semejantes. Estas conclusiones sugieren que el comportamiento de los niños puede ser muy influido por lo que ven en los programas de televisión (Deutsch y Krauss, 1994).

La teoría del aprendizaje social ha explicado a la agresión como desórdenes psicológicos, particularmente en el contexto en donde ocurre la modificación del comportamiento. Es también la fundación teórica para modificar el comportamiento mediante la utilización de programas de entretenimiento. Bandura ha hecho varios estudios que implican anuncios de televisión y de videos que contienen las escenas violentas que apoyan esta teoría (Bandura y Walters, 1974).

La teoría del aprendizaje social sostiene que aprendemos a ser agresivos al observar la agresión en otros (Bandura, 1973 en Coon, 1999).

Otra investigación que sustenta el aprendizaje de conductas agresivas en niños por efectos de la televisión violentas es la realizada por Leonard Eron (1987 en Coon, 1999). Este psicólogo pasó 22 años dando seguimiento a más de 600 niños hasta la edad adulta, en donde observó que entre los modelos más influyentes para los niños estaban aquellos que observaban en la televisión.

Por lo que concluye que los niños aprenden estrategias y acciones agresivas de violencia en la televisión. Debido a esto son más propensos a agredir cuando enfrentan situaciones o señales frustrantes (Coon, 1999).

2.2 APOYO SOCIAL

Es difícil definir apoyo social, debido al gran número de definiciones que existen, así como las distintas relaciones y actividades que lo conforman. Entre las conductas que se han incluido al término, están pertenecer a asociaciones comunitarias, empalmar, escuchar, prestar objetos materiales, dar consejo o guía acerca de la situación estresante que experimenta un individuo, etc.

Barrón (1996) considera que para intentar llegar a una definición completa de lo que es apoyo social debemos distinguir los niveles de análisis y las perspectivas de estudio:

☆ Niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.

- A) A nivel comunitario el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social, que es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales.
- B) Las redes sociales, son un campo relacional total de una persona y tiene por lo común una representación espaciotemporal. Es decir, la red de un individuo cualquiera que es la suma total de relaciones humanas que poseen significación perdurable en sus vidas; incluye el núcleo familiar, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, compañeros de escuela y todas aquellas personas que también pertenecen a cualquier organización o institución (Speck y Atteneave, 1973); en otras palabras son aquellas relaciones sociales que aportan un sentido de unión con los demás. Algunas de sus propiedades son: densidad, tamaño y homogeneidad.
- C) Dentro de las relaciones íntimas ocurren transacciones en las que se esperan intercambios recíprocos, así como la responsabilidad por obtener el bienestar es compartido.

☆ Perspectivas: estructural, funcional y contextual.

A) Desde la perspectiva estructural, se utilizan los análisis de redes y se examinan todos los contactos que mantiene el sujeto. Las dimensiones de las redes son tamaño de red, densidad, reciprocidad y homogeneidad y se describen brevemente a continuación:

- 1) Tamaño de red. Es el número de personas que la conforman. Esta variable está relacionada positivamente con la salud y el bienestar, algunos autores (como Phillips, 1981, Veiel y cols., 1988 en Barrón, 1996) consideran que mientras más grandes sean las redes, son más los efectos benéficos en comparación de las redes pequeñas.
- 2) Densidad. Refiere a la interconexión entre las personas que forman parte de la red, independientemente del sujeto central. Respecto a este punto, Mirloy establece cuatro tipos de redes que son densas, poco densas, múltiple y única. A continuación se describen (Cerón, 1995):
 - a) Densas o cerradas, se dan en áreas geográficas donde cada uno de los miembros se conocen entre sí, en zonas reducidas.
 - b) Poco densas o abiertas, se dan en donde los habitantes se conocen entre sí o se conocen muy poco.
 - c) Múltiple, une a los habitantes según varios papeles: amigo, vecino, compadre, compañero de trabajo, familiar, etc.
 - d) Única o uniplex, une a los habitantes según un solo papel: amigo o vecino.

- 3) Reciprocidad. Hace referencia al grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.
- 4) Homogeneidad. Es la semejanza o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores, etc.

B) Perspectiva funcional. Desde esta perspectiva se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales de apoyo. Durante estas transacciones se intercambian recursos (materiales como dinero u objetos y simbólicos como cariño, estima, consejo) y cumple determinadas funciones el apoyo.

En cuanto a las funciones, sobresalen tres: la provisión de apoyo emocional, material e informacional.

- 1) Apoyo emocional: se trata de expresiones o manifestaciones de amor, cariño, simpatía, empatía estima y/o pertenencia a grupos⁴.
- 2) Apoyo material o instrumental: es definida como acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas. Este es efectivo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada, de lo contrario, puede provocar efectos contrarios, y la persona puede sentir amenazada su libertad o se siente en deuda.

⁴ He aquí una de las razones de considerar este enfoque teórico para abordar nuestro problema del consumo de drogas en adolescentes, dado que la necesidad de pertenencia a un grupo, a veces lleva a hacer cosas sin estar convencidos de que es lo mejor, así como confiar en las personas que parecen interesadas en nuestra vida.

- 3) Apoyo informacional: refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guías relevantes que les son de ayuda para la comprensión de su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él.

Desde esta perspectiva (funcional), se puede definir al apoyo social como un tipo de transacción en la que se intercambian recursos que permiten cumplir alguna de estas funciones. Thoits (1982, 1985 en Barrón, 1996) propone otra definición: es el grado en que las necesidades sociales básicas⁵ de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

No podemos dejar de lado al contexto en el que se brinda el apoyo social, porque de este depende en gran medida su efectividad y estado de bienestar para la persona que lo recibe, tal como lo sostiene Barrón (1996).

C) La perspectiva contextual. Debe considerar los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido. Desde esta perspectiva hay que considerar los siguientes aspectos contextuales:

- 1) Depende de las características de los integrantes de la red. Ya que el mismo tipo de apoyo puede resultar efectivo o no y esta en función de quien es la fuente. Para cada "necesidad o problema" preferimos la ayuda de determinadas personas, por ejemplo, los adolescentes platican sus curiosidades, inquietudes, etc. con otros de su edad mientras que problemas de salud se recurre a la familia, problemas laborales son apoyados por compañeros del trabajo.
- 2) El momento en que brinda el apoyo. Hay momentos en los que las personas están dispuestas a recibirlo y otras en las que no es bien recibido.

⁵ Thoits entiende por necesidades básicas la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación.

- 3) Duración. Esta depende de la habilidad que posea el que lo brinda para mantener y/o cambiar el apoyo.
- 4) Finalidad. La efectividad del apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades originadas por el problema específico.

Considerando todos los aspectos mencionados, podemos darnos cuenta de que apoyo social es complejo, debido al gran número de elementos que se intervienen en él. A manera de resumen concluimos que el apoyo social puede ser definido como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas se ven gratificadas por medio de la interacción con otros. Las necesidades a las que hacemos referencia incluyen el afecto, la estimación o consentimiento, la pertenencia, la identidad y la seguridad. Es de suma importancia contemplar los tipos de apoyo recibido, así como quien lo proporciona, padres, familiares, amigos, etc. (Kornblit y Mendes Díaz, 1987 en Morales y cols., 2002).

Al hablar de fuentes de apoyo social, necesariamente estamos hablando de redes sociales, que son neutras por naturaleza, es decir no son buenas ni malas para cada individuo, sino que sus beneficios o resultados negativos dependen de los que la integran, sus objetivos y su manera particular de afrontar las situaciones estresantes.

Es importante contemplar que tanto funciones como recursos están relacionados entre sí y algunas veces pueden confundirse. Sabido esto podemos decir que el apoyo social es una especie de transacción en la que se intercambian recursos que permiten la solución de “problemas”.

2.2.1 APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE APOYO SOCIAL

Tácitamente la aplicación de esta aproximación teórica se encuentra en los grupos de autoayuda y en intervenciones comunitarias. En el caso de los grupos de autoayuda son considerados como sistemas de apoyo (Killilea, 1976 en Barrón, 1996), entendiendo por sistemas de apoyo los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones mediante los siguientes mecanismos:

- ☆ Fomentar el manejo emocional de los mismos.
- ☆ Ofrecer guía, consejo, información, sobre aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos.
- ☆ Ofrecer *feedback* sobre la conducta individual que valide los autoconceptos y mejore la actuación basada en una adecuada autoevaluación.

Estos grupos funcionan autónomamente, al margen de los profesionales, y no están limitados en tiempo. Su formación está determinada en función de un problema concreto y de las necesidades que este provoque sobre los sujetos. Algunos ejemplos de estos grupos son Alcohólicos Anónimos y los grupos de homosexuales.

Por otra parte las intervenciones comunitarias se encaminan a la reestructuración u optimización de las redes sociales siguiendo una estrategia de desarrollo comunitario, dirigiéndose a incrementar el apoyo social en la comunidad en general. Puede encaminarse a potenciar las redes informales en aquellas personas que se sabe afrontarán crisis vitales previsibles (jubilación, etc.) con el propósito de evitar las consecuencias negativas de las mismas.

Vaux (1988 en Barrón 1996) propone que las intervenciones pueden realizarse a nivel familiar, organizacional y comunitario, en todas ellas sus rasgos físicos van a afectar a las redes sociales y al apoyo disponible, fomentan la sensación de pertenencia, la existencia de intereses compartidos y, en consecuencia, el establecimiento de relaciones más estrechas.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En los adolescentes estudiantes de secundaria, los antecedentes de consumo de alguna droga por parte de alguno de los miembros de la familia, amigos o novio (a) y la comunicación deficiente son factores de riesgo para consumir tabaco y/o alcohol?

3.2 VARIABLES

Dependiente:

☆ Consumo de tabaco y/o alcohol en adolescentes estudiantes de secundaria.

Independientes:

☆ Antecedentes del consumo de alcohol, tabaco y/o otras drogas en la familia de el (la) adolescente.

☆ Mantener relaciones con otros grupos de personas consumidoras de tabaco, alcohol y/o otras drogas.

☆ Comunicación deficiente.

3.3 HIPÓTESIS

☆ Si hay por lo menos una persona dentro de la familia de las y los adolescentes que consuma alguna droga, impacta para que estas/os consuman tabaco y/o alcohol.

☆ El que algún amigo (a) y/ o el novio (a) consuma droga, impacta en el adolescente consuma tabaco y/o alcohol.

☆ No tener buena comunicación con los miembros de la familia, influye en la decisión de las y los adolescentes para consumir tabaco y/o alcohol.

3.4 PARTICIPANTES

Se contó con la participación de 421 alumnos inscritos en el turno matutino de la secundaria Licenciado Benito Juárez ubicada en Texcoco, Estado de México.

Algunos de los participantes viven en Texcoco y otros en zonas aledañas, teniendo así una muestra que radica en más de cincuenta poblados, es por ello que procedimos a categorizarlos obteniendo finalmente 12 ubicaciones geográficas (Ver Anexo 2), esta característica de la muestra es importante considerarla pues pese a que son distancias cortas las que separan a un poblado de otro, las costumbres y formas de vida pueden diferir mucho.

De la muestra 209 son hombres (que representan el 49.6% de este grupo) y 212 mujeres (equivalente al 50.4% de la población). De los cuales 130 alumnos cursaban el 1er. grado escolar, 137 adolescentes el 2º grado y 154 más el 3ero.

