

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



***Diseño de programa de prevención de
uso/abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e
ilícitas en adolescentes, a partir de la teoría de
factores de riesgo y protección***

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al
título de Licenciadas en Trabajo Social.

Tutor:

Luis Alberto Bracho

Autoras:

Ana Victoria Corrales Brandolin

Angeyeimar Madeleine Gil Carrillo

Caracas, Febrero de 2010

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



Diseño de programa de prevención de uso/abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas en adolescentes, a partir de la teoría de factores de riesgo y protección

Tutor:

Luis Alberto Bracho

Autoras:

Ana Victoria Corrales Brandolin

Angeyeimar Madeleine Gil Carrillo

Caracas, Febrero de 2010



VEREDICTO

Reunidos el día 09-10-2010, los profesores(as), Luis Bracho, José Gregorio Afonso y Aura Jiménez, designados por el Consejo de Escuela en su sesión de fecha 08/02/2010, para examinar el Trabajo Especial de Grado titulado: DISEÑO DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE USO/ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES. Presentado por las Bachilleres. Ana Corrales y Angeyeimar Gil

Hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

Aprobado - Publicación

Jurado Evaluador:

Luis Bracho

Prof. (a) Luis A Bracho
Coordinador.



José Gregorio Afonso

Prof. (a) José Gregorio Afonso
Jurado.

Aura Jiménez

Prof. (a) Aura Jiménez
Jurado.

DEDICATORIA

*Todo lo tóxico de mi país a mí me entra por la nariz.
Lavo auto, limpio zapato, huelo pega y también huelo paco
Robo billeteras pero soy buena gente, soy una sonrisa sin dientes
Lluvia sin techo, uña con tierra, soy lo que sobró de la guerra
Un estómago vacío, soy un golpe en la rodilla que se cura con el frío
El mejor guía turístico del arrabal por tres pesos te paseo por la capital
No necesito visa para volar por el redondel porque yo juego con aviones de papel
Arroz con piedra, mango con vino y lo que falta me lo imagino
... No debe andar la vida, recién nacida, a precio,
La niñez arriesgada a una estrecha ganancia
Porque entonces las manos son inútiles fardos
Y el corazón, apenas, una mala palabra
Mercedes Sosa y René Pérez (Calle 13)
Canción para un niño en la calle.*

A Noel Alejandro y Jesús Noel, quienes todos los días en las mañana son el rayo de luz que me despierta y en la noche son esas estrellas brillantes que me indican el camino, porque vamos caminando juntos.

A Abril Alejandra que aunque no ha llegado, la espero con ansias y sé disfrutará de este logro.

A mi madre y padre que con esfuerzo y dedicación lograron que hoy este donde estoy, los amo.

A mis hermanos Anni y Jonathan que a pesar de la separación, que el vivir la vida conlleva, los llevo siempre en mi, esperando su gran momento parecido a este.

A las dos abuelitas que me quedan con vida, Eufemia y Carmen porque sé que este logro las hará más felices.

A las nuevas personas que se han convertido en mi familia y que de una u otra forma han dado aportes en conocimientos y sentimientos para la realización de este trabajo: Carlos, Hisvet, Arlen, Nelson y Liber.

A mi gran amiga Jhoanny quien me ha ofrecido una presencia incondicional y que se ha convertido en un ser especial, con quien sé, compartiré muchos días de mi vida.

A mis otras amigas y amigos con quienes he vivido momentos memorables al pasar de mis años y a quienes siempre tendré presente, sin importar las

distancias: Vanessa, Alejandro, César, Yesika, Valentina, Karem, Patricia y con mucho cariño a Rubén Darío.

A todos los NNA a quienes dedicare mi vida profesional en la lucha por la reivindicación de sus derechos humanos.

Angeyeimar Gil

RECONOCIMIENTOS

A la vida y quienes la han compartido conmigo.

A Noel y Jesús, por los conocimientos obtenidos desde que están en mi vida, por su ayuda incondicional, por la espera y paciencia en el tiempo que dediqué a este trabajo, que era un tiempo que les pertenecía.

A mi madre quién me enseñó que en la vida solo luchando se logran las cosas y gracias a su ejemplo he logrado alcanzar mis sueños.

A Luis Bracho, mi querido tutor por quien siento una gran admiración, por la dedicación, paciencia y esmero que tuvo con esta tesis, gracias.

A Vicky, quien confió en mí para asumir este reto y alcanzar juntas esta meta, sin ella esto no sería lo que hoy es.

A Hisvet Fernández, quien siempre me ofreció sus conocimientos y los compartió conmigo y una pizca de eso, está esparcido en este trabajo.

A Pedro Arturo Moreno, por su tiempo y dedicación en la corrección de redacción de nuestro trabajo y por los conocimientos que ha compartido conmigo sobre la vida y la libertad.

A Gabriel Puerta Aponte, por su dedicación y entrega en la lucha por la libertad y democracia de nuestro país y por los tantos momentos compartidos, formadores de juventudes.

A las personas que con sus enseñanzas a lo largo de mi carrera son los responsables de lo que profesionalmente aporte para este trabajo: Giovanna Ragusa, Jonatan Alzuru, Luis Bracho, JJ Hernández, Gregorio Vieira (aunque ya no nos acompañe), Carlos Hermoso, Alma Clara, Jesús Escobar y otros tanto que el tiempo hace olvidar.

Especialmente a Marisela Expósito, quien me mostró que el Trabajo Social permite hacer muchas más cosas que las que enseñan académicamente y que debemos orgullosamente poner en alto nuestra profesión.

A Gloria Perdomo, quien me inspiró en gran medida para seguir luchando por la defensa de los derechos humanos de la infancia y la adolescencia.

A los amigos que me incorporaron en el trabajo con los NNA en situación de calle, por lo que este trabajo aborda la drogodependencia: Yojan Subero, Gabriel Blanco, Jennifer Quintana y Carlos Lara.

A todos quienes compartieron conmigo la maravillosa experiencia de Prácticas Profesionales, que fue el mejor cierre para la formación académica y dejó semillas sembradas en cada uno de nosotros, que en el transcurso de nuestra vida profesional irán germinando hasta cosechar las mejores prácticas.

Angeyeimar Gil

DEDICATORIA Y RECONOCIMIENTO

*No vayas a creer lo que te cuentan del mundo
(ni siquiera esto que te estoy contando)
ya te dije que el mundo es incontable.*
Mario Benedetti

Le agradezco a Dios por guiarme y no permitirme desmayar en los momentos difíciles.

A mi madre por haberme acompañado, aconsejado, guiado con su sabiduría y dedicado tantos días y noches. A mi padre por siempre estar a mi lado dándome tantas lecciones y herramientas para la vida. A ambos por haberme formado con amor y como un ser humano con valores y ética, y por motivarme a obtener cada día más conocimientos con conciencia y humildad. Al ángel que siempre ha estado presente en mi vida, María Laura. A Bruno Esteban por darme siempre ánimo y alegría.

A Oscar por ser mi amigo, compañero, amor y amante fiel e incondicional en todo momento, luchas y caminos.

A Angeyeimar por compartir sus conocimientos conmigo, haberme invitado a esta aventura y traer al mundo a Noelito y permitirme ser su madrina.

A Bracho por ser un excelente profesor y ser humano. A Pedro Arturo Moreno quien se esforzó en corregir nuestra redacción y por compartir sus vivencias y conocimientos en la lucha por la defensa de los Derechos Humanos. A todas y todos aquellos profesores de la Escuela de Trabajo Social de la UCV, quienes con sus conocimientos, esfuerzo y aplicación me enseñaron la belleza del Trabajo Social y las Ciencias Sociales: Rosana Duarte, Giovanna Ragusa, Aura Jiménez, Carlos Hermoso, Gregorio Vieira (Q.E.P.D.), Jonatan Alzuru, Cristina Mateo, Alma Clara Añez, Jesús Escobar, Elizabeth Sojo, Angelina Rodríguez y algunos pocos que se me escaparán.

A mis compañeros y camaradas quienes me han ayudado y brindado su solidaridad, vivido momentos de lucha, libertad y aprendizajes: Haydeecita, Johnaika, Rubencito, Jesús, Rafael, Jorge, Charlotte, Gustavito, Yetsa y Jhoanny. A mis compañeritas y compañeritos de Prácticas Profesionales. A la hermana que me regaló la vida Milagros Angélica.

A mis amigas Lorena, Alexandra, Gladys, Anelys y mi amigo Rafael, que a pesar de las distancias y dinámicas que nos impone la vida y este sistema se encuentran siempre presentes.

Finalmente a la hospitalidad y admirable belleza de mi alma mater, la Universidad Central de Venezuela.

A todas aquellas personas que se han topado en mi camino -actuando bien o mal hacia mi- han hecho fortalecerme y esforzarme por mejorar como profesional y ser humano.

...Y a los que me falten aquí por un problema de error humano

Finalmente dedico este trabajo especial de grado a mi amada familia.

Ana Victoria Corrales

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciadas en Trabajo
Social.

**Diseño de programa de prevención del uso/abuso de sustancias
psicotrópicas lícitas e ilícitas en adolescentes, a partir de la teoría de
factores de riesgo y protección**

Autoras: Ana Victoria Corrales Brandolin
Angeyeimar Madeleine Gil Carrillo
Tutor: Luis Alberto Bracho
Fecha: Febrero 2010

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo el diseño de un programa de prevención del uso y abuso de sustancias psicotrópicas por parte de los y las adolescentes, el cual ha sido pensado para ser implementado en colegios de educación básica y diversificada. El trabajo cuenta con una investigación teórica que describe la realidad nacional en materia de drogodependencia, ésta permite una aproximación a la problemática y, además, posibilita la búsqueda de soluciones a partir de algunas experiencias de atención y prevención que se han desarrollado en el país. Asimismo, presentamos una investigación empírica, la cual tiene la intención de complementar las estimaciones teóricas que sustentan el programa de prevención. Los resultados obtenidos dan cuenta de un alto consumo de cigarrillos y alcohol y la presencia de consumo de sustancias ilícitas -como la marihuana- en adolescentes, lo que evidencia la necesidad de implementar un programa de prevención que busque la reducción de los factores de riesgo presentes. El programa diseñado cuenta con cuatro módulos para la formación en materia de drogas del cuerpo profesoral, de los y las adolescentes y de los padres, madres y representantes. Este programa se fundamenta en la teoría de factores de riesgo y protección, ya que permite abordar la drogodependencia de forma integral, tomando en cuenta factores internos y externos del individuo que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Adicionalmente, se plantea la prevención como una de las formas más eficientes de atender la situación de la droga es la prevención.

Descriptores: Factores de riesgo, factores de protección, drogas, adolescentes, prevención, educación, drogodependencia.

INDICE GENERAL

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
SITUACIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA EN VENEZUELA	13
El Consumo de Drogas en la Población Adolescentes	19
Estadísticas Nacionales	20
CAPITULO II	
PREVENCIÓN DEL USO/ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES Y LA SITUACIÓN ACTUAL EN VENEZUELA	36
Prevención del uso/abuso de Sustancias Lícitas e Ilícitas en Adolescentes	38
Teorías Explicativas de la Causa del Uso/Abuso de Sustancias Psicotrópicas Lícitas e Ilícitas	39
Situación Actual de la Prevención en Venezuela	73
Categorías Referidas a la Drogodependencias.....	90
CAPITULO III	
ANÁLISIS Y RESULTADOS: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS LICITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES	99
Análisis y Resultados	106
Programa de Prevención Escolar para la Drogodependencia	
Modulo I: Pasos hacia la prevención desde la Escuela	161
Modulo II: Pasos jóvenes hacia una vida sana	173
Modulo III: Pasos hacia la convivencia en familia.	
Escuela para Padres, Madres y Responsables	200
Modulo IV: Pasos que Accionan la Prevención	215

Hojas de Trabajo	224
CONCLUSIONES.....	270
BIBLIOGRAFÍA	276
ANEXOS	282

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas se ha convertido en la actualidad en uno de los problemas de mayor importancia que enfrenta la sociedad, por las consecuencias tanto personales como sociales que derivan del mismo. La dependencia a las drogas ha dejado de ser un problema de unos pocos y no se constriñe a los consumidores como individuos, sino que sus familias y comunidades quedan incluidas. Las estadísticas manejadas por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), anteriormente llama Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) muestran que cada año ingresan a los centros de desintoxicación más de 6.500 personas para recibir atención por el consumo de distintas sustancias (CONACUID, 2003; ONA, 2008). Adicionalmente, crece en forma exponencial el gasto social del Estado para la atención del grupo de personas inmersas en esta problemática.

Si tomamos en cuenta que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se transita de la infancia a la adultez, resulta muy preocupante el uso de sustancias psicotrópicas por parte de jóvenes y adolescentes. En esta fase el cuerpo sufre un conjunto de cambios emocionales y físicos que promueven la aparición de factores de riesgo, porque se encuentran vulnerables ante nuevas experiencias, es decir, el joven está en un proceso de construcción de su personalidad, de incremento de sus deseos, de búsqueda de sensaciones, y se mueve hacia la conformación de grupos de identificación o grupos de pares. Entonces, si en esta etapa se experimenta con sustancias adictivas y se mantiene su consumo, en edades posteriores podría convertirse en un consumidor constante y podría consolidarse este comportamiento en la edad adulta.

Para hablar de la drogodependencia en adolescentes, es importante conocer la función de los programas de prevención que se han aplicado y a su vez reflexionar sobre cómo influiría el poner en marcha un programa de prevención efectivo, para la disminución en jóvenes y adolescentes de dicha dependencia y también para reducir los factores de riesgos presentes en niños, niñas y adolescentes. El organismo del Estado venezolano encargado de atender la problemática de las drogas es la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), la cual dio a conocer, en enero de 2009, la posible ejecución de un plan nacional para la prevención primaria del consumo, con ámbito de aplicación a comunidades organizadas e instituciones de educación básica y secundaria. Sin embargo, hasta la fecha no se ha puesto en práctica dicho proyecto, dejando que diariamente miles de jóvenes se acerquen e inicien en el consumo de drogas. Esta institución se encarga de la recolección de las estadísticas anuales ofrecidas por distintas organizaciones que atienden a drogodependientes, lo cual permite tener una base de datos que refleje los niveles de consumo en Venezuela. Por otra parte, se conocen de algunos esfuerzos realizados por organizaciones no gubernamentales y universidades, como, por ejemplo, la Cátedra Libre Antidrogas (CLIAD) de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), desde donde se ha propuesto un modelo aplicable a colegios, liceos y universidades venezolanas para la prevención organizada. Pero no ha recibido apoyo por parte del Estado para la prosecución de esta labor que podría convertirse en una alternativa para prevenir dicha dependencia en los centros educativos. Aunado a este esfuerzo, la CLIAD ofrece cifras estadísticas de la situación del consumo en jóvenes y adolescentes y, además, muestra las características y factores de riesgo y protección presentes en los centros de estudios.

