



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL.

“Diseño implementación y evaluación de un programa para prevenir el consumo
de drogas ilegales en jóvenes”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

PRESENTAN

SERGIO POLICARPO SEGUNDO
ALEJANDRA CEDILLO CORTES

ASESOR
DR.PSIC. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ

Nezahualcóyotl, 15 de Marzo de 2016.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Índice

Voto aprobatorio de Asesor de Tesis.	
Voto aprobatorio de Revisor de Tesis.	
Voto aprobatorio de Revisora de Tesis.	
Dedicatoria.	
Agradecimientos.	
Resumen.	
Introducción.	
Capítulo I. Planteamiento del problema	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Hipótesis.	1
1.2.1. Hipótesis alterna.	1
1.2.2. Hipótesis nula.	1
1.3. Objetivos.	1
1.3.1. Objetivo general.	1
1.3.2. Objetivos específicos.	2
1.4. Justificación.	2
Capítulo II. Marco Teórico	4
2.1. Definiciones.	4
2.1.1. Droga.	4
2.1.2. Drogas psicoactivas.	6
2.1.3. Dependencia.	6
2.1.4. Drogodependencia.	7
2.1.5. Abstinencia.	8
2.1.6. Craving.	8
2.1.7. Tolerancia.	8
2.1.8. Abuso.	9
2.1.9. Adicción.	9
2.1.10. Habilidad social.	10



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

2.1.11. Adolescencia.	10
2.1.12. Prevención.	14
2.1.13. Educación para la salud.	16
2.1.14. Opiáceo.	17
2.1.15. Intervención.	18
2.2. Clasificación de las drogas.	19
2.2.1. Drogas estimulantes del sistema nervioso central.	20
2.2.1.1. Anfetaminas.	20
2.2.1.2. Cocaína.	21
2.2.1.3. Crack.	22
2.2.1.4. Tabaco.	23
2.2.2. Drogas depresoras del sistema nervioso central.	23
2.2.2.1. Alcohol.	23
2.2.2.2. Marihuana/hachís (cannabis).	24
2.2.2.3. Barbitúricos y otros sedantes.	25
2.2.2.4. Opioides o narcóticos, opio, morfina, heroína.	26
2.2.3. Alucinógenos.	27
2.2.4. Drogas de diseño.	29
2.2.4.1. Speed.	29
2.2.4.2. Éxtasis.	29
2.2.4.3. Poper.	30
2.3. Tipos de drogas según sus efectos.	30
2.3.1. Drogas legales o institucionalizadas.	31
2.3.2. Drogas ilegales o no institucionalizadas.	32
2.4. Epidemiología.	33
2.4.1. Uso de drogas en población general.	33
2.4.2. Uso de drogas en población escolar.	33
2.5. Contexto escolar.	35
2.5.1. Secundaria.	35



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

2.5.2. Socialización en el aula.	36
2.5.3. Actuar desde la escuela: educación para la salud.	38
2.6. Contexto social.	40
2.6.1. El desarrollo social de la adolescencia.	41
2.6.2. Apoyo social de los amigos.	42
2.6.2.1. La influencia.	43
2.6.2.2. El autoestima.	44
2.7. Evolución en pautas de consumo.	46
2.7.1. ¿Cuáles son los problemas sanitarios más importantes en relación con el consumo de drogas?	47
2.8. Edad media al inicio.	49
2.9. Diferencia de género.	49
2.10. Las drogas en la adolescencia.	49
2.10.1. Función del adolescente en el contexto familiar.	49
2.10.2. Desarrollo biológico y psicosocial de los adolescentes.	52
2.10.3. Problemas de salud en la adolescencia.	53
2.10.4. Etapa de cambios en la adolescencia.	54
2.10.5. La conducta violenta en la adolescencia.	55
2.11. Valoración del consumo de drogas.	58
2.11.1. Elementos importantes a valorar en el consumo de drogas.	58
2.11.1.1. La sustancia.	58
2.11.1.1.1. Tipo de sustancia.	58
2.11.1.1.2. Dosis.	59
2.11.1.1.3. Vía de administración.	59
2.11.1.1.4. Asociación a otras sustancias.	59
2.11.1.1.5. Valoración social.	60
2.11.1.1.6. Potencial de abuso y dependencia.	60
2.11.1.2. El individuo.	60
2.11.1.2.1. Sexo.	60



2.11.1.2.2. Edad.	61
2.11.1.2.3. Pauta de consumo.	61
2.11.1.2.4. Concurrencia de patología.	61
2.11.1.3. El entorno.	61
2.12. Mitos y realidades.	62
2.13. Drogas y auto-atención.	65
2.14. Prevención, participación y culturas locales.	66
2.15. Impacto en el consumo de drogas.	67
2.15.1. Consumo de drogas ilegales.	67
2.16. Estilos de socialización.	68
2.16.1. Estilo autoritativo o democrático.	69
2.16.2. Estilo autoritario.	69
2.16.3. Estilo permisivo.	69
2.16.4. Estilo negligente o indiferente.	69
2.17. Dificultades y contradicciones de la intervención.	71
2.18. Reducción del daño y prevención: algunas experiencias.	72
2.19. Reformulando el contexto educativo: incorporando a todos los agentes sociales en la compleja tarea de prevenir el consumo abusivo de drogas.	73
2.20. Terapia breve cognitivo-conductual.	75
2.21. La necesaria normalización de las drogas.	75
2.22. Neurociencia de la adicción a drogas.	76
2.23. Factores de riesgo y protección.	77
2.23.1. Factores relacionados con el inicio de drogas.	78
2.23.2. Factores individuales.	78
2.23.2.1. Variables de personalidad vinculadas con el consumo de drogas.	80
2.23.2.1.1. Un alto nivel de inseguridad.	80
2.23.2.1.2. La baja autoestima o auto concepto.	80
2.23.2.1.3. Rebeldía.	80



2.23.2.1.4. Conocimientos.	81
2.23.2.1.5. Creencias.	81
2.23.2.1.6. Expectativas.	82
2.23.3. Factores sociales.	83
2.23.3.1. Nivel micro social.	83
2.23.3.1.1. Influencias parentales.	83
2.23.3.1.2. Influencias de los hermanos.	84
2.23.3.2. Nivel macro social.	86
2.23.3.2.1. Influencias de los medios de comunicación.	86
2.24. Antecedentes.	87
2.25. Modelo explicativo.	93
2.26. Programas preventivos.	94
2.26.1. Programa I.- programa de acción específico 20011-2012: prevención y tratamiento de las adicciones.	94
2.26.2. Programa II. Prevención familiar del consumo de drogas: el programa familias que funcionan.	99
2.26.3. Programa III. Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en educación secundaria en Andalucía.	103
2.26.4. Programa IV. Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva.	106
Capítulo III. Método	106
3.1. Participantes.	106
3.2. Instrumentos.	106
3.2.1. Descripción del instrumento.	106
3.2.2. Forma de administración.	106
3.2.3. Forma de calificación.	107
3.2.4. Datos de validez.	107
3.2.5. Datos de confiabilidad.	108



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

3.3. Tipos de estudio.	108
3.4. Diseño de investigación.	109
3.5. Muestra.	109
3.6. Descripción general del programa de intervención.	109
3.7. Procedimientos.	110
3.8. Plan de Análisis de los resultados.	111
Capítulo IV. Resultados	112
4.1. Resultados descriptivos.	112
4.2. Resultados inferenciales.	117
Capítulo V. Análisis y Discusión.	119
Capítulo VI. Conclusiones	124
Referencias	128
Anexos	134
Instrumento	134
Manual	135
Sesión 1	138
Sesión 2	141
Sesión 3	147
Sesión 4	151
Sesión 5	154
Sesión 6	161
Sesión 7	167
Sesión 8	169
Consentimiento informado	175
Asentimiento	176
Evidencias fotográficas	177



Lista de tablas y figuras

Figura 1. Distribución de la muestra por edad

Figura 2. Distribución de la muestra por sexo

Figura 3. Distribución de la muestra por las personas con quien viven

Figura 4. Distribución de la muestra por cantidad de hermanos

Figura 5. Distribución de la muestra por edad de hermanos

Tabla 1. Medidas desviaciones estándar para la variable p1 en la prueba y la pos-prueba del grupo control y con intervención



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Resumen.

El objetivo del presente trabajo fue realizar la implementación y evaluación de un programa de intervención para prevenir el consumo de drogas ilegales en jóvenes adolescentes de nivel secundarias del municipio Nezahualcóyotl. El programa de intervención fue evaluado por medio de un instrumento llamado, The Problema Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT), para detectar si existió un consumo de alguna sustancia psicoactiva que pueda verse afectada su salud y así poder prevenirlas. En la intervención se realizaron 8 sesiones de 45 minutos cada una, en las cuales se brindaron temas como el proceso de adicción, causas y consecuencias, mitos y realidades, clasificación de las drogas y sus respectivas definiciones. En cada una de ella se realizaron diversas técnicas y estrategias para el mejoramiento del aprendizaje de los alumnos. El estudio permitió detectar factores de riesgo o protección a través de las intervenciones brindadas por el educador para la Salud. La intervención estuvo basada en la teoría de “acción razonada y de enseñanza aprendizaje”. Por ello es importante la planificación de un programa de intervención basado en la prevención del consumo de drogas, ya que de esta manera los adolescentes pueden desarrollar ciertas habilidades y competencias personales que los ayuden adoptar una actitud crítica y responsable sobre la prevención del consumo de las mismas.

Palabras Claves: prevención, programa de intervención, factores de riesgo y protección, adolescentes, estudiantes, consumo, drogas, adicción, educador para la Salud.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

ABSTRACT

The aim of this work was carried out the implementation and evaluation of an intervention program to prevent illegal drug use in young adolescents Nezahualcoyotl municipality secondary level. The intervention program was evaluated by means of an instrument called, The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT), to detect whether there was a consumption of any psychoactive substance that may be affected their health and to prevent them. Intervention in 8 sessions of 45 minutes each, in which topics such as the process of addiction, causes and consequences, myths and realities, classification of drugs and their definitions were provided were made. In each of her various techniques and strategies for improving student learning they were made. The study allowed us to detect risk factors or protection through interventions provided by the health educator. The intervention was based on the theory of "learning and teaching reasoned action." It is therefore important planning an intervention program based on prevention of drug use, as this way teens can develop certain skills and personal skills to help them adopt a critical and responsible attitude on preventing consumption same.

Keywords: prevention, intervention program, risk and protective factors, teenagers, students, consumption, drug addiction, health educator.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Introducción.

El uso, abuso y dependencia de las drogas en adolescentes está determinando la prevalencia creciente de los distintos trastornos de salud, familiar, escolar y social. Esta etapa adolescente se caracteriza por ser la de mayor riesgo para el inicio del consumo de sustancias. La experimentación con alcohol, tabaco y otras sustancias durante la adolescencia es común, a menudo esta conducta comienza entre los 13 y 15 años de edad. En este contexto, los estudios epidemiológicos y la vigilancia al fenómeno adquieren especial relevancia puesto que permiten evaluar, y elaborar programas adecuados y efectivos para la prevención y diseñar intervenciones tempranas para los casos recientemente identificados.

Por lo anterior el objetivo del presente trabajo fue realizar la evaluación de un programa para prevenir el consumo de drogas ilegales en jóvenes adolescentes.

Para cumplir con este objetivo el **capítulo 1** lleva como nombre planteamiento del problema, sobre el objeto de estudio que es la prevención del consumo de drogas ilegales en jóvenes, se formularon hipótesis mediante variables para su posible comprobación del estudio realizado.

En el **capítulo 2** se encuentra el marco teórico, en el cual se dio una breve reseña de la historia de las drogas psicoactivas, conceptos de las mismas al igual que los modelos y teorías en los que se basaron en la investigación y cómo ayudaron a prevenir el uso y abuso de las drogas en los adolescentes.

En el **capítulo 3** lleva como nombre método, en este se habla sobre la descripción de los participantes con los que se trabajó en la investigación, del instrumento que se les aplicó, así como las características que tiene, y con qué fin es aplicado el instrumento, de esta manera también se dio una descripción del programa como su duración, la temáticas abordadas y las dinámicas que se aplicaron.

En el **capítulo 4** llamado resultados se realizó una descripción de los resultados obtenidos de la investigación que se llevó a cabo sobre la prevención de drogas ilegales en jóvenes.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

En el **capítulo 5** lleva como nombre análisis y discusión, en el cual se analizaron los resultados obtenidos de la investigación y se evaluó qué tan efectiva fue la intervención realizada en la secundaria donde se aplicó y así llegar a una explicación.

En el **capítulo 6** llamado conclusiones, se mencionó todo lo que se logró con la investigación, la eficacia de la intervención mediante el instrumento aplicado y la intervención del programa de prevención sobre el consumo de drogas ilegales en jóvenes que se aplicó en la secundaria.



1.1. Planteamiento del problema

El uso, abuso y dependencia de las drogas en adolescentes está determinando la prevalencia creciente de los distintos trastornos de salud, familiar, escolar y social. Esta etapa del adolescente se caracteriza por ser la de mayor en riesgo para el inicio del consumo de sustancias. La experimentación con alcohol, tabaco y otras sustancias durante la adolescencia es común, a menudo esta conducta comienza entre los 13 y 15 años de edad.

Es por ello que en el presente trabajo se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el impacto que tiene un programa preventivo realizado por un educador para la salud, sobre el consumo de drogas ilegales en jóvenes adolescentes?

1.2. Hipótesis

1.2.1. Hipótesis alterna

La Implementación de un programa preventivo disminuirá el consumo de sustancias ilícitas en jóvenes.

1.2.2. Hipótesis nula

La Implementación de un programa preventivo no disminuirá el consumo de sustancias ilícitas en jóvenes.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Evaluar el impacto a través del programa para prevenir el consumo de drogas ilegales en jóvenes.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

1.3.2. Objetivos específicos:

- Analizar el conocimiento de los adolescentes para modificar sus conductas y prevenir factores de riesgo.
- Identificar factores de riesgo asociados al consumo de drogas.
- Modificar conductas para disminuir el consumo de las sustancias psicoactivas.
- Transmitir información a los jóvenes para que puedan adoptar una actitud crítica y responsable sobre las drogas.

1.4. Justificación

El crecimiento acelerado de las adicciones ha sido un factor importante en la transición epidemiológica que se vive actualmente en México y el mundo; dicha transición ha implicado una mayor presencia de enfermedades crónicas muchas de ellas ocasionadas por la adicción de diversas sustancias. En este sentido los estudios han apuntado que las verdaderas causas de muerte tienen más que ver con factores de riesgo, como las adicciones que pueden ser prevenibles mediante cambios en los factores personales, familiares, escolares y con determinantes sociales que requieren de cambios profundos, para convertir estos en herramientas a favor de una mejora en la calidad de vida (UNICEF, 2006).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactiva o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituye un gran problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad (NOM, 1999).

Por ello es importante la planificación de un programa basado en la prevención del consumo de drogas, ya que de esta manera los adolescentes puedan desarrollar ciertas habilidades y competencias personales que los ayuden



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

adoptar una actitud crítica y responsable sobre la prevención del consumo de las mismas.



2.1. Definiciones

2.1.1. Droga.

Droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. Esta definición es poco útil e inexacta, ya que engloba fármacos de prescripción, sustancia psicoactiva, muchas plantas, sustancias químicas o tóxicas para el organismo (Organización Mundial de la Salud [OMS] 1969).

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (Hourmilougué, 1997).

Con frecuencia cuando escuchamos la palabra droga de inmediato viene a nuestra mente una serie de imágenes e idea relacionada con sustancias tóxicas ilegales, como la marihuana, la cocaína, la heroína, el éxtasis, el crack etcétera, pero muy pocas veces pensamos en lo que realmente es una droga. Según el Diccionario de la real academia Española, droga es el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes. También define a este término como sustancia o preparado medicamentoso de efectos estimulante, deprimente o narcótico. En cuanto a la palabra fármaco del *griego pharmakon*, que significa medicamento (Velasco, 2001).

El término droga de abuso define mejor lo que coloquialmente entendemos como droga: sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser auto administradas. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o



médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología. De hecho, algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos según el contexto: los esteroides son en principio fármacos de prescripción pero si son utilizadas en gimnasios para mejorar el rendimiento físico se consideran drogas. Aunque las objeciones que se pueden hacer a esta definición son múltiples, es la más comúnmente aceptada y la que utilizamos al referirnos a las drogas en este curso (Caudevilla, 2014).

La drogadicción fue descrita inicialmente como una debilidad de carácter y/o falta de voluntad. De igual forma, en años anteriores muchos profesionales de la salud se referían al problema de la drogadicción como un estado de dependencia física y dependencia psicológica sin que estuvieran claramente identificados los factores biológicos que dan paso a un estado de dependencia.

Hoy se define drogadicción como una enfermedad del cerebro caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de sustancias psicoactivas. Las personas adictas a drogas restan importancia a las consecuencias nocivas que enfrentan tanto a nivel personal como social, tienen mucha dificultad para discontinuar el uso de sustancias y disminuyen progresivamente aquellas actividades sociales que son consideradas como normales en el resto de la población. Estas descripciones están basadas en nuestro entendimiento de cómo las drogas actúan en el cerebro y qué alteraciones neuroquímicas, morfológicas y genéticas se relacionan a los cambios fisiológicos y conductuales observables en una persona adicta. Por lo tanto, pretender estudiar la drogadicción y buscar soluciones para este problema tan complejo, sin tomar en consideración las diferencias neurobiológicas entre individuos y los cambios que ocurren en el sistema nervioso de una persona adicta es un trabajo incompleto (Cruz-Bermúdez, 2013).



2.1.2. Drogas psicoactivas.

Las drogas psicoactivas, psicodrogas, psicofármacos o fármacos psicotrópicos son sustancias químicas o de origen natural que producen un cambio en la psique o mente, alterando las funciones mentales superiores, pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, el estado de ánimo, el comportamiento y en ocasiones la sensopercepción. Esta clase de drogas abarca una gran cantidad de sustancias, legales algunas e ilícitas. En cuanto a las legales podemos mencionar, además, de los medicamentos antidepresivos y antipsicóticos, que deben usarse sólo bajo prescripción médica, algunas sustancias depresoras del sistema nervioso central, como son el alcohol etílico o etanol, los tranquilizantes prescritos por el especialista y algunas hierbas como el azahar, la pasiflora y la tila. En cuanto a las drogas cuya producción y venta están prohibidas por la ley, se encuentran, la marihuana, la cocaína, el éxtasis, los alucinógenos, la heroína y la morfina, esta última empleada en ocasiones específicas de manera legal en caso de enfermedades terminales (Velasco, 2001).

2.1.3. Dependencia.

Es el conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, síntomas de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Los criterios diagnósticos para dependencia de sustancias. En resumen, el individuo ha perdido el control sobre la sustancia y su consumo se convierte en la máxima prioridad en su vida, abandonando otros aspectos (Caudevilla, 2014).



2.1.4. Drogodependencia.

La drogodependencia requiere un abordaje multidisciplinario e intersectorial. Las toxicomanías son un fenómeno social complejo por la interrelación de variables de muy distintos signos que tienen que ver con lo económico, lo social y lo cultural, así como las características individuales y microsociales del consumidor. No han sido pocos los errores que se han cometido a lo largo de la lucha del hombre contra la epidemia de las drogas. Los resultados de los métodos preventivos empleados, en ocasiones, han sido muy esperados. Los primeros programas realizados enmarcados en el modelo médico se basaban solamente en la transmisión de información para prevenir la drogodependencia. El miedo solo lograba desarmar al individuo frente al fenómeno. A través de él no se educa, ni se desarrollan estilos de vida sanos. Las estrategias preventivas han evolucionado hasta la formación del sub modelo pedagógico, llevándose a cabo programas específicos e inespecíficos. Los primeros se orientan a prevenir el fenómeno de las drogas abordando abiertamente la problemática. Los segundos se dirigen a otros tipos de actividades no relacionadas directamente con las drogas, tales como el tiempo libre, fomentar el desarrollo y el autocontrol, la autorrealización, las cuales conllevan al desarrollo personal y al comportamiento saludable del individuo. Es conveniente la realización de programas preventivos específicos, pues aunque la escuela, desde su función educativa, ya realiza prevención porque influye sobre las actitudes y comportamientos de los estudiantes, lo cual puede repercutir positivamente en el problema de las drogas, es importante complementar las actuaciones inespecíficas con otras específicas sobre todo en edades críticas por lo difícil que le resulta al adolescente, cuando se encuentra ante una situación real de oferta, utilizar la información que posee. De este modo, la intervención comportamental educativa, se convierte en la estrategia básica que establece condiciones y estilos de vida asociados a un buen estado de salud (Abreu & Solvey, 2006).



2.1.5. Abstinencia.

El síndrome de abstinencia es el conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir. Los cambios neuroadaptativos que se producen en el sistema nervioso central como consecuencia de la administración habitual de algunas drogas de abuso es la base fisiológica de este fenómeno. En general, son necesarias varias semanas o meses de administración cotidiana para producir cambios neuroadaptativos que desencadenen un síndrome de abstinencia si se deja de utilizar la droga de forma brusca. Estos síntomas producen malestar y llevan al individuo a recaer en el consumo para aliviarlos o evitar su aparición. El síndrome de abstinencia debe diferenciarse del fenómeno de rebote aparición de sintomatología al abandonar un tratamiento de forma brusca (Caudevilla, 2014).

2.1.6. Craving.

El término inglés craving hace referencia a un deseo extremadamente intenso e irrefrenable de auto administrarse una sustancia. Algunas drogas como el alcohol, el tabaco o la cocaína tienen más facilidad para provocar este fenómeno en personas dependientes o consumidores habituales. El craving puede aparecer semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo (Caudevilla, 2014).

2.1.7. Tolerancia.

Se denomina tolerancia a la necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado. Otra forma de definir este concepto es el efecto obtenido tras la administración de una misma cantidad de sustancia, que disminuye claramente con el consumo continuado. La tolerancia obliga a incrementar la dosis para alcanzar el mismo efecto. En ocasiones puede presentarse un fenómeno contrario al de la tolerancia: tolerancia



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

inversa. La respuesta a una pequeña dosis es exagerada o desproporcionada. Este fenómeno se ha descrito fundamentalmente con los estimulantes (Caudevilla, 2014).

2.1.8. Abuso.

En el lenguaje coloquial y muchas veces en el lenguaje médico se utilizan con mucha frecuencia términos como drogadicto, drogodependiente, adicto para hacer referencia a cualquier consumo de drogas. Como hemos visto, el término dependencia se refiere a un cuadro clínico cuyos criterios son muy estrictos y estadísticamente poco frecuente. Más habitual es encontrarnos ante cuadros de abuso: consumos de una sustancia psicoactiva que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. El uso de drogas, en contraposición al abuso, es aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia. Los problemas que conlleva el uso de drogas son de índole social multas por tenencia o consumo en la vía pública y de tipo social. El uso de algunas drogas como el alcohol y, en menor medida el tabaco y el cannabis, gozan de una mayor tolerancia a nivel social en la población general (Caudevilla, 2014).

2.1.9. Adicción.

La construcción del concepto adicción está referida a la relación que se establece entre sujeto y sustancia, la cual implica que el consumo de drogas psicoactivas conlleva relaciones conflictivas, por lo que la relación se entiende como problemática. Si habría que reconocer que la relación entre consumidor y sustancia está inmersa precisamente en el contexto a partir del cual a la primera se le atribuye el carácter de problemática o no, pues el consumo de drogas psicoactivas en contextos diferentes puede no sólo ser entendido como normal, sino incluso ser deseable o esperado (Álvarez, 2010).

**2.1.10. Habilidad social.**

El término habilidad social se define como la capacidad de actuación aprendida que nos permite emitir una conducta interpersonal eficaz con diferentes individuos y ante situaciones y contextos diversos. Las habilidades sociales le permiten al individuo obtener resultados satisfactorios en el trato con otras personas, lo que posibilita el desarrollo de relaciones interpersonales sanas. Más que un rasgo de la personalidad, las habilidades sociales se aprenden mediante la socialización, convirtiéndose en un atributo de la conducta. El desarrollo de habilidades sociales le posibilita al individuo un funcionamiento psicosocial más eficiente y enfrentar o dominar los aspectos problemáticos de su entorno. Desarrollar habilidades sociales en los individuos les ayudará a optimizar sus recursos personales para mejorar su calidad de vida (Abreu & Solvey, 2006).

2.1.11. Adolescencia.

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no solo para ellos mismos sino también para todos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002).



La entrada del adolescente al mundo de las drogas puede ser diversa: por la necesidad de experimentar nuevas sensaciones, de pertenencia social a grupos de amigos, de comunicación y expresión de sentimientos, de aumento de la seguridad personal, de olvidar problemas, angustias y temores, de evadir una realidad poco gratificante, de imitar a sus amigos y/o modelos adultos, de adaptarse a un comportamiento socialmente esperado, de diferenciarse de los adultos y rebelarse frente a la autoridad familiar o social. La adolescencia es indiscutiblemente, la etapa evolutiva más vulnerable a iniciarse en el consumo de drogas. Abreu & Sovey (2006), mencionan al respecto que la edad de inicio en la experimentación y uso de las drogas ha descendido por debajo de los 14 años, e incluso podemos encontrar a niños de 10 y 11 años que ya han experimentado con opiáceos. Lo que no nos puede llevar a afirmar que todos los adolescentes poseen las mismas probabilidades de iniciarse en el consumo, pues todos no tienen iguales características ni están expuestos a los mismos factores de riesgo familiares y socio comunitarios. La posibilidad es mayor cuando se desarrollan en un medio donde existe la oferta y al mismo tiempo que su consumo sea aceptado por la cultura del lugar.

La adolescencia es una etapa marcada por el reto de configurar la identidad, y se da principalmente a través de los grupos de pares, la relación con la familia y el entorno. Es por ello que en los adolescentes la vulnerabilidad social estaría marcada por factores como el consumo de drogas en el grupo de pares y en la familia, la violencia del entorno, la accesibilidad a las drogas, y las variables personales como la autoestima, el autoconcepto, la resistencia a la presión y la fortaleza emocional. Dado que la construcción de la identidad se da en interacción con padres y familiares, estos pueden ser agentes de riesgo o protección para el consumo del adolescente (Saravia, Gutiérrez & Frech, 2014).

Muchos revisores han definido como determinante clave del éxito de un programa, su capacidad para realizar un efecto significativo en la conducta de consumo de drogas de los adolescentes. Sin embargo, el desarrollo de una



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

actuación preventiva no se basa solamente en intentar reducir o eliminar el consumo de drogas, sino también, en influir en aquellas variables que moderan entre la exposición del programa preventivo y la medida del impacto del mismo. Es decir, los programas de prevención actúan sobre las variables mediadoras, que a su vez afectan a las medidas del impacto. En líneas generales, se destaca que una de las variables mediadoras más importante es la percepción normativa, incluida en variables como la estimación normativa y la reacción de los amigos ante el consumo, la aceptabilidad social y la prevalencia real del consumo. Otros mediadores que han mostrado una relación con los efectos de los programas son el compromiso de no consumir drogas, la intención de no consumir y el incremento de la comunicación entre padres e hijos. Paradójicamente, componentes tan importantes como puedan ser las habilidades de resistencia, las habilidades sociales, la autoestima, y el bienestar psicológico, no presentan una relación significativa. Igualmente, variables concernientes a las consecuencias negativas del consumo y a la autoeficacia mostraron resultados contradictorios (Gázquez, García & Espada, 2009).

De todos los posibles análisis que el conflictivo mundo de la droga ofrece, el más alarmante es sin lugar a dudas el referido al consumo de tales sustancias en la niñez y en la adolescencia. Los principales problemas ocasionados por las drogas se agravan considerablemente en estas edades, etapas claves en el desarrollo integral del individuo que pueden verse alteradas e incluso interrumpidas por el uso sistemático de las mismas (González, García & González, 1996).

Las crisis de identidad en el adolescente representan un factor crítico del consumo, así se ha relacionado la iniciación al consumo con el acto de socialización en el grupo de iguales y resulta ser contingente la pertenencia al grupo con la adopción de sus normas reguladoras. Un sentimiento infravalorado de uno mismo, así como déficit interpersonales, como las inadecuadas habilidades sociales, desequilibrios en las habilidades de asertividad y afrontamiento, entre



otras, pueden favorecer la iniciación al consumo de drogas (De la Villa, Javier & Ovejero, 2010).

La mayoría de los consumidores inician su problema cuando todavía es miembro del grupo familiar de origen (Valverde & Pochet, 2003).

De acuerdo a Sánchez & García en el 2008, los adolescentes y la educación, sobre las drogas se transforma en un conjunto de actividades que tienen que ver con:

- Descubrir qué atractivos tienen para ellos las modas y la construcción de expectativas.
- Capacitarlos para escoger, para detectar lo que quieren y lo que ganan.
- Capacitarlos para decidir.
- Ayudarles a aprender de sus experiencias.

Ahora bien, se considera que la niñez y la adolescencia son etapas de la vida de alto riesgo con respecto al consumo de tabaco, a la ingesta inmoderada de alcohol y al uso de drogas ilegales, pues es en dichas fases del desarrollo cuando los individuos se inician en su consumo experimental. En la adolescencia se transita por un proceso de autodefinición personal que, asociados a las estructuras intelectuales y características socio afectivas de esta población, ponen a los jóvenes en riesgo de empezar a manejar las tensiones a través del consumo de tóxicos. Asimismo, de acuerdo con el tipo de sustancia, el efecto sobre la salud puede ser de corto, mediano o largo plazo. En el caso de las drogas ilegales, se pueden observar consecuencias adversas en el corto plazo que incluyen asociaciones con otros riesgos psicosociales como accidentes y violencia, embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, entre otros. Desde esta perspectiva, los estilos de vida que vulneran el desarrollo pleno de la niñez y la adolescencia constituyen el blanco de la prevención (Sánchez-Moreno, Ángeles, Anaya-Ocampo & Lazcano-Ponce, 2007).



2.1.12. Prevención.

La prevención escolar, es uno de los ámbitos que más ha aumentado a un ritmo exponencial. Todos los esfuerzos invertidos en la prevención del consumo de drogas se centran en la evaluación de los programas, mediante investigaciones cada vez más rigurosas sobre las formas de intervención, con el objetivo de poder distinguir lo que funciona de lo que no, y en consecuencia, lo que conviene aplicar y lo que no para nuestros propósitos preventivos. En la actualidad existen diversos estudios de calidad científica que se han dirigido a examinar los efectos de los programas de prevención escolar. En general, la evidencia empírica concluye que los programas de prevención escolar son eficaces para prevenir y/o reducir el consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes. A través de una serie de estudios de meta análisis han analizado sistemáticamente los estudios que evalúan las intervenciones preventivas para el consumo de drogas en la adolescencia, evidenciando que los programas de prevención de drogas pueden tener efectos positivos a corto plazo. A su vez, han hallado que ciertos contenidos y metodologías de instrucción obtienen mayores resultados que otros. De tal modo, clasifica los contenidos de los programas escolares en varios dominios: conocimiento, contenidos afectivos, habilidades de rechazo, habilidades genéricas, habilidades de seguridad, actividades extraescolares y otras.

- **Conocimiento:** Información sobre los efectos de las drogas, las consecuencias de los medios de comunicación y sociales, y el uso actual por los iguales (educación normativa).
- **Contenido afectivo:** Incluye autoestima y sentimientos, autoconciencia personal y actitudes, creencias y valores.
- **Habilidades de rechazo:** se centran en habilidades relacionadas con las drogas. Compromiso público para no usar drogas, habilidades cognitivo-conductuales y actividades que promueven redes con adolescentes que no consumen drogas.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

- **Habilidades Genéricas:** aquellas estrategias que aumentan las competencias personales y sociales, tales como la toma de decisiones, comunicación, afrontamiento y habilidades sociales (Gázquez et al., 2009).

Prevenir bajo estas premisas significa ayudar a saber elegir, a decidir. La prevención en el campo de las drogas no es otra cosa que dotar a los chicos de recursos y capacidades para decidir, capacitarlos para convivir con la presencia de las drogas. Tendrán que aprender maneras constructivas, personales de relacionarse con las drogas y en eso consistirá principalmente la tarea educativa y, más concretamente, de la Educación para la salud. En contraste con la mayoría de los programas de prevención en drogodependencias, que se centran básicamente en el aumento de la edad de inicio del consumo de drogas, identificando una serie de indicadores que han llamado "factores de riesgo" y "factores de protección", y acaban, en la mayoría de los casos, resultando contraproducentes, pues si en algo no se equivocan es en la capacidad de las conductas que encajan bajo esas dos categorías (Sánchez & García, 2008).

La reflexión y el trabajo en torno a la prevención, ha tenido que resolver multiplicidad de cuestiones, sin que se haya encontrado todavía la fórmula adecuada. Una de las fórmulas utilizadas tiene que ver con el papel de la información. Se sabe perfectamente que, las personas con problemas de drogas suelen saber mucho sobre sus efectos y no por eso abandonan el consumo de éstas. La información es necesaria pero no suficiente, por eso la prevención tiene que ver con generar educativamente actitudes y posicionamientos personales con respecto a determinadas conductas, la implicación de los afectados, la puesta en marcha de los recursos necesarios, etc. También ha habido épocas en las que se ha dado una gran prioridad las campañas publicitarias como elementos preventivos, aunque sabemos que estas campañas tan sólo pueden ser medianamente útiles si se dirigen a colectivos concretos. No se puede intervenir sólo dando información sobre los efectos de las drogas, y como hemos confirmado en investigaciones anteriores es una de las estrategias más utilizadas en los



programas de prevención de drogodependencias dirigidos a los jóvenes; una parte de la prevención tiene que ver directamente con las drogas, pero, no es la única y exclusiva. Se trata de todo aquello que sirve para que los chicos/as tengan la información apropiada y puedan conocer, en este aspecto, el mundo que les rodea. Poco a poco tendrán que conocer los aspectos positivos, los inconvenientes y los problemas, desarrollarán sus actitudes y tomarán sus decisiones. La prevención tiene mucho que ver con acciones específicas que tendrán, indirectamente, algún efecto sobre los posibles usos actuales o posteriores de drogas. De esa manera, se enseña a un niño pequeño a relacionarse adecuadamente con los medicamentos. Se sabe que si aprende a no confiar en que todos los males de cabeza se los quita una aspirina, en el futuro, es probable que no considere necesario tomar una sustancia química cada vez que quiera cambiar su estado de ánimo (Sánchez & García, 2008).