Con respecto a las edades estas oscilan entre 11 y 15 años, concentrándose la mayor parte de la población entre 13 y 14 años (59.6%), como puede observarse en la siguiente tabla:

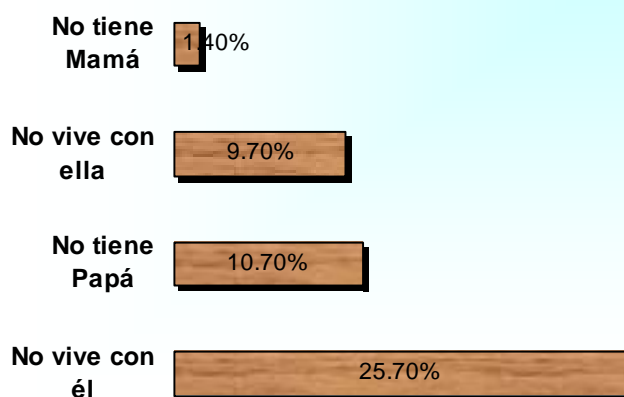
Tabla 7. Edad de los participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11 años o menos	14	3.3
12 años	67	15.9
13 años	117	27.8
14 años	134	31.8
15 años o más	89	21.1
Total	421	100.0

A continuación haremos mención de algunos datos relacionados a la familia de los participantes, todo ello con el objetivo de tener una perspectiva más amplia de las características de nuestra muestra.

El 85% de esta población forma parte de familias nucleares, en donde 108 adolescentes no vive con el padre y 45 reportaron no tener, 41 de ellos no viven con la madre y 6 dijeron no tener, como lo muestra la siguiente gráfica:

Gráfica 2. Presencia materna y paterna



El 20.5% de los alumnos (n=88) no tiene hermanos y el 24.9% no tiene hermanas (n=105).

Los mayores índices de nivel escolar en los padres de los adolescentes se ubican en secundaria con el 30.2% (n=127), 19.7% en primaria (n=83) y 12.8% cursaron la preparatoria (n=54). En el caso de las madres 34.2% estudiaron primaria (n=144), 28.7% cursaron la secundaria (n=121) y por último 10.9% la preparatoria (n=46).

Las ocupaciones de sus padres son diversas, existen desde obreros hasta profesionistas, por ejemplo 15.9% trabajan de obreros o artesanos (n=67), 10% se dedican al comercio (n=42), 9.5% son operadores de transportes (n=40), 6.9% son técnicos y empleados como personal especializado (n=29). En el caso de las madres el 63.7% se dedican al hogar (n=268), 5.7% son comerciantes (n=24), 4.3% son obreras o artesanas (n=18), 3.6% son trabajadoras domésticas (n=15).

Respecto a la percepción que tiene los adolescentes sobre la comunicación dentro del ámbito familiar 33.5% (n=141) la considera como buena, 36.8% dice que es regular y el 24.9% cree que es muy buena (n=105). Los temas más tratados son: las cuestiones personales y las relacionadas al ámbito familiar (Ver Tabla 8). Entre las cuestiones personales encontramos gustos y preferencias de los adolescentes, en cuanto a ropa, música y actividades que realizan, sólo por mencionar algunos. En el ámbito familiar cosas tales como problemas al interior de la misma, problemas de los padres, comida, entre otras.

Tabla 8. Temas que sueles hablar con toda tu familia

Temas	Frecuencia	Porcentaje
Cuestiones personales	54	12.8
Ámbito familiar	53	12.6
Cuestiones escolares	23	5.5
Problemas sociales	21	5.0
Eventos sociales	4	1.0
Valores	11	2.6
Eventos diarios	15	3.6
Salud	12	2.9
No especifico	77	18.3
Total	270	64.1
Casos no considerados	151	35.9
Total	421	100.0

Los participantes reportaron que cuando están en casa la mayor parte del tiempo se encuentran en compañía de su madre el 40.4% de la muestra (n=170) y/o de sus hermanos (as) el 39.4% (n=166).

Las actividades que realizan en su tiempo libre son: escuchar música (n=392), ver la televisión (n=377), hacer tareas o estudiar (n=354), ayudar a labores en casa (n=352) y jugar o salir con amigos (n=295), como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Actividades extra escolares

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Ver Televisión	377	89.5
Practicar algún deporte	257	61
Jugar o salir con amigos	295	70
Nada y aburrirse	102	24
Ayudar en labores en casa	352	84
Hacer tareas o estudiar	354	84
Salir a pasear con la familia	266	63
Escuchar música	392	93
Trabajar	127	30

3.5 INSTRUMENTO

El instrumento fue elaborado a partir de otros ya contruidos y validados, tales como “El ambiente familiar del adolescente”, elaborado por Patricia Andrade Palos (1998), de donde se retomaron algunos reactivos, para la sección de relaciones familiares; “Evaluación de las relaciones intra familiares: construcción y validación de una escala” elaborada por María Elena Rivera Heredia (1999), de donde se extrajeron reactivos para la escala de relaciones familiares; las secciones de uso de drogas, alcohol y tabaco, tienen reactivos de la “Encuesta Nacional de Adicciones” (1998), y por último se elaboraron algunos más que están principalmente en las secciones de consumo de tabaco y alcohol.

Se empleó un cuestionario conformado por 120 reactivos (ver Anexo 1). Prácticamente todos los reactivos tienen opciones de respuesta predeterminadas. Los primeros 11 son de datos generales de las y los participantes, y algunos sobre su familia; 48 reactivos referentes al ámbito familiar, (del reactivo 12 al 47 las opciones de respuesta van de 1= Siempre a 5= Nunca, del reactivo 48 al 56 la escala de respuestas es de 1= Nunca a 4= Siempre) y los 61 reactivos restantes sobre el consumo de drogas, es esta sección las escalas de respuesta son diversas en algunas partes son dicotómicas (Si o No), otras más tienen escalas que van de 1= muy de acuerdo a 5= muy en desacuerdo o bien 1=Nunca y 4= No bebo alcohol o No fumo.

3.6 PROCEDIMIENTO

Se solicitó un permiso al Director de la Institución para trabajar con toda la población estudiantil, logrando con ello no presionar a los participantes respecto del tiempo para contestar nuestro instrumento, así mismo se logró establecer días y horarios para su aplicación, sin que esta interviniera con las fechas destinadas para evaluaciones y/o actividades impostergables.

Para recabar los datos se pasó de salón en salón y se pidió a las alumnas y los alumnos que contestaran el cuestionario "Relaciones familiares y uso de drogas" que se proporcionó a cada uno, haciendo hincapié en que lo contestarían lo más serio y sinceramente posible; también se hizo mención de que éste sólo tenía fines académicos y que los datos que nos proporcionarían serían confidenciales.

Se dieron las instrucciones y se comentó que si se presentaran dudas que preguntaran a la encuestadora.

3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se capturó toda la información recabada en cada uno de los cuestionarios, excluyendo aquellos que no estuvieran contestados en su totalidad, quedando así solo 421 de los 601 iniciales.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS. Los análisis que se hicieron fueron: frecuencias de cada reactivo, análisis factoriales y análisis de confiabilidad, con la fórmula alfa de Cronbach para cada escala así como para cada factor que las compone.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO

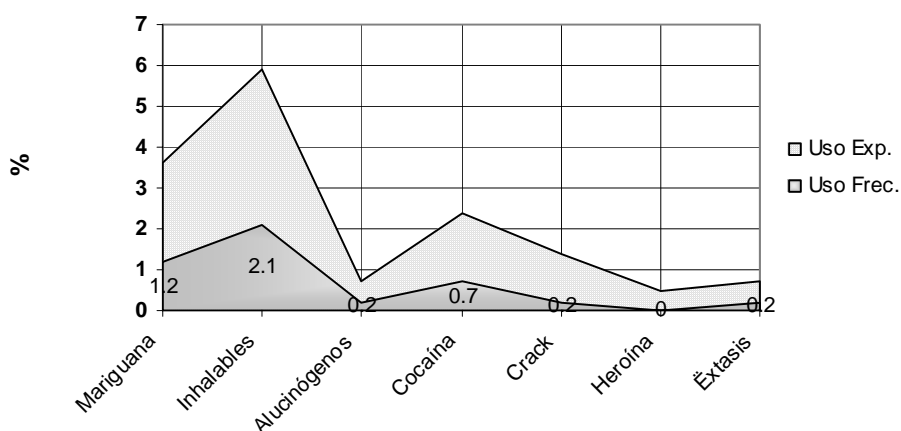
El instrumento contiene sección de datos generales, escalas sobre relaciones familiares, comunicación y algunas más sobre el consumo de sustancias tóxicas (drogas), haciendo mayor énfasis en las drogas legales que son el tabaco (cigarro) y el alcohol, personas cercanas a los adolescentes que las consumen y otros indicadores.

4.2 GENERALES SOBRE CONSUMO DE DROGAS

En lo que refiere al consumo de drogas el 52.7% de la población (n=222) reporto que ha probado alguna vez en la vida bebidas alcohólicas, 33.3% las consumió durante el último año (n=140) y el 17.8% durante el último mes. Respecto al tabaco el 42.5% lo ha probado (n=179), 25.9% las consumió en el último año (n=109) y otro 19.2% lo uso en el último mes (n=81).

En cuanto al uso de otras drogas se reportaron los datos mostrados en la Gráfica 3. Hallamos como consumidores experimentales de marihuana a 15 adolescentes, 25 de inhalables, 3 de alucinógenos, 10 de cocaína, 6 de crack, 2 de heroína y 3 de éxtasis.

Gráfica 3. Usuarios de Drogas



Solo para el 34.2% de la población (n=144) resultaría imposible a adquisición de alguna droga, fácil para el 16.4% (n=69) y muy fácil para el 15.4% (n=65). Para conseguirlas dentro de su casa los datos cambian, imposible para el 46.1% de la muestra (n=194), fácil para el 8.1% (n=34) y muy fácil para el 8.8% (37). Es menor la proporción de alumnos a los que les resultaría imposible adquirirlas en la escuela 33.5% (n=141), fácil para el 14.5% (n=61) y 12.1% piensan que sería muy fácil (n=51).

La percepción de riesgo <<es decir, que tan peligrosas las consideran>> que existe entre los adolescentes sobre el consumo de cualquier droga es alta (n=355 equivalente al 84.3%) en comparación del alcohol (n=313 que representa al 74.3% de la muestra) y el tabaco (n=321 igual a 76.2%), que como mencionamos anteriormente son las drogas de mayor aceptación en nuestra sociedad.

El 40.4% (n=170) ha bebido una copa completa de alcohol, las edades en las que los estudiantes reportaron haber tomado por primera vez una copa completa de alcohol fueron a los 12 años el 10% (n=42), a la edad de 13 años el 11.9% (n=50) y de 14 o más el 13.5% (n=57). Las bebidas de las que han consumido por lo menos una copa completa son en primer lugar cerveza con un 28.5% (n=120), después vino <<blanco, tinto, rosado o sidra>> 17.8% (n=75), seguidas por brandy, vodka, tequila, ron o whisky 17.1% (n=72) y coolers o viña real 15.7% (n=66).

Para el caso del tabaco 33.3% (n=140) ha fumado uno completo. No cambian mucho las cifras en comparación al beber alcohol, a los 12 años lo hicieron el 10.2% (n=43), 13 años el 10.5% (n=44) y a los 14 o más el 9.5% (n=40).

Lo que resulta aún más interesante es que el 76.2% tiene por lo menos algún familiar que ingiere bebidas alcohólicas y el 70.5% algún familiar (por lo menos) que fuma. Sin embargo, reportaron que el consumo de estas drogas en sus hogares es bajo.

4.3 ANÁLISIS POR ESCALA

A continuación presentamos los análisis factoriales correspondientes a cada escala y en los casos que consideramos importante por cada factor, incluyendo la confiabilidad de cada una. Es necesario hacer mención de que los análisis factoriales realizados fueron de tipo exploratorio, con rotación varimax con normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales.

En relaciones familiares tenemos 4 escalas, que se dividen en relación con el padre, relación con la madre, relación con los hermanos y relaciones intra familiares.

Relación con el padre

En la escala relación con el padre (Ver Tabla 10), se obtuvo un solo factor con 14 reactivos que explican el 90% de la varianza, y convergió en una sola iteración, en el que se encuentran tanto reactivos que miden la buena relación con el padre, como los que miden lo contrario. La media de la escala fue de 57.86 y la desviación estándar de 51.89, cuya confiabilidad es de .99.