Otra ONG autosostenida que trabaja en la atención a la drogodependencia es “Hogares Crea”, la cual se dedica —por medio de la

atención de un equipo multidisciplinario de profesionales y un enfoque bio-psico-social y espiritual— al tratamiento para rehabilitar jóvenes consumidores, quienes asisten de manera voluntaria a la institución. Este organismo, además, realiza una labor de prevención del consumo de drogas en el núcleo familiar de las personas en tratamiento. Involucran a aquellos que ya se encuentran desintoxicados y que han superado las distintas etapas de la asistencia, para que ayuden a los jóvenes que recién ingresan en busca de ayuda. Por otra parte, la Asociación de Narcóticos Anónimos, organismo sin fines de lucro, se encuentra constituida por personas para quienes las drogas se han convertido en un problema. La metodología de este grupo consiste en la ejecución de reuniones con regularidad para ayudarse a permanecer limpios, en este sentido se mantienen en abstinencia completa de todo tipo de drogas. Se rigen por medio de una serie de principios, entre ellos el aceptar conscientemente que poseen un problema de drogodependencia.

En los últimos años se han desarrollado estudios en el área de la prevención en drogodependencia que tratan de profundizar en la génesis y características del consumo de drogas, con la intención de dar aportes importantes para disminuir los niveles de consumo de drogas a partir de la prevención. Estos estudios asumen como de gran importancia el entender que el consumo de drogas es un fenómeno social multicausal, dinámico y de constante cambio en relación con sus causas, con la frecuencia y las sustancias de consumo. Esto permite comprender la importancia de identificar los factores de riesgos presentes hoy día en el fenómeno del consumo de drogas. Sin embargo, no se cierra el estudio y se cree que se identificarán otros más que se sumarán a los ya ubicados. De la misma forma, estudios realizados han puesto de manifiesto que factores influyentes en la drogodependencia pueden encontrarse en la familia, en la sociedad, en la escuela, en el individuo y en los espacios de interrelacionamiento de las

personas. Sin embargo, no queda claro cuál es la magnitud de incidencia que cada uno de ellos aporta a la problemática o cómo se relacionan los factores entre sí, aspectos relevantes para el diseño de nuevos planes, programas y proyectos de prevención, ya que este conocimiento los haría más eficientes y efectivos para la disminución de las estadísticas actuales.

Con este trabajo se busca diseñar un programa de prevención en el uso/abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas en adolescentes, que surja de la determinación de los principales factores de riesgo —y, a partir de allí, ubicar los elementos de protección— que influyen en el uso y abuso de estas sustancias por parte de los adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, estudiantes de los colegios Dr. José Manuel Siso Martínez y Unidad Educativa Luis Eduardo Egui Arocha, ubicados en San Antonio de los Altos, estado Miranda. A partir de la investigación teórica sobre la realidad nacional, las teorías que permiten abordar la drogodependencia y los modelos de prevención que se han implementado en nuestro país y la aplicación de una encuesta compuesta por preguntas cerradas de selección simple que dan cuenta de los patrones de consumo y de algunos factores de riesgo/protección presentes en los centros educativos y sus adyacencias. Esta encuesta se aplicó en las secciones correspondientes al noveno grado de educación básica, primero y segundo de Ciencias del Ciclo Diversificado de ambos colegios.

Se escoge la población de 14 a 17 años de edad debido a que dentro de este rango de edad se encuentra la población adolescente, y es precisamente en la adolescencia cuando, según las estadísticas, se inicia el consumo de drogas, además de ser la población más vulnerable a los factores de riesgo. La aplicación del instrumento nos permitió conocer la prevalencia de consumo en los colegios, así como la edad de inicio en el consumo, y los factores de riesgo o protección que influyen en el inicio o no

del consumo de drogas y en el mantenimiento de esta conducta, además de complementar los resultados arrojados por la investigación teórica en relación a los elementos importantes que deben incluirse en un programa de prevención.

La encuesta realizada para la investigación consta de 30 preguntas, diseñadas a partir de las variables que inciden y determinan el consumo o no de sustancias lícitas e ilícitas, establecidas dentro de la teoría de factores de riesgo y protección propuesta por Richard Jessor. Sin embargo, no se tomaron en cuenta todas las variables planteadas en esta teoría; sólo fueron aplicadas las relacionadas con aspectos sociales y biológicos, entre ellas: las biológico-evolutivas que tienen que ver con el sexo y la edad, aspecto importante para el análisis; las variables de socialización que atienden los aspectos de relaciones con familiares, amigos, entorno en general. Las variables relacionadas con aspectos psicosociales no se tomaron en cuenta por considerarse que se incluyen en el campo de acción de otras profesiones como la psicología y afines. Se incluyó en el diseño del instrumento el aspecto de la prevención que permite conocer si en el contexto de los adolescentes la prevención existe como factor de protección o si la falta de la misma influye como factor de riesgo.

La transmisión de valores, normas y conocimientos ha sido históricamente una necesidad en todas las sociedades. Los mecanismos y formas que han acogido éstas han sido diversas, creando distintas instituciones, las cuales se encargan de esta función. Hoy día la familia ejerce un papel importante como institución educativa y es de vital importancia para las personas que pertenecen a ella, siendo estas influencias determinantes para el resto de su vida. Sin embargo, no siempre se dan estos procesos de forma positiva, ya que van a depender de diversos factores: los estilos formativos, la existencia de un entorno socialmente

estimulante o la relación emocional entre padres, madres e hijos/as. Entendiendo que dentro de la sociedad se reproducen y crean valores y normas que rigen a los sujetos, la familia se considera el principal ente o espacio de socialización o agente dentro del proceso educativo; además, influye de manera importante en la determinación y construcción de la personalidad del adolescente, es decir, la familia lo forma como individuo que asume una dinámica social y las normas preestablecidas por la sociedad. Por otra parte, en los grupos pares se encuentran los amigos y allí se crean ciertas normas de conducta mantenidas en el tiempo mediante diversos mecanismos establecidos por el propio grupo, formándose así información directa o indirecta sobre los comportamientos apropiados en las diversas situaciones, los cuales pueden diferenciarse de los aprendidos en el hogar.

El análisis de las cifras obtenidas nos permitió confirmar la necesidad de un plan de prevención que ofrezca respuestas a las situaciones específicas de la población que ha caído en el consumo de drogas. El interés investigativo surge a raíz del evidente aumento del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en la población joven, a esto se le suma la consideración de que la ciudad de San Antonio de los Altos —por el elevado número de jóvenes que residen allí—, resulta atractiva para la investigación. Además de ciertas características propias —montaña, clima templado, cercanía a Caracas, etc. —, se suma el hecho de la carencia de fuentes de empleo suficientes para la población, por lo que la mayoría de sus habitantes adultos deben encontrar empleo en las ciudades aledañas para atender el sustento de la familia. Otro elemento que consideramos para definir el área de estudio fue que el acceso a los liceos de la zona no presentó mayor inconveniente, a diferencia de los centros educativos de Caracas, tanto públicos como privados, los cuales negaron la posibilidad de desarrollo de la presente investigación, alegando algunos que no les era conveniente la revelación de las cifras de consumo.

En consecuencia, se plantea inicialmente conocer la situación de consumo de los estudiantes que conforman la muestra de esta investigación. Ello permitirá determinar cuáles son las sustancias de mayor consumo, las edades de inicio del consumo, las diferencias relacionadas con el sexo de los consumidores y sobre todo los factores de riesgo asociados al uso de drogas. Así obtendremos información fiable que ratifique la obtenida en la investigación teórica que sustentaría la toma de decisiones para orientar las acciones preventivas de una forma asertiva y consustanciada con la realidad. A partir de allí debería promoverse la elaboración y diseño de planes, programas y proyectos preventivos, basados en información real y objetiva, lo cual elevaría el nivel de éxito en la ejecución de los mismos. Consideramos que el resultado de esta investigación constituye una herramienta valiosa para todas aquellas personas que de una u otra forma están involucradas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que contribuirá a la conformación de ambientes sociales sanos y constructivos que permitan un mejor desarrollo personal y social del individuo.

Este trabajo de investigación está dividido en tres capítulos. El primero comprende la descripción de la realidad nacional en relación con el consumo de drogas, donde se ve que Venezuela es susceptible a la distribución y consumo de drogas ilícitas principalmente por su ubicación geográfica, puesto que se encuentra a la entrada-salida del continente suramericano hacia los demás continentes. Hernán Matute, coordinador de la CLIAD/UPEL, afirma que por Venezuela transita 40 por ciento de la cocaína y 10 por ciento de la heroína que se consume en el mundo (2007). Aunado a esto se debe señalar que de este país salen por las fronteras 800 toneladas de drogas y 250 se quedan para ser consumidas aquí. Se debe tomar en cuenta que somos vecinos de cuatro países en los que se produce un gran porcentaje de las drogas distribuidas mundialmente (*ibíd.*). Pesar a que el interés de este estudio se encuentra centrado en el consumo no en la

distribución, este dato resulta relevante para la contextualización de la oferta existente en el país, la cual puede incidir en la demanda de estupefacientes y psicotrópicos.

En la investigación se hace referencia a las sustancias que predominantemente consume la población, los patrones que lo rigen, edad de inicio y otras características que permiten identificar algunos factores de riesgo y protección, a partir de cifras aportadas por instituciones que se dedican dentro del país al estudio de esta realidad, entre ellas la ONA, Cátedra Libre Antidrogas, Hogares Crea, Universidad Simón Bolívar y la Universidad de Carabobo.

En el segundo capítulo se hará la revisión de aquellos modelos teóricos que permiten abordar la drogodependencia, entre ellos la teoría de factores de riesgos y protección que será ampliamente profundizada, ya que se tomará como base teórica para el análisis de los resultados, por tener un planteamiento que busca dar una respuesta efectiva a la problemática multicausal de la drogodependencia, e ir más allá del análisis y acciones de corte meramente conductista y psicologista usualmente aplicados en el área. Estas concepciones, por lo general, carecen de éxito porque prescinden del elemento social, componente esencial para comprender y atacar el problema de la drogodependencia.

Se realiza una indagación del significado de prevención en el área de atención a personas en situación de drogodependencia. Por otra parte, se hace una descripción de algunos de los programas de prevención que se desarrollan en el país, los cuales permitirán distinguir los modelos de prevención que se aplican en el área de la drogodependencia y que fungirán como referencia para el diseño del Programa de Prevención Escolar, objetivo final de este trabajo de investigación.

En el segundo capítulo haremos, desde la perspectiva del investigador social, una revisión teórico-metodológica de las herramientas y técnicas para comprender y atender la drogodependencia como un problema social que está afectando en la actualidad a los adolescentes del país. Igualmente busca ofrecer a los interesados en el tema la posibilidad de identificar las perspectivas que existen en relación con la investigación, prevención y atención de la drogodependencia, permitiendo ir desde lo teórico a lo práctico y así poder configurar una opinión individual de lo que acontece en Venezuela en relación con el consumo de drogas por parte de los y las adolescentes.

En la legislación venezolana vigente encontramos algunas leyes que proporcionan elementos para ubicar el rol que debe asumir el Estado ante esta problemática. Dentro de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas, se asumen responsabilidades en materia de prevención y atención a personas en drogodependencia; el artículo 91 de dicha ley al respecto reza:

Se declara de interés público la prevención, control, inspección y fiscalización de las sustancias estupefacentes y psicotrópicas a que se refiere esta Ley. Es función del Estado adoptar las medidas que considere necesarias para prevenir, controlar y evitar el tráfico y el consumo ilícito de las mismas. El Estado diseñará y desarrollará planes y acciones en materia de predicción, previsión y prevención, a fin de disminuir y controlar el tráfico y el consumo de las sustancias a que se refiere esta Ley.

Para ser más específicos con respecto a la atención a las personas drogodependientes, se señala en el artículo 92 de esta misma ley: “Es deber del Estado asegurar el tratamiento, a los fines de rehabilitación, educación y readaptación social de las personas afectadas por el consumo indebido de

sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Igualmente proveerá la enseñanza de un arte u oficio para aquellas personas que lo requieran”.

Por otra parte, siendo legislación dictada directamente para la población objetivo de esta investigación, la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA) en su artículo 51 establece:

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar políticas y programas de prevención contra el uso ilícito de sustancias alcohólicas, estupefacientes y psicotrópicas. Asimismo, debe asegurar programas permanentes de atención especial para la recuperación de los niños, niñas y adolescentes dependientes y consumidores de estas sustancias.

El propio Estado venezolano, por medio de su legislación, se asume como principal responsable y promotor de políticas y programas sociales de atención y prevención a la drogodependencia, siendo prioridad la población comprendida por niños, niñas y adolescentes, considerados además por la LOPNNA como “prioridad absoluta” para la formulación y ejecución de políticas públicas (artículo 7). Sin embargo, no existe una política ejecutada desde el Estado para la prevención primaria de la drogodependencia en adolescentes. Se conoce el trabajo que desarrolla la Fundación José Félix Rivas atinente a la desintoxicación y prevención secundaria, pero existe la necesidad de un plan nacional o políticas sociales que ofrezcan especial protección a los grupos de alto riesgo y que busque la promoción de la salud integral en términos generales. Además, estos programas tienen que ir dirigidos a la reducción o eliminación de los factores de riesgos presentes que influyen en el inicio o mantenimiento del consumo de drogas, ya que sólo de esta forma se pueden disminuir los números actuales de consumo de drogas por parte de adolescentes.

El capítulo final de esta investigación está dirigido a presentar los resultados y análisis obtenidos a partir del procesamiento de los datos arrojados por el instrumento aplicado a la muestra establecida. Se presentarán de forma ordenada, a través de gráficos, los datos de mayor relevancia que influirán en el programa a diseñar. Entre los resultados de mayor relevancia que arrojó la investigación se pueden mencionar: 70% de los adolescentes son consumidores de alcohol; 33% de los adolescentes son consumidores de cigarrillos; 26,2% de los estudiantes de colegio público y 9,9% de los de colegio privado han consumido alguna droga de uso ilícito; más de 85% de los y las estudiantes manifiestan que no existe prevención en el colegio y más de 90% manifiestan que cerca de su colegio hay venta de alcohol y cigarrillos. Estos datos dan cuenta de la urgencia de implementar estrategias de prevención en los colegios, como parte del diseño de un programa de prevención escolar que minimice el consumo de drogas.