2.1.13. Educación para la salud.

En este sentido, la Educación para la salud se ha de convertir en una educación para la gestión de un estilo de vida saludable. Con frecuencia se concentran las preocupaciones en las drogas, como si eso fuera lo único y lo más peligroso que puede pasarles en sus vidas. Pero está muy claro que hay muchas otras cosas que pueden complicarles su futuro, como en destrozarse su persona. Su vida está empapada de riesgos, llena de situaciones, circunstancias, experiencias, que no siempre acaban bien. La tarea educativa entre los adolescentes no consiste en ampararlos y protegerlos, desde un modelo paternalista, sino en conseguir que sus experiencias no sean definitivamente destructoras, y que maduren a partir de ellas. No se puede educar, en ningún aspecto, sin permitir que corran riesgos. Se han expuesto, tras preguntarles a los propios interesados (los adolescentes), cuáles son las medidas preventivas que mejor aceptación tienen para éstos. Así, nos encontramos con que, por un lado, piensan que los padres tienen la responsabilidad de controlar los excesos de sus hijos, los locales de encuentro



"sin alcohol" alternativos también tienen una buena aceptación, y en último lugar pondrían las medidas prohibitivas y la limitación. Por otro lado, afirman que hay medidas que no han servido hasta ahora para prevenir, entre ellas destacan la información, ya que los adolescentes con mayor consumo de alcohol son menos receptivos a las campañas informativas. Tampoco ayudan los posicionamientos rígidos de los adultos, puesto que podemos estar cambiando la realidad al percibirla de una manera subjetiva, cargada con nuestro propio sistema de valores y podríamos adoptar decisiones poco acertadas (Sánchez & García, 2008).

La Educación para la salud se convierte, pues, en una de las mejores respuestas para prevenir situaciones de desventaja y conflicto, posibilitando la intervención tanto en aras de la mejora de los procesos de tratamiento y reinserción para los que la Educación para la salud busca también dotarlos de sentido, ofreciendo alternativas y modos de vida que permitan una vida más llevadera, que favorezcan la inclusión y combatan las diversas formas de marginación social (Sánchez & García, 2008).

2.1.14. Opiáceo

El consumo de opiáceos está menos extendido que el de otras drogas ilegales, aunque, en general, las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos son generalmente inciertas, dada la relativamente reducida prevalencia y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga. De hecho, tal y como explica la (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias [ESTUDES], 2013), las encuestas poblacionales o escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga y, generalmente, se considera que lo subestiman. A pesar de esta limitación, esta encuesta muestra que un 0.9% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido heroína alguna vez en la vida, un 0.7% en los últimos 12 meses y un 0.6% en el último mes. Además, esta encuesta informa de un descenso en la prevalencia del



consumo experimental y en los últimos 12 meses, mientras que la prevalencia del consumo en los últimos 30 días se ve incrementada (Ramos & Morenos, 2010).

2.1.15. Intervención.

Las intervenciones breves pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a comenzar a hacer algo sobre el abuso de sustancias. No es un sustituto para aquellas personas con un nivel alto de dependencia. La meta final es la de reducir el daño que puede resultar del uso continuado de sustancias. La duración es de 1 a 40 sesiones, con la terapia típica entre 6 y 20 sesiones. La meta es proveer a los pacientes de herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes. Difiere de la terapia a largo plazo en que el foco se sitúa sobre el presente, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y enfoca un cambio de comportamiento más específico, en lugar de un cambio a gran escala o más profundo. El contenido de las intervenciones variará dependiendo del tipo de sustancia, la severidad del problema y el resultado deseado. Puesto que las terapias breves son menos costosas, pueden estar disponibles para un mayor número de personas y pueden adaptarse a las necesidades de los clientes. Pueden utilizarse para proveer atención inmediata a clientes que se encuentran en listas de espera para ingresar en programas especializados, como un tratamiento inicial para usuarios de riesgo y, como complemento al tratamiento más extenso a personas dependientes (Sánchez, & Tomás, 2002).

En definitiva, la intervención específica en materia de drogas constituye una de las más urgentes demandas sociales e institucionales. En este sentido, consideramos que el ámbito académico representa una agencia socializadora por excelencia y uno de los ámbitos privilegiados de intervención preventiva. Sobre la escuela ha recaído una responsabilidad que halla su fundamento en una serie de condiciones que confluyen, tales como el contar con los adolescentes que integran



el posible grupo de riesgo y los potenciales consumidores de drogas, la existencia de redes adherentes e interactivas entre el grupo de iguales, la posibilidad de implicar a la familia en la promoción de hábitos saludables, la conveniencia del empleo del profesor o de un experto como agentes implicados en programas preventivos de esta índole o la propia función formativa de la enseñanza potenciada por la praxis psicopedagógica, junto a otros factores. Todo ello se menciona para involucrar, aún más, a la escuela en la tarea de compartir que no delegar la labor preventiva educadora y de promoción tanto general como específica de la salud. En suma, en los últimos años la actividad preventiva del consumo de drogas en nuestro país se ha visto aumentada por gran cantidad de propuestas de intervención vinculadas, de uno u otro modo, al ámbito educativo (De la Villa, Ovejero, Sirvent & Rodríguez, 2005).

2.2. Clasificaciones de las drogas.

Hemos visto las dificultades que entraña definir el término droga y algo parecido sucede a la hora de establecer una clasificación. Podemos mostrar varias formas de ordenar las sustancias, cada una de ellas con sus propios problemas y limitaciones (Caudevilla, 2014).

Una primera clasificación hace referencia a su status legal, distinguiendo entre drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales. El resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para el control de las drogas distingue sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” y se hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y más fácilmente accesibles (Caudevilla, 2014).



Con respecto a su origen, se pueden distinguir las drogas naturales (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las sintéticas (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación). El uso de plantas con fines embriagantes, rituales o terapéuticos es tan antiguo como la propia humanidad (Caudevilla, 2014).

Algunos autores distinguen entre drogas duras (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y drogas blandas, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis). Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas como veremos pronto, la peligrosidad de una droga está en relación con factores farmacológicos y extra farmacológicos. La distinción entre drogas blandas y duras expresa en realidad diferencias de tolerancia social y no es útil desde un punto de vista práctico (Caudevilla, 2014).

Quizá la forma más práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos. Por un lado están los estimulantes: sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC), como la cocaína, anfetaminas y cafeína. Por otro están los depresores: drogas que disminuyen el grado de actividades del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas y las GHB. Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los psicodélicos (mal llamados alucinógenos): LSD, psilocibina y ketamina (Caudevilla, 2014).

2.2.1. Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central.

En general, la cafeína, la nicotina, las anfetaminas y la cocaína, incrementan los niveles de energía, levantan el ánimo y reducen la posibilidad de dormir (Caudevilla, 2014).

2.2.1.1. anfetaminas.

Reciben este nombre un conjunto de fármacos que se dispersan sólo con receta médica, con diversos fines: obesidad (para no sentir hambre, en determinados



tratamientos psicológicos), hiperactividad, depresiones pasajeras, narcolepsia, para concentrar la atención, para estudiar, conducir y no dormirse. Se necesitan de un estricto control médico porque presentan adicción física, psíquica y tolerancia. Se convierten en drogas cuando se usan sin control médico (Caudevilla, 2014).

Entre los efectos específicos de este grupo es incrementar el ritmo cardiaco y actúan como vasoconstrictores, aumentan el nivel de azúcar en sangre y la tensión arterial, bajan la sensación de hambre y el apetito, a corto plazo, la persona suele sentir bienestar, aumenta su autoconfianza y la capacidad de enfrentarse a nuevos desafíos, tienen tendencia a hablar mucho, ser enérgicos, están alerta y de buen humor (Caudevilla, 2014).

El abuso de estos medicamentos conlleva la pérdida de peso, la desnutrición, dolor muscular y de articulaciones, estados de inconsciencia y una sensación de parálisis. Las dosis altas o el abuso prolongado pueden llevar a violencia y agresividad (Caudevilla, 2014).

Las anfetaminas fabricadas en pastillas clandestinamente presentan los siguientes riesgos para la salud: Bajo sus efectos, algunos usuarios se sienten tensos, ansiosos e hiperactivos. Como efecto residual tras el consumo, los usuarios pueden sentirse cansados y deprimidos durante algunos días. Las dosis elevadas repetidas durante varios días, pueden causar reacciones de pánico y alucinaciones. A largo plazo pueden causar dificultades coronarias. Un uso frecuente y prolongado puede desencadenar alteraciones psiquiátricas graves y a veces, la hepatitis fulminante (Caudevilla, 2014).

2.2.1.2. cocaína.

Es la droga más cara de las ilegales, y por desgracia muy de moda actualmente. Se extrae de la “Erythroxylon coca”, planta utilizada por las tribus precolombinas de Sudamérica en trances meditativos y en ceremonias rituales religiosas. Mediante procedimientos químicos se aislaron los principios activos y se



consiguió la cocaína, con destino a los laboratorios farmacéuticos (Glockner, 2011).

Inhalada o inyectada, las consecuencias sobre el SNC, es euforia y entusiasmo, aumenta la temperatura y tensión arterial, dilata las pupilas y aumenta el apetito, la persona se siente fuerte, enérgica y optimista, desaparecen las inhibiciones y se puede alterar la percepción. Cuando los efectos se han ido las personas se sienten deprimidas, apáticas, cansadas, fatigadas, con somnolencia, hambrientas y angustiadas (Glockner, 2011).

En grandes dosis produce alucinaciones, paranoia, pánico, ansiedad, depresión, impotencia e insomnio. Es peligrosa y puede llegar a producir la muerte. No existe dependencia física, pero sí una fuerte dependencia psíquica (Glockner, 2011).

Riesgos para la salud: El potente efecto eufórico de la cocaína provoca una fuerte dependencia psíquica en poco tiempo, e l consumidor habitual puede sentirse cansado y deprimido durante algún tiempo. Puede causar problemas coronarios e incluso la muerte por accidentes cerebro vascular. Su uso crónico puede provocar serios problemas psiquiátricos, esquizofrenia, paranoide, o cuadros depresivos con alto riesgo de suicidio. También se ha asociado con rinitis, epistaxis sangrar por la nariz y perforación del tabique nasal. El abatimiento físico y psíquico, sentido con gran dolor por quien lo padece, hace que, aún sin síndrome de abstinencia aparatoso, sea difícil librarse de la cocaína. La base libre y el crack son las formas más tóxicas y adictivas (Glockner, 2011).

2.2.1.3. crack.

Es un tipo de cocaína en la que ésta se encuentra en forma de cocaína base, y no de clorhidrato. Se suele obtener añadiendo bicarbonato y calor a la cocaína. Su inhalación por vía pulmonar provoca efectos más intensos, pero también mayor peligro y mayor adicción psíquica. Debe su nombre al ligero sonido de chispas que produce cuando se quema para ser fumada. Se presenta en forma de pequeños



cristales, en vez de polvo blanco; tiene su punto de vaporización más bajo y, en consecuencia, se destruye menos, cuando se calienta o inhala. Dado que se puede fumar y es más estable por el calor que la cocaína, con su inhalación por vía respiratoria se alcanzan niveles en sangre más elevados y con mayor rapidez que con la cocaína esnifada. Esto explica su mayor poder adictivo y su mayor riesgo para la salud (Caudevilla, 2004).

2.2.1.4. tabaco.

La nicotina y las demás sustancias que contiene el tabaco, junto al extendido uso social, hacen que sea una sustancia adictiva muy peligrosa (Pons & Berjano, 2010).

Riesgos para la salud: el consumo del tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en los países desarrollados. Es responsable del 90% de las muertes por cáncer de pulmón. Causa el 75% de las bronquitis crónicas y enfermedades pulmonares, así como el 25% de los infartos coronarios y cerebrales. Cansancio prematuro, halitosis, problemas gástricos, tos persistente, son entre otras, las consecuencias más inmediatas del consumo del tabaco (Pons & Berjano, 2010).

2.2.2. Drogas depresoras del sistema nervioso central.

2.2.2.1. alcohol.

Produce un bajón en la tensión arterial, acelera el ritmo cardiaco, en pequeñas cantidades. En relación con la libido, el alcohol provoca el deseo, pero es causante de problemas en la fase de excitación/orgasmo. La mezcla con tranquilizantes, anticoagulantes o barbitúricos u otros sedantes puede causar depresión, coma y muerte. Durante el embarazo provoca el síndrome de alcoholismo fetal: crecimiento retardado, menor nivel intelectual y bajo desarrollo motor. Tiene efectos diferentes según su género. Algunos tienen mayor posibilidad



de hacerse adictos, y a otros los efectos se les manifiestan de forma irritable o diferente. Deteriora el tiempo de reacción, nubla la conciencia, produce euforia produciendo accidentes de tráfico (Pons & Berjano, 2010).

Riesgos para la salud: El abuso de alcohol genera problemas sociales y sanitarios. Trastornos de diversos órganos como el estómago, el hígado y el cerebro. Accidentes de tráfico y laborales. En personas jóvenes, pérdida de oportunidades de desarrollar un ocio creativo. La dependencia psicológica y social puede transformarse en dependencia física (Pons & Berjano, 2010).

La cualidad relajante del alcohol ha hecho que su uso social se haya extendido por muchas culturas e incluso se ha asimilado como elemento cultural de muchas religiones. En cuanto a la desintoxicación es necesario, como en las demás drogas, que la persona reconozca, en primer lugar que tiene un problema. La terapia de grupo se manifiesta como un buen remedio, en este sentido Alcohólicos Anónimos, está haciendo una gran labor en la recuperación de esta adicción (Pons & Berjano, 2010).

2.2.2.2. *marihuana /hachís (cannabis).*

Se conoce con el nombre de marihuana a las hojas y flores de las plantas de Cáñamo (género cannabis). Se han aislado hasta 400 sustancias, además de la sustancia activa principal, el TCH (delta-9- tetrahidrocannabinol), (Glockner, 2011).

Entre sus efectos más comunes es el aumento en el ritmo cardiaco, y a veces, la tensión arterial, enrojece los ojos, produce sequedad en la boca y en la garganta, distorsiona la percepción temporal, de manera que diez minutos pueden parecer una hora o viceversa, altera la capacidad de concentración de la persona, su coordinación motora y las reacciones rápidas, cambia el estado de ánimo, produciendo euforia, melancolía y indiferencia, parece que se potencian las capacidades perceptivas incrementando la sensibilidad a los colores, sonidos y sensaciones físicas (Glockner, 2011).



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

En dosis elevadas, o cuando se es dependiente se puede generar en el consumidor confusión, ansiedad, delirios, también crea leves síntomas de abstinencia y una fuerte dependencia psicológica. Los efectos, a largo plazo, sobre el Sistema Nervioso todavía no se conocen bien. Parece que afecta al sistema reproductor del hombre y de la mujer y el mismo efecto que el tabaco sobre los pulmones (Glockner, 2011).

De las hojas y flores del cáñamo, sometidas a un proceso químico, se obtiene una sustancia con mayor concentración de TCH que se conoce con el nombre de aceite de resina de hachís, o simplemente hachís chocolate. De la marihuana se pueden obtener productos farmacéuticos con usos terapéuticos: glaucoma, asma, alivio de vómitos para pacientes de quimioterapia etcétera (Glockner, 2011).

Riesgos para la salud: Fumarlo mezclado con tabaco, incrementa los riesgos asociados al consumo de cigarrillos. En personas que se inician en el consumo del tabaco para poder fumar hachís, se favorece la dependencia del tabaco, dificulta la capacidad de concentración y aprendizaje, los usuarios crónicos pueden perder la motivación y sentirse apáticos, puede favorecer la aparición de trastornos psiquiátricos en personas predispuestas, especialmente en aquellas que pudieran tener predisposición a la esquizofrenia (Glockner, 2011).

2.2.2.3. barbitúricos y otros sedantes.

Son productos farmacéuticos con efectos calmantes y provocadores del sueño se suelen clasificar en tres grupos: Barbitúricos o hipnóticos sedantes, no barbitúricos y tranquilizantes mayores Valium y menores. Suelen ser prescritos para personas con problemas de ansiedad, como medicina de choque para salir de una crisis provocada por un suceso traumático, la muerte brusca de un ser querido, por ejemplo, para personas que no pueden dormir, para aliviar la ansiedad de enfermos de corazón, de enfermos con problemas de respiración o gastrointestinales (Pons & Berjano, 2010).



Entonces los efectos suelen ser efectos profundos: deterioran la memoria y el juicio, también llegan a producir coma y la muerte. En las dos últimas décadas del siglo XX, una de cada tres muertes por drogas estaba producida por alguno de estos fármacos. Se potencian los efectos depresores del SNC de ambas sustancias. Es fácil abusar porque presentan mucha tolerancia y eso implica tener que aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos terapéuticos, generando enseguida adicción; de ahí el estricto control médico a que ha de estar sometido su consumo. El síndrome de abstinencia es casi tan fuerte como el de la heroína. Usados estos fármacos, por las personas que han abusado de las anfetaminas para dormirse o relajarse, entrando en un círculo vicioso difícil de romper (Pons & Berjano, 2010).

2.2.2.4. opioides o narcóticos opio, morfina, heroína.

Son drogas que actúan como depresoras del Sistema Nervioso Central, alivia el dolor e inducen el sueño. Su procedencia está en el látex que se extrae de las cápsulas de la adormidera (*Papaver Somniferum*). Ese látex depurado es el opio, y por sucesivos procesos químicos se obtiene, primero la morfina y después la heroína (Glockner, 2011).

El opio era conocido en las culturas hindú y china desde tiempos muy antiguos, para curar, aliviar dolores. La morfina se utilizó en cirugías hasta que aparecieron los anestésicos. No obstante, se proporcionó como uso libre entre los soldados de la Guerra de Secesión Americana. La heroína se empezó a utilizar con los mismos fines terapéuticos y militares que las sustancias predecesoras, porque se creía, en un principio, que tenía efectos más positivos que las anteriores y que no provocaba adicción. Pronto se vieron sus peligrosos efectos: Sus efectos se notan rápidamente en sangre. Produce euforia, paz, alegría, seguridad, alejamiento, la respiración se torna lenta y superficial, las pupilas contraídas, 4 o 6 horas más tarde aparece el síndrome de abstinencia. Siendo este muy fuerte



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

causando sudoración, pérdida de mucosidad por la nariz, ojos llorosos, escalofríos, dolores intestinales, náuseas y vómitos (Glockner, 2011).

Riesgos para la salud: La heroína es una droga con una elevada capacidad para crear dependencia aún en el caso de que se consuma fumada. Las personas dependientes de la heroína necesitan administrarse la droga varias veces al día, para no sentirse mal. Cantidades excesivas pueden provocar sobredosis, coma, y en algunos casos la muerte. La inyección regular puede acabar dañando las venas. Compartir los equipos de inyección pone a los usuarios en riesgo de contraer enfermedades infecciosas tales como la hepatitis B o C y el VIH/SIDA (Glockner, 2011).

Para contrarrestar la adicción se utiliza un narcótico que no crea dependencia. La terapia de grupo también da buenos resultados a corto plazo. El mayor problema es la desintoxicación total. Hay que ayudarles a solucionar el problema psíquico falta de autoestima, de trabajo y de lazos familiares, que la droga ha destruido. Cuando se sale de un centro el individuo vuelve a enfrentarse al mismo ambiente, con los problemas, a huir de la misma realidad, a relacionarse con la misma gente que le condujeron un día, por primera vez, a la heroína (Glockner, 2011).

Hoy mucha gente, que inicio con la droga, encuentra otras experiencias benefactoras que despojan el deseo de aventura y de experiencias nuevas que le condujo hasta ella. La meditación, por ejemplo, está siendo utilizada con semejantes beneficios al de la droga pero sin riesgos. Las técnicas de relajación oriental, o la experiencia religiosa constituyen otros métodos alternativos con los que la gente continúa y continuará desarrollando nuevos modos de ampliar o limitar su conciencia (Glockner, 2011).

2.2.3. Alucinógenos.

Se les suele conocer como drogas psicodélicas, la más conocida y con más tradición de consumo el LSD (dietilamida del ácido lisérgico). Estuvo asociada,



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

junto a la marihuana, en los años 60, al movimiento hippie y a la contestación social juvenil estadounidense de esa época (Glockner, 2011).

El LSD hace que se experimenten percepciones, pensamientos y emociones distintas a las del estado consciente, haciendo que el tiempo y el espacio se contraen o se expanden para el sujeto que se encuentra bajo sus efectos, se suspende el juicio lógico, aparecen delirios, sensaciones imaginarias visuales, táctiles, etc. Así, por ejemplo, un pie de una persona situado a pocos metros puede ser visto como la mano encogida de un bebé, o arrugada por la edad, se puede percibir el cuerpo de una persona grande, hueco, transparente; podemos llegar a sentir que somos un pájaro y lanzarnos a volar, la memoria suele quedar afectada. Durante el viaje aparecen sentimientos extraños y contrapuestos: desde la euforia al pánico. En cuanto a los síntomas físicos son variados: escalofríos, náuseas, palpitaciones, etc. Un efecto secundario es el flash back, alucinaciones recurrentes que pueden aparecer hasta 18 meses después de la ingesta (Glockner, 2011).

En los años, 50 se utilizó el LSD para tratar la adicción al alcohol, otras drogas, algunas enfermedades mentales, los dolores de cánceres terminales. Uno de sus efectos se debe a su acción sobre un neurotransmisor, la serotonina. En el mundo artístico se le asoció con ser estimulante de la creatividad, lo mismo que al óxido nitroso y a la cocaína. El LSD comprado en la calle empapado en un papel secante presenta, además problemas de pureza, higiene, añadido de otras sustancias. En un momento determinado hubo presentaciones que dañaban a los cromosomas (Glockner, 2011).

Riesgos para la salud: Una vez que el viaje ha comenzado, no puede detenerse los usuarios pueden experimentar un mal viaje, con reacciones de pánico difíciles de controlar. Pueden revivirse episodios del viaje días después de que éste haya terminado. Puede agravar trastornos psiquiátricos persistentes. Puede precipitar trastornos psiquiátricos en personas predispuestas (Glockner, 2011).



2.2.4. Drogas de diseño.

Mal llamadas drogas de diseño. Su denominación más correcta es la droga de síntesis porque no son nuevas, ni originales, sino que son drogas conocidas para las que en un momento determinado se decide sacarlas al mercado (Glockner, 2011).

Durante años, se trató de presentar a estas sustancias como libres de riesgo, sobre todo el éxtasis, como drogas limpias e inocuas. En muchos casos las pastillas llevan imágenes de dibujos animados que las hacen parecer cosa de niños pequeños, infantiles y sin riesgos (Glockner, 2011).

2.2.4.1. speed.

Comprende un grupo de compuestos anfetamínicos las metiletiladas. Son sustancias sintéticas estimulantes del Sistema Nervioso Central. Se sintetizaron por primera vez en 1887, aunque no comenzaron a utilizarse con seres humanos hasta 1932 en tratamientos de Parkinson y narcolepsia, pero su uso a nivel ilegal comenzó a extenderse en las universidades: los estudiantes estimulados con anfetaminas estaban días enteros sin dormir, debido a que estos compuestos rompen el ritmo de sueño. De cara a la conducción, el individuo que las toma puede tener sueños paradójicos bruscos que le hacen perder el control del vehículo (Glockner, 2011).

2.2.4.2. éxtasis.

Es un compuesto sintético de moléculas de dexanfetamina y metanfetamina. Aunque los jóvenes creen que es el último grito en drogas, ya se conocía y usaba en la Guerra Mundial. En los 60 y 70 se utilizó con frecuencia en psiquiatría para sesiones de terapia. Su uso extra terapéutico proviene de movimientos contraculturales californianos de principios de los 80. De ahí proviene también su nombre más extendido, éxtasis o píldora del amor. En España se ilegalizó en



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

1986. Resulta muy peligro para la conducción, para la salud en general, sobre todo para el Sistema Nervioso Central (Pons & Berjano, 2010).

2.2.4.3. poper.

Es un fármaco de prescripción legal en España, compuesta por nitrito de amilo. Era usado en enfermos con riesgo de infarto. Produce una vasodilatación, acompañada de hipertensión y ligera taquicardia es de efecto fugaz. La comunidad homosexual la conseguía a través de laboratorios clandestinos y la guardaba y vendía en bares de alterne, porque parecía que no producía el dolor de cabeza con que solía cursar el producto dispensado en farmacias. La utilizaban, fundamentalmente como una sustancia que relajaba los esfínteres anales (Pons & Berjano, 2010).

Riesgos para la salud: Los usuarios pueden sentirse cansados y deprimidos durante días. Riesgo de hipertermia y deshidratación si los usuarios bailan enérgicamente sin descanso o sin beber suficiente líquido deberían tomar cada hora una bebida no alcohólica, una bebida isotónica o agua. Los daños fisiológicos conocidos, hasta la fecha, afectan además del cerebro, al corazón, al riñón y al hígado. De hecho, los jóvenes que entran en hepatitis fulminante son candidatos prioritarios para trasplante de hígado. Respecto de la conducción presentan los mismos problemas que el alcohol: disminución de reflejos, distorsión del espacio tiempo y sobrevaloración de la seguridad en un mismo (Pons & Berjano, 2010).

2.3. Tipos de drogas según sus efectos

Es conveniente saber la clasificación de las droga; por su estado de legalidad y por las acciones que ejerce en el SNC, ya que ambas nos permitirán apreciar la forma en que inciden en el individuo, su familia, y el resto de su contexto y cómo al mismo tiempo este incide para el consumo (Glockner, 2011).

Es necesario precisar que cuando se habla de drogas, usualmente se relaciona con el uso de drogas prohibidas. Sin embargo, esta prohibición no tiene



nada que ver con el daño farmacológico real que éstas producen. Esta base prohibicionista ha sido en esencia la que ha marcado la distinción entre drogas permitidas o prohibidas, debido a que la ilegalidad de una sustancia no se determina en función de la gravedad de los problemas sanitarios y/o sociales, sino con base en los factores de poder tanto económicos como políticos (Aláez, Antona & Madrid, 2003).

Desde esta postura, lo que importa es la división del uso de ciertas drogas para establecer una cultura que permita el consumo de unas y prohíba las otras, sin importar su capacidad adictiva y mucho menos la cantidad de personas involucradas en el consumo (Glockner, 2011).

2.3.1. Drogas legales o institucionalizadas.

Son aquellas que están apoyadas por una tradición y que están integradas en una determinada cultura y a las cuales, no solo se les considera peligrosas, sino que además, se fomenta su consumo por medio de la publicidad puesto que su uso no está penado (Pons & Berjano, 2010).

En México, podemos situar dentro de este apartado el alcohol, el tabaco y los fármacos, estos últimos sobre todo, tranquilizantes, anfetaminas y barbitúricos pueden utilizarse más allá del consumo médico habitual y sin prescripción médica. También, es frecuente el uso de disolventes y aerosoles como drogas psicoactivas, en su mayoría, se trata de productos industriales que contienen diversas sustancias tóxicas responsables de los efectos sobre el Sistema Nervioso y la Conducta de los consumidores (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE], 2006).

Estas sustancias, sean gases, líquidos o sólidos que se evaporizan al contacto con el aire a la temperatura ambiente y se pueden inhalar, se absorben en los pulmones y pasan al torrente sanguíneo que las lleva a todo el organismo. Causan un efecto similar al que produce el alcohol, aunque más rápido e intenso y, por tanto, potencialmente más dañino. Los productos industriales más usados



son los pegamentos, aerosoles, soluciones limpiadoras, removedores de pintura, pinturas, thinner y otros derivados del petróleo. Entre las sustancias que suelen comprenderlos está el tolueno, gasolina, acetonas, y derivados del petróleo, entre otros. Generalmente, son utilizados por niños y adolescentes de colonias marginadas y se considera que en México han llegado a ocupar el cuarto lugar después del tabaco, el alcohol y la marihuana, siendo la cocaína la que los reemplazó (Velasco, 2005).

2.3.2. Drogas ilegales o no institucionalizadas.

Son aquellas prohibidas por la Ley en México a través de la Ley General de Salud (2015), hace referencia a todo el proceso, desde la producción hasta la venta de estupefacientes a la siembra, el cultivo, la cosecha, la elaboración, la preparación, el acondicionamiento, la adquisición, la posesión, el comercio, el transporte en cualquier forma, la prescripción médica, el suministro, el empleo, el uso, el consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias estupefacientes o con cualquier producto que las contenga. Sólo podrán ser permitidos para su uso médico y científico y requerirán autorización de la Secretaría de Salud.

De acuerdo a la Ley General de Salud en México en el 2015, las drogas ilegales o no institucionalizadas son:

- Marihuana
- Cocaína
- Alucinógenos
- Inhalables
- Heroína
- Éxtasis
- Crack



2.4. Epidemiología.

2.4.1. Uso de drogas en población general.

En población general (la comprendida entre 15 y 64 años), las drogas legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo. Las drogas ilegales, los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales de consumo más prevalentes: En 2003, un 29% de los españoles entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida; un 11.3% en los últimos 12 meses; un 7.6% alguna vez en los últimos 30 días y un 1.5% a diario en este último período. El resto de las drogas ilegales (cocaína, anfetaminas, éxtasis y derivados, alucinógenos) presentan prevalencias de consumo significativamente inferiores en población general. Conviene destacar la diferencia entre el consumo experimental (alguna vez en la vida) y el habitual (que se correlaciona con el indicador alguna vez en el último mes). Para todas las drogas, las prevalencias de consumo en el grupo de edad entre adultos jóvenes (15-34 años) son mucho más elevadas que entre las personas de mayor edad (35-64). Por ejemplo, las prevalencias de consumo experimental de cannabis, cocaína y éxtasis son del 20.1%, 4.8%, 8.3% en el primer grupo frente al 4.2%, 0.9%, 1.6% en el segundo. Otras drogas como la heroína, otros opiáceos o inhalantes volátiles presentan prevalencias de consumo muy bajas en población general. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las encuestas a población general no son un buen método para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias: el acceso a muchos consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo (Caudevilla, 2014).

2.4.2. Uso de drogas en población escolar.

Los estudios y encuestas dirigidos a población escolar muestran que las drogas legales también son las más consumidas en este segmento de la población (14-18



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

años): un 65.6% de los estudiantes de esta edad habían consumido bebidas alcohólicas en el último mes y un 34.8% había sufrido una intoxicación alcohólica en ese periodo. Por otra parte, un 21.5% de los estudiantes fuma tabaco de forma diaria. El cannabis es la droga ilegal de consumo más extendido. En 2004 un 42.7% lo había consumido alguna vez en la vida; un 36.6% en los últimos 12 meses y un 25.1 % alguna vez en los últimos 30 días. La media de cigarrillos de hachís (porros) consumidos en los días que hubo consumo fue de 2.5%. Estas cifras son mucho más elevadas que las que se observan en población general. Por ejemplo, si consideramos únicamente a los chicos y chicas de 18 años, se observa que más de la mitad han fumado cannabis durante el último año, y uno de cada tres lo ha utilizado en el mes previo a la encuesta. El resto de las drogas ilegales presentan prevalencias de consumo menores. Destacan los indicadores sobre cocaína: un 8.5% de los escolares la ha probado y un 3.6% la ha utilizado a lo largo del último mes. Las prevalencias de consumo del resto de las drogas ilegales (éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y heroína) son menores: un 4% han probado alguna de estas sustancias y alrededor de un 1% las han utilizado en el último mes. Un dato importante a observar es que las diferencias de consumo entre los límites inferior (14 años) y superior (18 años) de las encuestas son muy elevadas. En cualquier caso, las drogas más utilizadas con diferencia y aquellas en las que se deben centrar los esfuerzos preventivos) son alcohol y tabaco, y en menor medida cannabis y cocaína (Caudevilla, 2014).

Colegios y escuelas saben que sus estudiantes se inician en la droga por problemas psicoafectivos, sociales, valórales y económicos derivados de la crisis familiar y que, a pesar de los esfuerzos, las estrategias pedagógicas son insuficientes. Saben muy bien que las drogas psicoactivas son sustancias naturales o sintéticas que provocan alteraciones neurológicas y modifican los estados de conciencia. Estas sustancias causan daños irreversibles a la salud física y mental alterando el sistema nervioso central y el funcionamiento de otros



órganos que intervienen en los procesos de aprendizaje (Quintero, Yurany & Munévar, 2011).

2.5. Contexto escolar.

Además, no podemos olvidar que la escuela es una institución social y, a través de la educación formal, la sociedad delega en la escuela las obligaciones educativas, de transmisión de valores y de preparación de las generaciones jóvenes para la vida adulta dentro de la sociedad presente y futura. Estas características hacen de la educación formal un proceso de socialización fundamentado básicamente en el conformismo social, donde el profesor es un agente de socialización que inhibe o estimula determinados comportamientos y transmite los contenidos considerados como importantes por la sociedad (Feritas, 2004). Por otra parte, en los centros educativos los adolescentes se integran en nuevos grupos sociales, grupos de iguales o de pares, experimentan nuevas relaciones con figuras de autoridad social profesores y tienen la posibilidad de alcanzar un logro personal socialmente reconocido.

2.5.1. Secundaria.

Las secundarias son vistas por muchos de los adolescentes como espacios en los que a pesar de los reglamentos se puede convivir, echar relajo, cotorreo, con los compañeros y/o amigos, donde se pueden divertir como adolescentes con otros adolescentes y compartir intereses comunes, y ello representa lo más importante que les ofrecen (Reyes, 2009).

En este sentido, la incorporación de los niños al sistema educativo incide en el mantenimiento de unas rutinas horarios de sueño, comida y actividades, al tiempo que les proporciona la influencia de otros adultos y de otros iguales, contribuyendo así a la formación de patrones de interacción que los niños y adolescentes utilizan en sus relaciones sociales. En este sentido, la educación formal aquella que tiene lugar en la escuela tiene como función fundamental la



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

transmisión de habilidades y el establecimiento de procesos de aprendizaje, gracias a las cuales el individuo se comporta de un modo competente en ambientes significativos (De Freitas, 2004).