Tabla 10. Relación con el padre

	Componente	Media	Desviación Estándar	Correlación Item total
15 Me llevo bien con él	.970	3.28	4.13	.9662
17 Me apoya cuando lo necesito	.968	3.35	4.13	.9639
13 Me dedica mucho tiempo y atención	.965	3.81	3.98	.9600
18 Me comprende	.964	3.64	4.04	.9594
21 Me ayuda cuando tengo algún problema	.961	3.59	4.08	.9548
23 Es mi amigo (a)	.958	3.57	4.11	.9520
25 Comparte mis actividades	.955	4.07	3.94	.9489
16 Me regaña por cualquier cosa	.949	4.72	3.67	.9392
12 Me es difícil expresarle lo que pienso y siento	.947	4.11	3.88	.9382
14 Cuando tengo algún problema no se lo platico	.946	4.62	3.75	.9373
19 Se preocupa más por los problemas de mis hermanos (as) que por los míos	.945	4.61	3.73	.9356
20 Todo lo que hago le parece mal	.944	4.64	3.71	.9336
24 Tengo problemas con él (ella)	.934	4.99	3.61	.9220
22 Crítica todo lo que hago	.933	4.89	3.66	.9215

a. 1 componente extraído.

Relación con la madre

En la escala relación con la madre se obtuvieron 2 factores, el primero de ellos se refiere a el apoyo y dedicación que perciben que tienen hacia ellos y el segundo que nos remite a la mala relación existente entre madre e hijos, ambos factores explican el 77.3% de la varianza (Ver Tabla 11). Está conformada por 14 reactivos, con opciones de respuesta que van de 1 a 5 (en donde 1 es Siempre y 5 es Nunca), teniendo una media de 40.44 y d.e. de 22.92, se obtuvo una confiabilidad de .95.

Tabla 11. Relación con la madre

	Componente 1	Componente 2	M	D. E.	Correlación Ítem Total
23 Es mi amiga	.890		2.19	2.15	.8042
18 Me comprende	.884		2.28	2.07	.8251
15 Me llevo bien con ella	.847	.353	1.97	2.01	.8525
21 Me ayuda cuando tengo algún problema	.843	.338	2.12	2.06	.8378
17 Me apoya cuando lo necesito	.838	.359	1.91	2.04	.8493
25 Comparte mis actividades	.829		2.84	2.12	.7778
13 Me dedica mucho tiempo y atención	.817	.373	2.26	2.01	.8406
14 Cuando tengo algún problema no se lo platico	.720	.363	3.17	2.09	.7501
20 Todo lo que hago le parece mal		.863	3.61	1.95	.7176
22 Critica todo lo que hago		.839	3.89	2.02	.6711
16 Me regaña por cualquier cosa	.314	.821	3.56	1.94	.7258
24 Tengo problemas con ella		.812	3.98	1.94	.7073
19 Se preocupa más por los problemas de mis hermanos (as) que por los míos	.340	.757	3.45	2.03	.7021
12 Me es difícil expresarle lo que pienso y siento	.479	.624	3.21	2.03	.7282

Método de Extracción: Análisis Principal Componente.
Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser.
a. Rotación que converge en 3 iteraciones.

Relación con los hermanos

En la escala relación con los hermanos se obtuvo un solo factor que explica el 75.23% de la varianza (Ver Tabla 12). Se obtuvo una media de 28.95 y d.e. de 18.79, cuyas respuestas oscilaron entre 1 y 5 (en donde 1 es Siempre y 5 es Nunca), la confiabilidad es de .96.

Tabla12. Relación con los hermanos

	Componente 1	M	D. E.	Correlación Ítem Total
26 Somos buenos amigos	.916	2.34	2.17	.8913
30 Somos unidos	.914	2.40	2.19	.8885
28 Nos apoyamos	.913	2.42	2.20	.8868
34 Compartimos actividades	.885	2.77	2.22	.8538
27 No salimos juntos	.884	3.12	2.17	.8543
33 No nos tenemos confianza	.863	3.10	2.22	.8280
32 Nos platicamos nuestros problemas	.859	3.12	2.26	.8231
29 No nos soportamos	.839	3.33	2.12	.8018
31 Nos enojamos	.822	3.00	2.03	.7848
35 Nos peleamos	.767	3.27	2.09	.7190

Relación intra familiar

En la escala de relaciones intra familiares se obtuvieron 2 factores, en el primer factor se hace referencia a las buenas relaciones en la familia, se habla de apoyo, comunicación, con excepción de 2 reactivos que muestran contradicción, ambos factores explican el 44.76% de la varianza (Ver Tabla 13), quedo conformada por 11 reactivos. La media de la escala es de 31.18 y la d.e. de 5.68 y la confiabilidad de .47.

Tabla 13. Relación intra familiar

	Componente 1	Componente 2	M	D. E.	Correlación Ítem Total
41 En mi familia no nos contamos nuestros problemas unos a otros	.692		3.07	1.30	.4086
42 A cada miembro se le dedica mucho tiempo y atención	.679		2.69	1.22	.4482
47 Podemos expresar nuestros sentimientos unos con otros	.649	-.326	2.59	1.32	.4706
43 Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto	.628		2.79	1.28	.4079
40 Los miembros de mi familia no acostumbramos hacer cosas juntos	.587		2.87	1.37	.2831

36 Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición de ayudarme	.501		2.04	1.23	.3283
39 En mi familia compartimos las responsabilidades de la casa	.404	-.369	2.17	1.32	.2716
38 La atmósfera de mi familia es fría y negativa		.764	3.84	1.29	-.1438
46 Hay muchas peleas en mi familia		.679	3.72	1.28	-.2286
44 En mi casa cada quien se guarda sus problemas	-.329	.555	3.29	1.32	-.3266
45 En mi familia hay un sentimiento de unión	.451	-.493	2.10	1.31	.3306

Comunicación

En la escala de comunicación se obtuvieron 6 factores de los que solo presentamos 5, el primero refiere a la comunicación de diversos temas con el novio (a) de los alumnos; el segundo factor a la comunicación con otra persona que no es parte de la familia nuclear y que posiblemente pudieran ser, amigos, novios o maestros; el tercer factor a la comunicación con el padre; el cuarto a la comunicación con los hermanos (as); y el quinto a la comunicación con la madre (Ver Tabla 14). Estos 5 factores explican el 91.20% de la varianza y quedo conformada por 45 reactivos.

Tabla 14. Comunicación

	Componente				
	1	2	3	4	5
Pláticas con novio (a)					
53e ¿Qué tanto platicas con tu novio(a) del consumo de cigarros?	.991				
54e ¿Qué tanto platicas con tu novio(a) del consumo de alcohol?	.991				
51e ¿Que tanto platicas con tu novio(a) de tus emociones?	.991				
56e ¿Que tanto platicas con tu novio(a) de sexualidad?	.990				
48e ¿Que tanto platicas con tu novio(a) de la escuela?	.990				
52e ¿Que tanto platicas con tu novio(a) de tus logros?	.989				
50e ¿Que tanto platicas con tu novio(a) de problemas con amigos?	.989				
49e ¿Que tanto platicas con tu novio(a) de tus calificaciones escolares?	.987				

55e ¿Qué tanto platicas con tu novio(a) del consumo de drogas?	.986				
Pláticas con otra persona					
49g ¿Que tanto platicas con otra persona de tus calificaciones escolares?		.988			
55g ¿Que tanto platicas con otra persona del consumo de drogas?		.988			
52g ¿Que tanto platicas con otra persona de tus logros?		.987			
50g ¿Que tanto platicas con otra persona de problemas con amigos?		.985			
53g ¿Que tanto platicas con otra persona del consumo de cigarros?		.984			
56g ¿Que tanto platicas con otra persona de sexualidad?		.983			
51g ¿Que tanto platicas con otra persona de tus emociones?		.983			
54g ¿Que tanto platicas con otra persona del consumo de alcohol?		.981			
48g ¿Que tanto platicas con otra persona de la escuela?		.981			
Pláticas con padre					
54a ¿Qué tanto platicas con tu papá del consumo de alcohol?			.973		
53a ¿Qué tanto platicas con tu papá del consumo de cigarros?			.972		
50a ¿Qué tanto platicas con tu papá de problemas con amigos?			.971		
56a ¿Qué tanto platicas con tu papá de sexualidad?			.971		
55a ¿Qué tanto platicas con tu papá del consumo de drogas?			.970		
48a ¿Qué tanto platicas con tu papá de la escuela?			.968		
49a ¿Que tanto platicas con tu papá de tus calificaciones escolares?			.966		
52a ¿Qué tanto platicas con tu papá de tus logros?			.958		
51a ¿Que tanto platicas con tu papá de tus emociones?			.958		
Pláticas con hermanos (as)					
53c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) del consumo de cigarros?				.925	
54c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) del consumo de alcohol?				.919	
55c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) del consumo de drogas?				.916	
56c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) de sexualidad?				.914	
51c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) de tus emociones?				.909	
49c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) de tus calificaciones escolares?				.907	
48c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) de la escuela?				.906	

52c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) de tus logros?				.902	
50c ¿Qué tanto platicas con tus hermanos (as) de problemas con amigos?				.902	
Pláticas con madre					
52b ¿Qué tanto platicas con tu mamá de tus logros?					.888
49b ¿Que tanto platicas con tu mamá de tus calificaciones escolares?					.878
48b ¿Qué tanto platicas con tu mamá de la escuela?					.878
53b ¿Qué tanto platicas con tu mamá del consumo de cigarros?					.877
50b ¿Qué tanto platicas con tu mamá de problemas con amigos?					.874
54b ¿Que tanto platicas con tu mamá del consumo de alcohol?					.874
51b ¿Que tanto platicas con tu mamá de tus emociones?					.873
55b ¿Qué tanto platicas con tu mamá del consumo de drogas?					.868
56b ¿Que tanto platicas con tu mamá de sexualidad?					.864

Ahora bien la confiabilidad de cada factor se menciona a continuación: el factor comunicación con el padre tiene una media de 31.18 y d.e. de 35.18, con confiabilidad de .99, conformado por 9 reactivos que tienen por respuesta de 1 a 4 (nunca-siempre). El factor comunicación con la madre lo integran 9 factores con una media de 24.16 y d.e. de 14. 80, cuya confiabilidad es de .96. El factor comunicación con los hermanos integrado por 9 reactivos con una media de 22.36, d.e. de 17.96 y confiabilidad de .97.

El factor comunicación con el novio (a), también tiene 9 reactivos con una media de 65.79, d.e. de 56.92 y confiabilidad de .99. Por último el factor comunicación con otra persona con 9 reactivos tuvo una media de 63.25, d.e. de 51.37 y confiabilidad de .99.

Motivos para ingerir bebidas alcohólicas

En la escala motivos para ingerir bebidas alcohólicas, resulto un solo factor (Ver Tabla 15) que explica el 61.11% de la varianza, esta conformada por 10 reactivos que tuvieron como respuestas de 1 a 5 (totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo), la media de la escala es de 38.59, la d.e. de 8.89 y la confiabilidad de .92.

Tabla 15. Motivos para ingerir bebidas alcohólicas

	Componente 1	Media	D. E.	Correlación Ítem Total
72 Bebo porque me da reconocimiento	.865	4.05	1.11	.8069
73 Bebo porque me da prestigio	.852	4.01	1.08	.7958
69 Bebo porque trato de hacer los que les funciona a otros (as)	.839	3.95	1.07	.7808
75 Bebo por aburrimiento	.812	3.82	1.18	.7710
71 Bebo porque me presionan mis amigos (as)	.805	3.95	1.16	.7449
67 Bebo porque me hace ver más adulto	.786	3.94	1.11	.7107
76 Bebo para tranquilizarme	.774	3.89	1.19	.7156
68 Bebo porque mis padres beben	.771	4.14	1.06	.6998
70 Bebo porque es lo que hacen mis amigos (as) cuando estamos juntos (as)	.732	3.62	1.18	.6751
74 Bebo porque me gusta	.530	3.22	1.37	.4693

Motivos para fumar

En la escala motivos para fumar resultaron 2 factores, el primero de ellos relacionado con motivos sociales y el segundo con motivos personales (Ver Tabla 16). Los dos factores explican el 71.56% de la varianza, la escala quedo conformada por 10 reactivos que tuvieron como respuestas de 1 a 5 (totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo). La media es de 36.95, la d.e. de 9.24 y la confiabilidad de .92.