El diseño del programa de prevención escolar consta de cuatro módulos, dirigidos cada uno a diferentes poblaciones. El primer módulo irá dirigido al personal docente de los colegios y tiene que ver con la formación sobre la prevención como parte fundamental de la educación; el segundo módulo está dirigido a los y las adolescentes, en donde se trabajan aspectos relacionados con la socialización y las estrategias más eficientes para afrontar este proceso sin riesgos, además de la formación e información sobre las drogas y sus efectos; el tercer módulo va dirigido a los padres, madres y representantes, configurado como una escuela para padres que debiera ser implementado en los colegios, este módulo se presenta como una herramienta a aplicarse de forma permanente, se trabajarán aspectos de convivencia familiar y atención de los hijos en edad adolescente; el último módulo estará dirigido a toda la comunidad educativa, ya que tiene que ver con estrategias de prevención para el consumo de drogas que pueden ser desarrolladas por cualquier persona y que se ofrecen como alternativas de

recreación y esparcimiento para niños, niñas y adolescentes de todo el colegio, buscando brindar alternativas a los jóvenes para la mejor utilización del tiempo libre.

CAPÍTULO I

SITUACIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA EN VENEZUELA

En Venezuela el número de personas que se inician en el consumo de drogas es elevado; la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) informó que 6.604 personas fueron atendidas en los centros de rehabilitación en 2007 (ONA, 2008). No resulta difícil aceptar esta realidad, ya que la ubicación geográfica de Venezuela la hace un lugar propicio para el transbordo y traspaso de drogas del sur de América a otros continentes. Desde hace mucho tiempo, esta situación es conocida por quienes trabajan en el área de drogas, tanto los entes gubernamentales y organizaciones no gubernamentales nacionales como los que tienen un ámbito internacional. Por ello la realidad que nos afecta hoy día, en cierto sentido, era de esperarse.

Pero ¿de qué realidad hablamos? En las últimas estadísticas presentadas, la ONA expuso que, del total de personas atendidas en centros de desintoxicación, 5.794 eran de sexo masculino y 630 del sexo femenino, y de todos ellos 23% tenían edades comprendidas entre los 8 y 19 años de edad (ONA, 2008). Lo vivido en los últimos años en el país es un reflejo de la realidad mundial; el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), presentado en 2007, señala que 200 millones de personas —lo que representa 4,8%— de edades entre 15 y 64 años de edad consumen drogas ilegales y de este grupo 25 millones —es decir 0,6%— consumen drogas problemáticas como la heroína (ONUDD, 2007).

Es menester señalar que no todas las personas que se encuentran en situación de consumo asisten a tratamiento; es decir, aparte de las cifras registradas de quienes concurren a centros de desintoxicación, están las que

no lo hacen, lo que necesariamente aumenta la cantidad general de consumidores o drogodependientes.

Por Venezuela transitan 40% de la cocaína y 10 % de la heroína que se consumen en el mundo, según asegura Matute Hernán (2007), coordinador de la Cátedra Libre Antidrogas (CLIAD). No obstante, de este país salen por las fronteras 800 toneladas de drogas y 250 se quedan para ser consumidas aquí, y esta realidad, como decíamos antes, no es difícil de creer ya que somos vecinos de cuatro países en los que se produce un gran porcentaje de las drogas que se distribuyen en el mundo entero (Matute, 2007). Aunque lo más importante para nuestra investigación tiene que ver con el consumo y no con el tráfico, resulta relevante hacer un esbozo de la realidad de distribución de drogas en nuestro país, pues nos permitirá tener una idea de la oferta existente y en consecuencia del aumento progresivo de la demanda de la misma.

El consumo de drogas ha pasado a convertirse en un problema de salud pública, y para respaldar esto basta que hagamos la siguiente comparación: hace cinco años en el Hospital Leopoldo Manrique Terrer, ubicado en Coche —el cual cuenta con un servicio de desintoxicación y toxicología— atendía mensualmente un total de 300 pacientes, en la actualidad atiende casi 1.000 personas por mes, lo que indica un aumento importante y alarmante de la situación (Matute, 2007). Estas cifras muestran la incapacidad de las instituciones médicas para atender el incremento de personas drogodependientes.

Ahora, bien, ¿qué parte de nuestra población es la que más está consumiendo drogas? Respondernos esta importante pregunta nos permite saber que la juventud es la más afectada por este flagelo. La edad de inicio en el consumo de drogas está entre los 10 y 19 años de edad, y representa 18% de la población consumidora (Pacheco, 2005, p. 2). De 10 estudiantes con edades entre 11 y 25 años, 6 han tenido contacto directo con drogas

(Matute, 2007). Las últimas estadísticas de la ONA (2008) muestran que, de 6.604 personas que asisten a recibir tratamiento, 1.250 son niños, niñas y adolescentes entre los 8 y 19 años de edad. Estas estadísticas muestran cuál es la población que está consumiendo las drogas que se quedan en nuestro país.

El aspecto más inquietante de esta problemática pasa a ser, entonces, ¿cómo daña el consumo de drogas a nuestros jóvenes y niños? Esta situación afecta significativamente el futuro de Venezuela y de nuestra sociedad. Asimismo, sería interesante analizar las afecciones que el consumo de drogas produce en el organismo, visto desde la individualidad del ser, e indagar en su influencia en lo social, en los ámbitos familiar, laboral y educativo.

Es importante mencionar que esta realidad ha sufrido cambios considerables respecto a la diversidad de drogas que circulan en el país. Entre los aspectos que podemos mencionar están: el tipo de estupefaciente o psicotrópico que consumen los venezolanos, la edad de inicio en el consumo, el inicio del consumo de sustancias lícitas que están socialmente aceptadas como el alcohol y el cigarrillo. Por ejemplo, en Caracas 90% de los adolescentes de 16 años de edad ya se han iniciado en el consumo de alcohol. En un estudio realizado en la Universidad de Carabobo en 2006, entre sus estudiantes de Ingeniería, se encontró que 85,3% de los estudiantes consumían alcohol y se iniciaron en el consumo antes de cumplir 20 años (Espig, H., M. Navarro, F. Romaguera y E. Cerró, 2009, p. 47). Otro ejemplo de consumo de drogas lícitas a temprana edad es la adición al cigarrillo: 23% de la población atendida en centros de desintoxicación (871 personas; ONA, 2008), inició el consumo antes de los 14 años.

En este orden de ideas, podemos señalar que 81,36% de personas que consumen drogas ilícitas se iniciaron con alcohol o cigarrillo. La droga ilícita con la que tienen contacto los consumidores, de manera mayoritaria, es

la marihuana: alcanza 25,59%. Luego de la iniciación, los adictos pueden pasar por la cocaína, el crack, el bazuco, inhalantes, sedantes, anfetaminas, éxtasis, heroína, entre otras. Hace unos años la heroína era una de las drogas de menor consumo, debido a su costo y difícil acceso; en la actualidad su consumo se ha incrementado, como se observa en el siguiente dato: de los pacientes que asisten a centros de desintoxicación, 5,41% manifiestan estar bajo los efectos de esta droga. Esto es muy preocupante ya que esta droga produce alta adicción, y ha alcanzado el quinto lugar entre las drogas de inicio para el año 2005 (Pacheco, 2005, p. 2).

El consumo de drogas, específicamente en la población adolescente, es considerado por Flynn en 1994 (citado en Baño, 2002, pp. 135-136):

... como un consumo recurrente y compulsivo de cualquier sustancia química que conlleve consecuencias negativas en cualquier área de la vida o del desarrollo del hombre, como, por ejemplo: la familia y las relaciones personales, la salud, la familia, las relaciones sociales, el rendimiento escolar y/o laboral, los problemas económicos, legales y el desarrollo personal.

En este sentido, el aumento de la oferta de tantos tipos de drogas ha incrementado y diversificado el mercado, creando a su vez un aumento de la demanda de las mismas. Anteriormente, los distribuidores de estas sustancias se ubicaban en las afueras de los colegios; en la actualidad “son los mismos estudiantes quienes se han convertido en distribuidores” (Matute, 2009), lo que aumenta el consumo de drogas por parte de los adolescentes, ya que es comercializada entre los pares, amigos y compañeros de clases.

A pesar del crecimiento inusitado de la drogodependencia en el país, son pocas las instituciones que prestan atención especializada al problema del consumo de drogas, y las existentes hacen lo posible por ampliar su cobertura para poder dar respuesta a la población. Sin embargo, la realidad sobrepasa las posibilidades y las actuales instituciones de atención se

declaran incapaces de atender la totalidad de los drogodependientes. Las cifras que arrojan las estadísticas existentes confirman esta realidad, aunque es bien sabido que el número de drogodependientes es mayor al reflejado por dichas estadísticas. Asimismo, en cuanto a prevención, se han realizado campañas y desarrollado programas desde el Estado —a través de la ONA, anteriormente Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID) — y desde organizaciones no gubernamentales, privadas y religiosas, que se dedican a la atención de la población drogodependiente. Sin embargo, la verdad es que no se han obtenido los mejores resultados, agudizándose esta situación al punto de convertirse en grave problema que amerita urgente solución. Es necesario que se vean los resultados, atendiendo con énfasis el tema de la prevención, ya que resulta más fácil — más económico y socialmente mejor— evitar que alguien consuma que desintoxicarlo y/o rehabilitarlo, para que finalmente deje el consumo. Por ello, debe estimularse mayor accionar en la prevención.

Siendo el consumo de drogas un:

... problema complejo de múltiples causas, que incide en los diversos ámbitos de acción del desarrollo humano (...) por ello la importancia de la comprensión del desarrollo del individuo y su comportamiento, ya que el consumo de drogas no aparece de modo repentino, sino que se va desarrollando a lo largo de un proceso evolutivo (...) el consumo de una droga normalmente precede el consumo de otras (USB, 2006, p. 30).

Es una situación que amerita ser atendida desde diversos ámbitos y de diferentes formas para poder dar una respuesta efectiva que combata las causas que la generan. En este sentido, existen instituciones que han intentado atacar el problema a partir de la disminución del número de distribuidores, pero esto se ha convertido en una tarea interminable y agotadora. Mientras exista demanda de drogas, es decir, consumidores,

siempre habrá distribuidores dispuestos a satisfacer tal demanda, es simplemente una realidad económica, ya que para los traficantes esto es un negocio.

Dentro de este contexto, es de vital importancia llegar a los jóvenes antes que decidan iniciarse en el mundo de las drogas, ya que los estudios demuestran que la edad de inicio en el consumo es un factor de riesgo importante: “cuanto más temprana sea la edad de inicio la vulnerabilidad del individuo es mayor” (USB, 2006, p. 30). Ahora, bien, es necesario hacer un abordaje de esta situación que permita dar una respuesta contundente, bien sea para atenderla o para prevenirla, aunque lo más idóneo sería una acción simultánea, es decir, atender a quienes ya se han iniciado y prevenir para que el número de personas consumidoras vaya en descenso. En este sentido, la identificación de los factores de riesgos y de protección que influyen en estas situaciones ha de servir para la creación de una estrategia que permita abordar dicha problemática. La teoría de factores de riesgo y protección ha sido usada para atender problemas de conductas en adolescentes y se han obtenido resultados alentadores. Ello abre la posibilidad de pensar en modelos teóricos que sean efectivos al estudiar esta realidad (Muñoz, 2004, p. 21).

Cuando hablamos de “factores de riesgo” nos referimos a esas características individuales, familiares o sociales que van a promover la aparición de cierta situación o comportamiento. De igual forma, cuando se habla de “factores de protección” hacemos referencia a las características individuales principalmente, familiares y sociales que puedan inhibir, reducir o atenuar la aparición de dicho comportamiento o situación (Muñoz, 2004, p. 21). En este sentido, la existencia de uno u otro factor no va a determinar completamente la aparición de dicho comportamiento, y no necesariamente un factor que se considera de protección en una situación específica lo sea, estrictamente, en otras condiciones. Esto significa que el abordaje de los

factores de riesgo/protección debe realizarse en los contextos específicos que se quiera estudiar para verificar cómo influyen en ella, evitando a toda costa caer en generalizaciones.

El atender la drogodependencia desde las bases del modelo teórico de factores de riesgo y protección nos permite hacer un análisis integral sobre lo que significa el consumo de drogas y cómo se da esta situación en los y las adolescentes, población objetivo de esta investigación. La comprensión de la drogodependencia como fenómeno social a partir de la identificación de factores de riesgo/protección nos obliga a identificar los generadores de la situación, lo que a su vez permite clarificar hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos para prevenir el consumo de drogas por parte de los y las adolescentes. La investigación permitirá identificar los factores de riesgo y protección que influyen en el inicio y mantenimiento del uso y abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas por los estudiantes con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, de los liceos “José Manuel Siso Martínez” y “Luis Eduardo Egui Arocha”, ubicados en el municipio Los Salías del estado Miranda, para dar respuesta a nuestro principal objetivo que es el diseño de un programa de prevención del uso/abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas que atienda las necesidades específicas de la población evitando disipar esfuerzos en acciones alejadas de la realidad.

El Consumo de Drogas en la población adolescente

Como señalamos antes, el consumo de drogas en la población adolescente del país es uno de los problemas sociales de mayor importancia hoy en día. En los últimos años los cambios que se han presentado en cuanto a cantidad, tipo y frecuencia de consumo agravan considerablemente el problema y crean la urgencia de dar una respuesta pronta y efectiva a esta

situación; respuesta que debe partir de la prevención en cuanto a las primeras fases de experimentación del consumo, lo cual permitiría la disminución real de las estadísticas de afectados por esta problemática social.

En este capítulo conoceremos los cambios ocurridos en el consumo de drogas por la población adolescente venezolana en los últimos años, y a partir de allí visualizar más claramente la realidad actual. Para lograr esto partiremos de los resultados presentados por la Oficina Nacional Antidrogas en los últimos cinco años y de algunos estudios realizados por universidades nacionales, trabajos que muestran similitud en la metodología y población abordada.

Estadísticas nacionales

1. La ONA hace entrega anual de un informe estadístico que da cuenta de la población afectada por el consumo de drogas y hace especificación importante sobre la edad de inicio y los cambios en cuanto a los tipos de drogas que se consumen, así como la frecuencia con que se consumen. Para la elaboración de estos informes, la ONA utiliza los datos presentados por las instituciones públicas, privadas y religiosas que se encuentran adscritas al Observatorio Venezolano de Drogas, entre las cuales destacan la Fundación José Félix Ribas, que se encuentra en ocho ciudades del país, y Hogares Crea, con doce centros en el territorio nacional. Cabe destacar que estas estadísticas incluyen niños, niñas, adolescentes y adultos de ambos sexos. Sin embargo, las cifras del último año incluyen los datos de 1.455 NNA (niñas, niños y adolescentes) entre 8 y 19 años de edad y 1.491

jóvenes con edades entre 20 y 24 años, dato que es relevante para el análisis que realizaremos. En esta investigación trabajamos con estadísticas desde el año 2000 hasta las entregadas a principios de 2009, referidas estas últimas a la realidad de 2008.