2.5.2. La socialización en el aula.

El aula es un espacio donde se manifiestan valores, ideas e intereses diferentes y a menudo contradictorios. Por lo tanto, es un lugar donde continuamente se generan conflictos que deben ser negociados para mantener un adecuado clima escolar (Valdés, Martínez & Vales, 2010).

La disciplina en la escuela no solo dificulta o favorece el aprendizaje, sino que, además, es un medio que favorece la creación de espacios de discusión, participación y generación colectiva de nuevas normas en el momento en que son necesarias (Reyes, 2009).

La coincidencia del inicio de la adolescencia con el paso de gran parte de las nuevas generaciones, hacen de ésta uno de los ámbitos en el cual los adolescentes como actores sociales participan hoy al inicio del nuevo milenio, a ella arriban con un largo proceso de socialización detrás, por el que han internalizado el mundo subjetivo y objetivo que los rodea, al tiempo que han iniciado nuevos procesos de inducción a otros sectores del mundo objetivo de su sociedad; han comenzado la entrada al mundo adulto cuyo camino está marcado por profundos procesos de redefinición y resignificación tanto individuales como sociales, además de rupturas y distancias con su socialización a través de los procesos de subjetivación que viven y que los convierten en sujetos reflexivos y críticos (Reyes, 2009).

Así, en las escuelas secundarias los adolescentes pasan una parte importante de su tiempo interactuando con otros adolescentes entre procesos de subjetivación, redefinición y resignificación, entre nuevas exigencias sociales, prácticas educativas y las condiciones que las instituciones educativas les



imponen; fusionando su condición adolescente con una forma de ser estudiante en la experiencia escolar cotidiana (Reyes, 2009).

De este modo, las escuelas secundarias no pueden ser vistas únicamente como espacios de reproducción donde los aspectos estructurales cobran vida son también, en esa intersección de lo institucional y lo individual, espacios de producción, contingencia, creación e innovación. Las secundarias no son sólo espacios donde el carácter heterogéneo, múltiple, diverso y cambiante de las expresiones y formas de la condición adolescente se manifiesta sino donde se construyen y reconstruyen los estudiantes como sujetos juveniles (De Freitas, 2004).

Los adolescentes viven las escuelas secundarias como parte de los cambios que están experimentando, en ella es posible mostrar la autonomía que van adquiriendo a la vez que construyendo, como parte de los procesos de emancipación en los que se ven envueltos y que los distancia de los valores, objetivos e imaginarios que se construyen en las instituciones de las que forman parte. Las diversas adolescencias muestran una forma particular de relacionarse con las instituciones educativas, que de igual manera se ven redefinidas como con las otras instituciones de las que forman parte en esta coincidencia temporal del inicio de la adolescencia con el paso de los individuos por este nivel educativo. Por contradictorio que parezca, las escuelas secundarias constituyen para algunos adolescentes, principalmente para las mujeres, espacios de libertad, donde es posible ser como se desea, como se quiere ser; un lugar donde se puede actuar y expresarse de manera distinta de cómo se hace en casa con los miembros de la familia (Moreno et al., 2009).

De Freitas en el 2004, menciona que los alumnos de tercero dicen ser más maduros; haber crecido, pensar de otra forma, pensar más las cosas, a diferencia del momento en que ingresaron a la secundaria, son menos niños, menos tontitos, menos tímidos. Menciona que el grado de madurez funciona como un signo de distinción personal en el seno del universo escolar.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Esta idea de alumnos más maduros se corresponde con la percepción de algunos profesores, aunque otros siguen observando en ellos un trato difícil, porque se creen los más importantes, siguen desubicados, son conformistas y se conforman con una calificación baja. Esta preocupación por las calificaciones, aprobatorias no importando que sean éstas bajas, aunque presente en los tres ciclos, se traduce en el tercer grado en una preocupación por concluir la secundaria ahora que se está más cerca de ello, lo que a su vez logra tranquilizar a los alumnos que anhelan su certificado de educación secundaria (Valdés, Martínez & Vales, 2010).

Los alumnos de las escuelas secundarias desarrollan entre sus muros una serie de conocimientos, valores, actitudes y habilidades, que contribuirán a constituirlos como jóvenes, pero por las características particulares de cada uno de ellos y las experiencias escolares y extraescolares diferenciadas, construirán o reconstruirán de formas distintas su relación con las instituciones educativas, con la familia, los adultos y autoridades, con los adolescentes del sexo contrario, con amigos y compañeros, además de la propia identidad (Valdés, Martínez & Vales, 2010).

2.5.3. Actuar desde la escuela: educación para la salud.

Podemos preguntarnos por el papel de la educación en una sociedad donde las drogodependencias están presentes, donde los valores se establecen en contextos de realidad, es decir, en la interacción que la persona lleva a cabo con los demás, con el entorno y con la realidad en la que vive. Y nos encontraremos que, entre los recursos preventivos de los problemas de drogas, aparece la escuela con una relevancia primordial. Aquí, conviene recordar la gran variedad de usos y abusos que se dan en relación con las diferentes sustancias que llamamos drogas. Encontramos desde consumos de tipo experimental, con usos más o menos sociales entre los estudiantes, hasta claros consumos abusivos, en los que aparece el riesgo de sobredosis, e incluso, de dependencia de alguna sustancia.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

En diferentes estudios relacionados con el consumo de drogas, se puede encontrar abundante información sobre el consumo de diferentes drogas entre niños, adolescentes y jóvenes. Como ha señalado Sánchez & García en el 2008, la educación está integrada en el sistema social, de forma que las propuestas educativas están continuamente influyendo en la sociedad y ésta, en su transformación, incide de forma renovadora en el sistema educativo. Es lógico que un problema social, como las drogodependencias, se transforme también en un problema educativo.

La realidad social y las numerosas investigaciones realizadas sobre drogodependencias Sánchez & García (2008), han contribuido a que se produzca un notable avance en el sistema educativo, y se acepte, de manera mayoritaria, que los contenidos relativos a la prevención del consumo de drogas son absolutamente básicos para la formación integral de la persona. Como afirman la capacidad socializadora de la escuela está relacionada con una visión de ésta como formadora de personas libres y autónomas, y el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, etc., produce dependencia, reduciendo y limitando las posibilidades de elección.

Desde el punto de vista educativo y preventivo, la escuela ha de contribuir al desarrollo de la identidad y la aceptación del propio cuerpo, la autoestima, la resistencia a la presión de grupo, así como a promover su salud asesorando y orientando al adolescente en los distintos aspectos que pasan a ser preponderantes en su vida y sus relaciones: la sexualidad, el grupo de amigos, la experimentación de nuevos roles, su identidad personal, su tiempo libre, etc. En este sentido, las Administraciones Públicas empiezan a pronunciarse y a intentar, aunque tímidamente, dedicar cada vez más esfuerzos para centrar sus actuaciones en la promoción para la salud en el medio escolar, en la mejora de la calidad de vida de la población juvenil y en la participación de los agentes sociales, en un marco de colaboración entre los servicios escolares, juveniles y de



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

salud, que todavía hoy consideramos insuficientemente desarrollado (Sánchez & García, 2008).

2.6. Contexto social

Funes (1990), señala que la influencia social es una fuerza importante que promueve tanto la experimentación como el consumo incrementado y consistente de drogas legales e ilegales. Varios de los correlatos más potentes del consumo de drogas reflejan una influencia de los iguales en la conducta de riesgo. Si bien la conducta parental de consumo de drogas legales parece ser muy importante en el inicio del consumo de tabaco y de alcohol, la influencia del grupo de iguales es básica en la experimentación con las drogas ilegales.

El hecho de que los adolescentes consuman alcohol a temprana edad conlleva un importante riesgo tanto para la salud individual como para la salud pública, aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema durante la vida adulta y es la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas (Sánchez et al., 2010).

Con respecto a los amigos, Reyes (2009), refiere que esta influencia contribuye a la propia identidad, ya que es con sus compañeros con quienes mejor se relacionan y quienes mejor les entienden y con quienes se manifiestan tal y como son; ya que sus amigos pueden representar un recurso de seguridad emocional en situaciones novedosas o en momentos de estrés; se emplean como elementos básicos de comparación social y fuentes importantes de aprendizaje de habilidades y competencias. Cada vez es más difícil pasar a la vida adulta, siendo muchos los factores que lo impiden. Entre ellos se encuentra la alta competitividad para obtener un puesto de trabajo, lo que conlleva que los jóvenes pasen mucho tiempo estudiando y preparándose para incorporarse al mundo laboral. La consecuencia de esto es que cada vez se tarda más en alcanzar una independencia económica y personal. A su vez, la vida es más cara, lo que supone invertir más tiempo y dinero para llegar a dicha independencia. Otro factor



a destacar es que, en general, nuestra sociedad define las metas de los adolescentes, pero, al mismo tiempo, no facilita los medios para la consecución de éstas.

De esta forma, encontramos que las preocupaciones, dificultades y tensiones cotidianas son parte de la vida del joven, por lo que la adquisición de habilidades en solución de problemas son recursos que pueden amortiguar los efectos negativos de las experiencias estresantes (De Freitas, 2004).

Los adolescentes poco a poco demandan más autonomía e independencia, por lo que se van separando más de su familia, aunque siguen necesitando el apoyo de sus padres, para conferir más importancia a su grupo de amigos. Pero el distanciamiento de los adolescentes de su contexto familiar es únicamente parcial, y se caracteriza por la disminución del tiempo que pasa con el resto de miembros de su familia y por la menor participación de los progenitores en la toma de decisiones de sus hijos (Estévez, et al., 2009).

Por este motivo, los padres tienen miedo de que sus hijos se impliquen en conductas de riesgo, como el consumo de drogas, ya que tienen la sensación de que aún son demasiado jóvenes e inexpertos. Por ello, suelen necesitar un periodo de tiempo para modificar el tipo y grado de control que tienen sobre sus hijos (Pons, 1998).

2.6.1. El desarrollo social en la adolescencia.

A través de la interacción con los demás es como los adolescentes interiorizan los patrones de conducta que se consideran adecuados en un determinado contexto. Así pues, por medio de la interacción con el contexto social, el adolescente va desarrollando un concepto de sí mismo, de tal modo que el adolescente que tiene una actitud positiva hacia sí mismo, tiende a dar una impresión positiva de él mismo y tenderá a comprometerse con mayor probabilidad en nuevas relaciones que aquellos que creen que valen muy poco (Sánchez et. al., 2014).



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Estos factores contextuales, familia, escuela y comunidad, así como los factores personales de autoestima, sintomatología depresiva y expectativas académicas, pueden actuar como potenciadores o inhibidores del consumo de drogas. Por ejemplo, el consumo de drogas puede estar influenciado por los medios de comunicación específicamente en lo referente a las drogas legales o bien por el consumo de familiares y amigos, las influencias sociales impactan en mayor medida en los adolescentes psicológicamente más vulnerables déficits en habilidades sociales o academias y con deficiencias o problemas psicológicos, baja autoestima, ansiedad, depresión y estrés. Cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, obviamente, mayor es la probabilidad de que se implique en el consumo de drogas (Musitu & Pons, 1998).

2.6.2. Apoyo social de los amigos.

El grupo de amigos está constituido por iguales que no tienen por qué ser necesariamente de la misma edad, sino que la característica que mejor define al grupo de pares es que suelen estar en el mismo nivel o en fases similares de desarrollo o madurez social, emocional y cognitivo. La característica fundamental de la interacción con los compañeros que determina su potencial evolutivo es la igualdad. Los amigos no se consideran solamente como compañeros de clase o de alguna actividad, sino como jóvenes psicológicamente similares a quienes se les pueden confiar nuestros secretos. La relación entre ellos sirve de prototipo para sus futuras relaciones en la edad adulta (Graña & Muñoz, 2000).

La juventud es sumamente dinámica y la sociedad está empeñada en otorgarles bajos niveles de participación efectiva, se les niega el estatus de la vida adulta y se les segrega como grupo, es por esa razón que se identifican con una serie de conductas, valores y normas que les permite interrelacionarse entre sí; sin embargo, esto no siempre es suficiente para obtener seguridad en sí mismo y aceptación de algún grupo, por ello que en ocasiones el joven necesita legitimarse



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

y frecuentemente lo hace a través de sustancias que dañan su salud (Becoña, 2000).

Los amigos en ocasiones son una mala influencia hacia el individuo y resulta la mayor causa para la adicción. En la actualidad, el que dentro del grupo de sus amigos no se alcoholiza es discriminado. El joven de corta edad, en la mayoría de las veces se deja llevar por lo que dicen y hacen los demás, es una persona poca madura para tomar sus propias decisiones y de no limitarse en sus acciones, sin preocuparse de las consecuencias que se presenten más adelante (Estévez, et al., 2009).

2.6.2.1. La influencia.

El logro de la autonomía y la formación de la identidad se convierten en los procesos fundamentales de esta etapa. Aunque pareciera no ser así, las reglas, los valores y límites ofrecidos por los padres son evaluados y asimilados muchas veces por los adolescentes, quienes ya no requieren supervisión directa de estos y tratan a toda costa de crear sus propias normas y valores (De Freitas, 2004).

A pesar de la enorme influencia del contexto familiar, hay que recordar que una carencia emocional dentro de la familia puede hacer que se recurra al grupo de iguales para satisfacer dicha necesidad afectiva, aumentando así la probabilidad de adoptar conductas de riesgo (Moreno et al., 2009) además, la adolescencia es una etapa de externalización en la vida del individuo, donde el adolescente va a ir abandonando poco a poco el entorno social de protección que supone la familia, para buscar la aprobación e integración en otros contextos sociales.

La influencia del grupo de pares es muy relevante cuando los adolescentes son más jóvenes o cuando viven en estructuras familiares no tradicionales. Por un lado, la desconexión con el entorno familiar aumenta la influencia del grupo de pares, sobre todo en los primeros estadios donde el adolescente todavía no ha



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

madurado lo suficiente y se puede ver muy presionado por el comportamiento de los amigos (Graña & Muñoz, 2000).

Por otro lado, el adolescente que vive en una familia no tradicional normalmente vive una gran inestabilidad familiar que puede verse frenada por una buena aceptación social (Frías, López & Díaz, 2003).

Sin embargo, esta influencia no siempre se relaciona con estilos de vida no saludable en ocasiones, el grupo de amigos o compañeros aumenta las actividades pro-sociales de los adolescentes reduciendo la probabilidad de consumo de drogas en los adolescentes (Reyes, 2009).

Como lo menciona Robertson en el 2004, no todos los individuos que rodean al adolescente poseen la misma influencia en sus comportamientos. La función de cercanía entre los sujetos, diferenciando entre la influencia de los mejores amigos, compañeros de clase y conocidos, tienen una mayor importancia en los individuos más cercanos al adolescente.

2.6.2.2. El autoestima.

La autoestima expresa la forma en que cada persona evalúa el concepto que tiene de sí misma y que representa las consecuencias del diálogo interno que mantiene al valorar el mundo que lo rodea y su posición ante la sociedad, es su vez, un recurso con el que cuentan las personas para afrontar las situaciones difíciles y los acontecimientos vitales estresante que deben afrontar a lo largo del ciclo vital (Musitu & Herrero, 2003).

Pons & Berjano en el 2010, mencionan que es muy difícil que los humanos puedan llegar a percibir algo sin un juicio pasado y futuro, por lo que se puede afirmar que todas las auto-percepción son en realidad autoevaluaciones. Por eso es tan complejo llegar a establecer con exactitud el auto concepto de un sujeto, ya que el lenguaje de este último está cargado de connotaciones evaluativas. En la autoestima se pueden distinguir fundamentalmente dos dimensiones: a) la autoestima de valía personal, o también denominada autoestima global o general;



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

y b) la autoestima de poder, competencia o eficacia. La autoestima general hace referencia al nivel de aceptación o rechazo general que una persona tiene respecto a sí misma. Es el resultado de las valoraciones que se hacen en las dimensiones que son importantes o significativas para el sujeto.

Sin embargo, la relación entre autoestima y consumo de drogas indican que es necesario conocer acerca de los efectos de riesgo de la autoestima. Cuando se ha analizado la autoestima como una característica global de la persona, es decir, como la valoración global de sí misma, ésta ha mostrado relaciones de protección frente a los comportamientos de consumo de drogas, sobre todo de tabaco y cannabis. Sin embargo, más recientemente, los investigadores han estudiado los efectos de la autoestima desde un punto de vista multidimensional, es decir, teniendo en cuenta las distintas auto-evaluaciones que hace una persona de sí misma en los diferentes ámbitos importantes de su vida familia, estudios, aspecto físico y relaciones sociales (Sánchez et al., 2014).

La autoestima social tiene más que ver con la capacidad para interactuar en otros contextos que en la adolescencia son aun relativamente novedosos, como por ejemplo el ocio, especialmente el nocturno (Musitu y Herrero, 2003). Como ya hemos señalado anteriormente, el consumo de sustancias en grupo es muy característico en la adolescencia, y está asociado a procesos de identificación y asunción de valores y actitudes grupales que implican reconocerse como “seres sociales normales”. Desde este punto de vista, el consumo moderado u ocasional se relaciona positivamente con la percepción de ser una persona sociable; esto es, con una autoestima social positiva. En conclusión, estos resultados vienen a contestar la imagen tradicional de la autoestima como un recurso que fomenta hábitos saludables, y apuntan a la necesidad de considerar las distintas dimensiones cuando se analiza su carácter protector o de riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia (Sánchez et al., 2014).

En estos estudios, se ha podido observar que, mientras la autoestima familiar y académica tiende a inhibir las conductas que implican consumo de



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

sustancias (alcohol y otras drogas) y actúa como elemento protector, la autoestima social está asociada con un mayor consumo de estas sustancias (Musitu & Herrero 2003).

Este resultado tiene sentido si tenemos en cuenta que determinados consumos son una vía para aumentar la red de amistades o integrarse en grupos de adolescentes y que además, hasta cierto punto, puede estar bien visto socialmente el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol y el hachís. Los jóvenes integrados en estos grupos pueden ver reforzada su aceptación social y su autoestima social cuando realizan estos consumos. En efecto, parece que la autoestima familiar y académica estaría más relacionada con la capacidad del adolescente para asumir y respetar las reglas de convivencia establecidas desde una figura de autoridad; sin embargo, la autoestima social tiene más que ver con la capacidad para interactuar en otros contextos que en la adolescencia son aun relativamente novedosos, como por ejemplo el ocio, especialmente el nocturno (Musitu & Herrero 2003).

En los trabajos realizados por diversos autores encontraron tanto la autoestima familiar como la académica se relaciona de forma negativa con el consumo de drogas, y que la autoestima social se relaciona de forma positiva con el consumo de drogas. Se confirma que una elevada autoestima social se plantea como factor de riesgo en el consumo (Musitu & Herrero, 2003). Estos autores afirman que la autoestima es la forma en que cada persona evalúa el concepto que tiene de sí misma y que representa las consecuencias del diálogo interno que mantiene al valorar el mundo que le rodea y su posición ante la sociedad. Este es un recurso con el que cuentan las personas para afrontar las situaciones difíciles y los acontecimientos vitales a lo largo del ciclo vital.

2.7. Evolución en las pautas de consumo.

La cocaína y el cannabis son las dos drogas cuyas prevalencias de consumo han aumentado de forma más clara en la última década. Este incremento se observa



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

en todos los segmentos de población pero es más acusado entre los adolescentes y jóvenes. La disponibilidad percibida de estas dos sustancias es también elevada: un 70% de las personas entre 15 y 34 años afirman que es fácil o muy fácil conseguir hachís o marihuana (53% para la cocaína). El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantiene estable, sin que pueda apreciarse una tendencia clara. A nivel general las prevalencias de consumo de estas sustancias es bajo, pero su uso es entre 4 y 8 veces más frecuente en jóvenes (15-34 años) que en personas entre 35 y 64. El patrón de consumo más habitual de estas sustancias es el ocasional o esporádico, asociado a espacios de ocio y de policonsumo de distintas sustancias (Caudevilla, 2014).

2.7.1. ¿Cuáles son los problemas sanitarios más importantes en relación con el consumo de drogas?

Aunque se han hecho esfuerzos y avances importantes a lo largo de la última década, la heroína sigue siendo la droga que causa mayores problemas sanitarios. Está poco claro si las cifras de prevalencia de consumo de esta sustancia han aumentado o disminuido en los últimos diez años, pero sí es evidente que su uso ha perdido visibilidad a nivel social, y se ha desplazado determinados núcleos marginales donde es muy prevalente. En el año 2002, el 58.2% de todas las admisiones a tratamiento por problemas en relación con el consumo de drogas, fueron en relación con la heroína. Esta sustancia y otros opioides son las drogas más frecuentemente encontradas en casos de muerte por reacción aguda a drogas. Con respecto a los diagnósticos de SIDA asociados a la inyección (incidencia anual), este indicador ha descendido de forma importante entre 1994 y 2003. Sin embargo, a partir de 2001 parece haberse ralentizado el ritmo de descenso. La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ha estado siempre muy extendida entre los inyectores de droga (prevalencia 20-40%). A nivel epidemiológico este fenómeno podrá controlarse a través de la vacunación. La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) (prevalencia 69%) es uno de los



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

problemas sanitarios más graves en la actualidad para esta población, ya que un 20% de las infecciones crónicas por VHC evolucionan a cirrosis hepática en 20-25 años, y un 1-4% pueden desarrollar un carcinoma hepatocelular (Caudevilla, 2014).

Los problemas asociados al consumo de cocaína han experimentado un rápido crecimiento, paralelo al incremento del uso de esta sustancia en población general. Las admisiones a tratamiento por esta droga supusieron un 25% del total en 2002. Sin embargo, si consideramos sólo las nuevas admisiones (pacientes valorados en servicios específicos por primera vez) este porcentaje asciende hasta el 41%, fundamentalmente en consumidores por vía intranasal. En la actualidad, uno de cada dos episodios de urgencia por consumo de drogas ilegales está relacionado con el consumo de cocaína y la proporción de conductores fallecidos positivos a cocaína pasó del 5.2% en 1999 al 6.8% en 2003. Los tratamientos por abuso/ dependencia a cannabis suponen un 10.3% del total (21.3% si sólo se consideran las nuevas admisiones). Es probable que esta cifra esté sobreestimada ya que una parte importante de estos tratamientos están relacionados con sanciones administrativas por consumo/tenencia de esta sustancia en la vía pública. Sin embargo, tanto en el caso del cannabis como en el de otras drogas de uso recreativo, su uso habitual puede dar lugar a distintos problemas de tipo sanitario. Muchos de estos problemas pasan desapercibidos y el ámbito de Atención Primaria constituye un marco idóneo para su abordaje (Caudevilla, 2014).

2.8. Edad media al inicio.

Los datos que nos ofrecen los estudios y encuestas del Plan Nacional sobre Drogas. Los rangos de edad de las encuestas dificultan su interpretación: la Encuesta Escolar estima una edad de inicio inferior a la encuesta general, ya que el rango de edad de los encuestados se encuentra entre los 14 y los 18 años. Considerado en conjunto estos estudios y otros más específicos (encuestas a



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

población juvenil con rango de edades más amplios, encuestas a jóvenes en edad de servicio militar), podemos concluir que las drogas de inicio más precoz son, por este orden, el tabaco, el alcohol y el cannabis. El resto de las drogas ilegales presentan una edad media de inicio al consumo más elevada. La edad media de inicio al consumo se ha mantenido estable durante la última década. Tanto en población general como en población escolar, las variaciones son pequeñas y de significación estadística desconocida. Una disminución importante en este indicador constituye una variable epidemiológica de importancia, ya que el contacto precoz con cualquier droga se asocia a una mayor probabilidad de aparición de problemas como abuso o dependencia (Caudevilla, 2014).

2.9. Diferencia de género.

De forma general, las prevalencias de consumo en todas las sustancias y en todos los rangos de edad son más elevadas en varones que en mujeres. La edad de inicio también suele ser más baja entre los varones. Las diferencias son menos acusadas en alcohol, tabaco y cannabis, y entre la población más joven (Caudevilla, 2014).

2.10. Las drogas en la adolescencia.

2.10.1. Función del adolescente en el contexto familiar.

El proceso de socialización es fundamental para la vida de cualquier individuo, para que pueda hacerse humano en el grupo cultural en el que ha nacido. Muchos de los modelos y teorías psicológicas para explicar el consumo de drogas parten del proceso de socialización como elemento (Moreno et al.2009).

Uno de los aspectos más relevantes para el individuo es la relación con su tipo de crianza. Hoy sabemos que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a cómo son de restrictivos los padres;



la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos, el estilo parental con autoridad ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez. El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables (Moreno et al., 2009).

En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres con autoridad son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Frías, López & Díaz, 2003).

El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de diferentes conductas desadaptativas en los hijos. Los padres, intencionadamente o no, son la influencia más poderosa en la vida de sus hijos. Las de otros contextos sociales medios de comunicación, grupo de iguales, escuela, pasa normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos. Muy especialmente en el caso de las drogas institucionalizadas, la actitud más o menos crítica de los padres ante ellas, así como sus propias pautas de consumo, pueden desviar o reforzar el efecto de los medios de comunicación o del grupo de iguales como agentes desencadenantes (Pons, 1998).

Sin desestimar la importancia de la presión grupal, la influencia de la familia resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos



a factores de riesgo. Esta influencia debe ser contemplada desde dos vertientes. En primer lugar, el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los padres puede propiciar el consumo las mismas por los hijos. Por otra parte, la existencia de problemas de relación en la familia y en diversas variables individuales de los hijos, es uno de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas (Frías, López & Díaz, 2003).

Puede considerarse la familia como sistema social, advirtiendo que su característica más sobresaliente es la de ser una pequeña unidad formada por el número relativamente restringido de individuos reunidos por lazos íntimos y complejos, basada esencialmente en acuerdos voluntarios entre adultos y donde predominaría una tendencia democrática en las relaciones, pero con una clara delimitación de roles cada uno cumple su papel social definido: padre, madre, hijo, hija encontrándose los hijos en el rol de protegidos y guiados, frente a los adultos que son los protectores y guías. Desde esta perspectiva, el adulto modela en la buena partes la conducta del hijo (Pons, 1998).

Algunas de las señales de riesgo se pueden ver tan tempranas como en la infancia o en la niñez temprana, tal como la conducta agresiva, la falta de autocontrol, o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y en la comunidad pueden afectar su riesgo para el abuso de drogas en el futuro. Las primeras interacciones de los niños ocurren en la familia. A veces la situación familiar aumenta el riesgo del niño para el abuso de drogas en el futuro, por ejemplo cuando existe: la falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores; una crianza ineficiente; y un cuidador que abusa de las drogas. Pero las familias pueden proveer protección contra un futuro abuso de drogas cuando hay: un vínculo fuerte entre los hijos y los padres (Robertson, 2004).

Es un hecho constatado que el consumo de drogas por los padres propicia el consumo de las mismas o de otras sustancias por los hijos. A este respecto, algunas investigaciones apuntan a que el consumo habitual de alcohol en los



progenitores, se encuentra presente en las historias familiares de aproximadamente la mitad de los adictos a opiáceos (Pons, 1998).

Indudablemente, la familia es el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización y, por lo tanto, la personalidad del individuo. La familia se especializa en la formación de papeles para sus miembros, más que en preparar las condiciones para la familia como socializador primario del niño, enseña principalmente como someterse a la sociedad, al tiempo que deposita en este elaborado sistema de restricciones y permisiones. La familia lleva a cabo la enseñanza de los controles sociales mediante la administración de premios y culpas, aplicables a las conductas que se ajusten o no a los criterios descritos por la familia y la sociedad (Pons, 1998).

2.10.2. Desarrollo biológico y psicosocial de los adolescentes.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social, que provocan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente desea incorporarse. Por ello, los adolescentes son una materia maleable y receptiva que está muy abierta a las influencias de los modelos sociales y de los entornos de vida que frecuentan. La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia (Funes, 1990).

El proceso de la adolescencia con todos sus cambios se analiza habitualmente diferenciando tres niveles interrelacionados (Funes, 1990).

- Biológico. La pubertad.
- Psicológico. Fases y tareas de la adolescencia.
- Social. Emancipación, valores sociales.



Otro hecho a tener en cuenta es que la adolescencia se produce en un contexto social determinado, que incluye algunas dimensiones configuradoras como pueden ser tanto los valores de competitividad y el consumo, como el vínculo de los medios de comunicación social. Los primeros producen un sujeto acrítico subordinado a la realidad construida y con grandes dificultades para rebelarse, dando lugar a un individualismo adaptativo gobernado por los principios de supervivencia y competencia, y por la búsqueda de refuerzos a corto plazo a través de todo tipo de sucedáneos (objetos de consumo) para satisfacer deseos más profundos. Los segundos se encargan de fabricar una filosofía de lo que ha de ser la vida adolescente y joven (De Freitas, 2004).

2.10.3. Problemas de salud en la adolescencia.

En las últimas décadas, la morbilidad y mortalidad adolescente ha experimentado cambios sustanciales. Las enfermedades físicas no son ya su principal causa de mortalidad e incapacidad. Por el contrario, sus principales problemas de salud entre ellos los accidentes, el consumo de alcohol y drogas, los trastornos del comportamiento alimentario, o conductas sexuales que conducen a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, son consecuencia de los comportamientos y estilos de vida que siguen. Por tanto podríamos decir, y así lo hace la OMS (1969), que la mayoría de los problemas de salud de nuestros adolescentes pueden ser evitables.

Funes (1990), subraya el hecho de que en la adolescencia se produce un lapso o salto madurativo es un momento que se define como difícil y complejo, tanto para los propios jóvenes como para sus padres, ya que para el adolescente está suponiendo una transición hacia su madurez personal y en la cual experimenta una serie de nuevas experiencias y de reajustes sociales, así como la búsqueda de su propia independencia. Por lo tanto, los adolescentes se encuentran en un momento caracterizado como de cierta indefinición personal,



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

que a su vez viene acompañado por el deseo de conquistar el estatus adulto y alejarse de los roles infantiles.

Esa transición va a provocar cambios en las relaciones de los adolescentes con los otros, así como en el ámbito escolar, ya que van a pasar de la escuela elemental a la secundaria y en muchas ocasiones es el momento en el que tienen que tomar decisiones acerca de su futuro académico y profesional, jugando así un papel crucial para su autodefinición (Aláez, Antona & Madrid, 2003).

Aláez et al. (2003), refieren que la adolescencia es una serie de implicaciones, ya que lleva una transición en la que conlleva: una anticipación entusiasta del futuro; un sentimiento de pesar por el estado que se ha perdido; un sentimiento de ansiedad en relación con el futuro; un reajuste psicológico importante; un grado de ambigüedad de la posición social durante la transición.

2.10.4. Etapa de cambios en la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de transición que supone el paso de la infancia a la adultez, es decir, es sin duda una de las más cruciales en la vida de una persona. En este periodo se dan no sólo los numerosos cambios físicos por todos conocidos, sino también cambios psicológicos y del mundo social. Muchos de estos cambios tienen relación con la pertenencia a sociedades donde la edad es un factor de cambio brusco en los roles, las diferencias entre roles están marcadas y hay presiones económicas y sociales asociadas a las elecciones profesionales y morales (Funes, 1990).

Dentro de las peculiaridades de cada una de las etapas, se puede señalar que en la primera adolescencia es cuando se producen los mayores cambios de tipo biológico y físico. Los estados de ánimo brusco son más frecuentes en la adolescencia media, ya que su nivel de autoconciencia es muy alto, por lo que sienten una mayor preocupación por la imagen que los demás perciban de ellos. Por último, en la adolescencia tardía es cuando aumenta el riesgo de conductas



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo (OMS, 1969).

También se enfatiza en que una de las principales tareas que tienen los adolescentes es desarrollar habilidades para manejar sus propias vidas, y hacer elecciones positivas y saludables. Los padres y otras personas pueden ayudar a los jóvenes en el desarrollo del sentido de autodominio, autoestima, responsabilidad y toma de decisiones; en otras palabras, una aproximación a la autonomía, lo que se constituye en un reto que va más allá de la intervención puramente clínica (De Freitas, 2004).

Cada etapa trae nuevas crisis, de ahí la importancia de resaltar sobre cómo se reflejarán en la sociedad, siendo de interés para la salud pública. Se puede decir que algunas situaciones que se mencionan tienen relación directa con la comprensión de este tema, y son el uso de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol, desórdenes de la alimentación y embarazo en la (De Freitas, 2004).

2.10.5. La conducta violenta en la adolescencia.

Un comportamiento violento es aquél que se realiza intencionalmente para causar daño o destruir a algo o alguien. Normalmente viene provocado por la combinación de las características propias de la persona y de su entorno inmediato (influencia de los padres, profesores, compañeros, amistades). A veces, el comportamiento violento surge con la exclusiva necesidad que siente el agresor de herir y atacar, y otras veces aparece como un medio para conseguir otro objetivo que no es propiamente la agresión, como por ejemplo, dinero o una determinada reputación. Esto último es muy frecuente en la adolescencia, ya que se ha comprobado que muchos jóvenes que se implican en actos violentos desean construir una imagen pública de duros y rebeldes para conseguir, de ese modo, el respeto de otros chicos de su edad e incluso de los adultos. Finalmente, otros adolescentes se comportan de esta manera para responder a una agresión previa



cometida por otra persona; en este caso, la violencia surge como respuesta a otra situación agresiva, como un modo de defensa (Frías, López & Díaz, 2003).

El comportamiento violento en la escuela se manifiesta de múltiples formas: descaro con el profesor, interrupciones durante las clases, vandalismo y daños materiales hacia objetos de otros compañeros como la pintada de cuadernos o hacia el material de la escuela como la rotura de pupitres y cristales, agresiones físicas hacia profesores y otros estudiantes, aislamiento de compañeros e, incluso, en algunas ocasiones, aunque las menos frecuentes, acoso sexual. La mayor parte de estos comportamientos se da en todos los centros de enseñanza primaria y secundaria españoles, tanto públicos como privados, aunque no todos se presentan con la misma asiduidad. Los comportamientos violentos más frecuentes son aquellos que se relacionan con las amenazas e insultos, seguidos del rechazo y exclusión social (apartar a un compañero del resto para aislarlo) y, finalmente, encontramos los actos que implican agresiones físicas directas (Moreno, Estévez, Murgui & Musitu, 2009).