Tabla 16. Motivos para fumar

	Componente 1	Componente 2	Media	D. E.	Correlación Ítem Total
97 Fumo porque trato de hacer lo que les funciona a otros (as)	.888		3.92	1.12	.8382
100 Fumo porque me da reconocimiento social	.857		4.00	1.09	.7988
95 Fumo porque me hace ver más adulto	.820		3.81	1.21	.7272
96 Fumo porque mis padres fuman	.818		3.90	1.19	.7230
99 Fumo porque me presionan mis amigos	.795	.334	3.98	1.04	.7992
101 Fumo porque me da prestigio	.752	.308	3.85	1.17	.7400
98 Fumo porque es lo que hacen mis amigos (as) cuando estamos juntos (as)	.658	.430	3.55	1.29	.7250

102 Fumo porque me gusta		.863	2.81	1.36	.4088
103 Fumo por aburrimiento	.443	.750	3.59	1.27	.7174
104 Fumo para tranquilizarme	.436	.630	3.56	1.33	.6271

Ahora bien, enseguida se mencionan los resultados obtenidos al realizar tablas cruzadas. En el caso de probar alguna vez en la vida bebidas alcohólicas, entre mejor es la comunicación con la familia hay menos posibilidades de que ocurra.

En el caso de haber bebido alguna vez una copa completa no tiene que ver con el hecho de que el padre consuma bebidas alcohólicas.

Haber bebido alguna vez una copa completa parece no tener que ver con el hecho de que la madre consuma o no bebidas alcohólicas. Lo mismo ocurre en el caso de los hermanos, ya que es más frecuente que los hermanos no consuman bebidas alcohólicas y los alumnos sí.

Caso contrario a los anteriores es el hecho de que los amigos de dichos estudiantes consuman alcohol, ya que se puede observar que entre más beben los amigos, más beben estos estudiantes.

En el caso del novio o la novia parece no tener mucha relación con que él consuma bebidas alcohólicas.

También pudimos observar que, ocurre lo mismo que en el caso de beber alcohol, entre mejor se percibe que es la comunicación con la familia hay menos riesgo de probar cigarrillos (fumar).

En el caso de las relaciones entre el consumo de tabaco y el hecho de que consuman hermanos, madre y novio (a) no tiene tanto peso como lo es el caso de los amigos, por lo que se puede decir que lo que tiene más importancia para ellos es el grupo de pares y las cosas que suelen hacer.

En las correlaciones se encontró que para los adolescentes entre más edad tengan consideran que debe ser menor a la edad en que se empieza a beber y fumar, cosa que suena un tanto extraña por el hecho de que se esperaría que entre menor sería la edad que ellos considerarían adecuada para empezar a beber o fumar.

Además entre más personas de las que se rodee el adolescente, y esas personas sean consumidoras de alcohol, es más frecuente que el adolescente también beba alcohol. Sin embargo se puede ver que lo que más peso tiene sobre ellos son las acciones de los amigos, aunque esto no significa que no impacta sobre ellos el consumo por parte de padres y/o hermanos.

En cuanto a las relaciones con los padres, cosas como apoyo y comprensión reposan sobre la figura materna, al igual que los regaños y las críticas que hacen a las cosas que los adolescentes realizan. No habiendo grandes diferencias entre las actividades que comparten con cada uno de los padres, así mismo la posibilidad de platicar sobre sus inquietudes con cualquiera de ellos.

En general la relación con los hermanos es buena y como todo adolescente parecen tener momentos en los que prefieren estar solos, pero regularmente comparten tiempo y actividades con sus hermanos.

En cuanto a la comunicación con los miembros de su familia, ya que para ellos la percepción es de tener una buena comunicación con sus padres y hermanos, pero pudimos darnos cuenta de que los temas de que se platica no son tan profundos o de gran ayuda para la formación e integración al medio social del adolescente, puesto que solo más de la mitad de los adolescentes dice mantener conversaciones con sus familiares y personas conocidas.

Se encontró que sin importar la temática con las personas con las que más prefieren hablar son el novio (a), otra persona ajena a su núcleo familiar, dejando en el segundo termino al padre, los hermanos y la madre, en ese orden.

A pesar de que reportaron que la mayor parte de ellos no se encuentran regularmente solos, sino en compañía de la madre y hermanos, la convivencia es poca o quizás nula en muchos caso.

Algo interesante es que los estudiantes reportan que el hecho de que el padre, la madre o los hermanos consuman bebidas alcohólicas parece, en primer momento, no tener impacto para que los adolescentes también consuman, caso contrario es el hecho de que sus amigos consuman alcohol, ya que se pudo observar que entre más beben los amigos, más beben estos estudiantes.

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, estos adolescentes tienen por lo menos alguna persona cercana a ellos que las consume, lo que incrementa en gran medida el riesgo de que estos también lo hagan en caso de todavía no hacerlo, salvo aquellos que tienen más factores de protección. Entonces podríamos decir que la teoría del aprendizaje social si cubre esta parte de la investigación; porque para ellos parece no estar relacionado el consumo de drogas de alguna persona cercana a ellos, pero se encontró que sí impacta en los adolescentes.

Lo mismo ocurre en el caso de las relaciones entre el consumo de tabaco y el hecho de que hermanos, padre o madre lo consuman, ya que no tiene tanto peso como lo es el caso de los amigos, por lo que podemos decir que lo que tiene más importancia para ellos es el grupo de pares y las cosas que estos suelen hacer.

Pese a esto encontramos que el 52.7% de esta población ha probado alguna vez en la vida bebidas alcohólicas y el 42.5% cigarros (tabaco). Lo que resulta aún más interesante es que el 76.2% tiene por lo menos algún familiar que ingiere bebidas alcohólicas y el 70.5% por lo menos un familiar que fuma. Sin embargo, ellos perciben que el consumo de estas drogas en sus hogares no es excesiva.

Hemos encontrado que en el caso de probar alguna vez en la vida bebidas alcohólicas o tabaco, entre mejor es la comunicación con la familia existe menos posibilidades de que los adolescentes experimenten con estas drogas.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, una pequeña parte de esta población dice haber consumido drogas como la marihuana, la cocaína, éxtasis, de los que casi la mitad sigue consumiéndolas.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DISCUSIÓN

En el capítulo II hemos tratado de dar al lector un esbozo de las aproximaciones teóricas que hemos utilizado para abordar nuestra investigación, y en resumen podemos decir que el aprendizaje social sostiene que muchas de las conductas manifestadas por las personas han sido aprendidas a lo largo de la vida, algunas de ellas de manera consciente y otras no, en el proceso de aprendizaje intervienen diversos elementos tales como la observación, la imitación, la respuesta ante determinada acción, abarca la atención, la memoria y motivación, además de los vínculos sociales.

En lo que refiere al apoyo social, esta aproximación sostiene que el individuo está inmerso en una gran cantidad de redes sociales que le permitirán adquirir instrumentos para la solución de problemas o soluciones para las situaciones estresantes que experimenta, estos beneficios dependen de los tipos de relaciones que este establezca, el contexto en el que se desarrolle, así mismo como de las características de los que brindan el apoyo, etc.

Recordemos que el problema del consumo de drogas es grave y puede tener consecuencias mayores durante los próximos años, debido al Número cada vez mayor de consumidores, esto se puede entrever con los datos del incremento de uso entre adolescentes y mujeres, así como las constantes campañas publicitarias que promueven el consumo de tabaco y alcohol, las medidas inefectivas para el control de propaganda, distribución y venta principalmente. Todo ellos conlleva a decir que el número de factores de riesgo se torna cada vez más grande y no hay claros factores de protección.

El capítulo anterior ofrece la exposición de los resultados obtenidos en la presente investigación, con ayuda del instrumento que se aplicó para explorar los factores psicosociales que intervienen en el consumo de drogas en adolescentes estudiantes en el estado de México.

Mediante los resultados obtenidos se puede hacer visible que el tiempo y/o espacio que se tiene designado para la convivencia con todos y cada uno de los miembros que componen a la mayoría de las familias de estos alumnos, no ha sido suficiente para lograr establecer un ambiente de confianza y convivencia real además del pleno conocimiento e involucramiento con cada uno de los miembros que la conforman; por tanto el apoyo social dentro de este núcleo no es tangible por parte de los participantes.

Todo ello se refleja en la percepción que los adolescentes tienen de su vida familiar; resulta un tanto confusa para ellos ya que por una parte perciben que el trato y relación con cada uno de los padres es buena pero también lo es mala casi en las mismas proporciones. Esta situación es provocada por diversas razones y seguramente la mayor parte de ellas se deben a la dinámica económica y social que rige al país, en el que estas condiciones obligan a vivir en un ambiente de presiones, y por si esto fuera poco están las presiones de tipo personal.

Lo que respecta a la convivencia con los hermanos(as) es más complejo, porque está muchas veces se trunca por la diferencia de edades, gustos y objetivos en la vida, pese a esto los adolescentes perciben su relación como buena.

En la relación intra familiar encontramos que el compartir actividades con los miembros de la familia no es algo que comúnmente suceda y sin embargo se tiene la percepción de apoyo.

Esto no significa que suceda gracias a la comunicación, porque se encontró que si la convivencia es poca, la comunicación por ende también lo es ya que reportaron no tener la posibilidad de comentar sus problemas y menos aún expresar libremente sus sentimientos; esta es una prueba fehaciente de que se carece de varias cosas al interior de la familia, como confianza, un estrecho vínculo familiar, elementos que recordemos son de suma importancia según el enfoque teórico del apoyo social, dado que estos pueden considerarse formas de apoyo social. Algo debe quedar claro y eso es que no estamos intentando calificar como buenas o malas a estas familias.

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, estos adolescentes están rodeados de personas que las consume, en los que respecta al aprendizaje social, este está latente en todos los momentos de la vida y si estos adolescentes viven en ambientes consumidores de drogas tienen mayor posibilidad de adquirir esta hábito insano en comparación con las personas que no se relacionan **directamente** con personas con este tipo de conductas. Entonces podríamos decir que la teoría del aprendizaje social si cubre esta parte de la investigación; porque para ellos aparentemente este hecho no tiene repercusión sobre ellos, sin embargo los hallazgos de la investigación demuestran lo contrario.

El poder y el apoyo de los padres es alto, por tanto los adolescentes tienden a imitarlos, porque perciben que serán reforzados para comportarse como ellos, además los padres que consumen alguna droga es más probable que faciliten el mantenimiento de la conducta a través del reforzamiento directo después de la imitación, es decir que para muchos de estos padres puede parecer chistoso, divertido o como una conducta pasajera que el hijo (a) consuma alcohol y/o tabaco, y no lo consideran problemático.

La familia en su conjunto funciona como un factor de riesgo potencia entre los participantes, dado que tienen a su alrededor más de una persona de la que pueden aprender el hábito de consumir drogas, pero como observamos anteriormente la madre es el principal factor protector, con ella pasan la mayor parte del tiempo, son las personas cercanas a ellos que menos consumen sustancias, es una figura crítica y amistosa de los adolescentes, conversan más con ella en comparación con padre y hermanos (as). Por tanto ella es de las escasas persona que pueden y brindan apoyo, además es ella puede aprenderse conductas no adictivas.