2. Estadísticas 2008 de la Cátedra Libre Antidrogas (CLIAD) de la Universidad Pedagógica Libertador (UPEL-Caracas), que anualmente ofrece resultados de un sondeo que realiza en diversos centros de estudios en los que desarrollan campañas de prevención y orientación. Los resultados de estas estadísticas de 2008 se basan en un estudio realizado en los cinco municipios del Área Metropolitana de Caracas y los estados Miranda y Vargas, en colegios, liceos y universidades, utilizando una muestra de 5.000 personas y un instrumento anónimo y de autollenado.
3. La Universidad Simón Bolívar (USB) y la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) en noviembre de 2006 publicaron un informe sobre el estudio que llevó por nombre “Estimación de la magnitud del uso de sustancias psicoactivas, patrones de consumo y variables que condicionan dicho consumo entre la población escolar en los centros de enseñanza secundaria de Venezuela”. Este informe es un análisis detallado de los patrones de consumo de estudiantes niños, niñas y adolescentes de distintos colegios a escala nacional, con la excepción de los estados Amazonas y Delta Amacuro. El universo considerado en este trabajo fueron los estudiantes de séptimo y noveno grados de Educación Básica y segundo año del Ciclo Diversificado de cada colegio participante. Esta investigación tenía como fin ofrecer al país una base de datos sobre el tema del consumo de drogas y a la vez ofrecer a los entes internacionales que atienden esta problemática algunas informaciones ciertas sobre la realidad venezolana.
4. El Centro de Estudios sobre el Problema de las Drogas de la Universidad de Carabobo (CEPRODUC) y el Departamento de Salud

Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la misma universidad realizaron un estudio sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Esta investigación se llevó a cabo en 2007, utilizaron una muestra de 440 estudiantes y un instrumento estructurado que fue el resultado de la transformación de un instrumento diseñado por la ONA. Este estudio ofrece datos de importancia en relación con el consumo de alcohol, la edad de inicio y la frecuencia de consumo, que darán aportes importantes a nuestra investigación.

Presentaremos un bosquejo sobre las distintas drogas de consumo en Venezuela y los datos estadísticos que permiten saber cómo está actualmente el nivel de consumo y cómo ha variado en los últimos cinco años. Esta reconstrucción nos permitirá tomar algunas consideraciones para la elaboración de un plan de prevención. Aunque los datos que se manejan no dan cuenta del total de la población del país, hace referencia a un porcentaje importante de estados en los que se atienden a las personas drogodependientes. La ONA utiliza estas cifras para hacer un análisis nacional de la situación actual, puesto que estiman que las tendencias reflejadas son relevantes para hacer consideraciones de carácter nacional. Dentro del grupo de drogas que presentaremos se ubican las de carácter lícito, como el alcohol y el cigarro, y las de carácter ilícito, entre las que se encuentran la marihuana y los psicoestimulantes como la cocaína, el crack y la heroína.

Al hablar de alcohol, nos referimos al etanol o alcohol etílico. Esta sustancia se obtiene a través de un proceso conocido como fermentación anaeróbica de hidratos de carbono, de esta forma el alcohol puede alcanzar una concentración máxima de 16 por 100. Existen otras sustancias que tienen un porcentaje mayor de concentración, para lo cual se utiliza un

proceso de destilación (Macia, 2005, pp. 32-33). El consumo de alcohol tiene que ver con la ingesta de cualquier sustancia que en un momento determinado contenga alcohol; ahora, bien, para realizar un análisis sobre su consumo debemos verlo como un continuo que va desde aquellas personas que son abstemias ante la sustancia, pasando por quienes la experimentan una vez o varias veces esporádicamente, hasta los consumidores habituales y continuos.

Consumir alcohol en cualquiera de sus formas (...) es una práctica muy antigua en nuestra civilización y sigue siendo de las más extendidas en la actualidad. (...) si se realiza en cantidades pequeñas, no resulta nocivo en personas que no sufren ciertas enfermedades, sin embargo, se trata de una de las sustancias más peligrosas por su capacidad de crear dependencia física. (Macia, 2005, p. 33)

Si bien el alcohol es lícito para los adultos, no lo es para niños, niñas y adolescentes, ya que a estos últimos se les prohíbe su adquisición y consumo, como bien lo expresa la LOPNNA en su artículo 92: "Está prohibido vender o facilitar, de cualquier forma, a los niños, niñas y adolescentes: (...) sustancias alcohólicas".

El uso indebido, abuso y/o dependencia del alcohol conllevan a un conjunto de consecuencias negativas, entre ellas el deterioro físico y de la salud, y la predisposición a la violencia intrafamiliar o social. Es importante resaltar que las consecuencias son negativas no sólo para quien consume la sustancia, sino también para su entorno familiar y social. "El consumo de alcohol produce a nivel de comportamiento y relaciones sociales efectos (...) como cambios frecuentes de humor, irritabilidad, agresividad, desconfianza, deterioro intelectual progresivo, se entremezclan con problemas laborales, familiares y sociales en general" (Macia, 2005, p. 33)

En Venezuela, el alcohol ha llegado a ser la droga de inicio en el consumo, pues así lo han informado 81,36% de las personas que asisten a centros de tratamiento y desintoxicación adscritos a la ONA (Pacheco, 2005, p. 2). La edad de inicio del consumo de alcohol se ubica entre los 14 y 15 años de edad (USB, 2006, p. 32), aunque, según el Observatorio Venezolano de Drogas, dicha edad en 2006 se encontraba entre los 10 y 19 años y en más de 80% de la población estudiada. Esto muestra que el consumo de alcohol comienza en un porcentaje muy elevado al iniciar la adolescencia y en algunos casos antes de llegar a esta etapa de la vida. En la investigación realizada por la CLIAD, se presenta tan sólo 8% de niños, niñas y adolescentes que nunca han probado el alcohol (Matute, 2009). Esto indica que la edad de inicio en el consumo de alcohol ha disminuido considerablemente, ya que desde muy jóvenes los niños y niñas comienzan a probar esta sustancia. En Venezuela, el consumo de alcohol en muchas oportunidades se da en el seno de la familia, es decir, los padres, madres y otros familiares han disminuido los controles sobre la ingesta del alcohol, lo que ha provocado la aceptación social del consumo de esta droga de carácter lícito.

En cuanto al sexo de jóvenes y adolescentes que consumen esta sustancia, vemos que es más elevado el número de niños y adolescentes masculinos que se iniciaron en el consumo con el alcohol, en comparación con niñas y adolescentes femeninas. En las estadísticas ofrecidas por la ONA se muestra que, de las 3.037 personas atendidas por las instituciones públicas, privadas y religiosas adscritas a esta institución que se iniciaron con el consumo de alcohol, 2.789 son de sexo masculino y sólo 248 del sexo femenino (ONA, 2008), que en porcentajes equivale a 91,80% masculino en comparación a 8,20% femenino. Como vemos, el número de niños y adolescentes masculinos es enormemente superior al de niñas y adolescentes femeninas que se inician en el consumo con el alcohol.

Un aspecto importante a resaltar es que los consumidores de alcohol lo hacen para sentirse “parte de...”, para sentirse incluidos en un grupo o en un lugar. Es decir, muchas veces el consumo de esta sustancia se justifica por la necesidad de compartir con amigos y con grupos de pares, ya que como mencionamos anteriormente el consumo del alcohol, como también el de cigarrillo, se ha convertido en un algo socialmente aceptado. En el estudio realizado por la Universidad de Carabobo, 49,8% de la población encuestada manifestó ingerir alcohol para compartir con los amigos; 23,5% lo hace por curiosidad y 21,5% lo hace en las fiestas a las que asiste, otros simplemente lo hacen por rebeldía, presión de grupo o exámenes, despecho o para evadir los problemas, es decir, son variadas las opciones que encuentran nuestros jóvenes para hacer uso del alcohol (Espig y otros, 2009, pp. 52-53). Estas cifras nos permiten asegurar que el patrón de consumo en los adolescentes se da fuera del hogar y casi siempre en compañía de amigos, es decir, en el grupo de pares, y asimismo en fines de semanas y fiestas, lo que permite ver el alcohol como un elemento infaltable para las relaciones sociales y recreativas de nuestros adolescentes.

En el estudio sobre el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas es importante evaluar la frecuencia con que ellas son consumidas; con respecto al alcohol, según las estadísticas de la ONA (2008) , 31,77% de la población consume alcohol una vez por semana; 25,15% lo hace varias veces a la semana; 6,45% diariamente y 4,67% dos o tres veces al día, y, si estas estadísticas las llevamos al día de estos niños, niñas y adolescentes, cabe preguntarse: ¿cómo influye el consumo del alcohol en sus actividades diarias? Puesto que, si hay jóvenes que consumen alcohol dos o tres veces al día, ¿en qué tiempo estudian, se asean, se alimentan y realizan el resto de actividades cotidianas de un adolescente? Entonces, podemos señalar que la dependencia por el consumo de esta sustancia influye y afecta de forma considerable la vida social, educativa, familiar de los adolescentes. En

muchos casos son abandonadas las actividades cotidianas por atender la necesidad y dependencia de esta sustancia.

Así como el alcohol ha aumentado su aceptación social y su consumo, la siguiente droga de mayor consumo en el país es el tabaco, al igual que en muchos lugares del mundo. Cabe destacar que el consumo de tabaco es más común, ya que se ha aceptado como una actividad normal. El consumo diario de esta sustancia es reconocida socialmente, a diferencia del consumo de alcohol que puede no ser bien visto por el colectivo, si es a diario. El alcohol es más aceptado cuando su consumo es en reuniones sociales o los fines de semanas, como mencionamos anteriormente.

Ahora, bien, el consumo de tabaco:

... produce daños físicos en el usuario. Sin embargo, a diferencia de otras sustancias, es relativamente escasa su acción estimulante o depresora del sistema nervioso central o los trastornos que producen en la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta o la función motriz (Macia, 2005, p. 40).

Entre los daños en el organismo producidos por el consumo de tabaco, se pueden mencionar: alteraciones cardiovasculares, enfermedades broncopulmonares y cáncer de lengua y labio. Según los datos manejados en esta investigación, el consumo de tabaco está en segundo lugar como droga de inicio, apenas 23,49% de personas se iniciaron en el consumo con cigarrillo del total que asistieron a centros de tratamiento y desintoxicación (ONA, 2008). Según las estadísticas obtenidas por la CLIAD en 2008, 31% de adolescentes y jóvenes son consumidores de tabaco, pero 67% ha probado el cigarrillo y lo ha dejado por no gustarle, situación está que resulta alarmante, ya que es un factor de riesgo importante que sea tan alto el número de personas que llegan a probar el tabaco, aunque hayan preferido no continuar su consumo. Esto muestra la importancia de fortalecer los

factores de protección, porque son éstos los que permiten que una persona, aunque llegue a la experimentación, no se convierta en consumidora recurrente. Es importante resaltar que sólo 33% aseguró no haber probado el tabaco. Esto refleja que más de la mitad de nuestros adolescentes y jóvenes han consumido o son consumidores de cigarrillo o tabaco (Matute, 2009).

En el consumo de esta droga, al igual que en la anterior, el número de adolescentes y jóvenes de sexo masculino es superior a las consumidoras de sexo femenino: 87,62% del primer grupo y 12,37% del segundo. Esto permite asegurar que las medidas de prevención deben dirigirse con mayor énfasis a los adolescentes y jóvenes de sexo masculino. Un dato importante que refleja el consumo de tabaco y cómo afecta al adicto es el número de veces que consume la droga. De los consumidores de tabaco 60,34% lo hacen más de tres veces al día, lo que muestra un alto nivel adictivo de esta droga. El resto lo hace por lo menos una vez a la semana (ONA, 2008).

Luego de conocer cómo es en Venezuela el consumo de los dos tipos de drogas de carácter lícito para los adultos y aceptadas socialmente —el alcohol y el tabaco—, ahora daremos una panorámica de las drogas ilícitas y cómo es su consumo en el país. Con base en las estadísticas actuales, es claro que el consumo de marihuana tiene el tercer lugar entre las drogas consumidas. La droga como tal proviene de una planta conocida como cáñamo (*cannabis sativa*), este árbol posee dos compuestos que tienen efecto psicoactivo en el organismo: el 9THC y el 8 THC (TCH = tetrahidrocannabinol). La preparación de esta planta, con hojas y unidades floridas, conteniendo la resina, se conoce como marihuana o “hierba”. A la sola resina se le conoce como hachís. El consumo de esta sustancia produce euforia, cambios en la percepción, como distorsiones visuales y auditivas, desorientación y disminución de la memoria inmediata. La reacción de la persona puede verse influenciada por la cantidad de droga consumida, por el contexto donde se encuentre, por la vía de administración de la misma y por

la expectativa que tenga el consumidor respecto al consumo (Macia, 2005, p. 36).

Los datos ofrecidos por la ONA muestran que la marihuana, nombre más usado en nuestro país, se ubica como la tercera droga de mayor consumo, siendo la primera dentro de las drogas estrictamente ilícitas. Se ubica como adicción en 23,49% de las personas atendidas en los centros de tratamiento y desintoxicación adscritos a la Oficina Nacional Antidrogas (ONA, 2008). Los Hogares Crea, en sus estadísticas de atención de 2000, ubican la marihuana en el primer lugar como droga de inicio, ya que 1.757 personas, equivalente a 53,86%, entre los aspirantes a ser atendidos por estos centros, afirmaron haberse iniciado en el consumo con esta droga. Y debe resaltarse que para 2006 disminuye la cifra a 729 —24,51%— personas consumidoras de esta droga (Hogares Crea, 2006). Esto muestra una disminución importante en relación con el inicio del consumo, aspecto resaltante a la hora de desarrollar propuestas de prevención.

Un aspecto de mucha importancia en la comprensión del consumo de drogas por parte de los y las adolescentes tiene que ver con la edad de inicio en el consumo, ya que es un factor preponderante de riesgo. La ONA, según las últimas estadísticas, encontró que 26% de los pacientes atendidos en los centros de desintoxicación se iniciaron en el consumo de marihuana entre los 14 y 19 años de edad, considerada ésta como la primera droga de consumo, sin embargo 40% de ese porcentaje (es decir, 10,4% del total) refirió haber iniciado su consumo antes de los 14 años, lo que podría referirse al consumo de otras drogas en el inicio y el restante 60% sí se inició después de cumplidos los 14 años, bien con marihuana o con otra droga (ONA, 2008).