La multicausalidad del comportamiento violento durante la adolescencia parece no sólo obedecer a la combinación de múltiples factores de riesgo ubicados en diferentes niveles del desarrollo humano, sino también a procesos históricos, sociales y culturales que afectan de manera diferenciada a varias generaciones de jóvenes desde su temprana infancia. La violencia que afecta a los adolescentes y jóvenes y los hace delincuentes, incrementa enormemente los costos de los servicios de salud y asistencia social, reduce la productividad, disminuye el valor de la propiedad, desorganiza una serie de servicios esenciales y en general y deteriora la estructura de una sociedad varones (Moreno et al., 2009).

En cuanto a los factores externos asociados al comportamiento antisocial entre adolescentes, se ha aludido con frecuencia a los entornos comunitarios, el tipo de vecindario en que viven los adolescentes desde su temprana infancia y el estrato socioeconómico de procedencia son buenos predictores del



comportamiento antisocial, entre los factores interpersonales debemos mencionar tres agencias de socialización especialmente importantes: familia, escuela y grupos de pares (Frías, López & Díaz, 2003).

La supervisión y el monitoreo de los padres parece ser un factor muy significativo, especialmente en el caso de los adolescentes varones, Moreno et al., (2009) refieren que en aquellas familias donde hay delincuentes por ejemplo, el arresto de un familiar, particularmente del padre o de alguno de la misma generación, incrementa la probabilidad de que algún miembro de la familia de la siguiente generación hijos, sobrinos, nietos sea delincuente.

Esta situación se evidencia en el estudio que realizó el Instituto Nacional de Evaluación Educativa, acerca de la violencia en las escuelas, donde se comprobó que 11% de los alumnos reconoce haber participado en peleas; 43.6% refiere que en las escuelas les han robado; 14% haber sido lastimado físicamente por otro alumno; y 13.6% haber recibido burlas de parte de sus compañeros (Valdés, Martínez & Vales, 2010).

Otros estudios que ilustran la situación con respecto a la disciplina que prevalece en las escuelas mexicanas son los que realizó Velásquez (2005), quien refiere que 64% de los estudiantes de bachillerato reportaron abuso de sus compañeros a lo largo de su vida escolar, y 76% acusa violencia verbal por parte de los docentes, reportaron que 52.8% de los estudiantes de secundaria referían haber padecido apodosos ofensivos, 48.8% insultos, 22.2% golpes y 22% exclusión social.

Los problemas de disciplina ocasionan la degradación del clima escolar, entendido éste como la calidad general de las relaciones e interacciones entre los diferentes actores de la escuela (Valdés et al., 2010).

Por otra parte, Moreno et al.,(2009), sostienen que el clima escolar ejerce una poderosa influencia en el desarrollo intelectual, psicológico y social de los estudiantes, por lo que su deterioro afecta negativamente en ellos; reporta que en los problemas de disciplina influyen múltiples factores, los cuales pueden ser de



índole contextual características socioeconómicas y culturales de la comunidad y la familia, de índole individual particularidades de carácter subjetivo de los estudiantes y de sus interacciones, y relativos a la escuela.

2.11. Valoración del consumo de drogas.

2.11.1. Elementos importantes a valorar en el consumo de drogas.

Existen tres elementos clave que nos permiten valorar si un determinado consumo supone más o menos riesgos. La sustancia o sustancias consumidas es uno de ellos, pero existen otros dos que son igualmente importantes: el individuo que las utiliza y el contexto en el que se realiza el consumo. Otro factor a considerar siempre es la frecuencia del consumo, distinguiendo entre consumos episódicos (experimentales u ocasionales) y consumos sistemáticos (habituales o compulsivos). Es importante distinguir entre los consumos recreativos (aquellos asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los instrumentales (en los que se persigue un fin determinado: rendir más en el trabajo, evitar síndrome de abstinencia). También es importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el policonsumo de distintas sustancias: por ejemplo, en consumidores de heroína es frecuente la asociación con alcohol, tabaco y benzodiazepinas; en consumidores de drogas de uso recreativo también el policonsumo es habitual (Caudevilla, 2014).

2.11.1.1. La sustancia.

Existen características inherentes a cada una de las distintas drogas, que condicionan los efectos y los riesgos:

2.11.1.1.1. tipo de sustancia.

Una clasificación sencilla de las drogas distingue entre drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central (cafeína, cocaína, metanfetamina), depresoras (alcohol,



benzodiazepinas) y alteradores de la mente o psicodélicas (LSD, ketamina). Algunas sustancias pueden producir efectos mixtos: el éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina o MDMA) produce una estimulación suave con ligeros tintes psicodélicos.

2.11.1.1.2. dosis.

La dosis mínima eficaz (DME) es aquella a partir de la cual se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga. La dosis mínima tóxica (DMT) a partir de la cual se inician los efectos tóxicos. El margen de seguridad (DMT-DME) es propio para cada sustancia y en algunas ocasiones puede solaparse. Al incrementar las dosis los efectos pueden variar: dosis bajas de alcohol suelen tener efectos euforizantes o estimulantes, pero en dosis elevadas el alcohol se comporta como un depresor.

2.11.1.1.3. vía de administración.

Las drogas pueden incorporarse al Sistema Nervioso Central a través de la vía oral, intramuscular, intravenosa, intranasal (esnifada), pulmonar (fumada) o transmucosa, si bien no todas las sustancias admiten cualquier vía. La vía de administración afectará a la intensidad y rapidez de los efectos así como a algunas de las posibles complicaciones: la práctica de compartir jeringuillas se asocia a la transmisión de patógenos como el VIH o virus hepatotropos (VHB, VHC...); el consumo intranasal puede ser causa de ulceraciones en la mucosa nasal.

2.11.1.1.4. asociación a otras sustancias.

El consumo de más de una droga incrementa los riesgos. Si los efectos de estas son similares (p.ej: alcohol+opiáceos, opiáceos+benzodiazepinas) los efectos tóxicos pueden potenciarse, de forma que la suma de dosis relativamente seguras de las dos sustancias puede dar lugar a una sobredosis.



2.11.1.1.5. valoración social.

Las drogas institucionalizadas (alcohol, tabaco, benzodiazepinas...) tienen un reconocimiento legal y un uso normativo. Su accesibilidad y disponibilidad es mayor a la de las drogas no institucionalizadas, cuya venta está sancionada por la ley. La falta de controles sanitarios sobre la producción de drogas ilegales hace que la adulteración sea un riesgo a considerar.

2.11.1.1.6. potencial de abuso y dependencia.

Las características farmacodinámicas de determinadas drogas hacen posible la aparición de dependencia física ante consumos continuados durante largo tiempo. Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiazepinas, opiáceos) dan lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia al suspender su administración (Caudevilla, 2014).

2.11.1.2. El individuo.

Existen características propias de cada persona que es necesario tener en cuenta al evaluar un consumo de drogas.

2.11.1.2.1 sexo.

Existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. Las mujeres tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis (MDMA), necesitando de menores cantidades para alcanzar efectos. Con excepción de las benzodiazepinas, los consumos de todas las drogas son más prevalentes en varones que en mujeres. El embarazo y la lactancia son dos circunstancias en la vida de una mujer en las que el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado.



2.11.1.2.2. edad.

Los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suelen producirse a lo largo de la segunda década de la vida. El riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella. Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar en lo posible el contacto con las drogas.

2.11.1.2.3. pauta de consumo.

Según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de tolerancia farmacológica (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.

2.11.1.2.4. concurrencia de patología.

Es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente los riesgos se incrementan. Se denomina patología dual (comorbilidad psiquiátrica) a la concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental severa con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas. Algunas drogas parecen facilitar el desarrollo del trastorno mental en personas predispuestas por ejemplo: cannabis y esquizofrenia, mientras que en el caso de otras muchos autores creen que pueden desempeñar un papel de automedicación por ejemplo: opiáceos y esquizofrenia. El diagnóstico de trastorno dual dificulta el manejo del paciente y ensombrece el pronóstico (Caudevilla, 2014).

2.11.1.3. El entorno.

El consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno dinámico, en constante evolución y social. En el entorno inmediato del sujeto (dimensión



microsocial) puede valorarse qué factores familiares predisponen o protegen del consumo de drogas y cómo influyen sobre la persona factores como la escuela o el grupo de iguales. La dimensión meso social hace relación a la influencia de los entornos en los que se mueve el individuo en sus actividades (ocio, intimidad...). Los patrones generales de cultura, valores, sistema social, legislación, etc., constituyen la dimensión macrosocial (Caudevilla, 2014).

2.12. Mitos y realidades.

Las drogas están rodeadas de mitos que despiertan la curiosidad del adolescente. Las drogas son malas, Drogas = Muerte, les repite la sociedad. Ellos, en pleno desarrollo, se creen inmortales y piensan que nada les puede pasar. La estructuración de la proyección futura con una perspectiva solo a corto plazo, orientada al presente, facilita que únicamente perciban los efectos placenteros iniciales de la droga. La falta de orientación a largo plazo los incapacita para percibir los daños. La baja tolerancia a los fracasos, asociada al poco control emocional y a la inestabilidad en los sentimientos, impide a los adolescentes enfrentar de manera adecuada situaciones estresantes. Estas pueden llegar a ser vivenciadas como insuperables. En la búsqueda de soluciones fáciles o mágicas, con un mínimo de esfuerzo personal, las drogas se convierten en el paraíso artificial a través del cual pueden escapar de la sociedad. Falso escape que solo les producirá nuevos y más complejos problemas en los adolescentes (Abreu & Solvey, 2006).

Según Velasco (2001), estos son los mitos y realidades de las drogas.

- Mito: Quien consume drogas puede dejar de hacerlo cuando quiera.
- Realidad: Quien ya es adicto, sólo puede abandonar la droga con ayuda de un programa de recuperación y con la asistencia de un experto.
- Mito: Se necesita consumir drogas por mucho tiempo para que empiecen a hacer daño.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

- Realidad: Existen riesgos, a veces graves, desde la primera vez que se consume una droga adictiva (ataque cardiaco, convulsiones, pánico, etc..).
- Mito: Si se compra droga a los vendedores o dealers conocidos, se asegura su pureza.
- Realidad: Como las drogas adictivas no médicas son ilegales (salvo las bebidas alcohólicas o el tabaco), nadie puede asegurar su pureza.
- Mito: Los adolescentes son demasiado jóvenes como para volverse adictos.
- Realidad: La adicción o farmacodependencia puede desarrollar a cualquiera edad. Incluso un recién nacido puede padecer si su madre es adicta y consumió drogas durante su embarazo.
- Mito: Una mujer embarazada protege a su hijo de las drogas con su propio cuerpo.
- Realidad: Las sustancias adictivas afectan al feto tanto o más que a la madre. El niño puede nacer antes de tiempo, morir o sufrir daños físicos y mentales.
- Mito: El tabaco masticado o aspirado no hace daño.
- Realidad: En ambas formas de consumo existen riesgos importantes, como cáncer de la boca y los bronquios, hipertensión arterial, problemas dentales, pérdida del gusto y del olfato.
- Mito: La cocaína es adictiva solo si se inyecta
- Realidad: La cocaína produce adicción muy rápidamente, no importa la vía de consumo: aspirada, fumada como crack o inyectada.
- Mito: Con café “cargado” se baja la borrachera.
- Realidad: Una vez que el alcohol ya está circulando en la sangre, solo el tiempo podrá eliminarlo.
- Mito: Cuando pasa el efecto y se recupera la normalidad, toda la droga ya ha sido eliminada del cuerpo.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

- Realidad: Las drogas se eliminan lentamente. La cocaína puede encontrarse en el cuerpo una semana después de consumir una sola dosis, y la marihuana hasta treinta días después.
- Mito: Los efectos de la marihuana desaparece en unas horas.
- Realidad: Los trastornos de la memoria, de la concentración, la descoordinación y la falta de reflejos, entre otros, pueden permanecer hasta por tres días después de una sesión de consumo de marihuana fumada.
- Mito: La inhalación de tiner o de cementos produce efectos tan rápidamente que no da tiempo de que dañe el organismo.
- Realidad: Los inhalables se introducen en la sangre en segundos y circulan por todo el cuerpo, pudiendo provocar ataques del corazón o muerte por sofocación, pues reemplazan al oxígeno de los pulmones.
- Mito: La marihuana hace menos daño que el tabaco.
- Realidad: La marihuana tiene más sustancias que provocan cáncer que el tabaco, y produce también bronquitis crónica. Además, hay efectos negativos a largo plazo.
- Mito: Se puede saber y sentir si la marihuana ha sido adulterada con otras sustancias.
- Realidad: Se puede agregar peligrosas sustancias químicas a la marihuana sin que el consumidor se dé cuenta.
- Mito: Las drogas alivian el estrés y ayudan a soportar los problemas.
- Realidad: Ciertas sustancias pueden hacer que los problemas se olviden durante su efecto. Pero cuando este desaparece, los problemas continúan ahí, probablemente aumentados.
- Mito: Los esteroides que usan algunos atletas no son dañinos. Los médicos los recetan para las alergias y otras enfermedades.
- Realidad: Hay diferentes tipos de esteroides. Los que se usan para el salpullido y las alergias no son los mismos que se utilizan para hacer crecer los músculos.



2.13. Drogas y auto-atención.

Antes de hablar de la prevención de aquellos aspectos conflictivos, desde el punto de vista social y sanitario, relacionados con los usos de drogas, deberemos precisar brevemente qué entendemos por esta cuestión, es decir, por uso de drogas: se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. Como ya se planteaba hace unos años para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos dissociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo. Esto es así porque una cosa es el laboratorio y otra distinta son las condiciones, materiales y simbólicas, en las que los sujetos, en su vida cotidiana, consumen el producto-droga. Son variadas las personas que las consumen por su estructura físico-psíquica, los grupos en los que viven, que dan un sentido u otro (pautado culturalmente) al hecho de consumirla y, por lo tanto, a la utilidad social que se atribuye a la droga, en fin, las expectativas culturales con que se consumen, las condiciones sociales en que se hace, las formas de obtener el producto, las dosificaciones que cada cual consume, las técnicas de uso y la calidad del producto obtenido, además de las circunstancias concretas en las que se hace y otros aspectos menos relevantes. Todo esto modifica sustancialmente los propios efectos de las drogas, tanto subjetivos como objetivos, en lo inmediato y en el mediano o largo plazo. Los usos de drogas, como fenómeno universal que son, se hallan imbricados muchas veces en la auto-atención, un aspecto central dentro de los procesos de salud/enfermedad/atención (Oriol, 2008).

La auto atención en salud se refiere al hecho de que en todo grupo social se dan con cierta frecuencia y continuidad episodios de daños, padecimientos o



enfermedades, y ante esto surge la necesidad del individuo y su entorno inmediato de establecer acciones para resolver estos problemas. En sociedades que no tienen o no tuvieron especialistas ni instituciones específicas, éste era el único medio de atención. En cambio en las sociedades contemporáneas, progresivamente más complejas y globalizadas, la auto-atención deviene el nivel primario de atención entre los microgrupos, previa a la atención primaria institucional. En esta atención primaria existen aspectos preventivos y otros estrictamente asistenciales. Las acciones desplegadas en este nivel son el diagnóstico y la atención, realizados por la propia persona o grupo primario. De ahí en adelante aparecen otros niveles de atención, en algunas sociedades representados por especialistas en la atención en salud aunque no sea a tiempo completo como, por ejemplo, chamanes o curanderos, y en otras, por algunas instituciones específicas destinadas a estos servicios (Oriol, 2008).

2.14. Prevención, participación y culturas locales.

Así pues, la prevención, por lo menos desde el nivel de la auto-atención, ha estado siempre presente en la humanidad. En casi todas las lenguas, de sociedades muy distintas y en el contexto de sus propias cosmovisiones, existe algo parecido a la frase más vale prevenir que curar, esta sabiduría popular que afirma que, efectivamente es mejor abordar los aspectos conflictivos de la vida antes de que se compliquen y se dificulte su tratamiento. En nuestras sociedades industriales, la prevención se forja sobre todo en el campo de la salud pública a partir de finales del siglo XIX. Sus objetivos básicos consisten en mejorar las resistencias de las personas ante condiciones amenazantes para su salud, disminuir la virulencia del agente patógeno y modificar el contexto ambiental, creando barreras entre los factores de riesgo y la población. Esto se enmarca en un discurso sanitarista de la salud pública (Oriol, 2008).



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

2.15. Impacto en el consumo de drogas.

El consumo de drogas es una realidad tan antigua como la humanidad misma y por más cruzadas que se pongan en marcha, y aunque los poderes establecidos declaren sistemáticamente la guerra contra la droga, drogas hubo, drogas hay y drogas habrá, por lo que suele ser como mínimo irreal pensar que los niños y niñas, los chicos y chicas adolescentes no se van a relacionar con ellas. Es irreal pensar que el objetivo central de la posible acción como adultos en el campo de las drogas sea la consecución de un mundo de abstemios. Por lo que es deducible que estas "guerras" no tienen mucho sentido en la promoción de estilos de vida saludables. La pretensión básica ha de ser ayudarles a crecer, a madurar, a llegar a ser ciudadanos en un mundo en el que las drogas están presentes, sin que su consumo (si es que las consumen) reduzca sus condiciones de vida (Sánchez & García, 2008).

2.15.1. Consumo de drogas ilegales.

Diferentes líneas de investigación sugieren que el modelo de consumo de drogas ilegales es diferente del que caracteriza a las drogas legales, de modo que parece esbozar una relación curvilínea entre la edad y el consumo de drogas ilegales. Concretamente, hasta los 14 años, la frecuencia y cantidad de consumo permanece baja. A partir de esa edad aumenta el consumo de las drogas ilegales, hasta un nivel máximo que se alcanza al principio de la edad adulta estableciéndose entre los 18 y los 25 años. Después de esta edad, el consumo decrece significativamente. Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos. Durante la década de los 90, su consumo se incrementó significativamente entre los adolescentes. Sin embargo, actualmente este consumo está empezando a estabilizarse e incluso a decrecer en algunos países. Las disminuciones de las tasas de prevalencia pueden observarse sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Así, los datos del estudio HBSC para el período comprendido entre 2002



y 2006 arrojan una tendencia estable o a la baja en el consumo de drogas entre los escolares de 15 años en la mayoría de los países, sobre todo en Inglaterra (Ramos & Morenos, 2010).

2.16. Estilos de socialización.

La identidad se va configurando durante todo el ciclo vital del individuo, es decir, la construcción identificaria es un proceso permanente que se realiza en condiciones socio históricas particulares, en el espacio de la vida cotidiana, no abstraído de sus pertenencias, sus situaciones, relaciones e influencias, por medio de procesos de producción y reproducción social en los que el sujeto participa, y se va haciendo múltiple, en tanto innumerables elementos del orden social se incorporan como puntos de referencia para el sujeto; como adscripciones idénticas a las que los sujetos se adhieren (Sánchez, Villarreal, Ávila, Vera & Musitu, 2014).

El estilo parental puede definirse como: Una constelación de actitudes hacia el hijo que, consideradas conjuntamente crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres. La mayoría de los primeros estudios acerca de los estilos parentales destacan dos factores que explican la mayor parte de la variabilidad de la conducta disciplinar. Estas dos dimensiones son el apoyo parental y el control parental. A partir de la relación entre estos dos factores: apoyo parental y control parental, se ha llevado a cabo una distinción o tipología de estilos disciplinares para, a partir de ella, poder analizar los antecedentes y consecuentes de las diversas formas de socialización y analizar sus efectos en el auto concepto y la conducta de los hijos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Dichos autores realizan una categorización de los estilos parentales en función de las dimensiones ortogonales de responsabilidad, contingencia del refuerzo parental y exigencia, número y tipo de demandas hechas por los padres dando lugar a cuatro estilos parentales.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

2.16.1. Estilo autoritativo o democrático.

Los padres mantienen un estilo responsivo a las demandas de sus hijos pero, al mismo tiempo, esperan que sus hijos respondan a sus demandas; en otros términos, se caracteriza por la combinación de altos niveles de afecto y de control. Así, por un lado, los padres muestran apoyo, respeto y estimulan la autonomía y la comunicación, mientras que por otro, establecen normas y límites claros (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

2.16.2. Estilo Autoritario.

Los padres se caracterizan por hacer uso de la aserción de poder y el establecimiento de normas rígidas; enfatizan la obediencia a las reglas y el respeto a la autoridad. Los padres autoritarios no permiten a sus hijos hacer demandas ni participar en la toma de decisiones. Finalmente, proporcionan poco afecto y apoyo y es más probable que utilicen el castigo físico. Este estilo se relaciona con la falta de comunicación y con un clima familiar tenso (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

2.16.3. Estilo permisivo.

Los padres son razonablemente responsivos pero evitan regular la conducta de sus hijos. Estos padres imponen pocas reglas a sus hijos, realizan pocas demandas para el comportamiento maduro, evitan la utilización del castigo y tienden a ser tolerantes hacia un amplio rango de conductas, concediendo gran libertad de acción. Suelen ser padres muy sensibles y cariñosos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

2.16.4. Estilo negligente o indiferente.

Los padres tienden a limitar el tiempo que invierten en las tareas parentales y sólo se preocupan de sus propios problemas. Proporcionan poco apoyo y afecto y además establecen escasos límites de conducta a sus hijos. A su vez, el estilo



permisivo se desglosa en otros dos estilos: el democrático indulgente, típico de padres tolerantes, con un bajo nivel de exigencia y la mayoría de las veces cariñosos y afectivos. El segundo estilo es el denominado de rechazo-abandono, propio de padres que destacan por su alto grado de permisividad y tolerancia, aunque se muestran fríos y distantes de sus hijos. Suelen dejar que éstos hagan todo lo que quieren, mostrándose casi ignorantes de lo que hacen sus hijos en la realidad. Tampoco nos debemos olvidar del estilo tradicional, representado por padres anclados en el pasado, donde las madres son cariñosas y los padres autoritarios (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

En niños y adolescentes, la temática de las habilidades sociales es relevante, no sólo por su dimensión relacional, sino por su influencia a otras áreas vitales tales como la escolar, la familiar, entre otras. Está comprobado que aquellos niños y/o adolescentes que muestran dificultades en relacionarse o en la aceptación por sus compañeros del aula, tienden a presentar problemas a largo plazo vinculados con la deserción escolar, los comportamientos violentos y las perturbaciones psicopatológicas en la vida adulta. De estos estilos de educación, el democrático o autoritativo suele ser el más efectivo para promover los logros y la autoestima de los hijos, para favorecer el aprendizaje por parte del joven sobre cómo asumir sus propias responsabilidades, así como para conseguir una mejor relación entre padres e hijos. A su vez, este tipo de disciplina permite que, durante la adolescencia, los padres estén más preparados para proteger a sus hijos de las posibles influencias negativas del entorno. Por el contrario, las prácticas de tipo autoritario y permisivo originan en los adolescentes un uso peor de las estrategias de logro adaptativas, una mayor dependencia y desconfianza hacia sus progenitores, junto a casos de rebeldía manifiesta (Torío, Peña & Rodríguez, 2001).

Los adolescentes de hogares autoritarios puntúan alto en medidas de obediencia, pero bajo en medidas de competencia y de autoestima; se produce una tendencia hacia la introversión y presentan más problemas de interiorización



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

de las normas sociales. Los adolescentes de hogares permisivos confían en sí mismos, pero muestran mayores niveles de consumo de sustancias y agresividad y más problemas de control de impulsos. También tienen más dificultades escolares y se encuentran peor preparados para afrontar frustraciones ya que sólo a través de la experiencia de obstáculos superados puede el adolescente estructurar la confianza en sus propios y recursos y el propio equilibrio psicológico. Finalmente, los adolescentes de hogares negligentes muestran las más bajas puntuaciones en competencia social y las más altas en problemas de comportamiento y agresividad, en comparación con los otros estilos parentales (Moreno et al., 2009).

Cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de drogas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco, y de otras sustancias (Reyes, 2009).

2.17. Dificultades y contradicciones de la intervención.

Fundamentalmente, hay que llevar un especial cuidado para dejar patente cuáles son las reglas del juego, pues los adolescentes son unos "personajes" a los que no se puede leer en clave de problema, de enfermedad, a los que es necesario leer en clave evolutiva, en función de su condición adolescente, esto es, de transición vital. Pero las dificultades en las intervenciones no sólo se derivan de las características que definen a los adolescentes, sino, como ya hemos mencionado, de la percepción que los adultos tienen de ellos, y de su comportamiento, sobre los valores asociados al consumo de drogas en la sociedad española. Según este estudio, el consumo de drogas no se relaciona tanto con la pérdida de valores como con la emergencia y la enfatización de



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

aquellos que nuestra sociedad considera adecuados para el actual sistema social y económico. A la inversa, serán una serie de valores no normalizados y relacionados con el altruismo, la solidaridad con el entorno y la participación política los que se asocian a un consumo de drogas controlado, cuando éste se presenta (Sánchez & García, 2008).

2.18. Reducción del daño y prevención: algunas experiencias.

El absoluto fracaso de las campañas más habituales en el mundo entero hasta muy recientemente, un mundo sin drogas para el 2008, en términos de sus objetivos, debería hacer reflexionar a más de uno sobre la dilapidación de recursos públicos que supone el plantearse objetivos irrealizables y programas preventivos mal formulados. Nos referimos al hecho de que, en relación a los problemas surgidos en torno a ciertos usos de algunas drogas, una gran mayoría de países del mundo, presionados básicamente por los Estados Unidos desde inicios del siglo XX, acabaron firmando el Convenio Único de Estupefacientes de 1961, en Viena, y una serie de convenios internacionales subsiguientes, que configuran la política que denominamos como "prohibicionista". El discurso que emana de esta política considera "droga" solo a algunos de los productos psicoactivos existentes, a los que fiscalizan las agencias internacionales, convirtiendo su comercio y su uso en un delito y a sus usuarios en delincuentes o, en todo caso, en enfermos bajo prescripción penal, cuya única posible salida es la abstención total del consumo de la droga de la que se trate. El objetivo básico de dicha política sería la pretensión de eliminar la droga de la faz de la tierra cosa a la que se le llegó a poner fecha en la Conferencia Especial de Naciones Unidas sobre el tema en 1998, y de proteger la salud pública (Oriol, 2008).

**2.19. Reformulando el contexto educativo: incorporando a todos los agentes sociales en la compleja tarea de prevenir el consumo abusivo de drogas.**

Un marco ideal para la prevención del consumo abusivo de las drogas desde temprana edad sería el ámbito escolar, a través de las "escuelas saludables", y especialmente en el marco de las escuelas promotoras de salud, donde se desarrolla el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, que posibilita el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los escolares, y que favorece buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno, sin olvidar la dotación de conocimientos y recursos para actuar. Sin embargo, que este modelo educativo se implante significa que no podemos olvidar, que las reglas del mundo están cambiando. Es hora de que las reglas de la enseñanza y del trabajo de los docentes varíen con ellas. Dicho de otro modo, implica que el sistema de enseñanza responda a las demandas sociales reales. En todo este proceso no debe hablarse de "droga" de forma aislada, sino del desarrollo y creación de hábitos que puedan facilitar la creación de estilos de vida más acordes con modelos saludables donde el sujeto sea parte totalmente activa. Con la esperanza y el deseo de contribuir a una educación más orientada a facilitar el aprendizaje y la maduración de los alumnos que a la mera adquisición de conocimientos, la Delegación del Gobierno para el (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD] 2005), ofrece a la comunidad escolar una aproximación a la prevención de las drogodependencias, desde la perspectiva de la integración en la Educación para la salud cuyos presupuestos básicos refleja a continuación:

1. Promocionar en sentido amplio la salud de los sujetos, que garantice la creación de hábitos, estilos de vida y recursos orientados al bienestar individual y colectivo. La promoción de la salud no va dirigida en exclusiva a grupos de población que corren un riesgo concreto sino a toda la población, si bien tendrá en cuenta la existencia de determinados individuos que necesitarán de una mayor incidencia en los distintos momentos de la vida.



2. La actitud es crear y construir hábitos y estilos de vida, no sólo con el fin de paliar consecuencias negativas de diferentes problemáticas puntuales. El objetivo que debe estar siempre presente es responsabilizar individual y colectivamente a la población de su desarrollo personal.
3. Los conceptos que se derivan son más positivos, en cuanto que su postura fundamental está basada en un actuar y crear una mayor disposición de decir sí a situaciones que van a provocar un mayor bienestar.
4. El desarrollo exhaustivo de actividades que posibiliten que el sujeto pueda sentirse satisfecho con la utilización de sus propias capacidades y con el uso de todo lo que el entorno le ofrece.
5. Todos serían participantes activos en este proceso de adquisición de hábitos y estilos de vida. No se trata de recibir indicaciones pasivamente - que queda demostrado que de poco sirve-, sino que el propio sujeto y sus colectivos de inserción social son quienes, de forma activa, consiguen cambiar su actitud y las líneas que definen su entorno, en orden a conseguir que las personas estén más satisfechas con su actuación y puedan aproximarse a marcos de desarrollo integral.
6. Es una tarea de promoción de todos en los diferentes ámbitos de actuación. Todos estamos implicados en desarrollarla. La importancia del papel de los profesionales (educadores, sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), es tan relevante como el de la familia, los grupo de iguales y las asociaciones juveniles.
7. Es toda la población quien se promociona de forma responsable. El protagonismo pasa a los grupos que decidan implicarse en la tarea de desarrollar estilos de vida más cercanos al desarrollo de la autoestima, de la reflexión crítica y de la responsabilidad.

**2.20. Terapia breve cognitivo-conductual.**

No quedan demasiado lejos los tiempos en los que el tratamiento de las conductas adictivas se enmarca dentro de un modelo de carácter estrictamente médico. Afortunadamente en los últimos años se ha consolidado un abordaje más lógico y racional de naturaleza biopsicosocial y, se ha asumido por parte de las instituciones y de los distintos profesionales, la importancia fundamental de la terapia psicológica en el tratamiento de la adicción a drogas. No obstante no todos los tratamientos psicológicos han demostrado ser útiles en el ámbito de la adicción a drogas. Los tratamientos con mayor validez empírica en este campo se enmarcan en un abordaje de orientación cognitivo-conductual. La terapia breve cognitivo-conductual, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias (Sánchez, & Tomás, 2002).

2.21. La necesaria normalización de las drogas.

Todo lo planteado hasta aquí necesita de un marco razonable que lo facilite. Si hablamos de la necesidad de la participación para la prevención, debemos hablar también de un marco en el que las representaciones sociales sobre el fenómeno, El intento de imposición de una ideología determinada sobre el conjunto de la sociedad a través de la cuestión de las drogas, sino como la búsqueda de mayores estilos de bienestar para la mayoría de la población, en este caso a través de una gestión de los usos de drogas que disminuyera significativamente su posible conflictividad, personal y social desde las familias campesinas pobres de los países del Sur, último eslabón de la cadena de explotación de unos negocios



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

ilícitos, hasta los adolescentes atrapados en las redes del mercado como única alternativa a un incierto futuro. Ello implica aceptar plenamente la pluralidad sociocultural existente en nuestro mundo para trabajar a partir de ella; pero enfrentamos circunstancias arbitrarias, en las que un consumidor de alcohol está sometido a controles muy distintos cuando lo está a uno de drogas ilegales, que por simple posesión puede ser sometido a prisión. En tal escenario el margen de discusión, y por ende de negociación, así como la credibilidad de muchos discursos, se vuelve muy estrecho (Oriol, 2008).

2.22. Neurociencia de la adicción a drogas.

Muchos estudios han permitido identificar y estudiar diferentes factores enlazados al problema de adicción a drogas. El abuso sexual y el maltrato físico en la infancia figuran como factores fuertemente asociados al uso de drogas por parte de las víctimas durante la adolescencia y/o adultez. Se han identificado correlaciones y diferencias entre edad, etnicidad, nivel socioeconómico, comienzo y continuidad del uso y abuso de alcohol y correlaciones entre sexo, calidad de vida y otros factores socioculturales con la drogadicción. Existe muchísima evidencia sobre este particular. Sin embargo, los hallazgos de la neurociencia en años recientes coinciden con la hipótesis de que la drogadicción, al igual que otras enfermedades, es un problema biopsicosocial. Estudios recientes señalan que no todas las personas que usan y abusan de alguna droga terminan siendo adictos crónicos. Estas diferencias se atribuyen en parte al fenómeno conocido como resiliencia biológica la cual ha comenzado a estudiarse recientemente tanto en humanos como en animales. Por lo tanto, es necesario considerar la interacción entre los genes, el cerebro y el ambiente porque no se trata de un asunto exclusivamente social (Cruz-Bermúdez, 2013).

**2.23. Factores de riesgo y protección.**

La adolescencia se caracteriza por cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social, que provocan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio individual y con la sociedad a la que el adolescente desea incorporarse. La adolescencia es considerada una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de estilos de vida, ya que se asientan algunas tendencias de comportamientos adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de los distintos entornos de influencia (De Freitas, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los estilos de vida como modos de vivir basados en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones de conducta individuales, determinados por factores socioculturales y características personales (OMS, 1969).

Los estilos de vida saludables son el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio. Estos patrones se relacionan con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel biopsicosocial. El estilo de vida de riesgo se entiende como el conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico. Estos comportamientos acarrear consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo (OMS, 1969).

Durante la adolescencia suelen adoptarse comportamientos de riesgo que acarrear consecuencias negativas para la salud de los individuos, como el consumo de drogas. Este consumo resulta especialmente importante en esta etapa vital, donde se adquieren y consolidan los estilos de vida. Tradicionalmente, la adopción de las conductas de riesgo, como el consumo de drogas, se encuentra influenciada por el entorno social más cercano al individuo, la familia y el grupo de pares (Graña & Muñoz, 2000).



Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas. Hay muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el abuso de drogas (López & Rodríguez, 2010).

Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (Robertson, 2004).

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro (López & Rodríguez, 2010).