No poseemos datos cuantitativos del consumo d drogas en la región a la que pertenece nuestra muestra (porque parece no haber o no se tiene o hece de conocimiento público), para hacer un comparativo con las cifras de esta investigación, por lo que solo pudimos hacerla con los datos recogidos en el D. F. principalmente y otros de nivel nacional.

Recordemos que entre las condiciones asociadas al uso/abuso de sustancias en la juventud mexicana reportadas por IMIFAP (2000) están la ausencia de apoyo y comunicación en la familia, influencia de los grupos de pares y percepción de disponibilidad; estas condiciones también se manifiestan en nuestra investigación, en donde como ya mencionamos el apoyo no es percibido, se considera que la comunicación familiar es limitada y poco frecuente, gran parte de los participantes se relaciona con amigos, padres, hermanos (as) o parientes cercanos que son consumidores, la disponibilidad es evidente, aún más en la casa y escuela.

Por todo lo expuesto podemos decir a manera de resumen que los ejes teóricos contemplados para esta investigación fueron de gran ayuda y corroboraron las condiciones necesarias para evitar ciertos problemas sociales (como en este caso). Los hallazgos de nuestra investigación no distan mucho de presentados en los estudios previos. No encontramos grandes diferencias pese a que las características de esa región son aun un tanto diferentes.

CAPÍTULO VI. INTERVENCIÓN

6.1 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

“Fomento de la comunicación en el interior del núcleo familiar y social de los adolescentes, concientización del riesgo de consumir bebidas alcohólicas y tabaco”

Objetivo General:

- ☆ Que la comunicación funja como un factor protector ante el consumo de algunas drogas legales en los adolescentes.

Objetivos particulares:

- ☆ Proporcionar a los adolescentes algunas herramientas para prevenir o evitar el consumo de tabaco y/o bebidas alcohólicas, tales como propiciar la comunicación sustancial y asertiva en el interior de su núcleo familiar.
- ☆ Que los adolescentes puedan evitar el consumo de sustancias adictivas, siendo capaces de decir no, cuando no deseen consumirlas.

Coordinadora:

Psicóloga Social Cristina Labrada Hernández.

Características del taller:

- ☆ Se impartirán 3 sesiones (ver en Anexo 3 las Cartas Descriptivas).
- ☆ Cada sesión durará aproximadamente 2 horas.
- ☆ Se aplicará un cuestionario antes y uno después de la impartición del mismo.

- ☆ Se promoverá la participación y aportaciones de los alumnos.
- ☆ La coordinadora dará información en cuanto a cada uno de los puntos a tratar, con el fin de aclarar dudas, y de promover la reflexión.

JUSTIFICACIÓN

En la escuela se adquieren una serie de conocimientos, y se ponen en práctica algunas de las habilidades que cada individuo posee, aunque también se desarrollan otras más, pero desafortunadamente, esto no es suficiente, ya que se ha encontrado que habilidades tales como la comunicación asertiva no es fomentada en dichas instituciones, o de no ser así, los adolescentes parecen no llevarla a la práctica o bien haberla olvidado.. Como un intento para empezar a fomentar esto en los adolescentes, la presente intervención tiene como finalidad el trabajar comunicación asertiva.

Pero ¿porque trabajar comunicación asertiva? La respuesta es porque en el estudio que se llevo a cabo, como en algunos realizados por otras instituciones, se ha podido identificar que la comunicación juega un papel fundamental en la formación e integración al medio social de los adolescentes.

En el problema del consumo de drogas la comunicación puede ser un factor de riesgo o un factor de protección, todo depende de la calidad y no tanto de la cantidad que aparentemente se tenga con los miembros de la misma.

Ahora bien, ¿porqué comunicación asertiva? Porque el hecho de poder decir las cosas que se sienten, que se piensan o que se desean, para que sean realmente entendidas y efectivas para quien las dice, deben expresarse de una manera asertiva, esto es tratar de escoger el momento, las palabras y la forma de hacerlo saber, logrando así transmitir claramente lo que se quiere.

Lo que se pretende es que los adolescentes puedan ser capaces de expresar lo que quieran, tanto con los miembros de su familia, como con su grupo de pares.

En cuanto al uso de sustancias adictivas se pretende de que los adolescentes identifiquen su postura, es decir, si quieren o no consumirlas (en caso de que aun no hacerlo), y si ya consumen que se detengan a pensar en los motivos que tuvieron para hacerlo y si aun quieren continuar con este hábito mal sano, por las consecuencias a corto o a largo plazo que provocan.

6.2 REPORTE DE LA INTERVENCIÓN

Los resultados que se obtuvieron de la intervención fueron buenos, pero juzgamos que no satisfactorios, ya que hubieron en el desarrollo de la misma algunos obstáculos que impidieron cumplir totalmente con los objetivos planteados.

Para tener un panorama acerca de estas dificultades, se iniciará mencionando las características del grupo de adolescentes con los que se trabajo; en la intervención participaron un grupo de alumnos de la Escuela Secundaria Licenciado Benito Juárez, misma en la que se realizo la aplicación del instrumento, dicha escuela es una Institución a la que llegan alumnos que no pudieron ingresar a otras Instituciones, o bien que han sido rechazados por algunas más, es importante mencionar que no es posible generalizar, pero que si es el caso de muchos de ellos.

En cuanto a los lugares de los que provienen, son más de cincuenta poblados distintos, todos ubicados a los alrededores de Texcoco. Sin embargo, esto marca diferencias de pensamiento y actitudes, dadas las características de cada zona, en algunas predomina el tradicionalismo y en otras la influencia del Distrito Federal, aunado a las diferencias económicas y de sustento, la misma estructura y amplitud de las familias.

El grupo con el que se trabajó fue de primer año escolar, y resulto ser el grupo de los primeros en el que se torno complicada la aplicación del instrumento, ya que los alumnos son muy inquietos con o sin presencia de algún profesor. Y desafortunadamente se contó con la presencia de uno de ellos, solo en la segunda sesión, quedando así solo a cargo de la coordinadora.

Para algunos quizás resulte que el punto planteado anteriormente solo apunta a una falla de la coordinadora, o bien de alguna de las dos personas que la apoyaron en la aplicación del instrumento, pero no fue así, ya que tanto la coordinadora como las otras dos personas han aplicado cuestionarios y trabajado con otros grupos antes que este. La primera ha trabajado con otros grupos de la misma edad, y no había tenido problemas para mantener el orden y propiciar la participación, por lo que solo queda pensar en que fueron las características mismas de este grupo.

Ahora pasemos a lo que se obtuvo en la intervención. Se pudo observar que para ellos resulta difícil lograr comunicarse con sus familias y más aún con la gente con la que comúnmente no conviven, por ejemplo algunos de sus compañeros de clase, y no tanto por lo pertenencia a diferente grupo de pares, sino por la limitada convivencia con ellos.

En cuanto a la manera de comunicar sus sentimientos, pensamientos y necesidades la mayor parte de ellos insisten en utilizar el estilo de comunicación agresiva, sin importar la persona. Algunos manifestaron haber tratado de utilizar el asertivo alguna vez y no obtuvieron mejores resultados que con el agresivo, justificando su decisión para utilizar ese y no otro, con el hecho de que desquitan su coraje o manifiestan su desacuerdo además de “resolver” sus problemas, o llegar a algún acuerdo.

Fue visible el grado de dificultad para mostrar o dar a conocer sus sentimientos, ya que muchas veces no saben como denominarlos y mucho peor, no saber que hacer con ellos.

Al trabajar directamente sobre el consumo de drogas, nos pudimos percatar de que se tiene una gran cantidad de información, que proviene de lo que ven y escuchan de las personas que los rodean, de lo que ven en la calle o en la escuela, de lo que llega a ellos, por medio de los medios masivos de comunicación, etc. Mucha de esta información está distorsionada y otra más no logra ser entendida por los adolescentes.

Más de la mitad manifestaron conocer varios tipos de drogas, algunos solo de nombre, y otros los han tenido a su alcance, obviamente entre estos encontramos a los cigarrillos de tabaco y el alcohol. Pese a esto la mayoría dice que se rehusaría a utilizar alguna de ellas, debido a lo que han podido observar en la gente que fuma o bebe; no son de su agrado las cosas que estas personas hacen o dicen cuando se encuentran bajo la influencia del alcohol, y mucho más cuando se trata de alguno de sus padres.

La opinión acerca de estas personas no pudieron concretarla, debido a la información difusa que tienen.

En la última sesión se trabajaron aspectos sobre las drogas que resultaron de su interés, y que pareció ubicarlos un poco en cuanto a la información que tenían y a las dudas que tenían, tales como las consecuencias del consumo reiterado de estas sustancias y lo más importante es que se dieron cuenta de que existen cosas, actividades y actitudes que pueden evitar que en algún momento pudieran convertirse en consumidores de drogas.

La evaluación del taller se realizó por medio de la aplicación de un cuestionario que constó de 15 frases incompletas, mismo que se aplicó al inicio y al término del mismo. Podemos decir que lo que se logró fue que se percatarán de que solo en ellos está la decisión de aceptar o rechazar las drogas, y que existen otras maneras mejores de solucionar los problemas y no sólo existe esa alternativa.

Por otra parte, parece haberse logrado, en algunos que no lo hacían, solo el interés por compartir sentimientos, pensamientos, dudas, intereses, etcétera, con algún miembro de su familia y no solo quedarse con la información o consejos de la gente de su edad, que muchas veces no tiene la experiencia o la capacidad de hacerlo.

Quizás hubieran podido ser mejores los resultados, pero esto representó un reto, que se ha pasado, y del que aprendí que las ciencias sociales brindan grandes satisfacciones a pesar de estar llenas de obstáculos. La experiencia fue buena, ya que es en estos momentos en los que te das cuenta de que en nuestra carrera tenemos que adaptarnos a diferentes situaciones y solo depende de nosotros el poder hacerles frente o evadirlas. Y esto a su vez me motiva a seguir trabajando directamente con la gente.

CONCLUSIONES

Con base en lo expuesto a lo largo de la presente investigación podemos decir que la adolescencia es el periodo durante el cual se experimentan cambios, tanto en la forma de pensar y actuar, como en el propio organismo. En esta etapa se descubren constantemente nuevas necesidades, como son la independencia respecto a los padres y a cualquier otra figura de autoridad. Es también frecuente la atracción hacia todo lo que es novedoso, y una actitud de menosprecio a los riesgos.

Por ello los adolescentes son una población de riesgo para desarrollar conductas que puedan dañar su salud física y mental, como lo es el caso de la adicción a tabaco y alcohol, sin quedar exentos de otras drogas.

Dados los resultados obtenidos, tenemos como conclusiones las siguientes: hay que fomentar la comunicación, para ello es necesario promover en ellos el interés, por conversar sobre diversos temas y externar sus dudas, principalmente con sus padres, ya que estos pueden en gran medida orientar a sus hijos, así como ayudarlos a tomar buenas decisiones y hacerlos conscientes de que toda determinación que tomen tendrá repercusiones directas sobre su persona en primera instancia.

Sería favorable el brindarles información acerca de los daños que provoca el consumo de drogas, tratando así de crear una conciencia crítica y evaluativa acerca de los daños que estas ocasionan.

Así mismo debemos informar de igual manera a padres y maestros sobre este tema, para que así trabajen en conjunto y logren fungir como factores de protección para las (los) adolescentes. Dado que uno de los problemas más comunes es que tanto maestros como padres no siempre están informados y mucho menos tienen claros los conceptos y la información que refiere al tema, como también hay personas que prefieren no hablar del tema, porque piensan que esto no afecta a sus hijos o alumnos.

Recordemos que las redes sociales en las que se encuentran inmersos los adolescentes (familia, profesores, amigos (as), novio (a), etc.) modelan o enseñan formas o mecanismos, útiles o inútiles de resolución de problemas.