La USB en conjunto con la ONA realizó, en colegios públicos y privados, una investigación para conocer la prevalencia del consumo de drogas; allí se constató que el consumo de drogas de carácter ilícito había

disminuido, pero, sin embargo, de los y las adolescentes que dijeron haber consumido alguna droga, la mayor parte pertenecía a colegios privados, cuestión ésta que es razonable por el mayor poder adquisitivo de la clase media-alta. Por otra parte, ubicaron la edad de inicio en el consumo de marihuana entre los 14 y 15 años, disminuyéndose de esta forma la brecha de edad de inicio encontrada por la ONA, la cual ubica el inicio del consumo entre los 14 y 19 años, ambos aspectos de importancia en el diseño de estrategias de prevención (USB, 2006, p. 32).

Los psicoestimulantes —que son un conjunto de drogas ilícitas entre las que se encuentran la cocaína, el crack (derivado de la cocaína), la heroína, los inhalantes (gasolina, pega, soluciones limpiadoras o disolventes entre otros), los alucinógenos o drogas de síntesis conocidas como LSD— son los que alteran con mayor facilidad el sistema nervioso central y generan mayor adicción en el organismo, por lo que son consideradas las más peligrosas y las que se consumen, de forma progresiva en la mayoría de los casos, como segunda, tercera o cuarta droga.

Veamos qué consecuencias conlleva el consumo de estos psicoestimulantes: la cocaína puede provocar infartos, por el nivel de euforia y excitación que se puede alcanzar; produce igualmente aumento del ritmo cardíaco, de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial; pudiendo influir igualmente los síntomas que reflejan la abstinencia de esta droga (náuseas, temblores, cansancio, depresión) y puede ocasionar infartos al miocardio; el crack, que es un derivado más barato de la cocaína, produce los efectos deseados por el consumidor en mayor intensidad y mayor rapidez, ya que puede ser mezclado con tabaco o marihuana y el riesgo de infarto al miocardio es superior (Macia, 2005, p. 37).

En relación con los alucinógenos, éstos producen cambios en el estado de ánimo, euforia o depresión, deformación de las sensaciones,

alucinaciones visuales e ideas delirantes, entre otras. Pueden producirse los llamados “malos viajes”, que tienen que ver con sensaciones de pánico. No genera dependencia física y la dependencia psíquica es muy baja, no se da el síndrome de abstinencia, pero se tolera de forma muy rápida, lo que produce la necesidad del consumo de sustancias más fuertes para obtener las mismas sensaciones, por lo que se puede transitar con rapidez del consumo de esta sustancia a otras que serán más peligrosas (Macia, 2005, p. 38).

En cuanto a los inhalantes, las consecuencias no son tan graves, ya que son drogas que funcionan en el sistema nervioso central, de forma parecida al alcohol, generando dependencia psíquica, mas no física (aunque algunos investigadores mantienen lo contrario) y el síndrome de abstinencia puede darse en tres semanas en el caso de la pega (Macia, 2005, p. 39).

Una de las drogas, dentro de este grupo, que más temor generan por sus impactos y consecuencias es la heroína o los opiáceos, ya que una dosis elevada de esta droga puede provocar la muerte por colapso circulatorio o paro respiratorio. Es una droga de administración vía intravenoso lo que aumenta los riesgos de contagio de enfermedades como VIH, hepatitis, entre otras. El consumo de esta droga genera fuerte dependencia psíquica y física desde la primera dosis suministrada; el síndrome de abstinencia puede darse entre las 36 y 72 horas de pasar el efecto de la morfina, y en los consumidores habituales puede darse a las pocas horas del último consumo, presentándose en su máxima expresión a los tres días y pudiendo durar una o dos semanas (Macia, 2005, pp. 38-39).

En pocos años el consumo de este tipo de drogas ilícitas, consideradas como las más dañinas, ha aumentado entre los consumidores y lo más preocupante entre los niños, niñas y adolescentes. De los adolescentes que asisten a centros de tratamiento y rehabilitación, 4,7%

probaron por primera vez la cocaína entre los 10 y 19 años de edad. En relación con la media de edad en que se inicia el consumo de estas drogas, tenemos que para la cocaína es de 17 años, para el crack 15 años, para la heroína 18 años, para los inhalantes 12 años y para los alucinógenos entre 13 y 14 años. La cocaína está ubicada en 45,38% como la quinta droga de consumo; el crack se ubica en 11,53% y la heroína en 9,08%. De los pacientes, 46,62% afirman que el crack es la droga que más daño les ha causado; por su parte 21,76% considera que fue la cocaína y 9,68% acusa a la heroína. En la actualidad 32,78% de NNA que asisten a tratamiento y rehabilitación consumen crack, aunque consideren que es la droga que más daño les hace; 22,33% consumen cocaína y tienen la misma percepción respecto a esta droga (ONA, 2008).

En cuanto a la heroína, 10,92% de los NNA que son pacientes en centros de atención a drogodependientes manifiestan consumirla actualmente, aunque consideran que es la droga que más les afecta. Esta es una situación preocupante, ya que era una droga de muy poco alcance, poco conocida y consumida en años anteriores, y ha aumentado considerablemente su consumo. En el año 2005 sólo la consumía 5,41% de los pacientes de estos centros adscritos a la ONA (Pacheco, 2005, p. 3). En relación con el sexo del drogodependiente se mantiene igual que en el resto de las otras sustancias: la cantidad de personas adictas de sexo masculino está muy por encima del número de drogodependientes de sexo femenino.

En general, las estadísticas nos permiten identificar que la mayoría de las drogas mencionadas antes son consumidas por un número considerable de adolescentes del país, con la excepción de la heroína que hasta ahora no ha aumentado exageradamente su consumo, viéndose una estabilidad que podría considerarse como positiva, si consideramos el daño que ella genera en el organismo. Ahora, bien, en las estadísticas manejadas se incluyen adolescentes y adultos, sin embargo, en el 2000 el número de adolescentes

presentes en los datos presentados por la ONA alcanzaba 19,34%; en 2005 aumentó y se colocó en 24,11%; en 2006 se identificó 21,46% y finalmente en 2007 se ubica en 22,03%. Cabe destacar que las estadísticas muestran que la tendencia es a que el mayor número de consumidores se ubique en una edad entre los 20 y 24 años, es decir, jóvenes. Esto es importante, ya que las mismas cifras muestran que el inicio del consumo es antes de cumplir 18 años, esto es, en la adolescencia. En el año 2000, 85,18% de los consumidores se iniciaron entre los 10 y 18 años de edad; para 2005 esta cifra alcanza 91,62% y en 2007 se ubica en 93,07%; es decir, desde 2000 hasta 2007 ha habido un aumento de 8% en el número de adolescentes que se inician en el consumo de drogas ilícitas (CONACUID, 2000; ONA, 2006, 2008).

Igualmente se resalta que en el 2000 1,88% de consumidores se iniciaron en esta actividad antes de cumplir los 10 años de edad; en 2004 este número aumentó a 2,44% y en 2007 se ubicó en 2,85%. Los centros de atención a drogodependientes tenían como edad mínima los 10 años, pero la realidad los obligó a disminuirla a 8 años, al aumentar la cifra de niños y niñas de esta edad que se inician en el consumo (*ibíd.*).

Para el desarrollo de programas de prevención que se ajusten a la realidad de cada época y contexto, es necesario conocer detalladamente cómo se desenvuelve el consumo por parte de los adolescentes, que es la población escogida para esta investigación, de ahí que resulta de gran importancia conocer la prevalencia del consumo tanto de drogas lícitas como ilícitas. De los datos obtenidos en las investigaciones realizadas por distintas instituciones públicas y privadas que se dedican a la atención de población drogodependiente, se pudo observar que los adolescentes venezolanos se encuentran en consumo de diversas sustancias, algunas de mayor daño al organismo y otras que no causan afecciones significativas de forma inmediata, pero que con el tiempo causan deterioros.

Si observamos la realidad sobre cada sustancia y su prevalencia en el consumo, se verifica que la droga de mayor consumo es el alcohol; en 2000 estaba ubicada como la segunda droga de mayor consumo, mostrando 26,46%; en 2005 pasa a ser la primera droga de mayor consumo, ubicándose en 39,41%; y en 2007 sigue en primer lugar con 45,40%, lo que da cuenta de un aumento importante en su consumo (CONACUID, 2000; ONA, 2006, 2008).

En la actualidad, la segunda droga de mayor consumo es el cigarrillo, aunque en años anteriores se podía ubicar como tercera y cuarta droga de más consumo. En 2000 era ubicada en el cuarto lugar con 6,15%; en 2005 era la tercera droga con 15,76% y en el último año paso a ser la segunda droga con 23,49% (CONACUID, 2000; ONA, 2006, 2008). El aumento del consumo es otro dato importante. Cabe destacar que estas estadísticas son a partir de los pacientes consumidores de sustancias tanto lícitas como ilícitas. Ahora, bien, un número importante de venezolanos, adultos o adolescentes, son consumidores de tabaco, pero no consumen sustancias ilícitas, lo que hace suponer que el porcentaje nacional de consumidores de tabaco es mucho mayor.

En cuanto al consumo de marihuana, se observa que en 2000 era la primera droga de consumo con 42,49% de los consumidores y en los años siguientes se ubica como segunda droga de consumo hasta los momentos actuales, en 2005 se ubicó en 25,59% y en 2007 fue de 25,75%. Otra de las drogas de mayor consumo en el país es la cocaína; en 2000 se presentaba como la tercera droga de mayor consumo con 17,27%; en 2005 pasa a ser la cuarta droga de más consumo con un porcentaje de 6,48%; y el último año estuvo en 5,78%, lo que evidencia una considerable disminución por las características de la droga y sus efectos orgánicos (CONACUID, 2000; ONA, 2006, 2008).

El consumo de crack —derivado de la cocaína, como antes señalamos, y que produce efectos de mayores riesgos que la misma cocaína, así como mayor dependencia— se ubicaba en 2000 como la sexta droga de mayor consumo con 2,25%; en 2005 pasa a ser la quinta droga con 3,02%; y en el último año disminuye y se ubica nuevamente en el sexto lugar con un porcentaje menor a 1,18%. El resto de drogas psicoestimulantes o de síntesis se ubican en posiciones subsiguientes con menos de 2% en cada año. Y, en el caso particular de la heroína, cuyo consumo en Venezuela ha disminuido en relación con datos anteriores, se ubicaba en 2000 en 0,08% y en los siguientes años aumentó a un 0,12%, manteniéndose hasta los actuales momentos, salvo en 2003 y 2006 en donde aumentó a 0,15% (CONACUID, 2003; ONA 2007).

En cuanto al sexo de los drogodependientes, como señalamos antes, el sexo masculino es el de mayor consumo de estas sustancias, alcanzando 90% o más en las estadísticas. La drogodependencia en el sexo femenino, entre 2000 y 2007, se ha ubicado en 10% o menos, salvo en 2004 cuando se ubicó en 10,07% de pacientes femeninas que asistieron a tratamiento (CONACUID, 2000, 2004; ONA 2008).

En líneas generales, luego de conocer estos datos sobre el consumo en Venezuela, podemos afirmar que —si bien no ha habido un aumento exagerado del número de personas que se inician en el consumo— las cifras se mantienen estables con el pasar de los años, lo que nos hace suponer que no ha habido acciones eficaces para la disminución del problema. Para diseñar acciones que atiendan la situación de drogodependencia en Venezuela, es necesario conocer la prevalencia en relación con el consumo, y, más que eso, identificar características especiales del consumo, es decir, se deben manejar algunos aspectos que permitan hacer un análisis más profundo sobre la drogodependencia, su génesis y sus consecuencias.

En este sentido, es importante conocer aspectos determinantes para poder desarrollar acciones específicas que atenúen la situación, entre esos aspectos destaca la edad de inicio del consumo. A lo largo de este capítulo pudimos notar que dicha edad ha disminuido, es decir, las personas se inician en el consumo con menos edad que hace algunos años. Esto se ha convertido en algo tan crítico que las organizaciones se vieron en la necesidad de modificar algunos instrumentos de recolección de información, ya que algunos pacientes se iniciaron en el consumo antes de los 10 años. Otro aspecto importante tiene que ver con el grupo de pares o la influencia familiar: que en el contexto de los jóvenes haya personas consumidoras puede colocar en vulnerabilidad al joven para iniciarse en el consumo. Estas características referidas antes se pueden convertir de factores de riesgo a factores de protección, en una situación determinada. Entonces, es necesario identificar esos factores de riesgo o protección y a partir de ellos diseñar acciones que los atiendan específicamente y que logren atenuarlos o fortalecerlos, según sea el caso. Mientras se desarrollen acciones universales para la prevención de drogas, seguiremos teniendo un alto número de personas asistiendo a centros de desintoxicación y seguirán entrando más jóvenes y adolescentes al consumo de drogas. Si en cambio se diseñan acciones focalizadas dirigidas a realidades y situaciones perfectamente identificadas, los resultados serán más alentadores y los objetivos más alcanzables.

CAPITULO II

PREVENCIÓN DEL USO/ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES Y LA SITUACIÓN ACTUAL EN VENEZUELA

El primer capítulo de esta investigación nos permite visualizar el alto porcentaje de personas consumidoras de sustancias tanto lícitas —tabaco y alcohol— como ilícitas. Esto nos invita a pensar sobre las salidas que se pueden implementar para modificar esta situación. Sin embargo, se puede observar que las cifras reflejan un evento de mayor relevancia atinente al alto porcentaje de jóvenes que se inician en el consumo y que sus primeras experiencias se dan con las sustancias consideradas como más dañinas para el organismo: cocaína, crack y heroína. A esto habría que agregarle el costo económico, social y personal que representa el consumo de dichas sustancias para las instituciones que trabajan en la rehabilitación de la población drogodependiente, ya sean públicas, privadas o religiosas.

La drogodependencia, ya sea de sustancias lícitas o ilícitas, trae muy nefastas consecuencias en el desarrollo personal del individuo, sobre todo en los niños, niñas y adolescentes, ya que su consumo disminuye la motivación, puede interferir en los procesos cognitivos necesarios para el aprendizaje, aumenta de forma acelerada los riesgos de daños por accidentes, e incluso puede provocar la muerte. En ese mismo sentido se puede mencionar, en términos generales, el costo social, es decir el gasto en insumos, recursos humanos, tiempo, lo que significa la atención médica de un drogodependiente: inversión en especialistas en áreas de psicología, psiquiatría, toxicología. La deserción escolar, el aumento de hechos delictivos por parte de adolescentes y el incremento de casos de niños en situación de calle se relaciona directamente con la drogodependencia.