2.23.1. Factores relacionados con el inicio del consumo de drogas.

De acuerdo a López & Rodríguez (2010), los factores relacionados con el inicio del consumo de drogas en la adolescencia han sido estudiados por numerosos investigadores y desde diversas disciplinas durante los últimos años, estos están clasificados en:

2.23.2. Factores individuales.

Con respecto a la dimensión personal, se ha encontrado que la edad es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas; y la precocidad en el



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

uso de sustancias uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia. Las frecuencias de consumo más altas coinciden, generalmente, con una mayor antigüedad en el inicio del consumo. Según Graña y Muñoz (2000), la probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas se incrementa entre 6^o y 8^o. Existe un considerable aumento del consumo en el período de transición de la enseñanza primaria a la enseñanza secundaria, pudiendo ser ésta una etapa vulnerable para la iniciación. La edad crítica en el inicio del consumo de drogas podemos situar entre los 11-12 y los 15-16 años, aproximadamente, y varía en función de la sustancia. La relación entre los patrones de consumo y la edad se describe en términos de una función curvilínea aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo entre los 18- 24 años y posteriormente desciende.

En cuanto al sexo, en algunas investigaciones se aprecian diferencias en el uso de sustancias (López & Rodríguez, 2010), generalmente los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual. Sin embargo, debemos destacar que estas desigualdades han ido descendiendo a lo largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no es una variable discriminante en el consumo pues las diferencias no alcanzan el nivel de significatividad.

Estos resultados quizás nos estén sugiriendo que los jóvenes cada vez se distinguen menos en sus actitudes, valores y comportamientos según el sexo. Dentro de las variables individuales, los rasgos de personalidad han acaparado la atención de numerosos investigadores. Los estudios sobre la personalidad del toxicómano son muchos y dispares sus resultados; por una parte tenemos aquellos en que no se manifiestan rasgos diferenciales entre los sujetos toxicómanos y los no consumidores, y otros en donde se admite que existe una personalidad prototípica del toxicómano (López & Rodríguez, 2010).

La tendencia a buscar nuevas sensaciones puede interpretarse como una reacción frente a los sentimientos de “ocio y aburrimiento” que experimentan los consumidores; también se ha relacionado con la necesidad real de una mayor



estimulación (derivada de factores biofisiológicos) que caracteriza a estos sujetos (López & Rodríguez, 2010).

2.23.2.1. variables de personalidad vinculadas con el consumo de drogas.

2.23.2.1.1. un alto nivel de inseguridad.

La inseguridad del adolescente conlleva habitualmente una baja autoestima. En la adolescencia es frecuente que surjan dudas acerca de la propia valía. Los cambios producidos durante esta edad pueden inducir a experimentar con drogas para tratar de ser diferente o hacer algo que implique un riesgo (De la Villa, Rodríguez, Ovejero & Sirvent, 2009).

Musitu y Herrero (2003), observan un incremento de la autoestima durante la segunda década de la vida; sin embargo esta mejora parece ir seguida de un declive en la adolescencia temprana, particularmente en las chicas.

2.23.2.1.2. la baja autoestima o autoconcepto.

Ha sido identificado como un precursor del uso de sustancias y del comportamiento delictivo en la adolescencia en algunos estudios. La autoestima sería un factor de protección contra el abuso de drogas, los jóvenes serían más resistentes y menos influenciados por la presión de sus compañeros. (Musitu & Herrero, 2003).

2.23.2.1.3. rebeldía.

Un factor que sobresale consistentemente como precursor del consumo de drogas es una predisposición hacia la rebelión, independencia y no conformidad. Un comportamiento rebelde suele estar vinculado con el uso más frecuente de sustancias ilegales. Baja tolerancia a la frustración. En algunos casos, los usuarios de drogas han pasado por una situación vital estresante incontrolable, lo que



desencadena una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente por parte de la persona, así como del sentido de la propia existencia y le conduce al consumo abusivo de drogas que sería una estrategia de afrontamiento y a la que se recurriría cuando otras estrategias fracasan (Robertson, 2004).

En otras ocasiones son personas caprichosas que no toleran la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera. Los rasgos depresivos de la adolescencia se agudizaron en este grupo de jóvenes que experimentan una “crisis de identidad” más intensa y conflictiva. En este grupo se incluye conocimientos, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el comportamiento en cuestión (De la Villa, et al., 2009).

2.23.2.1.4. conocimientos.

Las investigaciones parecen coincidir en que las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen la adicción. Sin embargo, no debemos olvidar que los conocimientos sobre los daños ocasionados por las drogas jugaron un papel poco significativo en el adolescente, si posee un bajo autoconcepto y siente la necesidad de usar drogas para realzar su posición en el grupo. En la adolescencia, a pesar de las advertencias de padres, profesores y profesionales de la salud, tiende a ignorarse las consecuencias adversas relacionadas con el uso de sustancias y a sobreestimar las capacidades para hacer frente a la destrucción personal que conlleva el uso de drogas. Con frecuencia, los jóvenes creen que pueden controlar dicho comportamiento y abandonarlo en el momento que lo deseen (Robertson, 2004).

2.23.2.1.5. creencias.

Las creencias se van conformando a lo largo de todo el ciclo vital y se verán influidas por las características de la fuente de información, la naturaleza de la comunicación y las características del receptor. La conducta de los individuos está



regulada, al menos en gran parte, por su sistema de creencias y valores. Actitudes. Aunque diversas investigaciones experimentales sobre la relación entre la actitud y la conducta no muestran una correspondencia biunívoca entre las actitudes expresadas y el comportamiento posterior, sí cabe afirmar que existe un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y su consumo ya que es posible encontrar correlaciones entre unas y otras (De Freitas, 2004).

De acuerdo al autor De la Villa et al. (2009), las actitudes que representan la evaluación global de la acción por parte del individuo y las normas subjetivas que representan la percepción de las expectativas de otras personas, importantes para el individuo, en relación con esa conducta en concreto- son los principales predictores de las intenciones comportamentales, que a su vez son las responsables de que se produzca o no una conducta. Los autores señalan que si se desea cambiar una conducta es necesario influir en las intenciones, lo que exige a su vez, intervenir y cambiar las actitudes hacia la conducta y, la norma subjetiva.

2.23.2.1.6. expectativas.

Existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias (Roberston, 2004).

En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo. Y por último, dentro de este apartado nos referiremos a los factores comportamentales, que representan el grado de implicación en diversos problemas conductuales así como en conductas desaprobadas socialmente. Para algunos autores, el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece (Moral et al., 2009).

De acuerdo a De Freitas et al. (1990) señalan que la involucración del individuo en otro tipo de conductas desviadas distintas a las relacionadas con el



consumo es otro factor de riesgo al que no se le ha prestado demasiada atención. Las conductas problemáticas a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud, es más frecuente que los consumidores de drogas estén implicados en actividades delictivas que los no consumidores. Por otra parte, el uso de una droga es un buen predictor del uso de cualquiera de las otras.

2.23.3. Factores sociales.

2.23.3.1. nivel micro social.

2.23.3.1.1. influencias parentales.

La familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar elicitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (Pons, 1998).

Según Moreno et al. (2009), existen diferencias desde el punto de vista evolutivo que influyen en la iniciación del consumo de drogas. Los padres tienen mayor influencia en la niñez y en los adolescentes más jóvenes, ésta disminuirá progresivamente conforme aumenta la edad.

En las primeras fases de consumo, el comportamiento de los padres es crítico, y de su actuación va a depender que el adolescente se inicie en el consumo de cerveza, vino, experimentando cada vez con bebidas de más alta graduación. En fases posteriores a la iniciación, la calidad de las relaciones padre hijo cobra importancia, si los vínculos son estrechos el consumo se frenará, de lo contrario evolucionará a formas más graves de abuso (Fías, 2003).

El modelo directo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, actitudes de sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, prácticas educativas inadecuadas caracterizadas por una excesiva permisividad o dureza, incomunicación y tensión, se encuentran relacionados con un mayor consumo de drogas (Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez & Martín, 2004).



2.23.3.1.2. influencias de los hermanos.

La presencia de hermanos mayores es un claro factor de riesgo (Pons, 1998). Las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más pequeños; a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo; juegan un papel importante en la elección de los compañeros de sus hermanos pequeños; también pueden actuar como una fuente de su ministro de drogas. Los hermanos podrían considerarse como un subgrupo especial de compañeros, cuya influencia sería menor que la de los propios compañeros pero mayor que la de los padres.

Influencias de los compañeros amigos.

Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo del adolescente; este hecho ha sido demostrado repetidamente al observar la similitud del comportamiento entre los miembros de un grupo o pandilla. La mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo. Por ello tratarán de desarrollar las actividades valoradas por sus compañeros, sean éstas admitidas socialmente o no. Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en el adolescente (Reyes, 2009).

Existe una relación altamente significativa entre la interacción del adolescente con amigos consumidores y su propio consumo. Se ha demostrado que un adolescente que consume drogas es más probable que tenga amigos consumidores que un no consumidor. También existe una fuerte interrelación entre la percepción del consumo de los amigos y el consumo propio. Cuando se producen cambios en dichas percepciones también se producen variaciones en el consumo (Reyes, 2009).

El proceso mediante el que los adolescentes son influidos por sus iguales incluye diferentes mecanismos: el modelado o aprendizaje social parece ser el más importante; destaca también el refuerzo selectivo de ciertas conductas del



individuo por parte de sus compañeros. Es probable que los adolescentes manifiesten un comportamiento acorde a las normas establecidas y expresadas por el grupo, el grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece a él debe adaptarse a ellas. El aceptar y poner en práctica sugerencias de amigos podría actuar de forma indirecta en el comportamiento del adolescente afectando la formación de sus propias actitudes y preferencias. Por otra parte, la reciprocidad es el corazón de la amistad e implica unas normas, los participantes del grupo deben colaborar entre sí. Las drogas pueden transformarse en un símbolo del grupo (Rodrigo et al., 2004).

Las relaciones amistosas implicarán unos determinados comportamientos que serán vistos como elecciones personales en vez de como una influencia social, por tanto, la influencia de los compañeros se hace más sutil y difícil de definir. Factores Escolares. Las variables escolares que se relacionan de forma más significativa con el consumo de drogas son: las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo escolar y una peor ejecución académica (Reyes, 2009).

Todos estos factores también inciden en el fracaso escolar. En algunas ocasiones, cuando el adolescente no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, por unas causas u otras, aumenta la probabilidad de que presente conductas problemáticas en el aula. Esta desadaptación podría inducirle a unirse con compañeros no convencionales. Se ha detectado que en algunas escuelas las tasas de comportamientos desviados son más bajas; estas escuelas procuran que las clases sean relevantes e interesantes para los alumnos; a los estudiantes se le reconocen sus avances; las relaciones entre los alumnos y profesores son satisfactorias. Todo ello mejora el rendimiento académico, acrecienta la autoestima y mejora el control de los alumnos sobre sí mismos. El clima escolar influye notablemente sobre el logro académico y el comportamiento del escolar. La escuela puede ser vivida como la primera experiencia de fracaso



social generando un proceso de ruptura con el mundo de los adultos y compañeros, llevando al joven a buscar su autoestima y satisfacción en otros ambientes y muchas veces en la calle (Moreno, 2009).

2.23.3.2. nivel macro social.

2.23.3.2.1. influencia de los medios de comunicación.

Los medios de comunicación juegan un importante papel en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información. Una revisión de nuestros “más media” podría sugerir que potencian el consumo de drogas; si se observan los mensajes enviados podrá advertirse que rara vez predomina una información objetiva (Del Olmo, 1997).

Es curioso que dos productos, tabaco y alcohol, altamente nocivos para nuestro bienestar se nos intenten presentar siempre con imágenes y mensajes sugestivos de salud, seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual. Muchos eslóganes publicitarios sugieren representaciones ideales, nostalgias e ídolos de los jóvenes y con ello estimulan los deseos en la dirección deseada (Del Olmo, 1997).

Es natural que los supuestos y esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud, así como por otros organismos y entidades, para promover una estrategia de salud para todos, queden diluidos en todo este alud de potencia financiera, económica y de manipulación. Los adolescentes son el primer objetivo del mercado para la industria del tabaco, pues muchos fumadores están muriendo a causa de su hábito y un creciente número de ellos se están esforzando por dejarlo; por tanto, es necesario mantener el número de fumadores a fin de conservar los beneficios de la industria; de ahí que se utilicen atractivas y persuasivas imágenes que sirven para minar la credibilidad de las campañas de educación contra el tabaco. Por otra parte los continuos anuncios publicitarios de



medicamentos pueden formar la creencia errónea, tanto en niños como adolescentes, de que es imposible funcionar en nuestra sociedad sin la ayuda de algún fármaco y que todos los problemas se resuelven consumiendo algún medicamento (Del Olmo, 1997).

Por lo que respecta a la influencia de los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales, es muy difícil de establecer, pues existe una falta de control sobre la exposición a dichos mensajes, por lo que sería necesario una situación experimental donde se controlase la cantidad e intensidad de dichos mensajes y la forma en que repercute sobre el individuo (Del Olmo, 1997).

2.24. Antecedentes.

Las adicciones y el consumo abusivo de drogas legales e ilegales constituyen un problema significativo de las sociedades contemporáneas. Las consecuencias fatales para las poblaciones son comparadas con el daño que provocan las enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Las drogas afectan a más de 190 millones de personas en el mundo y provocan más del 50 % de la delincuencia mundial. Una tendencia creciente entre los adolescentes de diferentes latitudes es la incorporación, a sus hábitos de consumo, de sustancias psicoactivas con fines recreativos o como mecanismo de evasión de la realidad. En diferentes investigaciones se constata que el uso de inhalantes y drogas ilegales como cocaína, estimulantes y alucinógenos está aumentando en dicha población (Serrano, Rodríguez & Louro 2011).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) estima que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta a nivel mundial, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010, mientras que en México en 2008 el índice para la población de 12 a 65 años, en el año previo al levantamiento de los datos fue de 1.6%, lo que ubica a México en el contexto internacional como uno de los países con bajo nivel de consumo, pero que, a su vez, reporta incremento del problema si se analizan las tendencias nacionales más recientes. En cuanto a la



mariguana, su consumo se ha incrementado y sigue siendo la principal droga de consumo, aunque proporcionalmente no fue la que más aumentó en este mismo periodo. Mientras que los inhalables han tenido el crecimiento más pronunciado en la zona del Bajío del país, especialmente entre la población escolar de secundaria y bachillerato; esta tendencia fue encontrada en las encuestas de hogares con un aumento tanto en los hombres como en las mujeres (Villatoro, et al, 2012).

El consumo de drogas ilegales en adolescentes es un problema social y de salud pública que afecta gravemente a la mayoría de las naciones del mundo y México no es la excepción; basta con observar los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones, en donde se constató que el consumo de drogas ilegales en México se duplicó en la década pasada, al pasar de 0.8 a 1.5 por ciento entre personas de 12 a 65 años de edad. Entre los chicos la prevalencia es de 2.6 por ciento a escala nacional y en las zonas urbanas de 2.9; respecto de las chicas, el 0.9 por ciento utilizó alguna sustancia ilegal en 2011. Pudiera parecer mínimo, pero no lo es, puesto que es el resultado de una tendencia creciente que representa más del triple de la incidencia encontrada en 2002, año en que era del 0.2 por ciento. Pero lo más preocupante fue que la disponibilidad de la droga para los adolescentes y jóvenes de entre 12 a 25 años de edad, era del 43 por ciento, lo cual, como es bien sabido, la disponibilidad y, en este caso, el fácil acceso a las drogas es un factor de riesgo. En este país, como dato positivo se ha constatado que las prevalencias en el consumo de drogas ilegales, que habían sufrido un continuo incremento desde 2002, se han mantenido estables entre 2008 y 2011. En general, en la población adolescente comprendida entre los 12 y los 17 años en el estado de Nuevo León, México, el consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales, es de 9.4%, algo mayor en los chicos (10.5%) que en las chicas (8.4%) (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Ávila, Vera & Musitu, 2014).

En el 2009 la prevalencia anual de consumo de marihuana en escolares de 11 a 19 años era de 1.9%, 0.9% en el caso de cocaína, 0.7% para pasta básica de cocaína (PBC) y 0.6% para éxtasis. Entre los consumidores de marihuana,



cocaína, PBC y éxtasis, el 31%, 32%, 35% y 43% respectivamente, lo hacía de manera habitual. Estos datos son similares a los de otras poblaciones como por ejemplo a la del ámbito mejicano, donde el consumo de marihuana y cocaína, así como la progresión del consumo son similares a la del contexto peruano (Saravia, Gutiérrez & Frech, 2014).

De acuerdo con el Informe Mundial de Drogas 2012, el incremento en el número total de consumidores en países en desarrollo como México, tiene varias explicaciones, una de ellas apunta hacia el mayor crecimiento demográfico, especialmente de su población joven y a la rápida tasa de urbanización. Otro elemento que se suma a este panorama, es el cierre de la brecha de consumo entre hombres y mujeres en estas regiones, como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales y de una mayor igualdad de género (Villatoro, et al, 2012).

El consumo de drogas tiene una prevalencia en las sociedades que no ha disminuido de forma significativa en los últimos años. Continúa siendo una causa frecuente de consulta médica, tanto por sus efectos crónicos como por sus efectos agudos. Entre los sistemas que pueden resultar más afectados por algunas de estas sustancias se encuentra el sistema cardiovascular, y entre las drogas que con mayor frecuencia presentan este perfil cardiotóxico, la cocaína y los derivados anfetaminicos ocupan una posición destacada (Miro, 2009).

Desde que a finales de los años 60 el consumo de drogas ilegales experimentara un sensible incremento en diversos países industrializados, distintos enfoques y estrategias dirigidos a la modificación de la demanda de drogas, comenzaron a generalizarse en algunos de estos países. En general dichas iniciativas nacieron impulsadas por la alarma social que los nuevos consumos generaban y se articularon más bien sobre la base de planteamientos ideológicos o intuitivos que a partir de alguna evidencia sobre adecuación y efectividad. Nuestro país no queda al margen de esta realidad. Durante los años 70, la creciente preocupación social por el tema de las drogodependencias, lleva a



la eclosión espontánea de intervenciones aisladas, puntuales y en su mayor parte individuales, que pretendían aportar soluciones mecanicistas al problema de las drogodependencias, al considerarlo como una realidad descontextualizada y negativa en sí misma y como tal, fácil de modificar (Salvador, 2000).

Villalobos en el 2010, menciona que existen muchas personas han querido ver en el uso de drogas la salida a una serie de situaciones de la vida cotidiana, sin prevenir las consecuencias que su consumo acarrea; sin embargo, se sabe que el uso de algunas drogas no es nada nuevo en la historia y contrariamente a lo que se piensa, no es verdad que el problema del consumo de drogas en los últimos años se ha sumado a los conflictos ya derivados del desarrollo tecnológico y del cambio acelerado en los procesos sociales y culturales, ello en virtud de que , si se analiza desde el punto de vista diacrónico, se verá que existe desde tiempos inmemoriales. Lo cierto es que tanto su incidencia como su prevalencia se han modificado radicalmente.

Al uso o adicción a las drogas se le ha llamado comúnmente drogadicción y en razón de la carga peyorativa que significa señalar a alguien como drogadicto se le conoció después y por un tiempo en términos científicos como farmacodependencia, esto es, dependencia, tanto física como, psicológica, a los fármacos de los cuales se abusa, definición que no consideraba otras sustancias naturales, por ejemplo, que no son precisamente fármacos. Algunas de las sustancias a las que hacemos referencia son los alucinógenos o psicodélicos, de los que sabemos se usan en México y Sudamérica desde hace varios cientos de años por sus propiedades terapéuticas pero, más que nada, en un contexto religioso o ritual. Concretamente, el peyote y los hongos alucinantes se han venido utilizando en México por años y hay inclusive evidencias en algunos petroglifos hallados en la parte norte de nuestro país y en el sur de Estados Unidos (Villalobos, 2010).

Otra sustancia es la conocida científicamente como la *Salvia divinorum* y de manera popular, “la pastora”, que se usa en Oaxaca desde hace tiempo pero que



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

fue reportada apenas en 1962. El frijol rojo o frijol de mezcal utilizado como moneda fue descrito por el explorador Cabeza de Vaca en 1539 y se sabe que, aunque ya es poco usado, fue muy popular entre algunos grupos de indígenas de Estados Unidos a principios de este siglo. El “toloache” y el “ololiuqui” también son sustancias usadas no sólo en México, sino también en países tan lejanos como la India y en la región de Bengala. También existe, sin embargo, toda una serie de sustancias que se han descubierto a través de complicados procesos químicos y que, habiéndose destinado para fines terapéuticos, han caído en el mal uso. Antes de referirnos a ellas, convendría señalar la diferencia que existe entre el uso de las drogas y su abuso, por una parte, y por la otra, en el modo como se ha analizado el problema y cómo debería verse (Villalobos, 2010).

El incremento en el tratamiento por consumo de estas sustancias en los últimos años, viene determinada por el incremento en las sanciones administrativas con relación a la penalización del consumo impulsado desde que gobierna el PP y no por el aumento de los consumos problemáticos de esta sustancia. Es bien sabido que la mayoría de las personas que requieren tratamiento mantienen un consumo normalizado y lo hacen como medida para anular el importe económico que la sanción conlleva frente a una socialista estamos convencidos de que el aumento de la capacidad de la sociedad para la toma de decisiones libres y responsables en materia de drogas nos impulsa a considerar otras medidas bien distintas. Proponemos las medidas preventivas como prioritarias: la prevención del consumo de drogas en los centros escolares es una urgente necesidad desde el amplio contexto de la Educación para la Salud. Las actividades y los programas de prevención en entornos familiares, laborales, deportivos, y en las comunidades locales deben contemplarse como preferentes. Los problemas de consumo en la juventud nos motiva a diseñar desde criterios reales, y siempre contando con los sectores afectados, desde el análisis de sus necesidades. Es necesario que las nuevas políticas de Drogas garanticen, coordinen e incrementen la atención socio-sanitaria de las personas con



problemas relacionados con el consumo, desde una normativa Nacional que garantice unos mínimos en los derechos sociales de los ciudadanos. En este contexto asistencial está cada vez más extendida podemos concluir que existe una relación directamente proporcional entre las actuaciones socio-sanitarias en el marco natural del entorno del paciente y el éxito terapéutico; por ello, señalamos la importancia del papel a jugar por los municipios. Y por otra parte, precisar que la atención individualizada de los casos nos permite obtener una mejora en sus condiciones de vida (Pajín, 2003).

Estos años han evidenciado que con objeto de prevenir los problemas potenciales de salud relacionados con el consumo de sustancias por consumidores, que no buscan por si mismos el contacto con servicios de tratamiento por múltiples causas, no debe ser razón para una demora en la respuesta socio-sanitaria temprana ante estas situaciones (Pajín, 2003).

Los profesionales sanitarios de los servicios de salud, sobre todo los de atención primaria de salud y de servicios de urgencia han de preguntar sistemáticamente por el uso de cocaína o cannabis a todas las personas con cuadros que pudieran estar relacionados con dichas drogas, especialmente a las personas de entre 15 y 54 años con problemas psicopatológicos, cardiocirculatorios o neurológicos agudos. Además, como muchos consumidores no son conscientes de su problema deben mejorar su capacidad para detectar la dependencia (De la Fuente, Brugal, Domingo Salvany, Bravo, Neira León & Barrio, 2006).

Los relativos a la formación del personal docente de Educación Primaria y Secundaria, entre ellos:

- En el 2008, todas las escuelas de formación del profesorado habrán incluido la educación para la salud (EPS) en su currículum formativo.
- En el 2003 se habrá ofertado formación sobre drogodependencias al 60% del profesorado. Esta formación habrá llegado al 100% de los profesores en el 2008.



- En el 2003, al menos el 80% del profesorado de ESO, formado en EPS, habrá abordado el tema del consumo de drogas en sus clases. Un 50% lo hará de forma sistemática (Salvador, 2000).

Los que intentan asegurar la transmisión de una información objetiva y formación adecuada entre los adolescentes y jóvenes:

- En el 2003, el 60% de los escolares habrán recibido formación en EPS en relación al consumo de drogas. Para el 2008, la habrá recibido un 100%.
- Retraso de la edad media de inicio al consumo de alcohol y tabaco, al menos en 6 meses, para el 2003, y al menos en un año para el 2008.
- Reducción en un 20% de los jóvenes bebedores excesivos, para el 2003.
- Disminución en un 10% del consumo juvenil de bebidas alcohólicas durante el fin de semana, para el 2003.

2.25. Modelo explicativo.

Las bases teóricas del aprendizaje, representan gran importancia dentro de la prevención de la del consumo de drogas, ya que, es, a través de ellas que se puede buscar una explicación para la conducta o comportamiento del ser humano ante diferentes estímulos.

No obstante, se han propuesto explicaciones de la conducta humana a partir de distintos paradigmas de aprendizaje en los cuales han participado gran cantidad de autores quienes hicieron lo posible por explicar de manera comprensiva el inicio del consumo de drogas de un individuo.

Los diferentes modelos como el Modelo Social de Peele, el Modelo Evolutivo de Kandel, el Modelo de Reafirmación de los jóvenes de Kim Et Al y las diferentes teorías como las del condicionamiento clásico de Ivan Pavlov, la teoría de la pseudomadurez de Newcomb, la teoría de la socialización primaria de Oetting Et Al y la teoría del Aprendizaje Social de Bandura, representan algunos de los tantos teóricos que han brindado importantes aportes y que hoy en día sirven de fundamentación dentro del trabajo de prevención del consumo de drogas.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Es el Modelo de Estilos de Vida y Factores de Riesgo de Calafat (1992) que retoma ideas no solo psicológicas como los modelos anteriores si no que a través de su programa preventivo “ Tú decides”, se basa de modo importante en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas . El mismo se basa en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan, dado que las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anteriores al contagio con las drogas.

Para Calafat (1992) esos múltiples factores asociados al consumo de drogas los encuadran como factores de riesgo y factores de protección. En la que denominan red de factores de riesgo y protección, consideran la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso de tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo (Becoña, 2007).

2.26. Programas preventivos.

2.26.1. Programa I.- programa de acción específico 2011-2012: prevención y tratamiento de las adicciones.

Para el Gobierno Federal, la prevención y el tratamiento de las adicciones son la clave para lograr avanzar en la vertiente de la reducción de la demanda de drogas y disminuir los problemas de salud, psicosociales y de seguridad pública que ocasiona su uso, abuso y dependencia. Por ello, a través de la Secretaría de Salud se diseñó el Programa de Acción Específico 2011-2012: Prevención y Tratamiento de las Adicciones (PAE), como política pública para expresar la importancia asignada a este problema de salud (Secretaria de salud, [SEP], 2011).

El Programa de Acción Específico 2011-2012: Prevención y Tratamiento de las Adicciones (PAE), es un programa institucional que se deriva del Plan Nacional



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 2011-2012, cuyo diseño e instrumentación corresponde al sector salud. Con base en la reciente creación del Comisionado Nacional contra las Adicciones, y en la reactivación del Consejo Nacional contra las Adicciones, su actualización para el periodo 2011-2012 atiende las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, específicamente en el Título Décimo Primero, artículo 184 bis, que enuncia como facultades del Consejo, entre otras, las de proponer los programas contra las adicciones (Ley General de Salud, 2015).

En este sentido, tanto la Ley General de Salud, como el Reglamento Interior del Consejo Nacional (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2011) señalan que el Consejo Nacional contra las Adicciones es la autoridad administrativa que tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por aquellas adicciones en los que la Ley General de Salud le da competencia (Ley General de Salud, 2015).

Con la presente Actualización 2011-2012 del Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones se atiende y se fortalece el compromiso del Consejo Nacional contra las Adicciones y de su Comisionado Nacional, de proponer tales programas, políticas y estrategias interinstitucionales que se deberán adoptar en materia de prevención y atención de las adicciones en el país (SEP, 2011).

El PAE se basó en estrategias y líneas de acción derivadas de dos ejes de acción del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2012 (PND): Estado de Derecho y Seguridad. Entre los temas de Seguridad Pública, propone fortalecer la cultura de legalidad, restablecer el tejido social, rescatar espacios públicos para el disfrute y la seguridad de los ciudadanos, reforzar la seguridad y la cultura de prevención, a fin de lograr escuelas seguras sin la amenaza de las drogas, priorizando las zonas de mayor índice delictivo. Igualdad de Oportunidades. En el tema de Salud, propone fortalecer las políticas contra las adicciones causadas por el consumo de



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

alcohol, tabaco y drogas, así como promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades y la prevención de adicciones (SEP, 2011).

Este programa tiene como propósito estratégico disminuir en la población de 12 a 17 años de edad, un 10 por ciento de la prevalencia de consumo por primera vez de drogas ilícitas. Asimismo, propuso acciones específicas para: 1) fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios, 2) fortalecer acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas de contenido alcohólico, 3) fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, de prevención y control de enfermedades, así como 4) fortalecer las políticas públicas para la atención de las adicciones.

Otro de sus propósitos es promover la salud de los mexicanos mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención y tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social garantice el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas y médicas fuera de prescripción, así como las enfermedades y problemas asociados; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicie los espacios para la formación de los recursos humanos tanto para la salud como para la investigación (SEP, 2011).

El PAE 2011-2012 definió 6 estrategias, a las que corresponden acciones específicas para incidir tanto en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud, como para brindar tratamiento y lograr la reinserción social, además de dar impulso a proyectos de investigación, privilegiando la coordinación



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

interinstitucional. Plantea la necesidad de acrecentar la estructura y los recursos para su operación (SEP, 2011).

Con la participación activa de los Consejos Estatales de Salud y en coordinación con diversas instancias a nivel federal, estatal y municipal, el PAE 2011-2012 instrumentó una serie de acciones sin precedente, por ejemplo: la creación de la Red de Centros NUEVA VIDA que hoy opera en todo el país; el otorgamiento de consultas para la prevención y el tratamiento de las adicciones; la colaboración con el sector educativo para aplicar pruebas de tamizaje a escolares; la capacitación de docentes de educación básica para la prevención de adicciones en coordinación con el Programa (SEP, 2011).

Objetivos sectoriales específicos establecidos en el PAE 2007-2012:

Realizar acciones de prevención universal en población general con enfoque de género, para prevenir el inicio en el consumo de sustancias adictivas, mediante la realización de jornadas intensivas contra las adicciones, programas preventivos en población preescolar, y campañas en medios masivos para favorecer un ambiente social propicio para el desarrollo de una sociedad resiliente al uso de tabaco, bebidas con alcohol y otras drogas (SEP, 2011).

Desarrollar acciones de prevención selectiva en grupos de riesgo, mediante la aplicación de medidas para disminuir la disponibilidad de tabaco, alcohol o drogas en menores de edad y grupos de jóvenes; capacitación a personal de salud y otros sectores, y promoción de una cultura de uso responsable del alcohol en adultos (SEP, 2011).

Aplicar acciones de prevención con enfoque de género en grupos de experimentadores, consumidores frecuentes y adictos al tabaco, alcohol o drogas, así como brindar tratamiento médico especializado para prevenir oportunamente las complicaciones asociadas al consumo de sustancias adictivas, disminuir el número de recaídas y ampliar las acciones de reinserción social (SEP, 2011).



Ampliar la red de la infraestructura necesaria para el tratamiento de las adicciones, a través de la instalación de Centros NUEVA VIDA en todas las entidades federativas (SEP, 2011).

Favorecer todas las iniciativas en materia de investigación, capacitación, normatividad, coordinación sectorial e institucional, así como respetar y promover la colaboración internacional multilateral, y binacional, tendiente a contribuir con el objetivo general del programa de acción (SEP, 2011).

Centro nacional para la prevención y el control de las adicciones (CENADIC).

Dentro de su planeación tiene como objetivo: Intervenir en 17 mil 500 familias en las que se detecten niños y adolescentes en riesgo de adicciones y ofrecer 500 mil acciones de tratamiento a consumidores iniciales (SEP, 2011).

Capacitar a 9 mil 800 médicos y enfermeras de los Servicios de Urgencias, sobre la atención de cuadros agudos relacionados con el consumo de drogas.

Capacitar a personal de 2 mil unidades de Primer Nivel de Atención en Detección, Consejería y Canalización. Crear un Padrón Nacional de Establecimientos Ambulatorios y Residencial de Tratamiento con modalidad de Ayuda Mutua que cumplan con los criterios mínimos de calidad, que establece la NOM 028- SSA2- 2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Acreditar 226 Centros de Tratamiento Residencial con modalidad de Ayuda Mutua para asegurar el acceso a los recursos del Seguro Popular. Impulsar la profesionalización y certificación de 600 Consejeros en Adicciones en 6 entidades federativas.

Comisión Nacional contra las Adicciones.

Evaluar y dar seguimiento, en conjunto con los miembros titulares del Consejo Nacional contra las Adicciones, a las acciones y compromisos interinstitucionales propuestos en los Programas actualizados contra el Tabaquismo, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, y contra la Farmacodependencia.



Consolidar los grupos interinstitucionales contra el Alcoholismo, e l Tabaquismo y la Farmacodependencia.

Poner en marcha el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Desarrollar lineamientos de comunicación social y educativa en Adicciones.

Apoyar los esfuerzos que se realizan contra las adicciones en las 32 entidades federativas a través de la gestión de los responsables de los Consejos Estatales contra las Adicciones. Promover el establecimiento del modelo de Justicia alternativa para personas con problemas de adicciones.

En este programa se desarrolló un Modelo de Prevención de Adicciones en Escuelas de Educación Básica que integra 5 ejes preventivos (resiliencia, habilidades para la vida, promoción de estilos saludables, formación de ambientes protectores y proyecto de vida), con los contenidos curriculares de cada uno de los niveles de educación básica, de tal modo que es posible para los profesores de cualquier asignatura, elaborar secuencias didácticas y desarrollar actividades preventivas en el salón de clases durante todo el ciclo escolar, en un continuo que, por lo pronto, comprende los 6 grados de educación primaria, y los 3 grados de educación secundaria. El Modelo se sustenta técnicamente con un paquete de materiales elaborados especialmente con este propósito con financiamiento de la Secretaría de Educación Pública a través del Programa Escuela Segura, y se opera gracias a la capacitación de todos los profesores frente a grupo en escuelas de educación secundaria y primaria, tanto públicas como privadas, beneficiando potencialmente, a la gran mayoría de niños y adolescentes de 6 a 15 años, que asisten a la escuela en todo el territorio nacional (SEP, 2011).