No podemos ignorar que para muchos de los adolescentes, esto puede resultar inútil y aburrido, entonces hay que lograr elaborar talleres u otras actividades, que les resulten de interés a todos, y que gran parte de lo que se trate sea de un modo vivencial, para evitar que se queden solo como palabras sueltas, que en poco tiempo se olvidan.

Resultaría interesante el explorar este tema, con otras poblaciones cercanas y que por supuesto sean del Estado de México, pero desde otro ángulo, así como la percepción real que tienen del problema, para trabajar sobre ellos y no para comprobar, como fue el caso de esta investigación, si son o no aplicables los hallazgos encontrados por diversas instituciones, puesto que parece ser que se comparten características, sin importar grandemente la ubicación y condiciones socioculturales y económicas de esta región.

Texcoco es una zona muy cercana al Distrito Federal y otros municipios del Estado de México y aún así se considera una zona libre de adicciones por lo que no existen programas para su control y prevención a nivel regional, solo existen instituciones independientes que están trabajando en ello, tales como los Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, A.C., y algunos programas que no funcionan en todo momento por parte del DIF municipal. Esto también hay que modificarlo, sería un trabajo con mayores esfuerzos, pero se lograrían mejores resultados.

REFERENCIAS

- ANDRADE Palos, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología UNAM México.
- BANDURA, A. y Walters, R. H. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. España: Alianza.
- BARBER, B. (1978). Estratificación social: análisis comparativo de estructura y proceso. México: FCE.
- BARRÓN, A. (1996). Apoyo Social. España: SIGLO XXI
- CASAS, J. (1987). Como evitar y vencer la drogadicción. Barcelona: De Veechi.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (1999). Modelo preventivo de CIJ. México: CIJ.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2000). Drogas. México: CIJ.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2001). Estudio epidemiológico del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ en 2000. México: CIJ.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2002). CIJ Informa. México: CIJ. Año 7. No. 24 Abril-Junio.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2002). CIJ Informa. México: Publicación de Centros de Integración Juvenil, A.C. Año 7. No. 25 Julio-Septiembre.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2002). El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en CIJ durante el 2001. México: CIJ.

- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2003). Capacitación introductoria a CIJ, A. C. Cuaderno de apoyo para voluntarios técnicos, estudiantes en servicio social, prácticas y promotores preventivos. México: CIJ.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (S/A). Identificación del usuario y los tipos de drogas. México: CIJ.
- CERÓN Velázquez, *. (1995). Redes sociales y compadrazgo: indicadores de vitalidad etnolingüística en una comunidad indígena de Puebla. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- COLEMAN, J. C. y Hammen, C. L. (1997). Psicología contemporánea y conducta eficaz. México: El manual moderno S. A.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA. (1994). Panorama Social de América Latina. Santiago Chile: CEPAL.
- CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES, Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estudios Geográficos. (1998). Encuesta nacional de adicciones 1998. México
- CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES, Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estudios Geográficos. (2002). Encuesta nacional de adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. México.
- COON, D. (1999). Psicología: exploración y aplicaciones. 8a. edición. México: International Thomson Editores.
- CULEBRO Sosa, C. H. (1998). Las drogas. Chiapas.

* Dato no disponible.

- DE LA FUENTE, R., Medina Mora, M. E. y Caraveo, J. (1997). Salud mental en México. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica.
- DEUTSCH, M. y Krauss, R.M. (1994). Teorías en psicología social. México: Paidós.
- ESCOBAR, R. T. (1992). El crimen de la droga. Universidad de Buenos Aires
- FERNÁNDEZ Collado, C. y Gordón, L. D. (1998). La comunicación humana. México: Mc Graw-Hill.
- GARCÍA, D. (2002). Acuerdan Estados Unidos y México nuevos mecanismos en combate a las adicciones en El Sol de México. 2002/Febrero/22.
- HOURMILOUGUE, M. C. (s/f). Drogas: buscando definir las. Recuperado de <http://www.iponet.es/casinada/19dgdefi/htm>
- INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN. (2000). Desarrollo y evaluación de un programa de prevención de abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria. México.
- INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD. (1999). Elementos básicos para promotores juveniles. México: IMEJU.
- INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD. (S/A). Conceptos básicos sobre drogas. México: IMEJU.
- INSTITUTO NACIONAL D ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. (s/f). Tabaquismo. México: INER.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS GEOGRAFICOS Y DE POBLACIÓN. (2000). Distribución porcentual de los hogares. Tabulados básicos. México: INEGI.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.
(1999). Sistema de reporte de información en drogas. Tendencias del consumo de drogas 1986 – 1999. Tendencias en el área metropolitana. México: INP.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.
(1998). Descripción, cuestionarios y manual de entrevistador. México: INP.

KALINA, E. (1988). Adolescencia y drogadicción. Argentina: Nueva Visión.

MEDINA Mora, M. E., Villatoro, J., López, E., Berenzón, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1993). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 131 No. 4 383-392.

MEDINA Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. México: Salud mental. La psiquiatría actual. Vol. 2 No. 4.

MIROLI, B. A. (1992). Droga y drogadictos. Argentina: Lidium.

MORALES, J. F. (coord.), Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., Pérez, J. y Turner, J. (1994). Psicología Social. España: Mc Graw-Hill.

MORALES, J. F., Páez, D., Kornblit, A. y Asún, D. (2001). Psicología Social. Argentina: Prentice Hall.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (2000) Género: un pacto entre iguales. Francia: OIT.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (1999). Revista internacional del trabajo. Oficina Internacional del trabajo. Ginebra : OIT Vol. 118 No. 4.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002). Epidemia mundial del tabaquismo. Ginebra. Octubre. Recuperado de <http://www.cd.gov/tabaco/mundial/GYTS.htm>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003). Problemas de salud relacionados con el alcohol. Ginebra. Enero. Recuperado de <http://www.cd.gov/alcohol/mundial/GYTS.htm>

PUENTE-SILVA y cols. †. (1979). La familia ante el problema de las drogas. México.

RAMÍREZ, M. (2002). Diariamente mueren 122 personas por el tabaquismo en Novedades. 2002/ Enero/31.

RIVERA Heredia, M. E. (1999). Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM México.

RIVERA Infanzon, †. (1993) La percepción de la integración social de la adolescente: su estructura y ambiente familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM México.

SECRETARÍA DE SALUD Y CONADIC. (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. México: SSA, CONADIC.

SPECK, R. V. y Atteneave, C. L. (1973). Redes familiares. Buenos Aires: Amorrortu.

TAPIA Conyer, R. (1992). Las adicciones en México: dimensión, impacto y perspectivas. México: FCE.

TAPIA Conyer, R. (2001). Las adicciones en México: dimensión, impacto y perspectivas. 2a edición. México: Manual Moderno.

VEGA Fuente, A. (1983). Las Drogas. España: Cincel.

† Dato no disponible.

‡ Dato no disponible.

VELASCO Fernández, R. (1997). Las adicciones. México: Trillas.

VILLATORO, J., Medina – Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Mdición otoño 2000. Salud Mental. México: La evolución. Vol. 25. No. 1.



ANEXO 1

El presente cuestionario fue diseñado para conocer lo que los(as) adolescentes piensan de su vida familiar y de qué manera se relacionan con el uso de tabaco, alcohol y otras drogas. Este cuestionario sólo tiene fines académicos, y es por ello que te pedimos lo contestes lo más serio y sinceramente posible.

I. DATOS GENERALES

Te pedimos que **marques con una X**, el paréntesis que corresponda a tu respuesta.

1- ¿Eres?

- (1) Hombre (2) Mujer

2- ¿Cuántos años tienes?

- (1) 11 años o menos (3) 13 años (5) 15 años o más
(2) 12 años (4) 14 años

3- ¿Qué año escolar estás cursando actualmente?

- (1) 1º (2) 2º (3) 3º

4- ¿Cuántos días has faltado a la escuela durante este año escolar?

- (1) Ninguno (2) 1 a 2 días (3) 3 a 5 días (4) 6 o más días

5- En caso de haber faltado, ¿Cuáles fueron los motivos?

- (1) Estuviste enfermo(a) (4) Te fuiste de "pinta" con tus amigos
(2) Por problemas familiares (5) Por problemas con tus compañeros de clase
(3) Tuviste un accidente (6) Otros _____

6- ¿Cuántas personas viven en tu casa, incluyéndote a ti?

- (1) 1 persona (3) 4 o 5 personas (5) 8 personas o más
(2) 2 o 3 personas (4) 6 o 7 personas

7- ¿Quiénes viven contigo? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) Papá (4) Primos(as) (7) Amigos(as)
(2) Mamá (5) Abuelos(as) (8) Otro _____
(3) Hermanos(as) (6) Tíos(as)

8- ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes?

- (1) Hermanos _____ (2) Hermanas _____

9- ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- (1) 1º (2) 2º (3) 3º (4) 4º (5) 5º

10- Ahora te pedimos que nos proporciones algunos datos sobre tus padres.

	Papá	Mamá
Edad (años)		
Escolaridad		
Ocupación		

11- ¿En qué pueblo o ciudad vives? _____

II. RELACION CON LA FAMILIA

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones relacionadas con tu vida familiar, te pedimos que observes bien el número que tiene cada una de las opciones que aquí te damos, y que coloques el que más se acerque a tu respuesta para cada afirmación.

1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Casi nunca 5= Nunca

AFIRMACIÓN	PAPÁ	MAMÁ
12- Me es difícil expresarle lo que pienso y siento		
13- Me dedica mucho tiempo y atención		
14- Cuando tengo algún problema no se lo platico		
15- Me llevo bien con él(ella)		
16- Me regaña por cualquier cosa		
17- Me apoya cuando lo necesito		
18- Me comprende		
19- Se preocupa más por los problemas de mis hermanos(as) que por los míos		
20- Todo lo que hago le parece mal		
21- Me ayuda cuando tengo algún problema		
22- Critica todo lo que hago		
23- Es mi amigo(a)		
24- Tengo problemas con él(ella)		
25- Comparte mis actividades		

AFIRMACION	MIS HERMANOS (AS) Y YO
26- Somos buenos amigos	
27- No salimos juntos	
28- Nos apoyamos	
29- No nos soportamos	
30- Somos unidos	
31- Nos enojamos	
32- Nos platicamos nuestros problemas	
33- No nos tenemos confianza	
34- Compartimos actividades	
35- Nos peleamos	

AFIRMACIÓN	FAMILIA
36- Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición para ayudarme	
37- No nos llevamos bien unos con otros en mi familia	
38- La atmósfera de mi familia es fría y negativa	
39- En mi familia todos compartimos las responsabilidades de la casa	
40- Los miembros de mi familia no acostumbramos hacer cosas juntos	
41- En mi familia nos contamos nuestros problemas unos a otros	
42- A cada miembro de mi familia se le dedica mucho tiempo y atención	
43- Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto	
44- En mi casa cada quien se guarda sus problemas	
45- En mi familia hay un sentimiento de unión	
46- Hay muchas peleas en mi familia	
47- Podemos expresar nuestros sentimientos unos con otros	

A continuación te presentamos algunos temas, de los cuales nos interesa saber si platicas con diferentes personas, observa bien el número de cada una de las opciones que tienes para responder.

1= Nunca

2= Casi nunca

3= Casi siempre

4= Siempre

Qué tanto platicas con...

	Papá	Mamá	Hermanos (as)	Amigos (as)	Novio(a)	Algún Maestro	Otro
48- Escuela							
49- Calificaciones escolares							
50- Problemas con amigos							
51- Tus emociones							
52- Tus logros							
53- Consumo de Cigarros							
54- Consumo de Alcohol							
55- Consumo de drogas							
56- Sexualidad							

57- ¿De qué otros temas sueles hablar con toda tu familia?

58- ¿Cómo es la comunicación con tu familia?