Tomando en cuenta las consecuencias que producen, tanto para la persona como para la sociedad, el uso y abuso de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, se ha desarrollado desde diversas instituciones religiosas, gubernamentales y no gubernamentales un conjunto de acciones importantes para atender esta situación. Sin embargo, los resultados hasta ahora obtenidos no son muy alentadores. Ya que en algunos casos son los propios adictos o sus familiares quienes con refuerzos y atención exclusiva han logrado la abstinencia temporal o definitiva del consumo de drogas. Aunque ésta no es la salida más efectiva para la solución del problema, ha sido un paliativo para la atención inmediata de esta población.

El objetivo de este capítulo es ofrecer, desde la perspectiva del investigador social, una revisión teórica que oriente nuestro trabajo en la búsqueda de algunas teorías que sintetizen integralmente o sistematicen una solución posible a la problemática de la drogodependencia en la población de niños y jóvenes. Esto implica presentar una visión de los avances que se han dado en materia de prevención, desde lo teórico hasta lo práctico, es decir, qué dicen los autores y qué hacen las instituciones involucradas con respecto a la prevención de drogas. En este sentido, se trabajarán distintas lógicas, modelos teóricos y formas de abordar la situación del consumo de drogas, lo cual nos permitirá ampliar las alternativas para la reflexión. El apego a una o más concepciones teóricas se presenta como posible opción para la solución de esta problemática social, pero además posibilita darle consistencia a la formulación del diseño de un programa que aborde la prevención del consumo de drogas en adolescentes. Desde esta perspectiva, el enfoque del planificador de políticas públicas se convierte en una figura importante que permitirá ejecutar y evaluar de una forma eficiente el programa de prevención, puesto que éste se desplaza entre la organización a fin de cumplir con los objetivos relacionados con la satisfacción de problemas

sociales y la promoción de la calidad de vida, mediante la formulación y desarrollo de políticas, planes y programas.

Prevención del uso/abuso de sustancias lícitas e ilícitas en adolescentes

La prevención en el área que nos ocupa, desde una perspectiva general, tiene que ver con la aplicación de estrategias que permitan disminuir o evitar el uso/abuso de sustancias psicotrópicas por niños, niñas y adolescentes (NNA) y las consecuencias que ello trae. Sin embargo, existen estudios que conceptúan la prevención de forma más específica y que resulta de importancia para esta investigación.

Kaplan (citado en Macia, 2005, p. 83) plantea:

... tres niveles de prevención: primaria, dirigida a evitar la aparición del trastorno o la difusión del agente patógeno, dando una protección específica a los grupos de alto riesgo y buscando la promoción de la salud en general, la atención se dirige a la reducción o eliminación de aquellos factores (...) tanto físicos como humanos, asociados a la aparición del problema o el aumento de los recursos personales de los individuos o conductas saludables que puedan neutralizar la futura aparición del problema; secundaria, dirigida a atender el avance del deterioro de la salud en las primeras fases (...) la atención se dirige a la detección temprana de los casos o conductas de riesgo relacionadas con los diferentes problemas o trastornos, con el fin de modificarlos estando en una fase incipiente, y terciaria, dirigida a reducir las consecuencias o efectos del problema o la enfermedad; en psicología se pone énfasis en la prevención de recaídas a través de intervenciones y estrategias terapéuticas conducentes a ese objetivo.

Hay otros autores que plantean la prevención en dos partes: una que llaman *inespecífica* (Calafat, 1995, citado en Becoña, 1999): “es la que trata

de alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas” (pp. 16-17); y una segunda etapa que se llama *específica* que se refiere a “aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas” (*ibíd.*).

La prevención que resulta más deseable es la primaria, ya que va dirigida a retrasar o evitar el consumo cuando éste aún no se ha producido. Desde esta perspectiva, podría decirse que la prevención a partir de los factores de riesgo/protección es una de las estrategias más eficaces, porque no sólo intenta reducir o atenuar los factores de riesgo existente (conociendo la dificultad que conlleva), sino que atiende los factores de protección para reforzarlos y evitar así el inicio en el consumo.

Teorías explicativas de la causa del uso/abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas

La revisión de teorías que expliquen el consumo de drogas es indispensable para la investigación que se lleva a cabo, pues el estudio de diversos modelos que han formado parte de la fundamentación de la prevención y/o atención de esta problemática permite ampliar el bagaje de conocimientos, lo que permitirá sustentar nuestro análisis y propuestas. Por otra parte, se considera fundamental la sustentación del análisis, el accionar preventivo o de orientación bajo la revisión previa y la adopción de una o varias teorías que se consideren adecuadas, y así posibilitar la comprensión de la realidad social bajo el estudio de experiencias exitosas en el área.

En este orden de ideas, toda intervención que se realice de esta problemática, en cualquiera de sus etapas, necesita tener como base una o

más teorías. Es importante resaltar que cualquier acción de prevención, orientación y atención que se encuentre basada en una teoría tendrá ventajas para el logro de sus objetivos como para la evaluación de su accionar.

La mayoría de los modelos de prevención existentes tienen sus raíces en la teoría del aprendizaje social o en la teoría de la conducta problema. Estas concepciones plantean que el uso/abuso de sustancias es una conducta aprendida a partir de unos procesos de modelado y reforzamiento, en los cuales participan factores personales como las creencias y actitudes. Diversos investigadores han revisado los modelos que explican el consumo de drogas, sin embargo se puede afirmar que en la actualidad no existe consenso que señale a alguno como el idóneo o el más adecuado para la comprensión del consumo de drogas y del abordaje de esta problemática.

Es menester señalar que cada teoría hace énfasis en factores particulares, considerando que el uso/abuso de sustancias viene dado por la interrelación de un conjunto de elementos de la personalidad, ambientales, sociales y/o de la conducta. Por esta razón abordaremos algunos de los modelos teóricos que han tenido mayor impacto y relevancia en el área, y que comúnmente han sido aplicados en el análisis y abordaje de la problemática social que representa el uso de drogas. Es importante señalar que estos modelos en lo fundamental tienen un enfoque psicosocial. En este sentido, desde la perspectiva del Trabajo Social, se puede afirmar que ellos poseen limitaciones para la génesis de programas preventivos, sin embargo, permiten identificar algunos aspectos importantes a tomar en cuenta en los nuevos diseños de estrategias de prevención y abordaje de estas situaciones.

Teoría del “aprendizaje social”

Esta teoría fue propuesta inicialmente en 1977 por Bandura, quien realizó innovaciones al considerar la inclusión del aprendizaje social, “vicario” o de modelos, que como elemento práctico es de ayuda para la explicación y el cambio de ciertas conductas. Esta teoría psicológica se basa en los principios del aprendizaje, toma en cuenta al individuo y su “cognición” en relación con los elementos del ambiente en donde se desarrolla su conducta.

El aprendizaje “vicario” —término usado por Bandura (1977 y 1986) — se refiere al proceso de imitación mediante la observación de conductas de un individuo o grupo. Éste es un modelo que “actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Perry y Fukurawa, citado en Becoña, 1999, p. 171). Asimismo, Bandura, partiendo del aprendizaje “vicario”, propuso —a través del aprendizaje de modelos— técnicas que moldearan la conducta para adquirir y eliminar ciertos comportamientos. Estos modelos de aprendizaje pueden realizarse a través de ejemplos reales o simbólicos.

Esta teoría tiene como marco de referencia inadvertido “el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario”, a su vez explica la regulación de la conducta por medio de tres sistemas:

- 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico;
- 2) El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental;
- y 3) el tercero lo constituyen los procesos cognitivos

mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura (Becoña, 2002, p. 175).

En 1986 Bandura redirecciona su teoría con la publicación de su manual y la nombra “teoría cognitiva social”, ésta examina los orígenes sociales del pensamiento y del accionar humano. La parte cognitiva resalta el aporte de los procesos del pensamiento referente a la motivación, el afecto y la acción humana. En la teoría cognitiva social, Bandura sostiene una postura de interacción que se basa en un modelo de reciprocidad de tres elementos que se manejan de manera interactiva entre sí: la conducta, los factores cognitivos y las influencias del medio en donde se desenvuelve la persona; son necesarios uno o varios elementos para que se produzca un efecto.

Este modelo de reciprocidad de tres elementos que se manejan de una manera interactiva entre sí es considerada como determinismo recíproco triádico, por dos aspectos mencionados anteriormente: primero, está compuesto de tres elementos y, a su vez, estos elementos se relacionan mutuamente entre sí, es decir con reciprocidad; segundo, el término determinismo se refiere al énfasis que generan ciertos factores y a la relativa influencia que produce algún efecto, y evita considerarlos como consecuencias independientes del individuo, que son determinantes para el sujeto.

Esta teoría plantea que, debido a la diversidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede conformar partes diferentes de diversas condiciones que darán resultados o efectos distintos. En este sentido, la interacción de los tres tipos de factores y la relativa influencia

variarán para diferentes actividades, individuos y circunstancias. Los tres factores no interactúan de manera simultánea.

a) Determinismo recíproco triádico; b) definición de la naturaleza humana (capacidad de simbolización, de previsión, vicaria, autorreguladora, autorreflexiva y naturaleza humana); c) la importancia de los factores cognitivos, junto con el ambiente y la conducta, en relación recíproca entre sí; d) la teoría de la autoeficacia de Bandura; e) la teoría del aprendizaje social con relación a las técnicas (modelado); f) el sujeto dirige su propio cambio de conducta y su autocontrol (Mayor y Labrador, 1984, p. 186).

La teoría cognitiva social postuló una explicación de las posibles causas que determinan las conductas hacia el consumo. Este proceso se refiere a la toma de decisión sobre el consumo o no de sustancias lícitas o ilícitas, la cual se considera como un factor dependiente de las cogniciones que funcionan en el sujeto; por ejemplo, en una situación de estrés y sin tener referencia de conductas alternativas, se inicia el consumo pasando a ser un hábito. De ahí se puede destacar una de las características de la teoría: la autorreferencia que menciona Bandura, y ésta refiere al medio por el cual la persona reflexiona y actúa sobre su dinámica.

Otro aspecto de la “teoría cognitiva social” se refiere a lo que su autor denomina “autoeficacia”. Bandura, por medio de la teoría de la autoeficacia, aporta otras variables que, conjuntamente con los elementos del determinismo recíproco triádico, establecen la conducta en los factores cognitivos y personales como: las creencias, expectativas, opiniones y representaciones de las personas. En otras palabras, se trata de explicar la conducta humana y los factores que intervienen en ese proceso. Asimismo, se puede entender la autoeficacia como las consideraciones propias del sujeto acerca de su capacidad para organizar y ejecutar acciones necesarias para manejar futuras situaciones.

En 1975, Fishbein y Ajzen (citado en Kumate, 2002) plantearon un modelo con ciertas semejanzas a la teoría cognitiva social: señalan algunas similitudes en el análisis del comportamiento en su teoría de la acción razonada o planeada. Sin embargo, para estos investigadores existe una diferencia importante que se refiere a la percepción de control, el cual es considerado mucho más amplio y compuesto por diversas variables. Por ejemplo, el tiempo o momento en que la conducta ha de ejecutarse, los obstáculos que otras personas puedan interponer para llevar a cabo una acción, la percepción de eficacia, la oportunidad de acción, etc. (p. 10).

La sensación de control de la conducta está mediada por el riesgo que pueda implicar esta conducta. Ramón Ramos (1999, p. 256) caracteriza la situación de riesgo cuando: “a) Hay una exposición consciente a daños; b) los daños, en alguna manera son dimensiones, son considerados eventuales; y c) tal situación es producto y objeto de decisiones”. El daño implica todo lo relacionado al detrimento o pérdida de algo que se tiene y posee un valor: Ramos lo definió como un bien. Es así como considera que, “según sea concebido y valorado ese bien, se comprende que la conducta de riesgo pueda consistir en evitación o adopción. En el primer caso, el riesgo llama a evitar algo; en el segundo, anuncia una oportunidad” (pp. 249-250). Así se puede entender que el riesgo que se genera en un momento o etapa produce en las personas la evasión o la aceptación u oportunidad. En otras palabras, estas situaciones llaman a la alarma o al reto: dependerá en este caso de los sistemas que según la teoría se manejan en estas circunstancias.

Un aspecto importante de la teoría cognitiva social tiene que ver con la explicación que realiza sobre los medios de comunicación de masas, ya que plantea que éstos constituyen una poderosa fuerza para aprender conductas de todo tipo (incluyendo el consumo de sustancias de carácter lícito o ilícito), formar actitudes y modular creencias (Becoña, 1999, p.184).

Esta teoría presenta un conjunto de explicaciones que, nos atrevemos a asegurar, la convierten en una de las más completas y de mayor uso a la hora del diseño de programas de prevención o tratamiento para el consumo de drogas. Ahora, bien, los programas preventivos existentes no utilizan todos los aspectos que ella propone, seleccionan los que consideran más relevantes, pero siempre está presente esta concepción teórica.

Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas

Este modelo, construido por Becoña (1999), plantea que el consumo de drogas se da en varias etapas: fase de predisposición o previa; fase de conocimiento; fase de experimentación o inicio del consumo; fase de consolidación, y fase de abandono o mantenimiento. En este modelo se abordan un conjunto de factores que están asociados al consumo de drogas. Es importante señalar, como mencionamos antes, que los factores que intervienen en el inicio del consumo de drogas no son estáticos o individuales, sino elementos que se relacionan entre sí, interactúan e influyen de forma recíproca.

En relación con la fase de predisposición o fase previa, se plantea que hay características personales que están presentes en los individuos antes de iniciarse en una conducta o en una actitud, y van a determinar que una persona consuma y otra no. Entre las características que influyen en la decisión de consumir drogas o no, se encuentran las de carácter sociocultural, que tienen que ver con las creencias, expectativas y conductas del grupo social al que pertenece el sujeto. Con respecto a drogas como el alcohol y el tabaco, aceptadas socialmente, en algunas situaciones específicas su consumo tiene que ver también con los sistemas de

producción, oferta y demanda del mercado. Por otra parte, los factores de predisposición biológica tienen su importancia en la medida en que se puedan conseguir medicamentos que bloqueen el efecto de las sustancias en el cerebro, lo que tiene que ver con la carga genética de cada persona y cómo una adicción puede ser adquirida de forma hereditaria. Los factores de predisposición psicológica —en donde se incluyen el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia— están relacionados entre sí (Becoña, 1999, pp. 264-269).