2.26.2. Programa II. Prevención familiar del consumo de drogas: el programa familias que funcionan.

El consumo de drogas entre los jóvenes es un problema de carácter tanto social como sanitario al que nos enfrentamos en la actualidad, diversas investigaciones



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

han demostrado que los programas dirigidos a fomentar en los padres una crianza adecuada pueden ser implementados en los colegios para ayudar a mejorar sus habilidades parentales y el comportamiento de sus hijos. Estos programas suelen obtener mejores resultados si tienen una aproximación familiar, es decir, si involucran y entrenan tanto a padres como a hijos, ya que de esta manera se consiguen mayores efectos a largo. Familias que Funcionan es un programa de prevención familiar del consumo de drogas para padres e hijos entre 10 y 14 años, elaborado por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. Se trata de la adaptación española del programa norteamericano (Errasti, et al., 2009).

Familias que Funcionan es un programa de prevención familiar del consumo de drogas, fruto de la adaptación a España del prestigioso programa norteamericano Strengthening Families Program. El programa se aplicó en cuatro Institutos de Enseñanza Secundaria de Asturias con una muestra de 380 alumnos de 1º y 2º. Se presenta en este artículo la evaluación de tal aplicación tras dos años de seguimiento, referidos a su eficacia en la reducción del consumo de drogas entre adolescentes y a sus efectos sobre ciertos factores de riesgo familiares. Los resultados muestran que el programa Familias que Funcionan es eficaz para reducir el incremento en el consumo de drogas adolescente a partir de la asistencia a 7 sesiones, tanto en el seguimiento a un año como a dos años y para reducir algunos de los factores de riesgo familiares (Errasti, et al., 2009).

Los principales factores de riesgo sobre los que interviene el SFP 10-14 son de carácter individual (depresión, desórdenes de la conducta, agresión y aislamiento), familiar (conflicto familiar, castigos excesivos, abuso o abandono del hijo, disciplina ineficaz y malos ejemplos de consumo de drogas dados por los miembros de la familia), escolar (impuntualidad y absentismo) y de relación con los compañeros (influencia negativa de los compañeros y amistades exclusivas con otros consumidores de drogas). Igualmente, los factores de protección que el SFP 10-14 pretende potenciar son de tipo individual (autoestima y habilidades



sociales), familiar (eficacia en la relación paterna, organización familiar, comunicación efectiva, vínculos padres-hijos y manejo del estrés por parte de los padres), escolar (buen rendimiento escolar y vínculos con la escuela), y de relación con los compañeros resistencia a la influencia negativa de los compañeros, desarrollo prosocial de las amistades y comunicación eficaz (Errasti, et al., 2009).

Se elaboró así Familias que Funcionan un programa de prevención universal y selectiva compuesto por siete sesiones principales y cuatro sesiones de mantenimiento. Para llevar a cabo esta adaptación se realizó, en primer lugar, una traducción de los materiales escritos y audiovisuales del programa con el permiso de los autores del programa original y bajo su estrecha supervisión. Posteriormente se adaptó el contenido de algunos ejemplos y actividades a la cultura española siguiendo el criterio de un grupo de jueces expertos (Errasti, et al., 2009).

La muestra inicial estaba compuesta por 380 familias, procedentes de cuatro Institutos de Enseñanza Secundaria públicos de Asturias (España). Los centros estaban localizados en Cudillero, Gijón, Pola de Siero y Oviedo. A las sesiones del programa debían asistir los alumnos acompañados de alguno de sus padres. Dadas las edades a las que va destinado el programa de prevención utilizado, se eligieron los cursos de 1º y 2º de la E.S.O. (12-13 años y 13-14 años, respectivamente). Aspectos ajenos a esta investigación impidieron que se pudiera trabajar con 2º de la E.S.O. en el I.E.S. de Pola de Siero. Las familias asistentes a estos centros escolares poseían un perfil socioeconómico medio-bajo. Como es habitual, la tasa de participación familiar en el programa de prevención fue muy escasa en relación con el total de familias a las que se les ofreció la intervención. Así, del total de 380 familias que fueron convocadas tan sólo 26 acudieron a alguna de las sesiones del programa, lo cual supone un 6,84% de participación respecto de la muestra completa. Y, a su vez, de estas 26 familias participantes, 17 acudieron con la regularidad deseable a las sesiones principales de



mantenimiento, lo cual supone un 65,38% respecto de la muestra asistente (Errasti, et al., 2009).

Instrumentos y variables se evaluó a la muestra total de alumnos en las siguientes variables: Consumo de drogas se realizó mediante los ítems que el Plan Nacional sobre Drogas utiliza para evaluar la historia de consumo de drogas durante el último mes en los estudiantes de secundaria. Consta de diez ítems, cada uno de ellos referido a una sustancia diferente, y pide que el alumno valore cuántos días de los treinta últimos ha consumido cada uno de los diez tipos diferentes de drogas: tabaco, alcohol, tranquilizantes o pastillas para dormir, hachís y marihuana, cocaína, heroína, speed y anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles y éxtasis y otras drogas de diseño. Por otro lado, dado que el programa familias que funcionan pretende intervenir sobre el funcionamiento familiar, se consideró adecuado realizar una evaluación de los principales factores de riesgo familiares asociados al consumo de drogas para conocer el efecto del programa sobre ellos. Factores de riesgo familiares. Se elaboró un cuestionario de factores de riesgo familiares compuesto por cuatro escalas del conjunto de core measures de Centre for substance abuse prevention norteamericano, elaboradas por Arthur, Hawkins, Catalano y Pollar, así como algunos ítems de un cuestionario aplicado en nuestro país con el fin de estimar los factores de riesgo familiares de interés. Ambos instrumentos fueron aplicados en tres ocasiones a los participantes: antes de la aplicación del programa de prevención, al año de seguimiento tras la realización de las sesiones principales del programa, y a los dos años de tal (Errasti, et al., 2009).

Se realizaron análisis de comparación de medias para examinar la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones medias de la escala de consumo de drogas y de las escalas de factores de riesgo familiar aplicadas a los adolescentes de la muestra en función de su asistencia a las sesiones de Familias que Funcionan. Tal comparación se realizó en función de variables de agrupación dicotómicas que fueron creadas a partir de los valores continuos de asistencia al



programa de prevención. Así, tales comparaciones se realizaron según la cantidad de sesiones asistidas por las familias, es decir, desde la asistencia a más de una sesión lo que significaría asistir al menos a dos sesiones hasta la asistencia a más de diez sesiones, que supondría asistir a las once sesiones completas del, incluidas las sesiones de mantenimiento. Asimismo, se realizaron análisis de diferencias de medias ANOVA de un factor para estudiar si existían diferencias significativas previas en los factores de riesgo familiares y de consumo entre los alumnos de los cuatro I.E.S. que participaron en este estudio. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v14.0 (Errasti, et al., 2009).

2.26.3. Programa III. Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en educación secundaria en andalucía.

El análisis y la modificación de los estilos de vida nocivos, así como la promoción de estilos de vida saludables, adquieren una especial relevancia en el periodo de la adolescencia, puesto que se trata de una etapa decisiva en el aprendizaje y consolidación de los comportamientos que conforman los estilos de vida (Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva, & Ramos, 2010).

Estudio Health Behaviour in School- aged Children (HBSC), estudio internacional auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), con una última edición en el 2006. Este programa se realiza cada cuatro años, en él participan 41 países y regiones occidentales (pertenecientes a la Comunidad Europea, Canadá, Estados Unidos y Groenlandia). Este estudio se centra en el análisis de las conductas relacionadas con la salud (alimentación y dieta, actividad física, consumo de sustancias, conducta sexual) y los estilos de vida de los adolescentes de 11 a 15 años (en España el estudio se amplía hasta los 17 años) en relación con sus contextos de desarrollo: familia, iguales, escuela y entorno socioeconómico (Jiménez-Iglesias, 2010).



Al igual que , el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de todos los adolescentes andaluces de secundaria del Estudio HBSC, y, por otro, selecciona a dos grupos de adolescentes escolarizados para examinar y comparar su consumo: un grupo de adolescentes del Estudio HBSC que no había formado parte de ningún programa de prevención de drogodependencias y en cuyos centros educativos no había personal que hubiera recibido formación en estos temas (llamado grupo control del HBSC) y otro grupo que había formado parte del programa de prevención de drogodependencias (Jiménez-Iglesias, 2010).

Este proyecto tiene como objetivos analizar cuantitativa y cualitativamente el grado de aplicación real de programas preventivos, el conocer la valoración de los programas y la eficacia que estos han tenido, analizando el impacto que ha tenido en el personal docente y el alumnado que los hayan utilizado, con el fin de recolectar y canalizar propuestas de mejora de los programas de prevención (Jiménez-Iglesias, 2010).

2.26.4. Programa IV. Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva.

El presente artículo describe los resultados preliminares con el fin de comprar la situación con el estado actual de España. Se seleccionó una serie de programas preventivos que empleaban metodología interactiva, a fin de conocer la eficacia de las intervenciones de este tipo y las variables que determinan dicha eficacia (Espada, Rosa, & Méndez, 2003).

Los participantes fueron (pre)adolescentes con una edad media de 13, años (rango: 11-15). La proporción fue similar para ambos géneros. Los escolares cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o, anteriormente, Educación General Básica (EGB). En ninguno de los programas participaron los padres. La mayoría de programas basaba en la teoría del aprendizaje social. Dos estudios se basaban en el modelo educativo tradicional, y uno en la teoría de la acción razonada. Las sustancias objeto de prevención fueron, en primer lugar, drogas en



general, en segundo lugar, alcohol junto con el tabaco y ambas sustancias específicamente, finalmente, un único estudio sobre drogas de síntesis. La mayoría de los programas se basaron en la teoría del aprendizaje social. Todos ofrecieron información oral, escrita y/o audiovisual sobre las drogas, siendo la combinación oral + escrita la fórmula más empleada. Los programas desarrollaron principalmente contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, y sobre los factores de riesgo. Una minoría trataban también la percepción normativa sobre el consumo (Espada, et al., 2003).

Más de la mitad de los programas incluyeron el entrenamiento en habilidades sociales, en general, y en resistencia a la presión social, en particular. Cerca de la mitad incorporaron como componentes activos el entrenamiento en resolución de problemas y, en menor medida, la toma de una decisión personal sobre el uso de drogas, y el modelado, especialmente activo y en vivo. Los elementos menos comunes fueron la educación emocional centrada en la mejora del auto concepto y la autoestima, relajación y auto instrucciones como habilidades de afrontamiento, compromiso público de no consumo y técnicas operantes como el contrato conductual y el auto refuerzo. El programa preventivo promedio comprendió 9 horas de intervención, distribuidas en 11 sesiones a razón de dos por semana. (Espada, et al., 2003).



3.1. Participantes

La muestra incluyó 54 alumnos de los cuales 27 fueron de grupo control y 27 del grupo de intervención.

Se seleccionaron 2 grupos de 27 alumnos cada uno, del 2do grado de Secundaria con edades comprendidas entre los 13 y 15 años de edad de ambos sexos, en una escuela pública del municipio de Nezahualcóyotl.

3.2. Instrumento

El instrumento que se aplicó fue para detectar oportunamente problemas específicos de los jóvenes que usan/abusan de drogas.

El POSIT en su versión actual (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), fue elaborado por National Institute on Drug Abuse en 1991. El POSIT tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas.

3.2.1. Descripción del instrumento

Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delinuencia. Para los objetivos de este programa sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 19 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no).

3.2.2. Forma de administración

La administración de este cuestionario puede ser de forma individual o de forma grupal. La primera forma de aplicación se utiliza cuando el usuario ya ha sido canalizado al programa, por parte de la escuela en donde se esté implementando



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

el programa de atención o cuando el adolescente acude de forma voluntaria a solicitar el servicio. La segunda forma es utilizada cuando se desea detectar, de un grupo numeroso, a aquellos adolescentes que pudieran presentar indicadores de problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas. En general, la administración grupal se realiza en grupos pertenecientes a escuelas en las que se asiste a dar tratamiento.

3.2.3. Forma de calificación

A partir de una respuesta afirmativa a uno de los 19 reactivos contenidos dentro de este instrumento, se considera necesario que el adolescente ingrese al programa, ya que esto indica la presencia de problemas asociados con el consumo. Dado que la mayoría de los adolescentes tiende a responder afirmativamente a una de las preguntas que se realizan en este cuestionario, se ha establecido un criterio de calificación más estricto que logre identificar a aquellos usuarios que realmente presenten problemas relacionados con el consumo y sean ellos quienes reciban la atención. Para ello, se realizó una selección de los reactivos más importantes. A continuación se presentan los reactivos que son considerados para el ingreso al programa de tratamiento: 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17.

3.2.4. Datos de validez.

La capacidad del instrumento para diferenciar a los adolescentes con y sin problemas fue probada comparando dos muestras: 310 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que se encontraban en tratamiento y/o en dependencias de procuración de justicia con problemas relacionados con el uso de drogas y, una muestra de 1,356 estudiantes de enseñanza media y media superior. El instrumento se probó mediante la comparación de las respuestas de una y otra muestra en cada una de las áreas (t-test) y de cada reactivo por separado (X²),



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

además de la identificación de reactivos sesgados por medio de la correlación reactivo-total al interior de cada área.

3.2.5. Datos de confiabilidad.

Los resultados indicaron que de los 139 reactivos originales, 81 de ellos (58.3%) que integran 7 áreas del POSIT, funcionan de manera satisfactoria para detectar a los adolescentes mexicanos con problemas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional y conducta agresiva/delincuencia. El nombre de la escala de "interés vocacional" se modificó por "interés laboral", ya que los reactivos que quedaron en esta área se relacionaron con actividades de tipo laboral.

Por otra parte, existen tres áreas funcionales (salud física, habilidades sociales, entretenimiento y recreación) que no pueden utilizarse para detectar estos problemas entre los adolescentes mexicanos debido a que quedan con una cantidad muy reducida de reactivos y existe poca consistencia entre ellos con valores alfa menores a 0.50. Futuros estudios deberán incluir nuevos reactivos útiles para el contexto mexicano.

Se sugiere la aplicación del POSIT, no solamente a aquellos adolescentes de quienes se sospecha que están utilizando drogas, sino a todos aquellos que puedan ser captados en diferentes contextos, como las escuelas y los clubes deportivos, con el propósito de identificar posibles problemas en las diferentes áreas de la vida de los adolescentes, independientemente de que estén relacionadas o no con el uso de las drogas. Todo ello con la intención de proporcionar apoyo a la etapa que están pasando: la adolescencia.

3.3. Tipo de estudio

Longitudinal: Es un tipo de estudio observacional que investiga al mismo grupo de gente de manera repetida a lo largo de un período al momento de aplicar los



instrumentos para saber que conocimientos tiene los grupos de trabajo en la intervención de la secundaria este tipo de estudio nos permitirá el seguimiento de los mismos individuos a través del tiempo que se trabajara con ellos que será de una mes, y al termino del de las sesiones aplicar de nuevo el instrumento para saber que conocimientos adquirieron los participantes.

3.4. Diseño de la investigación

Casi-experimental: En el que los sujetos no se asignan al azar, son grupos que ya existen en una escuela y es asignado todo el grupo para que se realice la intervención, no se escogen de manera aleatoria si no que ya están formados antes de la investigación tanto el grupo control como el de intervención.

3.5. Muestra

Se seleccionaron 2 grupos de 27 alumnos cada uno, del 2do grado de Secundaria con edades comprendidas entre los 13 y 15 años de edad de ambos sexos, en una escuela pública del municipio de Nezahualcóyotl.

3.6. Descripción general del programa de intervención.

Este programa tuvo como objetivo desarrollar habilidades sociales para mantener comportamientos saludables en los adolescentes a través de información general y específica sobre las drogas.

El programa estuvo dirigido a adolescentes de educación de nivel medio (secundaria) con un rango de edades de 13 a 15 años de edad.

Este programa consto de 8 sesiones (una diaria) con una duración de 45 minutos cada sesión, incluyó diferentes dinámicas y actividades para que los adolescentes pudieran interactuar y comprender mejor los temas. Se aplicaron a los 2 grupos seleccionados en la que ambos se aplicaron el mismo instrumento de evaluación.



Este programa trata de que los jóvenes valoren su comportamiento y sus expectativas, ya que en ocasiones actúan de manera inconsciente o irracional. Por este motivo este programa estuvo basado en la “teoría de la acción razonada y de enseñanza aprendizaje”.

Expuesto lo anterior este programa les permitió tomar decisiones racionales y responsables para la prevención del consumo de drogas ilícitas.

3.7. Procedimiento.

Se les pidió permiso a las autoridades de la institución (Secundaria Oficial Num. 196) para realizar la intervención, una vez asignado el permiso se nos asignaron los grupos para la intervención para la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Por ser menores de edad se les proporcionó un asentimiento Informado a los adolescentes para informales acerca de las actividades que se realizaron.

En dado caso que los alumnos se negaran a no participar en dicho programa, ellos estarían en todo su derecho de no hacerlo.

La aplicación de los instrumentos se realizó en los salones de clase de los grupos asignados.

Se realizaron 8 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, en la cual se abordaron cada uno de los temas mencionados, se dieron 30 minutos de exposición, 15 minutos de una dinámica para el reforzamiento de lo explicado, los 15 minutos restantes se dieron para la retroalimentación y dudas de los participantes en cada una de las sesiones.

Este programa está diseñado para que lo lleven a cabo por educadores para la Salud (EpS) ya que tienen las habilidades didácticas y pedagógicas para realizar el programa con adolescentes, las cuales son:

- El potencial de aprendizaje y habilidades académicas básicas que contribuyan a la solución sistemática y crítica de problemas.



- Los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de ciencias de la salud, sociales y de la educación.
- Las competencias académicas que le permitan aprender en dimensiones complejas de los entornos laboral, productivo, académico, social, institucional y de la investigación.
- El conocimiento de las prácticas culturales que influyen en el allegamiento de la calidad de vida. La capacidad de incorporar la cultura y prácticas sociales propias de su entorno y de otros ámbitos culturales, en prácticas propias.
- El conocimiento para identificar en la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente los factores propicios para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables.

Se aplicaron las sesiones en un horario de 7:00 a 8:00.

Después de la última se aplicará nuevamente los Instrumentos de evaluación para evaluar el conocimiento adquirido y los avances que se lograron en dicha Intervención.

Posteriormente, 3 meses después se aplicó nuevamente el Instrumento.

Se aplicó el Programa al grupo control, en lista de espera, esto por cuestiones éticas y no dejarlos fuera del programa.

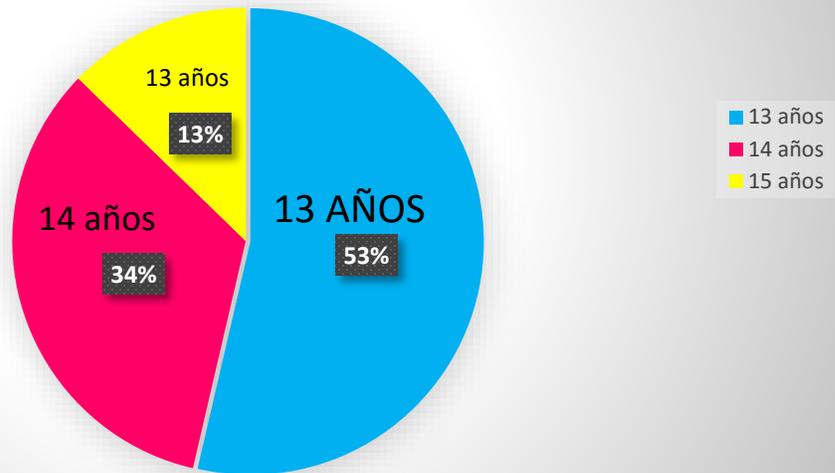
3.8. Plan de análisis de resultados.

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a su captura en la base de datos SPSS versión 21, para obtener el ANOVA de medidas repetidas, calculada con el coeficiente alpha de cronbach.



4.1. Resultados estadísticos descriptivos.

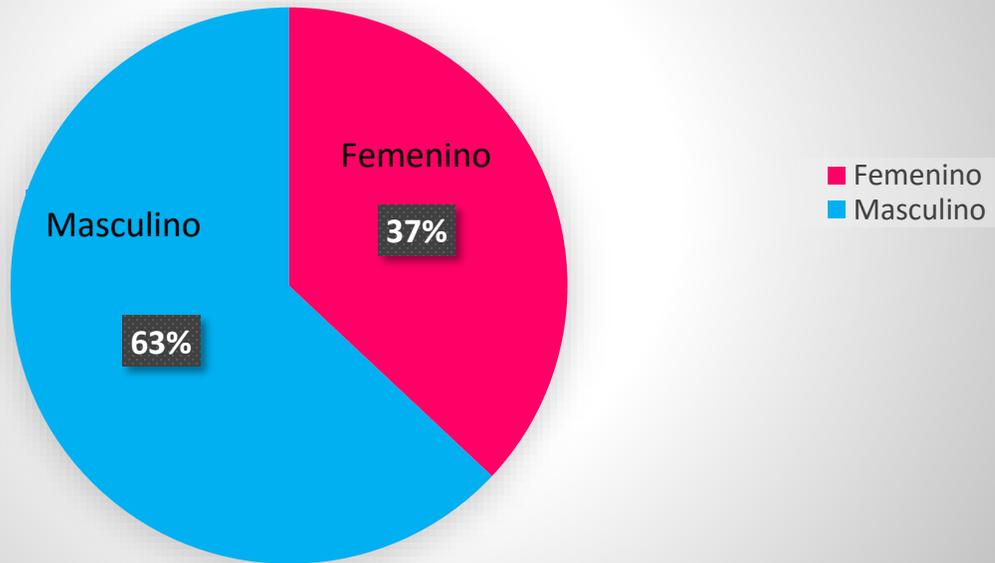
Figura 1. Distribución de la muestra por Edad



En la figura 1 se pudo observar que mayoría de los participantes tiene una edad de 13 años y de acuerdo a las estadísticas investigadas es la edad en la cual existe mayor riesgo en el consumo de drogas, ya que tienen curiosidad los jóvenes para consumirlas.

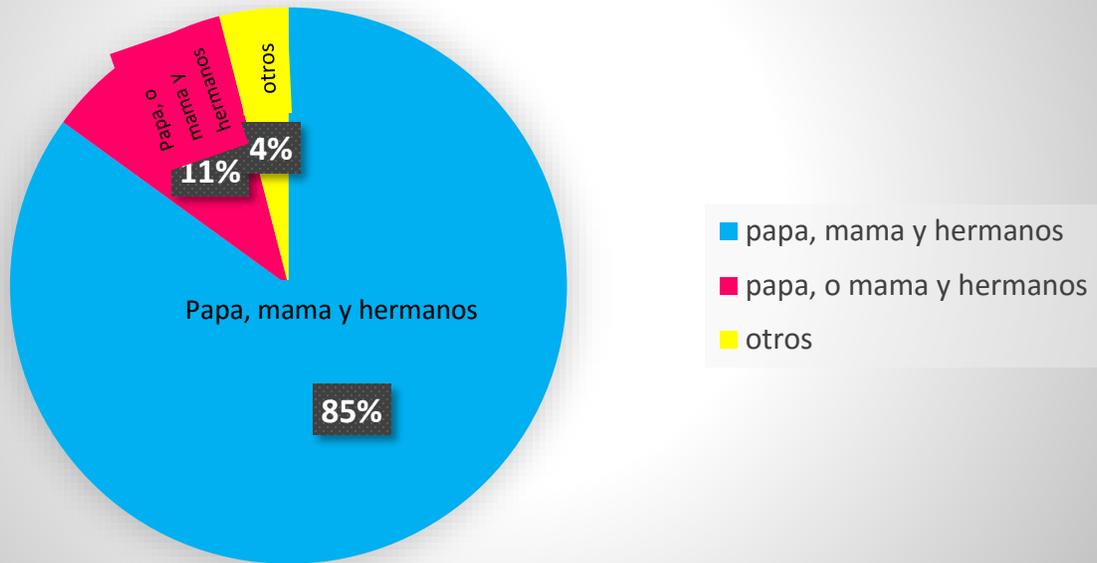


Figura 2. Distribución de la muestra por sexo



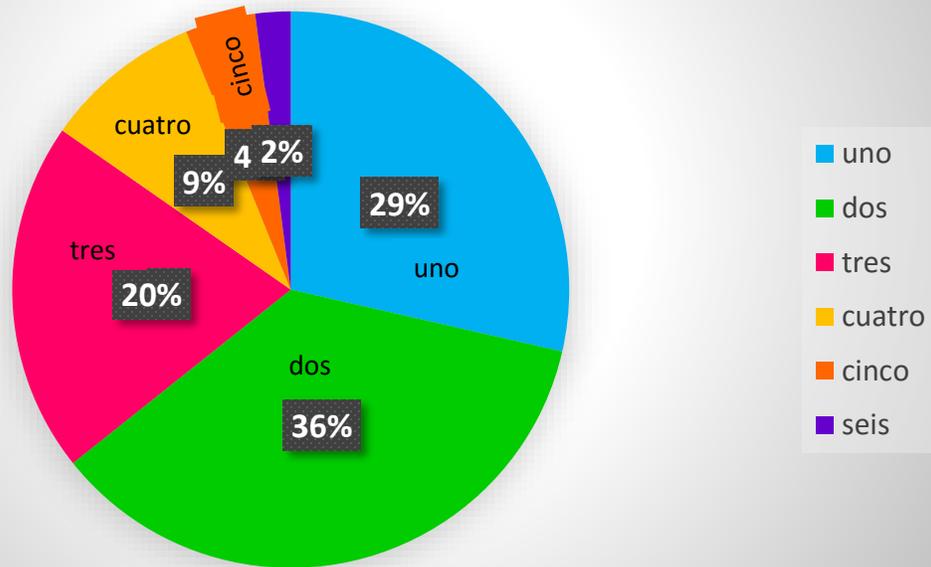
En la figura 2 se pudo observar que existe una prevalencia del sexo masculino. Mas sin en cambio, de acuerdo a las estadísticas investigadas se observa un tendencia a la equiparación de los hábitos de consumo de drogas, es decir, las mujeres actualmente comienzan a adquirir algunas de las conductas de riesgo tradicionalmente consideradas típicamente masculinas, produciéndose un incremento sustancial de los consumos de drogas.

Figura 3. Distribución de la muestra por las personas con quien viven



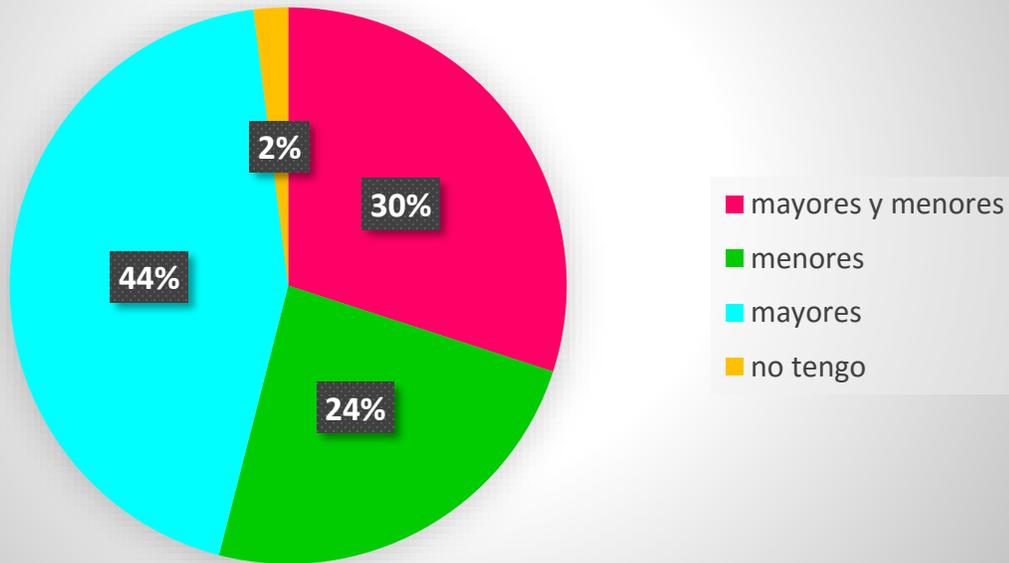
En la figura 3 se pudo observar que la mayoría de los participantes viven con sus padres y hermanos. Influencia importante que juega la familia para la adopción de conductas de riesgo para el adolescente, para su inicio o no del consumo de las drogas.

Figura 4. Distribución de la muestra por cantidad de hermanos



En la figura 5 se pudo observar que mayoría de los participantes tiene dos hermanos, factor importante, ya que los hermanos podrían considerarse como un subgrupo especial de compañeros, cuya influencia sería menor que la de los propios compañeros pero mayor que la de los padres.

Figura 5. Distribución de la muestra por edad de hermanos



En la figura 5 se pudo observar que mayoría de los participantes tiene hermanos mayores a ellos significa un factor de riesgo en el consumo de drogas de los adolescentes participantes, debido a que las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más pequeños; a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo de las drogas.



4.2. Resultados estadísticos inferenciales.

Tabla 1. Medidas desviaciones estándar para la variable p1 en la prueba y la pos prueba del grupo control y con intervención.

Variable	Preprueba	Posprueba	T	P
	M (DE)	M (DE)		
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas bebidas alcohólicas en la escuela?	1.92 (0.26)	1.96 (0.19)	1.00	.33
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1.63 (0.49)	1.85 (0.36)	2.28	.03
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1.96 (0.19)	1.92 (0.26)	.57	.57
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1.89 (0.32)	1.85 (0.36)	.57	.57
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1.96 (0.19)	2.00 (0.00)	1.00	.33
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1.81 (0.39)	1.92 (0.27)	1.80	.08
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1.92 (0.27)	1.92 (0.27)	0.00	1.00
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1.92 (0.27)	1.90 (0.32)	.57	.57
9.-¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1.92 (0.27)	1.92 0.266	.00	1.00
10.- ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	2.00 (0.00)	1.96 (0.19)	1.00	.33
11.- ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1.92 (0.26)	1.92 (0,26)	0.00	1.00



12.- El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1.92 (0.27)	2.00 (0.00)	1.44	.16
13.- ¿El uso del alcohol o de las drogas te producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste o viceversa?	1.98 (0.32)	1.81 (0.39)	1.44	.16
14.- ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1.96 (0.19)	2.00 (0.00)	1.00	.33
15.- ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1.74 (0.44)	1.81 (0.39)	1.00	.33
16 ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1.81 (0.39)	1.92 (0.26)	1.36	.19
17 ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	1.96 (0.19)	1.90 (0.32)	1.44	.16
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1.90 (0.32)	1.92 (0.26)	.57	.57
¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	2.00 (0.00)	1.96 (0.19)	1.00	.33

En la tabla 1 se pudo observar que existió un impacto en base a este tema abordado en la intervención, debido a que la significancia fue mayor a .84, por lo tanto se debe a que el tema fue abordado con precisión y fue muy significativo para los jóvenes. Respecto al grupo control no hubo cambios significativos.

**Análisis y Discusión.**

El presente estudio permitió realizar una evaluación sobre el impacto que tiene un programa para prevenir el consumo de drogas ilegales en los jóvenes.

Un indicador relevante para la intervención, fue que el nivel de aprendizaje y aplicación de los temas tratados, es la valoración sobre lo nuevo. En sentido general, se constata a lo largo del Programa la puesta en práctica de los conocimientos y habilidades enseñados. Las dinámicas sirvieron para evaluar su retención a escala individual y grupal. Las reflexiones sobre el tema, mostraron el alcance de los conocimientos adquiridos. Se evidenciaron en el contenido del discurso expresado. Aunque no todos reflexionaron de la misma forma y en unos se apreciaron más que en otros muestras de un pensamiento crítico sobre las drogas ilegales.

La implicación personal en las actividades hizo que los comentarios, las valoraciones y las reflexiones giraran en torno al tema. Muchos fueron los aportes dados por los adolescentes en los diferentes encuentros, tanto a la manera de fomentar y aplicar las habilidades sociales como a la forma de prevenir la droga directamente con el grupo de amigos o con cualquier persona que la ofreciera.

Aunque todas las actitudes hacia las drogas ilegales eran en contra de ellas, algunos titubeaban a la hora de asumir una postura frente a este problema.

El desarrollo del Programa permitió la adopción de actitudes de rechazo a las drogas y la eliminación de creencias erróneas, lo cual garantiza, en cierta medida, la negación de las mismas.

El diseño participativo de las sesiones permitió que todos se vincularan a las dinámicas, por lo que no fue permitido que ninguno se quedara rezagado, más bien el apoyo mutuo hizo que los menos habilidosos explotaran sus capacidades.

Durante todos los encuentros se observó el vínculo del nuevo conocimiento al viejo ya existente, por lo que la información y las habilidades sociales se enriquecían con el conocimiento y las pautas culturales poseídas por ellos. Fue sin



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

dudas relevante el aporte al desarrollo de las dinámicas y los cambios comportamentales y actitudinales mostrados por los adolescentes.

Se analizaron los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de la pre-prueba, esta se realizó antes de comenzar con la intervención del programa para conocer que tanto conocimiento tenían los adolescentes sobre el consumo de las drogas, factores de riesgo, así también como algunas consecuencias de las mismas. La post-prueba fue para conocer si se obtuvo un impacto en el programa con respecto a los temas antes mencionados y de este modo se realizó la comparación.

Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, la estadística descriptiva permitió obtener frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central que permitieron describir los aspectos sociodemográficos de los participantes, de las variables, factores de riesgo y consumo de drogas.

Al analizar los resultados del instrumento POSIT que se implementó en la pre-prueba y la post-prueba, del grupo control y el grupo intervención arrojados del programa (SPSS), se analizó que existió un impacto en base a este tema abordado en la intervención.

De acuerdo a los resultados arrojados en las medidas de desviación estándar para la variable p1 en la prueba y la pos-prueba del grupo control e intervención_(tabla 1), nos mostró que se tiene dificultades en el entorno escolar por consumir alguna sustancia psicoactiva_, ya que la mayoría de los amigos de los adolescentes, se aburren al no servir bebidas alcohólicas en las fiestas (pregunta 2), induciendo a estos a llevar drogas a las a las mismas como lo indica la pregunta número 6. Observando así una tendencia relevante, ya que es cierto en términos cualitativos si hubo significancia, y al mismo tiempo cumpliendo así con los objetivos número 1 y 2, donde se identificaron los factores de riesgos asociados al consumo de drogas, al igual el conocimiento de los adolescentes para modificar sus conductas y prevenir factores de riesgo a través del programa preventivo realizado por los educadores para salud.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Coincidiendo estos resultados con el autor Fuentes (1990), donde menciona que la influencia social es una fuerza importante que promueve tanto la experimentación del consumo incrementado.