(1) Muy buena

(3) Regular

(5) Muy mala

(2) Buena

(4) Mala

59- En tu casa, la mayor parte del tiempo te encuentras

(1) Solo(a)

(4) Con tus hermanos(as)

(7) Otros _____

(2) Con tu papá

(5) Con tus amigos(as)

(3) Con tu mamá

(6) Con tu novio(a)

60- ¿En qué otras actividades fuera de la escuela participas?

	Sí	No
a) Ver televisión en casa	1	2
b) Practicar algún deporte	1	2
c) Jugar o salir con amigos	1	2
d) Nada y aburrirse	1	2
e) Ayudar a labores en casa	1	2
f) Hacer tareas o estudiar	1	2
g) Jugar nintendo, ir a las "máquinitas"	1	2
h) Salir a pasear con la familia	1	2
i) Escuchar música	1	2
j) Asistir a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc.)	1	2
k) Trabajar	1	2

III. USO DE DROGAS

A continuación te presentamos una serie de preguntas relacionadas al consumo de drogas. Te pedimos que no dejes ninguna sin contestar.

61- ¿Has probado alguna de las siguientes sustancias?

Sustancia	Alguna vez en tu vida		En el último año		En el último mes	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Alcohol						
Tabaco (cigarro)						
Marihuana						
Inhalables (tiner, aguarraz, acetona, etc.)						
Alucinógenos						
Cocaína						
Crack						

Continúa

Heroína						
Extasis						

62- ¿Cuáles de las sustancias anteriores hay en tu casa? (Puedes marcar más de una opción)

(1) Alcohol (4) Inhalables (7) Crack (10) Ninguna
 (2) Tabaco (5) Alucinógenos (8) Heroína
 (3) Marihuana (6) Cocaína (9) Éxtasis

63- ¿Qué tan fácil o difícil te sería conseguir alguna de esas sustancias?

(1) Imposible (3) Difícil (5) Muy fácil
 (2) Muy difícil (4) Fácil

64- ¿Qué tan fácil o difícil te sería conseguir alguna de esas sustancias en tu casa?

(1) Imposible (3) Difícil (5) Muy fácil
 (2) Muy difícil (4) Fácil

65- ¿Qué tan fácil o difícil te sería conseguir alguna de esas sustancias en la escuela?

(1) Imposible (3) Difícil (5) Muy fácil
 (2) Muy difícil (4) Fácil

66- ¿Qué tan peligroso crees que es consumir frecuentemente drogas?

(1) No es peligroso (2) Algo peligroso (3) Muy peligroso

IV. CONSUMO DE ALCOHOL

A continuación se presenta una serie de afirmaciones que se refieren a las razones para consumir bebidas alcohólicas, te pedimos que marques con una X la opción que más se acerque a tu respuesta.

NOTA: Si no has consumido bebidas alcohólicas, pasa a la pregunta 81.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
67- Bebo porque me hace ver más adulto	1	2	3	4	5
68- Bebo porque mis padres beben	1	2	3	4	5
69- Bebo porque trato de hacer lo que les funciona a otros(as)	1	2	3	4	5
70- Bebo porque es lo que hacen mis amigos(as) cuando estamos juntos(as)	1	2	3	4	5
71- Bebo porque me presionan mis amigos(as)	1	2	3	4	5
72- Bebo porque me da reconocimiento social	1	2	3	4	5
73- Bebo porque me da prestigio	1	2	3	4	5
74- Bebo porque me gusta	1	2	3	4	5
75- Bebo por aburrimiento	1	2	3	4	5
76- Bebo para tranquilizarme	1	2	3	4	5

77- ¿Alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica?

(1) Si (2) No

78- ¿De qué bebida? (Puedes marcar más de una opción)

(1) Vino (blanco, tinto, rosado o sidra) (5) Bebidas preparadas en lata como presidentcola, Q-bitos
 (2) Coolers, viña real, etc. (6) Pulque
 (3) Cerveza (7) Alcohol puro o aguardiente
 (4) Brandy, vodka, tequila, ron whisky, etc. (8) No bebo alcohol

79- ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna bebida?

(1) 10 años o menos (3) 12 años (5) 14 años o más
 (2) 11 años (4) 13 años (6) No bebo alcohol

80- ¿Qué tanto te han presionado tus amigos para que consumas bebidas alcohólicas?

- (1) Mucho (2) Algo (3) Poco (4) Nada

81- Generalmente ¿cómo obtienes las bebidas alcohólicas que tomas? (Puedes marcar más de una opción)	
(1) Las compro en una tienda	
(2) Las consigo con un hermano(a) o amigo(a) de 18 años o más	
(3) Las consigo con un hermano(a) o amigo(a) menor de 18 años	
(4) Las consigo en mi casa con el permiso de mis papás	
(5) Las consigo en mi casa sin el permiso de mis papás	
(6) En venta clandestina (tiendas no autorizadas)	
(7) Las compro afuera de la escuela	
(8) Las compro dentro de la escuela	
(9) Me las regalan	
(10) No tomo bebidas alcohólicas	

82- Generalmente ¿en dónde acostumbras tomar bebidas alcohólicas? (Puedes marcar más de una opción)

- (1) En fiestas que hacen en la calle (4) En eventos deportivos (7) En las fiestas escolares
 (2) En la escuela (5) En la calle (8) En reuniones familiares
 (3) Afuera de la escuela (6) En discotecas (9) No bebo alcohol

83- ¿Qué tanto se acostumbra en tu casa tomar bebidas alcohólicas?

- (1) Mucho (2) Algo (3) Poco (4) Nada

84- ¿Quiénes en tu familia consumen bebidas alcohólicas?

- (1) Papá (3) Hermanos(as) (5) Ninguno de mis familiares
 (2) Mamá (4) Un pariente cercano

85- ¿Tus amigos(as) consumen bebidas alcohólicas?

- (1) Si (2) No

86- ¿Qué tanto se acostumbra tomar bebidas alcohólicas en casa de tus amigos(as) o novio(a)?

- (1) Mucho (2) Algo (3) Poco (4) Nada

87- ¿Tu novio(a) consume bebidas alcohólicas?

- (1) Si (2) No (3) No tengo novio(a)

88- ¿Cuál crees que sea la edad adecuada para empezar a beber?

- (1) Antes de los 15 años (3) De 18 a 20 años
 (2) De 15 a 17 años (4) 21 años o más

89- ¿Conoces compañeros(as) que hayan llegado borrachos a tu escuela?

- (1) Si (2) No

90- ¿Qué tan frecuentemente te han pasado las siguientes cosas **debido a que has tomado bebidas alcohólicas**?

	Nunca	De 1 a 5 veces	Más de 6 veces	No bebo alcohol
a) Tener problemas con tus padres	1	2	3	4
b) Faltar a la escuela o trabajo	1	2	3	4
c) Tener problemas con tus amigos(as)	1	2	3	4
d) Tener una "cruda"	1	2	3	4
e) Tener problemas en la escuela	1	2	3	4
f) Estar envuelto en peleas o golpes mientras bebías	1	2	3	4
g) Tener algún accidente como caídas, golpes o fracturas	1	2	3	4
h) Enfermarte del estómago	1	2	3	4
i) Estar borracho en la escuela	1	2	3	4
j) Perder la conciencia mientras bebías	1	2	3	4
k) Arrepentirte después de algo que hiciste mientras bebías	1	2	3	4

91- ¿Qué persona te proporcionó bebidas alcohólicas por primera vez?

- (1) No bebo alcohol
 (2) Un familiar
 (3) Un amigo(a) o conocido(a)
 (4) Un(a) compañero(a) de la escuela
 (5) Otro _____

92- ¿Sabes tus padres que consumes bebidas alcohólicas?

- (1) Si
 (2) No
 (3) No bebo

93- Cuando tomas bebidas alcohólicas usualmente bebes hasta que te sientes

- (1) Nunca tomo alcohol
 (2) Nada borracho(a)
 (3) Algo borracho(a)
 (4) Bastante borracho(a)

94- ¿Qué tan peligroso crees que es consumir frecuentemente alcohol?

- (1) No es peligroso
 (2) Algo peligroso
 (3) Muy peligroso

V. CONSUMO DE TABACO

A continuación se presenta una serie de afirmaciones que se refieren a las razones para fumar, te pedimos que marques con una X la opción que más se acerque a tu respuesta para cada afirmación.

NOTA: Si no has fumado, pasa a la pregunta 108

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
95- Fumo porque me hace ver más adulto	1	2	3	4	5
96- Fumo porque mis padres fuman	1	2	3	4	5
97- Fumo porque trato de hacer lo que les funciona a otros(as)	1	2	3	4	5
98- Fumo porque es lo que hacen mis amigos(as) cuando estamos juntos(as)	1	2	3	4	5
99- Fumo porque me presionan mis amigos	1	2	3	4	5
100- Fumo porque me da reconocimiento social	1	2	3	4	5
101- Fumo porque me da prestigio	1	2	3	4	5
102- Fumo porque me gusta	1	2	3	4	5
103- Fumo por aburrimiento	1	2	3	4	5
104- Fumo para tranquilizarme	1	2	3	4	5

105- ¿Alguna vez en tu vida has fumado un cigarro completo?

- (1) Si
 (2) No

106- ¿Qué edad tenías la primera vez que fumaste un cigarro?

- (1) 10 años o menos
 (2) 11 años
 (3) 12 años
 (4) 13 años
 (5) 14 años o más
 (6) No fumo

107- ¿Qué tanto te han presionado tus amigos para que fumes?

- (1) Mucho
 (2) Algo
 (3) Poco
 (4) Nada

108- Generalmente ¿cómo obtienes los cigarros que fumas? (Puedes marcar más de una opción)	
(1) Los compro en una tienda	
(2) Los consigo con un hermano(a) o amigo(a) de 18 años o más	
(3) Los consigo con un hermano(a) o amigo(a) menor de 18 años	
(4) Los consigo en mi casa con el permiso de mis papás	
(5) Los consigo en mi casa sin el permiso de mis papás	
(6) Los compro afuera de la escuela	
(7) Los compro dentro de la escuela	
(8) Me los regalan	
(9) No fumo	

109- Generalmente ¿en dónde acostumbras fumar cigarros? (Puedes marcar más de una opción)
 (1) En fiestas que hacen en la calle (4) En eventos deportivos (7) En las fiestas escolares
 (2) En la escuela (5) En la calle (8) En reuniones familiares
 (3) Afuera de la escuela (6) En discotecas (9) No fumo

110- ¿Qué tanto se acostumbra en tu casa fumar cigarros?
 (1) Mucho (2) Algo (3) Poco (4) Nada

111- ¿Quiénes en la familia fuman cigarros?
 (1) Papá (3) Hermanos(as) (5) Ninguno de mis familiares
 (2) Mamá (4) Un pariente cercano

112- ¿Tus amigos(as) fuman?
 (1) Sí (2) No

113- ¿Qué tanto se acostumbra fumar cigarros en casa de tus amigos(as) o novio(a)?
 (1) Mucho (2) Algo (3) Poco (4) Nada

114- ¿Tu novio(a) fuma?
 (1) Sí (2) No (3) No tengo novio(a)

115- ¿Cuál crees que sea la edad adecuada para empezar a fumar?
 (1) Antes de los 15 años (3) De 18 a 20 años
 (2) De 15 a 17 años (4) 21 años o más

116- ¿Conoces compañeros(as) que fumen en tu escuela?
 (1) Sí (2) No

117- ¿Qué tan frecuentemente te han pasado las siguientes cosas **debido a que has fumado?**

	Nunca	De 1 a 5 veces	Más de 6 veces	No fumo
a) Tener problemas con tus padres	1	2	3	4
b) Enfermarte de la garganta	1	2	3	4
c) Tener problemas con tus amigos(as)	1	2	3	4
d) Tener problemas en la escuela	1	2	3	4
e) Tener náuseas	1	2	3	4

118- ¿Qué persona te proporcionó cigarros por primera vez?
 (1) No fumo (4) Un(a) compañero(a) de la escuela
 (2) Un familiar (5) Otro _____
 (3) Un(a) amigo(a) o conocido(a)