En cuanto a la fase dos o de conocimiento, ella tiene que ver con el saber previo sobre drogas y que viene dado por la familia, la escuela, la comunidad, los amigos, los profesores y otros adultos que puedan tener una influencia importante en el acercamiento o no a las drogas; en esta fase influyen la familia, el aprendizaje, la socialización (familia, pares, colegio, medios de comunicación), las expectativas (tiene que ver con las experiencias vividas y cómo éstas generan un sentimiento de predicción de cómo serán las futuras) (Becoña, 1999, pp. 269-281).

En la tercera fase, experimentación o inicio en el consumo, están presentes varios aspectos relacionados con los factores de riesgo para el consumo de sustancias, entre ellos los de carácter familiar, emocional, intelectual y/o académico. Y que están relacionados con factores de accesibilidad a la droga, como el costo, la vía de administración, el tipo de droga que se consume y la concepción del riesgo que ella genere y los valores, las actitudes, las normas interiorizadas, el estado emocional de la persona, entre otros (Becoña, 1999, pp. 282-291).

La consolidación del consumo trae consecuencias positivas o negativas, dependiendo del resultado del consumo, y tiene que ver con los iguales, la familia y sí mismo, es decir, con su entorno. El estado emocional de la persona influirá en el abandono o mantenimiento del consumo o el

aumento cuantitativo del mismo. En esta fase cobra importancia el consumo de varias sustancias o de otras adicciones sin sustancias (Becoña, 1999, pp. 291-292).

El abandono o mantenimiento del consumo pueden estar influenciados por diversos factores externos: presión de la familia, amigos, pareja, policía, la salud, entre otros, en donde podría mencionarse la decisión de dejar de consumir por los problemas que esta conducta ha traído. Y finalmente la recaída es una fase importante, ya que muchas personas cuando llegan a la fase de consumo consolidado, e intentan salir, recaen una vez o en varias oportunidades, hasta que logran la abstinencia total o el mantenimiento de la conducta (Becoña, 1999, pp. 292-293).

Modelo transteórico del comportamiento MTC

Este modelo surgió en los años 70 luego que Prochaska y DiClemente realizaran un análisis comparativo entre diversas teorías relevantes, las cuales hacen énfasis en el comportamiento de personas dependientes de drogas. Esta teoría tuvo un gran impacto en el área de atención a drogodependientes por introducir la posibilidad de planificar y ejecutar algunos programas e intervenir considerando las realidades específicas de cada población o grupo a los cuales se dirigen las actividades; otro de los elementos principales de este modelo es la cualidad que posee como catalizador para modificar la conducta de manera rápida, según sus variables y características.

La premisa fundamental de este modelo es considerar el cambio de comportamiento como un proceso donde se deben comprender los diversos niveles de motivación denominados “intención de cambio”. Está basado en

suposiciones sobre la forma como se desarrollan los cambios de comportamiento (Prochaska y Velicer, 1997; citado por Cabrera, 2000, p. 132):

Ninguna teoría o modelo responde totalmente por la complejidad explicativa del cambio comportamental. El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas. Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental. La mayoría de las poblaciones de riesgo no están preparadas para actuar y, por eso, no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales. Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos. La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados si incorporasen un paradigma de etapas, distinto al ya clásico y superado de acción. Procesos y principios específicos de cambio necesitan ser aplicados a etapas de cambio específicas; las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo.

Existen ciertos aspectos que sustentan este modelo y lo distinguen sustancialmente de las demás teorías; uno de ellos es la importancia dada a la distinción de tratamiento según la persona, grupo o población; otro es la importancia que da a la influencia de factores biológicos, sociales y de autocontrol en el comportamiento; en tercer lugar, se observa una preocupación por innovar en programas de salud del comportamiento, basándose en estrategias que interactúan con las personas, amoldándose a su dinámica.

El modelo transteórico revela el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de las personas por medio de cinco variables.

Proceso de cambio		
Etapas de cambio		
Precontemplación	Concienciación	Autoevaluación-reevaluación
Preparación	Catarsis	ambiental-liberación social
Acción	Autoafirmación	Control de estímulos
Mantenimiento	Acondicionamiento	Administración de eventos
	Relaciones de apoyo	
Comportamiento objetivo		
Balance decisorio		Tentación
Pros y contras para cambiar		Situaciones emocionales negativas
Autoeficiencia		Situaciones emocionales positivas.
		Impulsos incontrolables

Nota: "El modelo transteórico del comportamiento en salud", por G. Cabrera, 2000, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), p. 5.

La precontemplación es la etapa en la cual no existe, en las personas en dependencia, alguna intención de modificar su comportamiento. Clasifican dos subgrupos de individuos dentro de esta etapa: un subgrupo conformado por los desinformados o con ausencia de información sobre las consecuencias del comportamiento; los del otro grupo pueden haber intentado en otra oportunidad un cambio y al no ser exitosos se desmoralizaron. Afirman que en los dos casos las personas evitan leer, hablar e incluso pensar sobre su comportamiento de riesgo, pudiendo llegar a adoptar una actitud defensiva, evitando cualquier acción que busque modificar su actitud. Una de las críticas que realizan a las teorías anteriores es que ninguna aborda a las personas que se encuentran en esta etapa.

En la denominada etapa de contemplación, se asoma la posibilidad de cambio de conducta —aunque sea el llamado “contemplador”—, se muestra la intención de modificar y conocer las ventajas que este cambio traería. Sin embargo, pueden pasar años en esta etapa sin poder transformar su conducta. Otra etapa de este modelo es la preparación, es decir, cuando las

personas ya han tomado la decisión de dar un cambio y se mentalizan para ello. Luego corresponde la acción, y tiene que ver con la visualización de algunos comportamientos que se observan en el día a día. El mantenimiento hace referencia al proceso de estabilización de conductas de cambio observadas y la terminación con el momento en que la persona soporta la tentación de regresar al consumo. En esta etapa la persona ya posee confianza en sí misma y seguridad de los procesos vividos (Cabrera, 2000, p. 135).

Modelo de “estrés social”

Esta teoría se deriva inicialmente del modelo de psicopatología de Albee 1982, (citado en Becoña, 1999) y pretende la integración de las variables individuales y familiares y los recientes hallazgos de las investigaciones sobre competencia y afrontamiento. El modelo teórico de estrés-aprendido se focaliza esencialmente en la búsqueda de los factores ambientales que producen tensiones excesivas y acepta los esfuerzos dirigidos a fortalecer la resistencia al estrés para mejorar la competencia social, la autoestima y la autoconfianza. Hace referencia a una acción social y política para reducir las tensiones en condiciones sociales desfavorecedoras. Según Albee, la potenciación de la resistencia de la multitud como estrategia global de mejoría positiva de la salud es un factor importante para construir personas más fuertes, más competentes, más seguras y optimistas, con más soportes (p. 92). Desde esta perspectiva, el consumo de drogas en adolescentes es el resultado a largo plazo de todas las vivencias que el joven ha experimentado tanto con aquellas personas más relevantes de su contexto (por ejemplo, familia, amigos) como con los sistemas sociales. Es un proceso que va desde el nacimiento hasta la

adolescencia. Las experiencias del joven en la familia, la escuela y la comunidad se entienden como influencias relevantes para su adecuada identificación con los padres, con los iguales, con los modelos sociales y para el desarrollo de efectivas estrategias de afrontamiento.

En este contexto, aquellos niños, niñas y adolescentes que: (a) no han llegado a identificarse con figuras parentales y consecuentemente han fracasado a la hora de incorporar sus valores y normas, (b) no han adquirido las habilidades necesarias para resistir las presiones hacia el consumo, y (c) no han tenido las oportunidades adecuadas para la educación y el empleo, estarán menos seguros de sus propias habilidades y menos equipados para enfrentarse a una gran variedad de estresores sociales durante la adolescencia. En este caso, es muy probable que sean influidos por aquellos iguales que están en la misma situación, defendiendo el uso de drogas como medio útil de afrontamiento al estrés según lo planteó Elliot (1985, citado en Becoña, 1999, p. 74). En el sentido opuesto, es menos probable que adolescentes se impliquen en un consumo temprano de sustancias en caso de que: (a) hayan establecido vínculos positivos con sus familias, profesores e iguales; (b) hayan desarrollado habilidades adecuadas para el manejo del estrés y (c) dispongan de modelos de afrontamiento competentes en la escuela o en la comunidad y posean suficientes recursos y oportunidades. Desde esta perspectiva, la posibilidad de que un adolescente se inicie en el consumo de drogas está relacionada con el nivel de estrés al que es expuesto y con la magnitud con que éste es asimilado por enlaces positivos, habilidades de afrontamiento, recursos personales y comunitarios.

Teoría de la conducta problema-Factores de Riesgo y Protección

Jessor (1991) propone una nueva perspectiva diferente a las teorías tratadas en esta investigación. Para efectuar un análisis y un accionar parte de una serie de observaciones sobre el cambio de conductas con respecto a la sociedad actual. Esta perspectiva se basa en la ciencia conductual (1993), la cual ha cambiado, según su percepción, todos los aspectos de la comprensión de los adolescentes. Esta manera de abordaje incluye un gran número de factores y variables, y agrega un elemento fundamental para ésta: la interacción persona-contexto que había sido obviada en las otras teorías o modelos (Becoña, 1999, p. 201). Algunos componentes de peso para la aparición de conductas de riesgo son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, elementos fundamentales para considerar a la población adolescente en riesgo (Becoña, 2002 p. 351).

Con respecto al accionar en riesgo de adolescentes, Jessor concibe que el término apropiado para el tema es “conductas de riesgo”, ya que los adolescentes y jóvenes no deben ser considerados buscadores de riesgo. Por el contrario, define este tipo de comportamiento como “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente” (*ibíd.*, p. 351). Jessor en su modelo indica que el interés se centra en conocer los elementos previos a la fase de experimentación, aquellos factores que luego derivan en conductas de riesgo. Asimismo, Jessor considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que funcionan como marco conceptual general para la conducta de riesgo de adolescentes: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta como lo muestra Bolaños (2008):

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Biológico/genéticos	Historia familiar de alcoholismo	Alta Inteligencia
Medio social	La pobreza, la anomía normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas	Las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y disponer de adultos interesados
Medio percibido	Modelos de conducta desviada, y los conflictos normativos entre padres y amigos	Modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada
Personalidad	Percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgo	La valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación
Conducta	Los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar	La asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares y de voluntarios.

Nota: Tomado de "Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas" por C. Bolaños, 2008 [documento en línea]. Disponible: <http://www.cij.gob.mx/paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevenccion/InvPreventiva/teoriasmodelos.asp>. [Consulta: 8 de agosto de 2009].

Este esfuerzo y las categorías pueden considerarse válidos para la comprensión y abordaje de esta problemática, pero es claro que en la realidad latinoamericana, y específicamente en la venezolana, existen elementos que social y culturalmente no coinciden con los planteamientos de Jessor; nos referimos a los valores y costumbres del venezolano, aunque es la teoría que más se aproxima a nuestra realidad y que permite —siendo aplicada a la drogodependencia en Venezuela— identificar las estrategias preventivas que mayores probabilidades de éxito pueden ofrecer. Es importante resaltar que, una vez identificados los factores, se adecuan y se puede iniciar un proceso de orientación preventiva hacia aquellos elementos

que dan posibilidad —siguiendo el modelo— de una prevención o atención exitosa.

Acompañando a los factores de riesgo y protección establecidos en el cuadro anterior, existen tres grupos de conductas de riesgo en los adolescentes según lo establece Jessor (1991, citado en Becoña, 2002, p. 351):

... las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Dentro de las conductas problema considera el uso de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir bebido; en las conductas relacionadas con la salud, la alimentación no saludable, el consumo del tabaco, el sedentarismo (...) y, dentro de la conducta escolar, la inasistencia escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Los resultados del riesgo que Jessor define como el producto del compromiso salud/vida son: la salud (dolencias/enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal (autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio) y la preparación para la vida adulta (escasas capacidades laborales, desempleo y falta de motivación).

El factor de riesgo se define como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas: inicio en el consumo o mantenimiento del mismo. Por otra parte, se define el factor de protección como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la posibilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas (Muñoz, 2004, p. 21).

Cuando hablamos de los factores de riesgo y protección que influyen en la posibilidad de que se dé una conducta o no —en este caso el consumo de drogas—, debemos tomar en cuenta que en algunos casos se estarán refiriendo a los mismos factores como protectores y en otras oportunidades como riesgosos. Es decir, ubicándolos en distintos polos.

Se ha establecido que mientras más factores de riesgo tenga un individuo mayor será la posibilidad de que se inicie o mantenga en el uso/abuso de determinada droga. Entonces, de la misma forma en que la exposición a estos factores conlleva al consumo de drogas, la exposición a otros factores —o poniéndolo en un punto más interesante para el estudio de este planteamiento aún: exponiéndose a los mismos elementos o factores que el otro sujeto, pero desde el lado opuesto o en miras a otra actitud— puede resultar en la protección del individuo, atenuando la posibilidad del uso de drogas. Por lo que debe entenderse la dialéctica de dichos atributos o características que poseen los individuos. Es decir, un mismo factor (por ejemplo, actitud hacia el consumo) estando en un polo puede convertirse en un alto riesgo para el consumo de drogas (actitud positiva hacia el consumo), mientras que ubicándose en el polo contrario (actitud negativa y de oposición a las drogas) puede ser altamente protector contra el consumo.

Si se relaciona la población que se está abordando con el marco de interpretación de los factores de riesgo/protección, un adolescente con alto riesgo al consumo de drogas podría definirse como un individuo de menos de 18 años de edad que está expuesto a ciertas circunstancias o factores de riesgo personales (internas en el individuo) y sociales (externas, del contexto donde se desenvuelve), los cuales aumentan la posibilidad de iniciarse en el uso de sustancias tanto lícitas como ilícitas. En este sentido, existen un conjunto de factores de riesgo que pueden influir en el inicio del consumo de drogas: (a) tener problemas económicos; (b) ser hijo de padres con problemas de abuso de drogas; (c) ser víctima de abuso psicológico, físico o

sexual; (d) no tener vivienda; (e) jóvenes excluidos del sistema educativo; (f) adolescentes embarazadas; (g) jóvenes implicados en actos delictivos; (h) adolescentes con enfermedades psiquiátricas; (i) adolescentes que han intentado cometer suicidio (Becoña, 2002, pp. 92-93). Estos factores en su mayoría son externos al individuo y pueden aumentar la posibilidad del uso/abuso del consumo de drogas, aunque por sí solos estos factores no serían determinantes del inicio o mantenimiento en el consumo de drogas. Pero la presencia de algunos de estos factores hace a un adolescente de cualquier sexo más vulnerable a situaciones de riesgo.