Con respecto a los amigos, Reyes (2009), refiere también que esta influencia contribuye a la propia identidad, ya que es con sus compañeros con quienes mejor se relacionan, quienes mejor se entienden y con quienes se manifiestan tal y como son; sus amigos pueden representar un recurso de seguridad emocional en situaciones novedosas o en momentos de estrés; se emplean como elementos básicos de comparación social y fuentes importantes de aprendizaje de habilidades y competencias.

A pesar de la enorme influencia del contexto familiar, hay que recordar que una carencia emocional dentro de la familia puede hacer que se recurra al grupo de iguales para satisfacer dicha necesidad afectiva, aumentando así la probabilidad de adoptar conductas de riesgo (Moreno et al., 2009). Sin embargo en nuestra implementación de nuestro programa no pudimos trabajar con los padres de familia debido a que la mayoría de ellos ocupan su tiempo en cuestiones laborales, mas sin en cambio nosotros en las sesiones abordamos la influencia que tiene la familia en cuestión de las drogas, esta sesión la brindamos para los alumnos a pesar de que no pudimos trabajar con los padres de familia, la sesión tuvo un gran impacto a pesar de ello y nos arrojó resultados positivos, por medio de las experiencias compartidas por los alumnos.

En cuanto a los objetivos N° 1 y 2, en analizar el conocimiento de los adolescentes para modificar sus conductas y prevenir e identificar factores de riesgo asociados al consumo de drogas, fue satisfactoriamente cumplido, al aplicar el instrumento (POSIT) ya que a través de las respuestas arrojadas por dicho cuestionario, se observaron los factores sociales que influían en los adolescentes para prevenir el consumo de sustancias ilícitas.

En el objetivo N° 3 y 4, en modificar conductas y transmitir información a los jóvenes adolescentes para adoptar una actitud crítica y responsable, para



disminuir su consumo. Se cumplieron satisfactoriamente, gracias a la implementación de las sesiones impartidas, ya que se realizaron diversas estrategias donde los alumnos participaron activamente con las actividades.

Hipótesis: La Implementación de un programa preventivo disminuirá el consumo de sustancias ilícitas en jóvenes. Analizando estudios anteriores se encontró que la mayoría de los programas manejan el tema de prevención en salud, lo que es altamente significativo para un programa de intervención, más sin embargo, la mayoría de los programas están dedicados específicamente a población universal, por ejemplo el programa Prevención y Tratamiento de las Adicciones (PAE) 2011-2012, realiza acciones de prevención universal en población general con enfoque de género mediante la realización de jornadas intensivas y campañas en medios masivos.

El programa “Prevención familiar del consumo de drogas: Familias que funcionan”, no se encontraron resultados positivos, ya que este programa estaba dirigido a padres y adolescentes, en la cual ellos tenían que asistir a las sesiones. De 380 familias que fueron convocadas, tan sólo 26 acudieron a alguna de las sesiones del programa, lo cual supone un 6.84% de participación respecto a su muestra completa. (Errasti, et al., 2009).

Comparando los programas antes mencionados con el del educador para la Salud, este está enfocado a una población más específica, ya que trabaja con un solo grupo de personas y un solo rango de edad. Tiene los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de Ciencias de la Salud, Sociales y de la Educación. Es apto para resolver dudas ante las problemáticas en las que se encuentra la población, implementando actividades de acuerdo a las temáticas abordadas para el reforzamiento de su conocimiento.

Se le da un seguimiento después de un cierto tiempo determinado para saber que tanto se modificaron las conductas de los adolescentes en cuanto a las



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

intervenciones, esto ayuda a conocer los errores cometidos, la manera de corregirlos y las carencias y dificultades encontradas, para buscar una solución.

Los programas realizados por el educador para la Salud pueden modificarse de acuerdo a las necesidades de la población.

De acuerdo a la hipótesis planteada, comparada con otros estudios, el programa del educador para la Salud cumple positivamente con esta hipótesis.



Conclusiones.

El propósito de este trabajo longitudinal fue que los alumnos de la secundaria obtuvieran nuevos conocimientos sobre la prevención del uso y abuso de las drogas y de este modo persuadirlos para lograr un cambio de conducta en sus estilos de vida con respecto a las sesiones brindadas.

El programa se elaboró teniendo en consideración los siguientes aspectos, que han mostrado su importancia en esta área en el desarrollo de programas efectivos que mantienen sus resultados a largo plazo: a) es multidisciplinario; b) tiene en cuenta el difícil período al que se dirige (adolescencia) y sus cambios y c) se entrena a los chicos en habilidades sociales generales y específicas.

Con esta investigación se puede concluir que la etapa de la adolescencia se caracteriza por ser la de mayor riesgo para el inicio del consumo de sustancias, comenzando de los 13 a los 15 años de edad, afectando el ambiente, individual escolar, social y familiar.

En cuanto los objetivos planteados se cumplieron de manera positiva, ya que hubo un impacto en las conductas del adolescente, así mismo nos permitió conocer la situación real de la problemática gracias a la aplicación del Instrumento POSIT, al igual que las sesiones impartidas con bases metodológicas y pedagógicas para cumplir con los objetivos planteados.

De acuerdo a la Hipótesis alterna se cumplió de manera satisfactoria, ya que el programa fue realizado con bases de investigación metodológica, y así poder comprobar de resultados y disminuir el consumo de sustancias ilícitas en jóvenes mediante un programa preventivo.

De este modo, las intervenciones que se aplicaron con el grupo de trabajo, se les explicó a los participantes los riesgos que están expuestos si consumen alguna sustancia ilícita.



La finalidad de que se implemente el programa de intervención basado en la prevención del consumo de drogas, es para reducir la tasa mortalidad y morbilidad en los adolescentes mediante la prevención.

Por ello es importante la planificación de un programa de intervención basado en la prevención del consumo de drogas, ya que de esta manera los adolescentes puedan desarrollar ciertas habilidades y competencias personales que los ayuden adoptar una actitud crítica y responsable sobre la prevención del consumo de las mismas.

De igual manera consideramos pertinente que en futuros trabajos sobre el consumo de drogas, den un enfoque mayor a la prevención en poblaciones específicas, al igual de hacer una investigación más profunda sobre el entorno en el cual se está desarrollando el adolescente, ya que recordemos es un factor de riesgo para el inicio del consumo de las drogas.

Darle más énfasis al comportamiento del adolescente, profundizando fundamentalmente el tema de la autoestima, académica y social, por la importancia del contexto donde se desarrolla el adolescente.

En este orden de ideas, la escuela se ha considerado el espacio preferido para las intervenciones en materia de prevención universal, puesto que garantiza un acceso continuo, y puede llevarse a largo plazo, de grandes poblaciones jóvenes.

Dentro de los límites encontrados, no se trabajó con padres de familia por falta de tiempo de los mismos, el cual se trabajó con alumnos solamente, mas sin en cambio se obtuvieron efectos positivos.

De igual manera, a pesar de las pocas sesiones brindadas se concluyó satisfactoriamente, ya que se tuvo un gran impacto para la culminación de nuestro proyecto.

Analizando resultados de estudios anteriores, se puede decir, que un programa del educador para la salud cumple las expectativas para modificar estilos de vida basados en estrategias didácticas para que los alumnos puedan



aprender y a su vez tomar conciencia acerca sobre el uso indebido de las drogas, lo que la mayoría de los programas no hace, estos programas solo brinda información y no hace pautas para realización de dudas de cada uno de los alumnos, ya que son realizados de manera universal y no están adaptados a las necesidades de la población.

De igual manera podemos concluir que los inicios de este modo de entender las sustancias psicoactivas, la prevención ha sido vista como la mejor manera de controlar este consumo, y que mejor con ayuda de los educadores para la salud para prevenir, adicciones, dependencias y enfermedades relacionadas, esto con ayuda de diversas estrategias para poder facilitar el trabajo.

Analizando el tema de prevención y de acuerdo las últimas estadísticas aplicada en el Estado de México en tema de Adicciones, es importan empezar a trabajar con nivel 5º y 6º año de primaria, con el fin de prevenir el consumo de manera oportuna, ya que en la actualidad es cada vez más la curiosidad de probar y sentir las diferentes sensaciones que provocan las diversas sustancias, saltándose importantes etapas que afectan su salud de manera temprana.

Se propone tener más énfasis a programas preventivos donde se fomente la prevención a grupos específicos, con diagnósticos poblacionales, donde se analicen factores de riesgo, tener un enfoque de evaluación consiste para efectuar un seguimiento por intervalos de tiempo, esta información permitirá medir el cambio logrado, ya que las evaluaciones periódicas pueden asegurar que los programas están cubriendo las necesidades actuales de la población.

No debemos olvidar, que por lo generar como lo constatan diversos autores, los jóvenes abusadores o dependientes de sustancias, también presentan mayores porcentajes de conductas delictivas, homicidios y suicidios, comparados con los que no consumen ninguna sustancia. Por tal motivo, los programas preventivos deben de enfocarse en todas las esferas en que se desarrolla el adolescente (familiar, escolar y social), para reforzar los elementos resilientes que les permita una adopción adecuada.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Los elementos personales familiares y de comunidad, se deben de tomar en cuenta para realizar los programas preventivos para tratar de sensibilizar a los jóvenes que consumen alguna sustancia en cuanto al daño que están recibiendo y las posibles consecuencias, sin olvidar que estos programas también están dirigidos para que los jóvenes que no consumen ninguna sustancia y sigan manteniendo un estado de abstinencia.



REFERENCIA

1. Abreu, M., & Solvey del Rio, M. (2006). Adolescentes por la vida: en la prevención del consumo de drogas. *Ciencias holguin*, 121, 1-17.
2. Alaez, M., Antona, A & Madrid, J. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del psicólogo*, 23, 45-53.
3. Álvarez, N. (2010). ¿Se debe criminalizar el consumo de drogas ilegales? *Cuicuilco*, 17, 31-42.
4. Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.
5. Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
6. Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. México.
7. Calleja, N. (2011). Escalas Psicosociales en México.
8. Caudevilla, F. (2014). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. España. Grupo de intervención en drogas semfyc.
9. Cruz-Bermúdez, N. (2013). Psicología, neurociencia y drogadicción en puerto rico: implicaciones para la investigación interdisciplinaria. *Revista puertorriqueña de psicología*, 24, 1-13.
10. De Freitas, M. (2004). Los adolescentes como agentes de cambio social: algunas reflexiones para los psicólogos sociales comunitarios. *Revista psykhe*, 13, 131-142.
11. De la Fuente, L., Brugal, M., Domingo-Salvany, A., Bravo, M., Neira-León, M. & Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Española de Salud Pública*. 80, 505-520.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

12. De la Villa, M., Javier, F. & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52, 406-415.
13. De la Villa, M., Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: Perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Latinoamericana de psicología*, 41, 533-553.
14. De la Villa, M., Ovejero, A., Sirvent, C & Rodríguez, F. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Psychosocial intervention*, 14, 189-208.
15. De la Villa, M., Rodríguez, F., Ovejero, A & Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21, 207-219.
16. Errasti, J, M., Al-Halabí, S., Secades, R., Fernandez-Hermida, J, R., Carballo, J, L & García-Rodríguez, Olaya. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa familias que funcionan. *Psicothema*, 21, 45-50.
17. Espada, J, P., Rosa, A, I & Mendez, F, X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3, 61-81.
18. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria. (ESTUDES). (2013). Secretaria de Estado de Servicios Sociales e igualdad.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). (2002). Adolescencia: una etapa fundamental. Nueva York.
20. Frías-Armenta, M., López-Escobar, A, E & Díaz-Méndez, S, G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de psicología*, 8, 15-24.
21. Funes, J. (1990). Nosotros los adolescentes y las drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.



22. Gázquez, M., García, J & Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas*, 9, 185-208.
23. Glockner, J. (2011). Drogas y conductas. *Elementos: ciencia y cultura*, 19, 59-64.
24. Gonzales, F., García, M & Gonzales, S. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Piscothema*, 8, 257-267.
25. Graña, J, L & Muñoz-Rivas, M, J (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.
26. Hourmilougué, M (1997). Temática del uso indebido de drogas. República Argentina y el segundo de habla hispana.
27. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, INEE. (2006). Panorama Educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional. México.
28. Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A & Ramos, P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en educación secundaria en andalucía. *Adicciones*, 22, 253-265.
29. Kandel, D. (1975). *Stages in adolescent involvement in drug use. Science*, 190, 912-914.
30. Kumpfer, K. y Turner, Ch. (1991). The Social Ecology Model Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention. *The International Journal of Addictions*, 25, 435-463.
31. Ley general de Salud. (2015). Consejo Nacional Contra las Adicciones. Recuperado el 19 de Febrero de 2016 en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref91_20abr15.pdf



32. López, S & Rodríguez-Arias, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22, 568-573.
33. Martínez-Mantilla, J., Amaya-Naranjo, W., Campillo, H., Rueda-Jaimes, G., Campo-Arias, A. & Díaz-Martínez, L. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Salud Pública*. 9, 215-229.
34. Miro, O. (2009). Cocaína y drogas ilegales cardiotoxicas. *Toxicología*, 26, 20.
35. Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 9, 123-136.
36. Musitu, G & Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 001, 285-306.
37. Organización Mundial de la Salud, OMS. (1969). Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. Serie de informes técnicos.
38. Oriol, A. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4, 301-318.
39. Pajín, L. (2003). Adicciones, drogas y drogodependientes: resolviendo necesidades. *salud y droga*. 3, 109-123.
40. Pons, J & Berjano, E. (2010). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. *Salud Pública*, 1-286.
41. Pons, J. (1998). El modelo familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista de Salud Pública*, 72, 251-266.
42. Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). (1991). National Institute on Drug Abuse.



43. Quintero, J., Yurany, D. & Munévar, F. (2011). La drogadicción y sus lugares en los procesos pedagógicos. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 29, 255-268.
44. Ramos, P & Morenos, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Salud y drogas*, 10, 13-36.
45. Reyes, A. (2009). La escuela secundaria como espacio de construcción de identidades juveniles. *Revista mexicana de investigación educativa*, 14, 147-174.
46. Robertson, E. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. *Instituto Nacional sobre el abuso de drogas*.
47. Rodrigo, M, J., Máiquez, M, L., García, M., Rubio, A., Martínez, A & Martín, J, C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Revista Psicothema*, 16, 203-210.
48. Salvador, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *papeles del psicólogo*, 77, 18-24.
49. Sánchez, A, M & García, A. (2008). Prevención del abuso de drogas y promoción de la salud en los jóvenes. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 14, 117-130.
50. Sánchez, E & Tomás, V. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 83, 49-54.
51. Sánchez-Moreno, L., Ángeles, A., Anaya-Ocampo, R & Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*, 49, 182-193.
52. Sánchez-Sosa, J, C., Villarreal-Gonzaleza, M, E., Ávila, M,E., Vera, A & Musitu, G. (2014). Contexto de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial intervention*, 23, 69-78.



53. Saravia, J., Gutiérrez, C. & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18, 1-7.
54. Secretaria de Salud. (2011). Programa de acción específico: prevención y tratamiento de las Adicciones. Comisión nacional contra las adicciones. México.
55. Serrano, A., Rodríguez, N., & Louro, I. (2011). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Cubana de salud pública*, 37, 130-136.
56. Torío, S., Peña, J & Rodríguez, M, C. (2008). Estilos educativos parentales. *Facultad de ciencias de la educación*, 20, 151-178.
57. Valdés, A, A., Martínez, M & Vales, J. (2010). Percepciones de docentes con respecto a la disciplina en la escuela. *Revista psicología iberoamericana*, 18, 30-37.
58. Valverde, L. & Pochet, J. (2003). *Drogadicción: hijos de la negación*. Revista de Ciencias Sociales, 1, 45-55.
59. Velasco, B. (2001). La drogadicción en México, *indiferencia o prevención*. México.
60. Velasco, R. (2005). La escuela ante las drogas. Gobierno del estado de Veracruz. Hablemos de educación.
61. Velázquez, L, M. (2005). Experiencias estudiantiles con la violencia en la escuela. *Revista mexicana de investigación educativa*, 10, 739-764.
62. Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregoso, D., Gutiérrez, M, & Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud mental*, 35, 447-457.



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México

ANEXOS



POSIT

Nombre: _____ Folio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ N° Lista: _____ Fecha: _____

¿Con quién vives?	
¿Cuántos hermanos tienes?	
Y ¿Qué edad tienen?	
Regularmente ¿qué realizas los fines de semana?	

El propósito de estas preguntas es conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con mayor honestidad. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

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



UAEM

Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Universidad Autónoma
del Estado de México

Licenciatura
en
Educación



MANUAL DE ACTIVIDADES

PROGRAMA PARA PROMOVER



ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN JÓVENES QUE CONSUMEN DROGA.



ÍNDICE

1. Introducción

2.2. Sesiones

- 2.2.1. SESION 1. Presentación del equipo de trabajo.
- 2.2.2. SESION 2. Conociendo más de las drogas
- 2.2.3. SESION 3. Si la consumes te consumen.
- 2.2.4. SESION 4. Aprendiendo a reconocer situaciones de riesgo.
- 2.2.5. SESION 5. Mitos y realidades de las drogas
- 2.2.6. SESION 6. Causas y consecuencias de las drogas
- 2.2.7. SESION 7. Clasificación de las Drogas
- 2.2.8. SESION 8. Comprensión Familiar. Reflexión



1. Introducción

El uso indebido de sustancias, como fenómeno social, es mucho más preocupante por el hecho de que prevalece entre los jóvenes.

El presente manual pretende promover una Educación orientada para la salud, profundizando en la adquisición de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que favorezcan la posibilidad de que el alumnado quiera y pueda utilizar su tiempo libre de manera saludable, para aumentar las posibilidades de alcanzar mayores niveles de bienestar personal y social.

A si también que los jóvenes conozcan acerca del trabajo a realizar, quién es el Educador para la Salud y se vean inmersos en el tema, al igual que se logre una participación activa dentro de las actividades y que logren persuadir al joven, acerca sobre el papel que tiene el Educador para la Salud y la importancia que tiene para poder intervenir en la sociedad.

Este manual consiste en ocho sesiones los cuales explicarán paso a paso lo que realizará el Educador para la Salud hacia los jóvenes de tercero año de secundaria. Se impartirán estrategias didácticas donde el adolescente aprenderá a interactuar divertirse y esto a su vez tomar conciencia acerca sobre el uso indebido de las Drogas.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud.

SESIÓN 1. Presentación del equipo de trabajo.

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 23 / Febrero / 2015.

Hora: 7:00 am.

Tema: Presentación del equipo de trabajo.

Recursos materiales:

1. Recursos propios del aula.
2. Sillas o butacas.
3. Hojas blancas.
4. Marcador negro.
5. Seguros.
6. Tijeras.
7. Colores.
8. Lista de asistencia.

En este manual se inicia con la presentación de los facilitadores para la salud ante el grupo de adolescentes presentes, en el salón de clase de tercer año de secundaria.

Hola buenas tardes jóvenes ¿Cómo están? , Bueno nos presentamos, nosotros somos estudiantes de la licenciatura en Educación para la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl. El nombre de mi compañera es Cedillo Cortes Alejandra y mi nombre es Policarpo Segundo Sergio. Es para nosotros un placer poder trabajar con ustedes espero y la intervención que les brindemos a ustedes sea de su agrado y aprendan mucho, ya que estos temas que les proporcionaremos son muy



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

interesantes ya que hoy en día hay mucha problemática en cuestión de las drogas en los jóvenes adolescentes.

Una vez presentándonos les proporcionaremos a los jóvenes un pedazo de hoja blanca y un seguro, donde le mencionaremos que ellos realizaran un gafete para que así se nos facilite mejor nuestra intervención y tengamos un mejor control del grupo, y así los llamemos por su nombre y no los andemos señalando. Les mencionaremos que ellos realicen su gafete como ellos quieran que usen su creatividad y sus propios recursos, solo que pondrán poner su primer nombre, así como también el educador para la salud les mencionara a los alumnos que ese gafete que ellos realicen los utilizaremos en las ocho sesiones, para que así lo hagan muy bonito y lo conserven a lo largo de las sesiones. Los alumnos permanecerán sentados mientras realizan su gafete y el Educador para la Salud los supervisara.

Posteriormente se dará una breve explicación de todo el programa de intervención sobre la prevención de drogas en los adolescentes y se darán a conocer los nombres de las ocho sesiones, para que los alumnos tengan presente lo que se verá en la realización de las sesiones que consiste el programa.

Buenas tardes jóvenes mi nombre es Sergio y yo les voy a explicar en qué consiste el programa de intervención sobre la prevención de drogas ilegales en los adolescentes, ya que hoy en día se ha incrementado las cifras de los jóvenes que están involucrados en las drogas, es por ello que nos dimos a la tarea de realizar un programa de intervención para jóvenes y así poder disminuir esas cifras.

Bueno el programa de intervención consiste en la prevención de drogas ilegales en los adolescentes, y consta de ocho sesiones las cuales se llaman:

- 1.- Presentación del equipo de trabajo.
(Construyendo mi vida sin drogas).
- 2.- Conociendo más de las drogas.
- 3.- Si la consumes te consumen.



4.- Aprendiendo a reconocer situaciones de riesgo.

5.- Mitos y realidades de las drogas.

6.- Causas y consecuencias de las drogas.

7.- Comprensión Familiar.

8.- Reflexiona.

Finalmente el Educador para la Salud concluye con aclaraciones de dudas por parte de los jóvenes acerca del programa y una vez aclaradas las dudas el Educador para la Salud se despide de manera amable agradeciendo la atención prestada.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud.

SESIÓN 2. Conociendo más de las drogas.

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 24 / Febrero / 2015.

Hora: 7:00 am.

Tema: Conociendo más de las drogas.

Objetivo particular: En esta sesión se pretende que los alumnos conozcan más sobre las drogas de las causas y consecuencias que se tienen al consumirlas y que ellos mismo tomen conciencia sobre los riesgos se tiene al consumirlas ya que son dañinas para la salud.

Objetivo específico: Que los alumnos tomen conciencia de las causas y consecuencias que están expuestos si la consumen.

Materiales:

1. Salón de clase.
2. Butacas.
3. Hojas de cuaderno.
4. Lápiz.
5. Colores.
6. Papel bond.
7. Marcadores.
8. Pintarrón.
9. Gises.
10. Diurex.

Desarrollo: En esta sesión número 2, los estudiantes en Educación para la Salud se presentarán con los alumnos y les darán los buenos días a los jóvenes de una forma respetuosa y agradable.



Hola jóvenes ¿Cómo están? Bueno esta es nuestra segunda sesión la cual se llama “conociendo más de las drogas”.

Pero antes de darle seguimiento a la sesión el Educador para la Salud les pedirá a los jóvenes que se pongan o coloquen en su lado izquierdo de su pecho su gafete para que el educador localice a los jóvenes de una mejor manera y así pueda aprenderse los nombres de los estudiantes.

Antes de empezar con la intervención el Educador para la Salud realizara una dinámica la cual se llama “tracemos nuestra mano” esta nos servirá para romper el hielo y nos ayude para conocernos mejor y podamos crear un ambiente de confianza e incluso ustedes como compañeros se conozcan un poco mejor, de lo que ya se conocen como por ejemplo que es lo que les gusta, que es lo que no les gusta, su música favorita su cantante favorito entre otras cosas.

Jóvenes saquen una hoja de su cuaderno y una pluma y/o lápiz, el educador les pedirá que tracen el contorno de su mano izquierda, una vez trazada su mano el Educador para la Salud les pedirá que no pongan su nombre solo su trazado, posteriormente el educador les pedirá que escriban arriba de su dedo:

1. **Pulgar:** Que es lo que no me gusta de mí.
2. **Índice:** Que es lo que me gusta de mí.
3. **Medio:** Música y cantante preferido.
4. **Anular:** Pasatiempo.
5. **Meñique:** Como me considero.

Una vez terminando lo que se les pidió el educador recogerá las hojas de los jóvenes y al azar escogerá 5 hojas y el educador leerá lo que escribieron en las hojas y les pedirá a los jóvenes que adivinen de quién es esa hoja que el educador para la salud leyó, el compañero o compañera que adivine el educador para la salud le dará una paleta, esto como estrategia para que los alumnos se motiven a participar en las demás actividades.

Una vez terminada la dinámica “tracemos nuestras manos” el Educador para la Salud dará seguimiento a la intervención, el cual el educador expondrá con



papeles rota folio la información sobre la clasificación de las drogas y el proceso de adicción, mientras el educador coloca su material de trabajo, el otro educador les preguntara a los jóvenes cual es el significado de la palabra droga.

Hola jóvenes mi nombre es _____ y yo les expondré la clasificación de las drogas, pero antes de exponerles la clasificación alguien me puede decir ¿Cuál es el significado de la palabra droga?

Bueno la palabra droga Según la OMS, “Es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”.

Droga” es un término que se refiere a un gran número de sustancias que cumplen con las siguientes condiciones:

1. Que introducirlas en el cuerpo humano de sean capaces de alterar una o varias funciones ya sean físicas y psicológicas como:
2. Impulsan a las personas que consuman cada vez más la repetición de la droga, ya que produce efectos placenteros que le generan, independientemente de los daños a la salud.
3. Su consumo es de uso personal, y no es ingerida por alguna indicación médica.

Hasta el momento ¿Tienen alguna duda?.....

Siguiendo con la sesión le expondremos brevemente como se clasifican las drogas.

Bueno las drogas se clasifican en tres formas: (ver tabla 1)

1. La primera es la clasificación por su perfil farmacológico.
2. La segunda es la clasificación por su uso.
3. Y la tercera es la clasificación por sus restricciones.

Existen diferentes criterios para clasificar a las drogas, según los efectos que producen; si son de origen **natural** o **sintético**; si son **legales** o **ilegales**, etc.

Las drogas legales son:

1. Tabaco.



2. Alcohol.

Las drogas ilegales son:

1. Cocaína.
2. Marihuana.
3. Alucinógenos.
4. Inhalables.
5. Heroína etc.

Dentro de la clasificación por su perfil farmacológico se clasifican en tres:

1. Depresores. (Anexo. 2).
2. Estimulantes. (Anexo. 3).
3. Alucinógenos. (Anexo. 4).

Ola chicos hasta al momento ¿Tienen alguna duda?.....

Bueno siguiendo con la sesión yo _____ les expondré el proceso de adicción. Pero antes de exponerles alguien me puede decir ¿Que es para ustedes adicción?

Es el consumo de cualquiera de estas sustancias produce efectos en la salud física y mental, y tras el uso repetido puede producir un estado conocido como la adicción.

El proceso de adicción consta en 4 procesos los cuales son: (ver tabla 5).

1. Abstinencia.
2. Uso.
3. Abuso.
4. Dependencia.

El proceso de adicción, consta de 4 procesos el cual el proceso de **abstinencia** es donde no hay ningún consumo, el proceso de **uso** es donde se percibe la curiosidad, la diversión, amigos que la consumen, y es donde hay una cantidad y frecuencia mínima en el uso de la sustancia, en el proceso de **abuso** existe la búsqueda de efectos, la tolerancia, hay un aumento de cantidad de sustancia y finalmente el proceso de **dependencia**, es donde se manifiesta y la frecuencia del



consumo es muy elevado y al paso del tiempo del consumo el cuerpo te va pidiendo más sustancia.

Posteriormente el Educador para la Salud aclarara sus dudas de los jóvenes estudiantes y se dará seguimiento a la sesión, el educador les mencionara a los alumnos el por qué los jóvenes consumen drogas, para ello les hará esa pregunta, chicos ¿Ustedes saben por qué los jóvenes consumen las drogas?

Los chicos darán sus opiniones y posteriormente el educador para la salud mencionara algunos aspectos por el cual los jóvenes consumen drogas como:

1. Para sentirse adultos.
2. Para integrarse y permanecer a un grupo.
3. Para relajarse o estar más despiertos, y sentirse mejor.
4. Para correr riesgo y rebelarse.
5. Para satisfacer su curiosidad.

Estos son algunos ejemplos por el cual los jóvenes se ven involucrados en las drogas.

Para finalizar la sesión les leeremos a los alumnos algunas frases de reflexión sobre las drogas:

1. El alcohol como otras drogas, no sirve para conseguir lo que andas buscando, y además destruye lo que ya posees.
2. Comprar droga es como comprar un billete para un mudo fantástico, solo que el precio de este billete es la vida. Jim Morrison
3. Las drogas son una pérdida de tiempo. Ellas destruyen tu memoria, respeto y autoestima.
4. La vida es sólo una; no la desperdices en drogas o en cosas que no valgan la pena. Valórala y valórate tú mismo.



5. Cuando te sientas solo, no te refugies en el alcohol o las drogas, refúgiate en la música, ya que es el mejor refugio que podrás encontrar.

6. Cuando te drogas dejas de ser tú mismo. Las drogas no solo crean dependencia psicológica y física, sino que también te hacen perder tu capacidad de razonamiento, causando daños irreparables en el sistema nervioso central.

Finalmente el Educador para la Salud concluye con aclaraciones de dudas que los jóvenes tengan acerca de la sesión y una vez aclaradas las dudas el Educador para la Salud se despide de manera amable agradeciendo la atención prestada.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud.



SESIÓN 3. Si la consumes te consumes

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 25 / Febrero / 2015.

Hora: 7:00 am.

Tema: Si la consumes te consumen.

Objetivo particular: Concientizar a los adolescentes sobre las drogas y ver la relación que tiene con las amistades.

Objetivo específico: Integrar la participación de los alumnos en los temas de las drogas, y disipar información errónea sobre las drogas en los alumnos.

Material:

1. Salón de clases.
2. Butacas.
3. Papel rotafolio de la sesión 2.
4. Bolsa de paletas.
5. Gafete.
6. Papel bon.
7. Marcadores.
8. Hojas de color
9. Tijeras.
10. Plumones.
11. Pizarrón.

Desarrollo:

En esta sesión número 3, los estudiantes en Educación para la Salud se presentaran con los alumnos y les darán los buenos días a los jóvenes de una forma respetuosa y agradable.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Hola jóvenes ¿Cómo están? Bueno esta es nuestra tercera sesión la cual se llama “Si la consumes te consumen”.

Pero antes de darle seguimiento a la sesión el Educador para la Salud les pedirá a los jóvenes que se pongan o coloquen su gafete para que el educador localice a los jóvenes de una mejor manera.

Antes de darle seguimiento a la sesión el Educador para a salud persuadirá a los jóvenes para que estos reflexionen sobre los temas ya vistos y así recordaremos algunos aspectos importantes de la sesión anterior y con algunas paletas motivaremos a los alumnos a que participen y así a la vez recordemos de los temas ya vistos.

Siguiendo con la sesión la cual es si la consumes te consumen, el educador para la salud les pedirá a los jóvenes que permanezcan en su lugar mientras el educador coloca los papeles rota folio, con la información que tiene las drogas en los adolescentes y las relaciones con amigos o amistades.

El Educador para la Salud mencionara que para que exista una buena relación con una amistad deben de tener una buena comunicación, y este debe de ser adecuada y con respeto para así crear una amistad positiva.

Es una relación afectiva entre dos o más personas, es una de las relaciones interpersonales más comunes en el transcurso de la vida de los seres humanos.

El Educador para la Salud les brindara los aspectos muy importantes para poder llevar a cabo una buena relación con sus amistades, y así confiar en ellos y tener una amistad positiva.

Jóvenes para ustedes ¿Que es la amistad?.....

Bueno chicos yo le voy a explicar que es la amistad, es un sentimiento convenido con otra persona, donde se busca confianza, consuelo, amor y respeto. Esto se da en distintas etapas de la vida y en diferentes grados de importancia que dependerán de cada individuo. Las amistades proveen estabilidad durante los momentos difíciles de tensión nerviosa o transición.



Posteriormente el Educador para la Salud brindara información acerca de las amistades tanto positivas como negativas, explicara los aspectos importantes de ambas y realizara una dinámica donde el cual consiste en clasificar algunas frases relacionadas con ambas amistades.

Bueno jóvenes una vez explicando la definición de amistad y los tipos de amistades le brindare diversas frases por lo cual en el pizarrón lo dividiré en dos parte en una parte pondré como título amistades positivas y en la otra parte pondré amistades negativas y con las frases que les otorgué ustedes leerán su frase frente al grupo y por consiguiente le proporcionare un pedazo de dieres y así puedan colocar su frase en donde consideren que es correcta, esta dinámica es individual y ustedes decidirán su compañero o compañera la coloco en el lugar correcto.

Las frases que les brindara el Educador para la Salud son relacionadas con amistades positivas y amistades negativas.

Las frases de amistades positivas son:

1. Te apoya siempre en las buenas y en las malas.
2. Te sientes libre de expresar tus opiniones y sentimientos.
3. Nos acepta como somos.
4. No te juzga.
5. No sólo habla de sus problemas también te escucha y pregunta ¿cómo estás?
6. Un verdadero amigo no se interpone en tu camino a menos que estés hundiéndote.
7. Nunca te pondrá hacer algo que te puede hacer daño.
8. Vivir sin amigos no es vivir.
9. Un verdadero amigo es quien te toma de la mano y te toca el corazón.

Las frases de amistades negativas son:

1. Te hace sentir incómoda con esa persona



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

2. No te sientes en confianza de expresar libremente tus opiniones.
3. No te alienta
4. Se alegra por tus fracasos
5. No pregunta ¿cómo estás?
6. No guarda tus secretos
7. Te juzga y hace sentir mal con sus comentario
8. Te pondrá hacer algo que te cause algún daño.

Finalmente el Educador para la Salud concluye con aclaraciones de dudas que los jóvenes tengan acerca de la sesión y una vez aclaradas las dudas el Educador para la Salud se despide de manera amable agradeciendo la atención prestada.



SESIÓN 4. Aprendiendo a reconocer situaciones de riesgo.

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 “Guttemberg” Neza. Méx.

Fecha: 26 / Febrero / 2015.

Hora: 7:00 am.

Tema: **Aprendiendo a reconocer situaciones de riesgo.**

Objetivo particular: Se pretende que los jóvenes aprendan a reconocer e identificar los riesgos que pueden estar expuestos si consumen alguna droga.