119- ¿Sabes tus padres que fumas?
 (1) Sí (2) No (3) No fumo

120- ¿Qué tan peligroso crees que es fumar 5 o más cigarrillos diarios?
 (1) No es peligroso (2) Algo peligroso (3) Muy peligroso

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Tabla. Lugares de radicación

Poblado	Frecuencia	Porcentaje
Texcoco	98	23.3
Tocuela	50	11.9
Boyeros	15	3.6
Issste	12	2.9
San José Texopa	17	4.0
San Bernardino	93	22.1
Atenco	20	4.8
Nativitas	64	15.2
Tulantongo	13	3.1
La concepción Jolalpan	28	6.7
Tezoyuca	5	1.2
San Vicente Chicoloapan	6	1.4
Total	421	100.0

ANEXO 3

CARTAS DESCRIPTIVAS

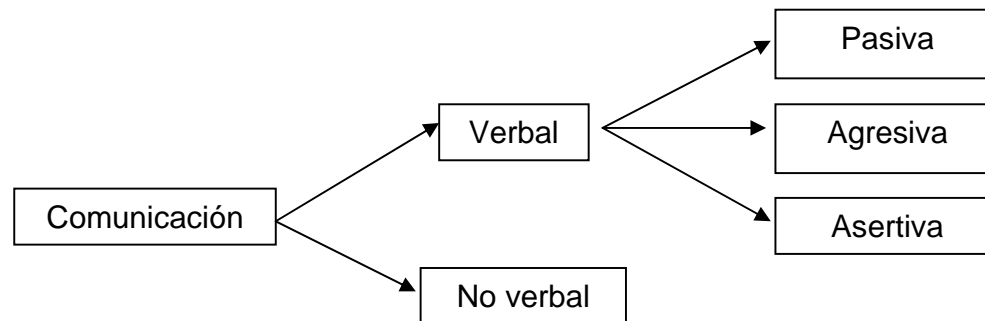
Sesión # 1

Actividad	Objetivos	Desarrollo	Material	Tiempo
Presentación	General: Mejorar la capacidad para comunicar deseos, sentimientos y necesidades, todo ello de manera asertiva.	Se hace la presentación del taller, mencionando a grandes rasgos de lo que tratará y se hace una invitación a externar las dudas que se presenten en cada una de las sesiones y a realizar sugerencias.	Buzón	10 min.
Aplicación del cuestionario (pre test)	Identificar las características del grupo, así como poder hacer una evaluación del taller.	Se pide a los participantes que completen las frases que el coordinador ira leyendo una a una, dando tiempo para que se conteste.	Hojas y lápices.	10 min.
Conejos y conejeras (juego)	Romper el hielo	Se pide al grupo que formen equipos de tres personas, en donde 2 serán la conejera y el otro el conejo. Se le indica que cuando la coordinadora diga conejos, todos los que representas al conejo, deberán buscar otra conejera, lo mismo cuando se diga conejeras, cuando se diga conejos y conejeras todos deberán moverse de su lugar, y conformar nuevos grupos de tres.		10 min.
Rompecabezas	Identificar los tipos de comunicación en las que nos vemos inmersos todos los días.	Se forman 4 equipos de entre 7 y 10 participantes, a cada integrante se le entrega una pieza del rompecabezas, que deberán armar en equipo, las condiciones son que no pueden hablar y ni arrebatarse las piezas de sus compañeros.	Rompecabezas para cada equipo.	20 min.

		Al terminar se hará una reflexión acerca de lo experimentado al no poder hacer uso de la palabra y de las técnicas que emplearon para solucionar la tarea.		
Pinché nudo (juego)	Ejemplificar mediante esta actividad que hay situaciones que por muy complejas que parezcan, siempre tienen solución.	La coordinadora, mencionará que todos los problemas tienen solución, que solo es necesario prestar atención, pensar y actuar. Se pide a todos los participantes que se pongan de pie, formando un círculo, que cierren los ojos, después caminarán hacia el centro y hasta que todos se hayan agarrado de las manos de otros abrirán los ojos. Entre todos tratarán de deshacer el nudo sin soltarse de las manos.		10 min.
Estilos de comunicación	Identificar los estilos de comunicación, que frecuentemente utilizan los adolescentes.	Se forman nuevos equipos y se pide que cada uno relate una experiencia, brevemente, en la que discutieron con sus padres o amigos, en la que trataron de llegar a algún acuerdo, haciendo mayor énfasis en la manera en la que solucionaron el problema. Al finalizar, la coordinadora mencionará los estilos de comunicación (Ver anexo de esta sesión) y se les pide a los alumnos que identifiquen el estilo de comunicación presente en cada una de las experiencias relatadas. Así mismo se motivará a los participantes para que hagan una crítica constructiva de su decisión para solucionar el problema, procurando con esto a que opten a elegir el estilo de comunicación asertivo en situaciones futuras.	Papel con los estilos de comunicación escritos.	30 min.
Cierre de la sesión	Que se integre todo lo discutido y observado en	La coordinadora, pide al grupo que se sienten, de manera que se forme un círculo; la coordinadora		10 min.

	<p>el transcurso de la sesión. Además pedir que realicen una de tarea para la siguiente sesión.</p>	<p>animará a los participantes para que comenten lo vivido en la sesión, haciendo énfasis, en la utilidad que le pueden dar a lo tratado. Se pide que como tarea entablen una conversación (intentando que salga un poco de lo cotidiano), con alguno de sus padres o hermanos (as) prestando atención a los sentimientos que experimenten, el tema es libre.</p>		
--	---	---	--	--

ANEXO DE LA SESIÓN 1.



- ☆ Comunicación Pasiva. Es el estilo de comunicación en que no se expresan libremente los sentimientos, las opiniones, etc. Y puede ser resultado de la presión social.
- ☆ Comunicación Agresiva. Estilo de comunicación en el que se expresan los derechos, opiniones, pensamientos, etc. Sin importar el daño que se pueda ocasionar a otros.
- ☆ Comunicación Asertiva. Estilo de comunicación en el que se hacen valer los derechos, de manera directa sin causar perjuicios a otros.

Sesión #2

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	TIEMPO
Dibujo	Identificar los sentimientos hoy experimentados.	Dibujar algo que represente el sentimiento experimentado en el momento de iniciar la sesión.	Papel, lápices	10 minutos
Revisar y comentar tarea	Que los participantes platiquen acerca de los sentimientos experimentados al platicar con alguno de sus padres o hermanos.	La coordinadora promueve la participación de los alumnos, pidiendo que comenten lo que ocurrió al realizar la tarea.		20 minutos
Solución de problemas	Recordar los estilos de comunicación vistos en la sesión anterior planteando situaciones para ejemplificarlos y además reforzar lo aprendido la sesión anterior	La coordinadora menciona algunas situaciones que ejemplifiquen los estilos de comunicación, procurando que los participantes identifiquen cada uno de los estilos de comunicación e incita a los alumnos para que también ellos ejemplifiquen.		20 minutos
El puente	Que el grupo se distraiga un momento.	La coordinadora dará una hoja de periódico a cada uno de los participantes y pedirá que se paren sobre ella formando una fila, en donde el último tiene una hoja más que ira pasando de mano en mano hasta llegar al primero para que éste pueda ir avanzando al igual que el resto de la fila, siendo la única condición que los participantes siempre pisen un hoja. Una a una se quitarán las hojas.	Hojas de periódico viejas	10 minutos

Reflexión	Explorar sentimientos y posturas sobre el consumo de drogas	Se pide a los participantes que cierren los ojos y piensen en las situaciones que la coordinadora ira mencionando (Ver anexo de esta sesión). Al terminar de hacer mención de las situaciones, la coordinadora pedirá que habrán los ojos y motivara a los alumnos para que comenten lo que les sucedió en está técnica. Lo que pensaron y como se sintieron.		30 minutos
Dibujo	Identificar sentimientos que experimentaron durante la sesión.	Dibujar algo que represente el (los) sentimiento(s) experimentado(s).	Papel, lápices	10 minutos

ANEXO DE LA SESIÓN 2

- ¿Cómo te sientes cuando ves a alguien fumar?
- ¿Cómo te sientes cuando ves a alguien tomar?
- ¿Qué piensas de esa persona?
- ¿Cómo te sientes cuando esa persona está cerca de ti?
- ¿Qué haces?
- ¿Qué es lo que haces cuando tus padres o hermanos fuman o beben?
- ¿Qué opinas de la gente que bebe o fuma?

Sesión # 3

Actividad	Objetivos	Desarrollo	Material	Tiempo
Exposición de dibujos hechos en casa.	<p>☆ Los (as) adolescentes compartirán sus conocimientos, dudas y puntos de vista acerca del consumo de drogas.</p> <p>☆ La coordinadora podrá tener un panorama amplio de la información que estos tienen.</p>	Se motivará a los alumnos para que muestren y comenten su dibujo al resto del grupo, propiciando que sea con seriedad y respeto.		10 min.
Clasificación legal de las drogas.	Los adolescentes conocerán la clasificación legal de las drogas, mediante la exposición y aclaración de dudas.	La coordinadora hablará de esta clasificación y de las drogas. Al terminar se pide al grupo que formen equipos de 5 personas y que clasifiquen las drogas que son de su conocimiento de acuerdo a lo expuesto. Una vez terminado, se comentarán brevemente.	Hojas y lápices.	15 min.
Causas y consecuencias del consumo de drogas.	Se tendrá conocimiento de las causas y consecuencias del consumo de drogas, en la población adolescente.	La coordinadora pedirá que, en los equipos ya formados, escriban en las tarjetas que ella repartirá con una o tres palabras cuales son las causas y cuales las consecuencias de la drogadicción según sus conocimientos. Se darán cinco minutos para ello y pasarán a pegarlas al pizarrón, separándolas en causas y consecuencias; se leerán una a una y la coordinadora señalará las que son ciertas y complementará la información.	6 tarjetas de papel de 5 X 15 cm. Para cada equipo, plumones y diurex.	20 min.
Consecuencias del consumo de tabaco y alcohol.	Proporcionar información acerca de las consecuencias, a corto y a largo plazo, provocadas por el consumo de tabaco y alcohol, provocando así la decisión de no consumirlas.	Se proporciona a cada equipo un juego de tarjetas, que contienen las consecuencias escritas, y se pide a los participantes que las clasifiquen en consecuencias del consumo de alcohol y en consecuencias del consumo de tabaco, mencionando que se han incluido algunas tarjetas cuya información es incorrecta y que deberán dejar fuera de la clasificación. Al finalizar la coordinadora mencionará como queda la clasificación y resolverá las dudas que surjan.	Un juego de tarjetas, para cada equipo, que contengan las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol.	15 min.
Sociodrama	Los adolescentes reconocerán los factores de protección que tienen para no caer en el consumo de drogas.	La coordinadora explica que existen ciertas, actividades, o prácticas que pueden protegerlos de consumir drogas, tales se encuentran en el ámbito familiar, la escuela, el trabajo, etc. Se pide la participación de cinco voluntarios, para representar a los personajes del Sociodrama, mientras el resto del grupo debe poner atención en las características de cada uno, para identificar cuál de los cinco consume drogas. En plenaria se comentan los factores que detectaron como protectores y se pedirá que identifiquen los que cada uno posee.	Sociodrama.	20 min.
Aplicación del cuestionario post test y cierre del taller.	Realizar la evaluación del taller.	Se pide a los participantes que completen las frases que la coordinadora ira leyendo una a una, dando tiempo para que se completen. Al terminar las frases se pedirá que redacten brevemente lo que aprendieron, si les fue de ayuda lo visto en el taller y si lo han puesto en práctica o si piensan o no hacerlo y el porqué. Por último se pide que evalúen el trabajo de la coordinadora y se agradece su participación.	Hojas, lápices, frases incompletas.	20 min.