Objetivo específico: Buscamos que los jóvenes identifiquen situaciones de riesgo y planteen alternativas que sean útiles para adoptar actitudes de rechazo al consumo de drogas.

Materiales:

- 1.Plumones
- 2.Diurex .
- 3.Imágenes.
- 4.Hojas de color.
- 5.Resistol.
- 6.Tijeras.
- 7.Impresiones.
- 8.Tarjetas de cartulina hojas blancas.

Desarrollo: El educador para la Salud interactúa con los jóvenes debatiendo el concepto “situación de riesgo”, entendida como las diversas circunstancias, hechos o características individuales, familiares, grupales o socioculturales que incrementan la posibilidad de una conducta de riesgo como el consumo de drogas.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Posteriormente el tutor presentara un infograma donde el cual habrá diversas imágenes y graficas que contienen diferentes situaciones de riesgo a las que puede verse expuesto un adolescente tales como:

1. En la calle muy tarde reunido con amigos consumidores.
2. En una fiesta donde sus amistades cercanas consumen drogas legales frente a él.
3. Un chico adolescente integrado a una pandilla y arrojando piedras.

Se motiva la participación de los estudiantes a comentar las escenas presentadas y responder a la pregunta: ¿Crees que quienes participan de estas situaciones se encontraran en riesgo de consumir drogas? ¿Por qué? Los jóvenes responderán si habría o no lo que se visualiza en cada situación y se discriminan las diversas modalidades.

Luego del trabajo con las láminas de situaciones de riesgo y habiendo aclarado el concepto del mismo, el educador para la salud trazara una línea con cinta en el suelo del aula, separando dos zonas denominadas SI o NO. Los estudiantes formaran dos equipos y el Educador para la Salud leerá las situaciones de la vida cotidiana. Posteriormente el Educador para la Salud dará una señal, donde los estudiantes saltarán a la zona que consideren sea de riesgo, eligiendo la del sí o no dependiendo su criterio de la frase leída anteriormente.

Así por ejemplo ante la situación siguiente:

Estoy en una fiesta, y mis amigos me invitan a tomar una bebida que desconozco
¿La bebo o no?

Y los jóvenes que se ubiquen en la zona si, responden ¿Por qué si?, y los que se ubiquen en la zona del NO, responden el ¿Por qué no?

Luego de haber leído todas las situaciones y reflexionado al respecto, a raves del dialogo grupal, las y los estudiantes seleccionan de todas las situaciones presentadas cuales consideran las más frecuentes. Así mismo, dialogan sobre por



qué las consideran de riesgo y cuáles serían las mejores formas de enfrentarse a ellas.

Los estudiantes señalan las principales conclusiones a las que llegaron del dialogo y las preguntas. Con ayuda del Educador para la Salud, quien a su vez refuerzan las respuestas de los estudiantes, señalando que en la vida cotidiana se presentan constantemente situaciones de riesgo en relación al consumo de drogas y otras problemáticas. Por ello, es necesario estar preparados para evitar sus efectos. Se señala que la mejor arma, es nuestra propia formación:

1. Los hábitos saludables.
2. Ser responsables.
3. Saber tomar decisiones etc.



SECCION 5. Mitos y realidades de las drogas

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 2 / Marzo / 2015.

Hora: 7:00 am.

Objetivo: Que los alumnos aprendan a reconocer entre un mito y una realidad.

Materiales:

1. hojas de colores
2. verde y roja
3. palos de madera
4. hojas blancas
5. Papel rotafolio
6. Diurex

Tiempo de duración: 45 minutos

Desarrollo:

Se realizara una pequeña presentación del grupo de trabajo (Educadores para la Salud) hacia las estudiantes de la escuela Secundaria, esto con el fin generar un ambiente de confianza.

Los educadores para la Salud retomaran los temas de exposiciones pasadas para reforzar el conocimiento.

Actividad.

Una vez expuesto lo anterior, se les pedirá al grupo acomodar sus bancas para formar un círculo, para comenzar con la actividad.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Se les pedirá al grupo formar equipos de 8 integrantes; cada uno de ellos podrá elegir el nombre de su equipo (el nombre tiene que ser acorde a temas vistos), esto con el propósito de que los alumnos interactúen y sea dinámica la actividad.

Realizaremos la actividad de mitos y realidades.

Los educadores para la salud leerán una frase en cuanto a los mitos y realidades sobre las consecuencias que tiene las drogas. Como por ejemplo:

¿El cigarro sólo daña al que fuma?

¿Fumar de vez en cuando no es adicción?

¿Es cierto que la marihuana no hace daño por ser natural?

¿Es cierto que si consumo una sustancias psicoactivas mi estado de humor mejorara?

¿La mariguana es menos dañina que el cigarro?

¿Si consumes poca cantidad de una sustancia psicoactiva es menos riesgoso para la salud?

¿El efecto de felicidad que produce la cocaína es para siempre?

A los alumnos se les proporcionara unas banderitas señalando como:

Rojo: Falso

Verde: Verdadero

El equipo que alce la banderita primero y con el color correcto será el equipo ganador.

Con forme a las preguntas que se les vaya proporcionando el Educador para la salud mencionará la respuesta correcta explicando y aclarando brevemente las consecuencias de cada una de estas sustancias.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Como técnica evaluativa se colocaran dos carteles donde se escribirán MITO en uno y REALIDAD en el otro. Cada uno de los alumnos escribir uno en cada cartel esto con el fin de aclarar las dudas que aun existan.

Ficha Informativa: Mitos y realidades de las drogas

Mito 1. El cigarro sólo daña al que fuma.

Realidad.

Quienes fuman afectan a las personas que conviven a su alrededor como cónyuges, hijos o amigos.

Los hijos de padres fumadores pueden padecer más infecciones respiratorias y problemas del oído, crisis de asma frecuentes y severas (dificultad para respirar), predisposición a bronquitis y neumonías. Los recién nacidos, pueden sufrir síndrome de muerte súbita (muerte de cuna).

Las parejas de los fumadores tienen mayor riesgo de sufrir bronquitis crónica y enfisema pulmonar, cáncer pulmonar, bucal o de vejiga, infarto al corazón y enfermedades cerebro-vasculares.

Las embarazadas tienen mayor probabilidad de abortar o tener hijos con bajo desarrollo y peso al nacer. Cuando alguien fuma cerca de ti, el humo irrita tu garganta y te puede hacer toser, se pueden llegar a sentir náuseas o mareo.

Mito 2. Fumar de vez en cuando no es adicción

Realidad



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Los efectos de la nicotina y otras sustancias que contiene el cigarro son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continua es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Y desde luego, no fumar es no fumar NUNCA, además la adicción a la nicotina se presenta si se consume sólo de vez en cuando.

Mito 3. El cigarro te hace ver atractiva o atractivo

Realidad

El cigarro provoca que los dientes adquieran un color amarillo, favorece el desarrollo de caries, genera mal 20 aliento, mal olor en la ropa y el pelo, la piel se reseca e incide en la aparición de arrugas prematuras. Las tabacaleras nos quieren hacer pensar que fumar es sexy a través de modelos atractivos, con dentaduras impecables, pero la realidad es otra.

Mito 4. Es importante enseñarles a los niños a beber desde chicos

Realidad

El consumo de alcohol en los niños produce daños más severos. La tolerancia se desarrolla más rápidamente.

Además de que al estar expuestos desde pequeños, son más vulnerables a los daños físicos que causa el alcohol a largo plazo como cirrosis hepática, pancreatitis, neuropatía alcohólica, diabetes.

Mito 5. Hay gente que bebe en exceso y no se emborracha o no le hace daño. Si tomo poco, puedo manejar sin riesgos

Realidad

Aun en pequeñas cantidades, desde la primera copa el alcohol produce alteraciones en el sistema nervioso central que afectan la capacidad de respuesta, los reflejos y la percepción del tiempo-espacio. Todas las personas son diferentes y algunas “presumen” de conducir perfectamente aun con los efectos “leves” del



alcohol, lo que en realidad están haciendo es poner en riesgo su vida y la de los demás. Algunas personas después de beber mucho “aparentan” no estar intoxicadas, sin embargo se producen daños en su organismo, puede ser que tengan más tolerancia (necesidad de incrementar la dosis para sentir los mismos efectos que en la intoxicación anterior) y por esto parece que “aguantan” más; esto lejos de beneficiar al que bebe en exceso, ocasiona un mayor riesgo, ya que al consumir grandes cantidades de alcohol se puede provocar daño irreparable en su cuerpo o la muerte.

Mito 6. Beber los fines de semana no hace daño

Realidad

El daño que provoca el alcohol depende principalmente de la cantidad que se ingiere, no del día. En México generalmente se consume alcohol los fines de semana y en grandes cantidades, esto ocasiona deterioros al hígado y al cerebro, además propicia accidentes y actos violentos. Muchos viernes y sábados sociales terminan en una delegación o en un hospital.

Mito 7. Si se mezcla alcohol con las bebidas energéticas, no se sube

Realidad

Al mezclar bebidas estimulantes con depresores, se origina una alteración desordenada del cerebro y del organismo, esto puede ocasionar un daño permanente y en ocasiones irreversible. La persona que hace esta combinación sufrirá los mismos daños a la salud por abusar del alcohol mezclado, la diferencia es que se sentirá más despierto de manera temporal.

Mito 8. La marihuana no hace daño porque es natural, es peor el tabaco

Realidad



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Tanto la marihuana como el tabaco son plantas, pero contienen sustancias tóxicas y productos químicos que dañan tus pulmones. Además la marihuana contiene tetrahidrocanabinos que pueden predisponer a la aparición de trastornos mentales como la esquizofrenia. Tiene efectos dañinos a la salud física y mental de quien la consume, puede provocar alteraciones permanentes de la memoria, la capacidad de aprendizaje, de atención y reacción. La marihuana también puede causar cáncer, bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

Mito 9. Consumir cocaína una vez no implica riesgo

Realidad

La cocaína es una droga con alto poder adictivo, la dependencia física puede presentarse aun después de las primeras ocasiones de haberla usado. Está comprobado que la repetición del consumo de cocaína produce tolerancia muy rápidamente, lo que se manifiesta en la necesidad de ingerir dosis cada vez mayores para obtener los mismos efectos. También hay personas susceptibles que con un consumo de cocaína han fallecido por aumento en su presión arterial o derrames cerebrales

Mito 10. Las drogas de diseño (éxtasis o tachas, elevadores, hielo, corazones, píldora del amor) son menos peligrosas y no causan adicción

Realidad

Las drogas de diseño que vienen en pastillas o cápsulas y parecen inofensivas, son altamente peligrosas, está comprobado que son “neurotóxicas”, esto significa que matan las neuronas rápidamente; además se elaboran en laboratorios clandestinos, donde mezclan diversos grupos de sustancias sin ningún control. No hay manera de saber qué sustancias y qué concentraciones contienen estas



drogas. Lo que sí se sabe es que éstas, aceleran la presión sanguínea y el cerebro.

Mito 11. Los inhalables son sustancias que sólo dañan a los que consumen diario.

Realidad

Cualquier persona está expuesta a absorber inhalables ya que son productos químicos de uso doméstico e industrial, incluso accesibles en la casa. Los deterioros que producen se pueden presentar desde la primera experimentación, debido a la gran capacidad que tienen de mezclarse y depositarse en el cerebro.

Mito 12. Dejar las drogas es fácil

Realidad

Para los consumidores experimentales y ocasionales es menos difícil dejar de utilizarlas. Para los adictos, es extremadamente difícil dejarlas y es por eso que requieren de tratamiento y rehabilitación (ayuda profesional), para salir de la adicción y lograr un estado saludable de vida.

La familia juega un rol fundamental en el proceso de toma de conciencia y en la rehabilitación. Los tratamientos más exitosos incluyen el trabajo y apoyo profundo de la familia del paciente.

Mito 13. La marihuana no hace daño por ser natural?

Mito 14. Si consumo una sustancia psicoactiva mi estado de humor mejorará?

Mito 15. ¿La marihuana es menos dañina que el cigarro?

Mito 16. ¿Si consumo poca cantidad de una sustancia psicoactiva es menos riesgoso para la salud?

Mito 17. ¿El efecto de felicidad que produce la cocaína es para siempre?



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud.

SECCION 6. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS DROGAS

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 3 / Marzo / 2015.

Hora: 7:00 am.

Objetivo: Prevenir enfermedades a través de la concretización sobre el uso de sustancias psicoactivas.

Materiales:

1. hojas de papel
2. marcadores
3. sillas
4. rota folio
5. Impresiones a color
6. Imágenes
7. Diurex

Tiempo de duración: 45 minutos

Desarrollo.

Se Presentarán los educadores para la salud para generar un ambiente de confianza.

Antes de empezar la Actividad se realizara una lluvia de ideas de acuerdo a temas vistos anteriormente.

Posteriormente los Educadores para la Salud explicarán las causas y consecuencias que tienen las sustancias psicoactivas; el daño que sucederá física y psicológicamente.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Por ejemplo:

Desgaste del tabique nasal en personas adictas al crack

Daño en el Sistema Nervioso Central

Daño en la Salud como enfermedades como cáncer de pulmón, garganta y cirrosis

Se explicará algunos Factores de riesgo sobre el uso y abuso de las sustancias psicoactivas.

Por ejemplo:

Accidentes automovilísticos por manejar en estado de ebriedad

Violaciones por estar en estado de ebriedad

Actividad. Si la experiencia quieres vivir, costosa te puede salir.

Una vez terminada la exposición se pasara a la dinámica.

Esta consiste en dividir el grupo en 2

El grupo 1 se nombrara CANCER

El grupo 2 se nombrara CIROCIS

Todo el GRUPO se nombrara Drogadicción

Los alumnos se dispersaran por todo el salón. Los educadores para la Salud gritaran en voz alta ¡Grupos de.... (5,7,2,), personas llamadas Cáncer! los alumnos nombrados por este nombre correrán a buscar su respectivo grupo con el número de personas indicadas; se realizará los mismos con el grupo de cirrosis. Cuando los educadores para la Salud griten la frase Drogadicción aran un circulo entre todo el grupo en medio del salón.

Una vez terminada la actividad realizaremos un pequeño debate acerca del tema, se hará de manera reflexiva para que los alumnos se concienticen de las consecuencias que tienen las drogas.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Ficha Informativa.

El uso de drogas y alcohol puede dañar su salud permanentemente.



Problemas causados por las drogas.

Las personas que usan mucho alcohol y drogas se enferman con más frecuencia y más gravemente que otras personas. Es más probable que sufran de:

1. mala alimentación, la cual causa más enfermedades.
2. cáncer, y problemas del corazón, del hígado, del estómago, de la piel, de los pulmones y del sistema urinario incluyendo problemas que causan daños permanentes.
3. daño cerebral o convulsiones (ataques).
4. el desarrollo más rápido de enfermedades relacionadas al VIH.
5. pérdida de la memoria—se despiertan sin saber lo que sucedió.
6. problemas de salud mental, tales como sufrir de depresión o ansiedad severa, ver cosas extrañas o escuchar voces (alucinaciones), sospechar de otras personas o sufrir de episodios de retorno al pasado.
7. muerte por usar demasiada droga en una sola dosis (sobredosis).

Además, estas personas (y a menudo sus familias) sufren con mayor frecuencia de lesiones o de muerte debidas a accidentes. Esto es porque ellos toman malas decisiones, o toman riesgos innecesarios, o porque pueden perder el control de su cuerpo al estar usando alcohol o drogas. Si ellos tienen relaciones sexuales sin protección, o comparten agujas que se usan para inyectar drogas, o intercambian



sexo por drogas, corren el riesgo de adquirir hepatitis, VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Las personas que mastican tabaco corren el riesgo de sufrir de la mayoría de los problemas que sufren las personas que fuman tabaco.

Drogas que se mastican. El masticar tabaco con frecuencia arruina los dientes y las encías de una persona, y causa llagas en la boca, cáncer de la boca y de la garganta, y otros daños en todo el cuerpo. Muchas drogas que se mastican pueden causar dependencia.

Aspirar pegamentos y solventes. Muchas personas pobres, y en particular los niños que viven en la calle, aspiran pegamentos y solventes para olvidarse del hambre. Esto es muy adictivo y causa problemas graves de salud, tales como problemas de la vista, dificultades para pensar y para recordar, comportamiento violento, pérdida del juicio y del control del cuerpo, pérdida de peso severa, e incluso problemas del corazón y muerte repentina.

Cualquier uso de drogas y alcohol es peligroso si una persona...



1. está manejando o usando una máquina o una herramienta peligrosa.
2. está embarazada o dando pecho.
3. está cuidando niños pequeños.
4. está tomando medicamentos, especialmente medicinas para el dolor, para dormir, contra convulsiones (ataques), o para problemas mentales.
5. sufre de una enfermedad del hígado o de los *riñones*.

Las drogas y las bebidas alcohólicas pueden ser más dañinas para las mujeres



Además de los problemas que puede sufrir cualquier persona que abusa de las drogas o del alcohol, las mujeres pueden sufrir ciertos problemas médicos particulares:

1. Las mujeres que beben grandes cantidades de alcohol o usan una gran cantidad de drogas, corren un mayor riesgo que los hombres de padecer de enfermedades del hígado.
2. Muchas jóvenes y mujeres se ven forzadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad cuando beben alcohol o usan drogas. Esto puede resultar en embarazos no deseados, en infecciones sexuales, incluso en el VIH.
3. Si se usan durante el embarazo, las drogas y el alcohol pueden causar que los bebés nazcan con *defectos de nacimiento* e discapacidades mentales, tales como:
 - problemas del corazón, de los huesos, de los *genitales* y de la cabeza y la cara.
 - peso bajo al nacer.
 - crecimiento lento y dificultades de aprendizaje.
 - problemas de comportamiento.

Un bebé también puede nacer dependiente de drogas y puede sufrir las mismas señas de privación que un adulto.

Las mujeres sienten más vergüenza

En la mayoría de las comunidades, el comportamiento de las mujeres en público está controlado más estrictamente que el comportamiento de los hombres. Muchas veces se considera normal que los hombres beban alcohol o usen drogas, pero no las mujeres. Si una mujer pierde el control de su comportamiento debido al uso excesivo de alcohol o drogas, se considera que es una 'mujer fácil', aunque no esté teniendo relaciones sexuales con otros.

Para evitar la vergüenza que resulta del abuso del alcohol o de las drogas en público, es más probable que una mujer beba (o use drogas) continuamente



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

durante mucho tiempo, en lugar de beber mucho en una sola ocasión. Si ella bebe de esta manera, le es más fácil controlar su comportamiento. También es más probable que ella beba en secreto y se tarde más en obtener ayuda. Todos estos comportamientos aumentan el daño que resulta del abuso del alcohol o de las drogas.

El abuso de alcohol o de las drogas y la violencia en el hogar

El abuso del alcohol y de las drogas hace que las situaciones violentas empeoren, sobre todo en el hogar. Las mujeres que tienen una pareja que abusa de las drogas o del alcohol muchas veces sufren de golpizas o incluso de la muerte a manos de su pareja. Para mayor información, vea el capítulo sobre la violencia.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud.



SECCION 7. Clasificación de las Drogas

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 5 / Marzo / 2015.

Hora: 7:00 am.

Objetivo: promover el desarrollo integral del alumno dentro del núcleo familiar

Materiales:

1. marcadores
2. sillas
3. rotafolio
4. sillas

Tiempo de duración: 45mis

Desarrollo

Se Presentarán los educadores para la salud para generar un ambiente de confianza.

Se platicará con los alumnos del cómo se han sentido en secciones pasadas y lo han aprendido hasta el momento.

Actividad. 1 Adolescente como lugar de padre

Los educadores para la Salud

Primer equipo: Reacción de la familia (papa o mama)

Segundo equipo: Reacción del adolescente

Se realizara un pequeño debate para dar una solución al problema.

Esta técnica sirve para que los alumnos adopten el lugar de un padre de familia al tener un hijo con problemas de adicción.

Actividad 2. N todo lo que es verde es Vida

Los educadores para la Salud proporcionaran a los alumnos una hoja en forma de marihuana con una frase en la parte de atrás



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Cada equipo tendrá un pedazo de la frase

Se le pedirá a cada uno de los equipos formar la frase correcta

El primero en formarla será el equipo ganador

Por último se hará una pequeña reflexión sobre las consecuencias de las drogas, el daño que está causando física, psicológica y social, para que los alumnos tomen conciencia de la gravedad que tiene el tema de las drogas.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Universidad Autónoma del Estado de México. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud.

SECCION 8. Comprensión Familiar. Reflexión

Lugar: Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Guttemberg" Neza. Méx.

Fecha: 5 / Marzo / 2015.

Hora: 7:00 am.

Objetivo: Que los alumnos reflexionen acerca del consumo inadecuado de las drogas.

Materiales:

5. marcadores
6. sillas
7. cañón
8. computadora
9. Bocinas
10. sillas

Tiempo de duración: 45mis

Desarrollo

Se Presentarán los educadores para la salud para generar un ambiente de confianza.

Se platicará con los alumnos del cómo se han sentido en secciones pasadas y lo han aprendido a lo largo de las sesiones.

Actividad 1.

Una vez participado los alumnos se retomaran todos los temas de secciones anteriores como técnica de reforzamiento, Los temas se darán de manera de resumida.

Se aclararan todo tipo de dudas que el alumno haya tenido.



Posteriormente se realizara un pequeño debate acerca del daño que tiene las drogas física, psicológica y social.

Una vez tomada en cuenta la participación de los alumnos se proyectara un video reflexivo acerca de las causas y consecuencias que tiene el uso y abuso indebido de las drogas.

Al final del video se dará unas palabras reflexivas acerca del amor y preocupación de los padres cuando un hijo esta propenso a caer en las drogas, esto con el fin de que los alumnos piensen y reflexionen cual será la mejor decisión próxima a tener ante una invitación de las drogas.

Se repetirá una vez más la importancia de la prevención, la labor de un educador para la Salud y la confianza en sí mismos para realizar poder enfrentar las cosas.

Como última sección se les pedirá una foto grupal.

El educador para la Salud dará las gracias al grupo por la atención prestada.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Clasificación de las drogas. (Anexo 1)

Clasificación de las drogas		
Por su perfil farmacológico	Por su uso	Por sus restricciones
<ul style="list-style-type: none">▪ Depresores▪ Estimulantes▪ Alucinógenos	<ul style="list-style-type: none">▪ Médicas▪ No médicas	<ul style="list-style-type: none">▪ Legales▪ Ilegales

Clasificación por su perfil farmacológico, Depresores (Anexo. 2)

	Efectos	Tipos de drogas
Depresores	<ul style="list-style-type: none">▪ Disminuyen o vuelven lento el funcionamiento del sistema nervioso central.▪ Sueño.▪ Incoordinación motora.▪ Dificultad para mantener el equilibrio▪ Disminución de la apreciación de los estímulos externos.▪ Relajación.▪ Sensación de bienestar▪ Alteración de la concentración y, en ocasiones, del juicio.	<ul style="list-style-type: none">▪ Alcohol▪ Inhalables▪ Tranquilizantes▪ Marihuana.



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Clasificación por su perfil farmacológico, Estimulantes (Anexo. 3)

CLASIFICACIÓN	Efectos	Tipos de drogas
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none">▪ Aceleran la actividad del sistema nervioso central.▪ Falta de sueño.▪ Disminuye el apetito.▪ Incremento del estado de alerta.▪ Inquietud.▪ Incremento de energía.▪ Irritabilidad y agresividad.▪ Disminución del sueño.▪ Excitación motora.	<ul style="list-style-type: none">▪ Cocaína▪ Crack▪ Anfetaminas▪ Metanfetaminas▪ Nicotina (tabaco)▪ Cafeína▪ Éxtasis.



Clasificación por su perfil farmacológico, Alucinógenos. (Anexo. 4)

CASIFICACIÓN.	Efectos	Tipos de drogas
Alucinógenos	<ul style="list-style-type: none">▪ Produce alucinaciones o ensueño, alteran la percepción sensorial.▪ El estado de ánimo sufre cambios bruscos.▪ La percepción del tiempo y del espacio se distorsionan.▪ Exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de vista y oído	<ul style="list-style-type: none">▪ Hongos▪ Peyote▪ LSD (Ácido lisérgico)▪ Ketamina▪ Mezcalina



Ejercicio: Mitos y realidades de las drogas (Anexo. 5)

1. El cigarro sólo daña al que fuma.

Realidad

Mito

2. Fumar de vez en cuando, no es adicción.

Realidad

Mito

3. El cigarro te hace ver atractiva o atractivo.

Realidad

Mito

4. Es importante enseñarles a los niños a beber desde chicos.

Realidad

Mito

5. Hay gente que bebe en exceso y no se emborracha o no le hace daño. Si tomo poco, puedo manejar sin riesgos.

Realidad

Mito

6. Beber los fines de semana no hace daño.

Realidad

Mito

7. Si se mezcla alcohol con las bebidas energizantes, no se sube.

Realidad

Mito

8. La marihuana no hace daño porque es natural, es peor el tabaco.

Realidad

Mito

9. Consumir cocaína una vez no implica riesgo.

Realidad

Mito

10. Las drogas de diseño (éxtasis o tachas, elevadores, hielo, corazones, píldora del amor) son menos peligrosas y no causan adicción.

Realidad

Mito

11. Los inhalables son sustancias que sólo daña a los que consumen diario.

Realidad

Mito

12. Dejar las drogas es fácil.

Realidad

Mito

13. Fumar y tomar durante el embarazo provoca un aborto

Realidad

Mito



UAEM

Universidad Autónoma del Estado de México



Responsable Ricardo Torres López

FECHA: _____

Consentimiento informado.

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud, nos encontramos realizando actividades meramente académicas con el fin de poner en práctica lo que hemos aprendido en la asignatura de "Seminario de Titulación II" en la escuela que asiste su hijo (a), a través de actividades en educación para la salud sobre la salud integral del adolescente, mediante un programa que incluye sesiones educativas a estudiantes de la Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Gutterberg" con el fin de mejorar la calidad y estilo de vida. El objetivo del programa de intervenciones es conocer algunos factores de riesgo que puedan estar presentes en jóvenes como su hijo(a) para posteriormente implementar nuestro programa para mejorar y atender las necesidades en el área de salud detectados en los alumnos del plantel. Solicito a través de este documento su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en prácticas de Educación para la Salud.

Las actividades consisten en contestar un cuestionario (instrumento) que nos permita priorizar e identificar necesidades de salud en los adolescentes así como la ejecución de un programa de Educación para la Salud. La participación o no participación en las actividades de educación para la salud no afectara la nota del estudiante. Se utilizará el registro de la información (fotografías) que ayude al estudio, dichos instrumentos serán resguardados, sin utilizarlo con fines inadecuados.

La participación es voluntaria. Usted y los alumnos tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento sin cuestionar su decisión. El diagnóstico no conlleva ningún riesgo, el beneficio que recibirá es conocimiento sobre educación para la salud. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados estarán disponibles con el director de la Escuela Secundaria al término de la misma.

En caso de dudas o aclaraciones acudir con las estudiantes de la Lic. En Educación para la Salud (EpS) de octavo semestre turno matutino o con el Dr. Psic. Esteban Jaime Camacho Ruiz, asesor de la asignatura, o directamente en la UAEM (Universidad Autónoma del Estado de México) ubicada en Av. Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C. P. 57000, Ciudad Nezahualcóyotl, México.

Si desea que sus alumnos participen, favor de llenar el apartado de autorización o de no autorización de igual manera; devolver a los Estudiantes de la Lic. Educación para la Salud (EpS).

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____ participe en las actividades señaladas.

Autorizo

No Autorizo

Nombre y firma del responsable del área

Nombre y firma del responsable del área



UAEM

Universidad Autónoma del Estado de México



FECHA: _____.

CARTA DE ASENTIMIENTO

Los alumnos de la Esc. Sec. Gutteberg de _____ grado, grupo _____ estamos de acuerdo en participar en las actividades que se realizarán los estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Estamos enterados que vamos a participar en un programa que tiene como objetivo conocer algunos factores de riesgo que puedan estar presentes en jóvenes como yo, esto no afectara mi situación escolar y no habrá ninguna consecuencia que dañe a nuestra persona.

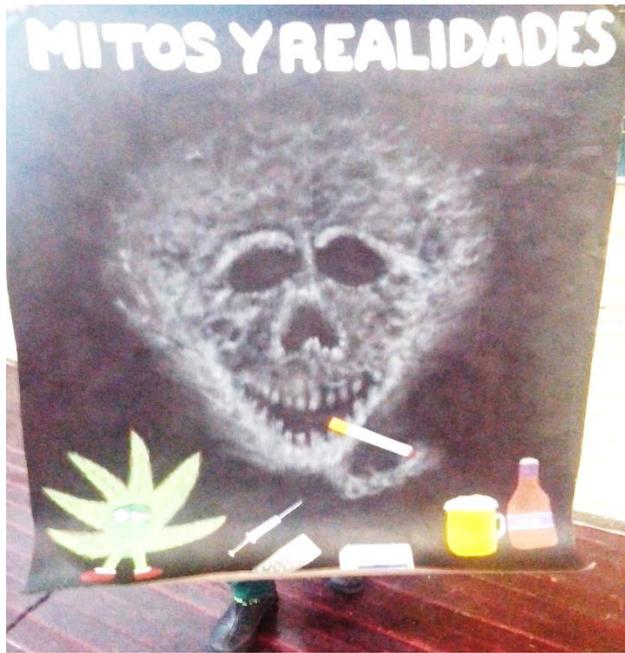
Mi participación es voluntaria, y si no deseo participar no puedo ser obligado. No realizaremos ningún gasto y no recibiremos ningún pago por nuestra participación.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México

Evidencias Fotográficas





UAEM

Universidad Autónoma del Estado de México



Responsable Ricardo Torres López.

Consentimiento Informado.

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud, nos encontramos realizando actividades meramente académicas con el fin de poner en práctica lo que hemos aprendido en la asignatura de "Seminario de Titulación II" en la escuela que asiste su hijo (a), a través de actividades en educación para la salud sobre la salud integral del adolescente, mediante un programa que incluye sesiones educativas a estudiantes de la Escuela Secundaria Oficial No. 196 "Gutterberg" con el fin de mejorar la calidad y estilo de vida. El objetivo del programa de intervenciones es conocer algunos factores de riesgo que puedan estar presentes en jóvenes como su hijo(a) para posteriormente implementar nuestro programa para mejorar y atender las necesidades en el área de salud detectados en los alumnos del plantel. Solicito a través de este documento su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en prácticas de Educación para la Salud.

Las actividades consisten en contestar un cuestionario (instrumento) que nos permita priorizar e identificar necesidades de salud en los adolescentes así como la ejecución de un programa de Educación para la Salud. La participación o no participación en las actividades de educación para la salud no afectará la nota del estudiante. Se utilizará el registro de la información (fotografías) que ayude al estudio, dichos instrumentos serán resguardados, sin utilizarlos con fines inadecuados.

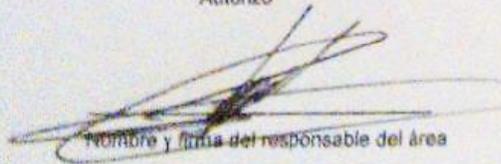
La participación es voluntaria. Usted y los alumnos tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento sin cuestionar su decisión. El diagnóstico no conlleva ningún riesgo, el beneficio que recibirá es conocimiento sobre educación para la salud. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados estarán disponibles con el director de la Escuela Secundaria al término de la misma.

En caso de dudas o aclaraciones acudir con las estudiantes de la Lic. En Educación para la Salud (EpS) de octavo semestre turno matutino o con el Dr. Psic. Esteban Jaime Camacho Ruiz, asesor de la asignatura, o directamente en la UAEM (Universidad Autónoma del Estado de México) ubicada en Av. Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C. P. 57000, Ciudad Nezahualcóyotl, México.

Si desea que sus alumnos participen, favor de llenar el apartado de autorización o de no autorización de igual manera devolver a los Estudiantes de la Lic. Educación para la Salud (EpS).

Autorizo

No Autorizo


Nombre y firma del responsable del área

Nombre y firma del responsable del área



FECHA: 24-02-15

CARTA DE ASENTIMIENTO

Los alumnos de la Esc. Sec. Ofic. N°196 Guttemberg del 2do grado, grupo "B" estamos de acuerdo en participar en las actividades que se realizarán los estudiantes de la Universidad Autonoma del Estado de Mexico, de la Licenciatura en Educacion para la Salud.

Estamos enterados que vamos a participar en un programa que tiene como objetivo conocer algunos factores de riesgo que puedan estar presentes en jovenes como yo.. esto no afectara mi situacion escolar y no habra ninguna consecuencia que dañe a nuestra persona.

Mi participacion es voluntaria, y si no deseo participar no puedo ser obligado. No realizaremos ningun gasto y no recibiremos ningun pago por nuestra participacion.

1. Diana Lizbeth Vazquez Gonzalez
2. ~~Amelica Avila Castillo~~
3. ~~Addamari Valdez Garcia~~
4. ~~Janeeth Santos Vargas~~
5. ~~Anahy Flores Tolentino~~
6. ~~deiv Adolfo Carrizo Mendez~~
7. ~~Josathan Roberto Jimenez Cuevas~~
8. ~~Cesar Alexis Bables Abaso~~
9. Alan Guillermo Suarez Aguilera
10. Angel Alejandro Plaguy Fenger
11. ~~Deany Naomi Martinez Jandovar~~
12. ~~Itz'at' Haumi Aguilera Vazquez~~
13. ~~Cesar Guzman Perez~~
14. Daniel Segura Gloria
15. Alan Guillermo Suarez Aguilera
16. ~~José Alberto Medina Martinez~~
17. ~~Hamlet Suarez Ez.aino 2a~~
18. ~~Luis Manuel Ullegas Gonzalez~~
19. ~~Jesus Antonio Reyes de la Cruz~~
20. ~~Julio Cesar Perez Segura~~
21. ~~Nelly Garduno Flores~~
22. ~~EDUARDO IGNACIO GIZMAN SEGUNDO~~
23. Erickel nino Gonzalez Hernandez
24. ~~Dominic~~
25. ~~Alan Gonzalez Ramirez~~
26. ~~Said Juan Ramirez Barbasa~~
27. ~~Angel vael Fuentes Torres~~
28. ~~Mudas de gallos vskaiser~~
29. _____
30. _____