Dificultades para abordar los factores de riesgo

Cuando nos proponemos realizar un estudio sobre el uso/abuso de drogas en NNA se presentan un sin número de dificultades que limitan la investigación. En 1993, Orte (citado en Becoña, 1999) señaló un conjunto de variables que pueden limitar una investigación o que hacen del análisis un proceso más complejo para su interpretación o identificación de causales, entre ellas se encuentran:

- (a) Es posible hacer uso de las drogas de forma independientes o bien junto con otras, por lo que pueden encontrarse personas que consumen una sola sustancia, o lo que es más común, otras que mezclan varias de ellas a la vez;
- (b) los usuarios de drogas no llegan al consumo crónico de forma repentina, sino que experimentan variaciones en los patrones de uso;
- (c) no es posible hablar de efectos universales de las drogas, ya que estos dependen de aspectos como la cantidad de sustancia consumida, la idiosincrasia del consumidor y/o de las ocasiones y lugares de consumo (...);
- (d) En la adolescencia, es necesario atender el proceso evolutivo de la persona que usa/abusa de las drogas y a la función que el consumo cumple en su desarrollo para realizar un diagnóstico ajustado del consumo de drogas (...);
- (e) el consumo de drogas no puede analizarse de forma

aislada, sino que debe tenerse en cuenta la situación cultural, ambiental en la que aparece... (p. 33).

La identificación de factores que influyen en el uso/ abuso de drogas puede obtenerse mediante un análisis del contexto donde se desenvuelve el consumidor, de sus antecedentes, bien sea de consumo o de cualquier situación de riesgo por la que haya pasado, y de las características que puedan presentarse para que un factor haya sido influyente o no. Es importante resaltar que un factor de riesgo aplicable en la identificación de un consumidor no necesariamente lo es para otro, ya que son distintos los contextos y otras tantas características individuales, sociales, etc. Por ello es importante evitar la generalización cuando se trabaja este tema. Además, a pesar de que aparentemente resulta fácil conceptuar el “factor de riesgo” y el “factor de protección”, cuando se habla de esos predictores existentes en el uso/abuso de drogas, los teóricos no se ponen de acuerdo en la definición de estas nociones, ya que se plantean diversas vías para el análisis de los mismos. Ahora, bien, cuando se utilizan los principios fundamentales no resulta complicado el análisis, pese a la existencia de las diferencias antes mencionadas. Este grupo de principios lo que permite es aproximarse a la realidad, partiendo de la concepción de que la dinámica es una característica intrínseca de esa realidad social. Clayton (1992) establece unos principios generales para el análisis de los factores de riesgo/protección que lo hacen más cercano a nuestra realidad:

(a) Los factores de riesgo pueden estar presente o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que una persona use o abuse de la droga, que cuando no lo está; la presencia de un factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede con los factores de protección (...); (b) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos

influye de forma independiente y global en el abuso de drogas; (c) Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la posibilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos otros factores lleven al consumo de drogas (p. 15-16).

Existe una serie de determinaciones que permiten abordar la problemática del consumo de drogas y que dan cuenta de los aspectos relevantes para el análisis de los factores que intervienen en el uso/abuso de las sustancias lícitas o ilícitas. Entre los elementos que pueden estar asociados al uso de drogas, como a la abstinencia de la misma, se encuentran: factores intrapersonales, así como interpersonales, es decir, lo que tienen que ver con el individuo y sus relaciones sociales y los que están adscritos al contexto donde la persona se desenvuelve; mientras más sea la cantidad de factores presentes, mayor será la protección o el riesgo para el uso o abstinencia del consumo. Cada droga, así como cada fase de consumo, tiene la influencia de diversos factores y no siempre serán los mismos; algunos factores afectan a las personas en una edad y en otra se agudizan o desaparecen, por lo que la edad es importante para el análisis del consumo. Según plantea Moncada (1997, citado por Becoña, 2002), existen factores que se pueden percibir como poco influyentes, pero deben tomarse en cuenta con la misma intensidad que los más influyentes, ya que pueden ser la base para que otros factores aparezcan (p. 195). El objetivo de esta investigación es la prevención del consumo de drogas por parte de los NNA, para ello es necesario estudiar los factores de riesgo o protección que puedan influir en el consumo o no de drogas.

Factores de riesgos más comunes

Los investigadores que abordan el tema de la drogodependencia plantean, en la actualidad, una gran cantidad de factores de riesgo/protección que determinan el inicio o mantenimiento del uso/abuso de sustancias lícitas o ilícitas. De la misma forma se han desarrollado varias clasificaciones en relación con este tema, dando mayor énfasis a unos factores que a otros. En este sentido, los factores individuales son considerados como los presentes intrínsecamente en el individuo, y han sido estimados como los más relevantes para ser estudiados; igualmente se presentan los psicológicos y los sociales. Estos son los elementos que hemos investigado a partir de los estudios realizados en los últimos años y que se presentarán de forma separada. Sin embargo, para el análisis de la drogodependencia, se ven como un conjunto, interrelacionados entre sí en la acción del consumo.

Biológico y evolutivo

Existen dos variables de mucha importancia cuando se analiza la drogodependencia y los factores de riesgo y protección presentes en el consumo de sustancias lícitas e ilícitas por parte de adolescentes. Una de ellas es el sexo de la persona que se inicia en el consumo de droga y cómo ello determina el mantenimiento de la adicción, el tipo de sustancia para consumir, la cantidad y el contexto. Otro factor de gran importancia es la edad en la que se consume y la edad en que se inicia el consumo.

El sexo de las personas es una característica que no puede ser intervenida en la prevención del consumo de drogas, aunque es de interés a la hora de definir o identificar la población de riesgo en determinado espacio. Sin embargo, mientras algunos plantean que es importante este factor a la hora de la investigación y el análisis, ubicando el sexo como determinante para realizar un análisis sobre la problemática del consumo de drogas, otros

investigadores consideran que no existen diferencias de significación en cuanto al sexo de los sujetos de estudio (Pons y Berjano, 1999, p. 3).

Esto permite suponer que no hay componente para ubicar a una persona como más vulnerable al consumo o abstinencia de drogas por su sexo. Por el contrario, el sexo podría influir considerablemente dependiendo del contexto o ambiente donde se desenvuelve la persona. En nuestro país, las estadísticas demuestran que la población más consumidora es la de sexo masculino, por el contrario el sexo femenino apenas alcanza 10% de los que asisten a tratamiento (ONA, 2008). Es decir, las personas de sexo masculino poseen una actitud más proclive al consumo de drogas como lo plantea Ortega y Mínguez (1993, citado en Becoña, 2002, p. 242).

El factor edad se diferencia de la variable anterior, pues se ha convertido en elemento de gran importancia, ya que según la edad de inicio en el consumo podemos determinar si posteriormente se convertirá en abuso de sustancias. Se ha establecido que, mientras más temprano se inicia el individuo en el consumo de sustancias lícitas o ilícitas, progresivamente mayor será la intensidad de las drogas que ingiera. El consumo de sustancias lícitas que son las del primer encuentro (tabaco y alcohol) no implica el posterior consumo de drogas ilícitas, aunque sí puede favorecer el consumo de otras sustancias. En otras palabras, mientras menor sea la edad de inicio del consumo mayor será la vulnerabilidad del individuo hacia el consumo de sustancias ilícitas (USB, 2006).

En Venezuela, la edad de inicio del consumo de drogas se ubica entre los 9 y 17 años de edad, es decir, en la población de niños, niñas y adolescentes. El consumo de marihuana y éxtasis se inicia aproximadamente a los 14 años y el resto de drogas ilícitas se ubican entre los 12 y 13 años. En relación con el consumo de tabaco y alcohol la edad de inicio está ubicada entre los 14 y 15 años (USB, 2006). Otros estudios muestran que la edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas es 15 años, a

excepción de los inhalantes y tranquilizantes donde dicha edad es 12 años (CONACUID, 2003).

Hay estudios que plantean que las personas de sexo femenino, aunque no igualan en porcentaje al sexo masculino, cuando se habla de consumo de drogas, se inician en el consumo con mayor intensidad, pero posteriormente disminuyen su consumo a medida que alcanzan niveles de madurez (Muñoz, 1999, p. 137).

A continuación expondremos un conjunto de dimensiones o variables de carácter psicológico, en donde se engloban los estados afectivos, las actitudes personales, las características de la personalidad, entre otros.

En los últimos años, varios estudios realizados plantean que los estados afectivos (por ejemplo, depresión o ansiedad) pueden estar involucrados en el consumo de sustancias psicotrópicas legales o ilegales. Aunque estos estudios no han establecido claramente la vinculación de estos estados afectivos con el uso/abuso de drogas, sí han aportado sugerencias de gran interés que deben tomarse en cuenta al momento de diseñar programas para la prevención del consumo. En líneas generales los planteamientos pueden presentarse de la siguiente forma:

a) El uso/abuso de drogas puede estar precedido por algún tipo de malestar emocional, como lo planteó Wills (1990, citado en Becoña, 1999, p. 130), o por insatisfacción con la vida. Se encontró que, en un grupo de jóvenes, aquellos que eran consumidores de marihuana a los 18 años habían pasado en su infancia por situaciones emocionales difíciles. Otro estudio con adolescentes, llevado a cabo durante 5 años, finalizado cuando ya eran adultos, obtuvo resultados similares a los anteriormente mencionados (Lerner y Vicary, 1984, pp. 1-8). La presencia de temperamento difícil, que incluye estados de ánimos negativos y aislamiento social, contribuye en forma determinante en el

inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Es decir, los niños y niñas que se caracterizan en la infancia por tener respuestas de aislamiento ante nuevas experiencias o estímulos, o que presenten expresiones de afecto muy intensas bien sean positivas o negativas, con mayor probabilidad serían consumidores habituales de alcohol, tabaco o marihuana en su vida de adultos. Finalmente los estudiosos hacen una conexión entre los estados de ánimo negativos y el aislamiento social con los estados de depresión, que es una expresión frecuente en los abusadores de sustancias psicotrópicas (Becoña, 2002, p. 168).

b) El uso de drogas es uno de los escapes más usados para aliviar los problemas emocionales, aunque sus efectos no sean eficaces o duraderos en el tiempo, ya que el consumo, a su vez, suele aumentar los síntomas de depresión e inestabilidad emocional (Calafat y Amengual, 1991, citado en Becoña, 2002, p. 238). En relación con el tabaco, los estudiosos concluyen que aunque no se encontraron dimensiones psicológicas fiables que discriminen entre distintos tipos de fumadores, es de mayor probabilidad que se inicien en el consumo de tabaco y además que les resulte más difícil dejarlo a quienes padezcan de depresión, que a quienes no tengan estos problemas emocionales (Becoña, 2002, p. 321).

Aunque no existen resultados concluyentes de que la presencia de problemas emocionales —como la depresión y la ansiedad— esté ligada como consecuencia o como causa en el consumo de drogas, los datos presentes indican la existencia de un nivel muy bajo de satisfacción personal en los consumidores de drogas, ya sea antes y/o posterior al consumo como plantearon Newcomb y Bentler (1988, citado en Becoña, 1999, p. 154). Este hecho justifica la presencia de estas variables en la elaboración de programas de prevención del consumo de sustancias adictivas. Otra variable

de interés para la comprensión de esta teoría es el estudio de las características de la personalidad como factor de riesgo/protección para el uso/abuso de drogas, aunque no ha tenido desarrollo profundo. Sólo algunos aspectos atinentes a la personalidad (entre otros: la búsqueda de sensaciones y los problemas tempranos en la conducta) son los que han mostrado un avance, porque han tenido algún nivel de experimentación. Sin embargo, Jessor (1982) plantea que, aunque una persona no tenga las características específicas de drogodependencia, pueden darse algunos factores que la hagan acercarse al consumo, entre ellos: un bajo umbral de frustración, la búsqueda de satisfacción inmediata, carencias de habilidades para afrontar los problemas, es decir, sujetos con bajo nivel de autocontrol, baja autoestima y baja autoconfianza, hacen considerarla personas de “alto riesgo” (Macia, 2005, p. 66).

Entre las variables relacionadas con el aspecto psicológico o psicosocial usadas en esta teoría, se encuentra la búsqueda de sensaciones como un factor relevante para el análisis, entendida ésta como “la necesidad de experiencia y sensaciones complejas, nuevas y variadas, y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas” según un concepto dado por Zuckerman (1979, citado en Espada, Antón y Torregrosa, 2008, p. 141). Esta dimensión se puede dividir en cuatro variables que se relacionan entre sí, a) desinhibición, b) búsqueda de emoción y aventura, c) búsqueda de experiencias, d) susceptibilidad al aburrimiento. Estas variables se van a presentar en distintas etapas del desarrollo de la persona, es decir, aparecerán según el estado evolutivo en que se encuentre la persona o según la situación.

Zuckerman, desde los años 60, inició el estudio de esta dimensión como factor importante en el estudio del consumo de drogas. Luego han sido muchos los estudios que incluyen la búsqueda de sensaciones como factor de riesgo. Aunque es éste el autor que más ha avanzado en la investigación,

pues asoció esta dimensión a conductas como el uso/abuso de tabaco, alcohol, entre otras. En relación a las investigaciones que han incluido algunas de las variables antes mencionadas, las cuales forman parte de la generalidad de búsquedas de sensaciones, puede mencionarse el estudio de Otero, 1996 (citado en Martínez y Sanz, 2003), quien identificó que esta dimensión se encontraba en el consumo de drogas tanto legales como ilegales, tanto en la variable de desinhibición y búsqueda de experiencias, estando presente en ambos sexos con mayor énfasis la desinhibición.

Los resultados mostraron cómo la desinhibición influye en el consumo de drogas y en el posterior aumento de las dosis consumidas y el uso de sustancias de mayores efectos en la alteración del sistema nervioso central; o bien del paso de consumo de sustancias legales a sustancias de consumo ilegal. Es decir, la búsqueda de sensaciones aparece asociada no sólo al uso de sustancias en un momento determinado, sino con la progresión o escalada de dicho consumo a otro tipo de sustancias más peligrosas.

Otros estudios muestran que las variables más asociadas al uso de drogas legales fueron las conformadas por la presencia de comportamientos antisociales, la desinhibición, la sinceridad y la búsqueda de excitación como componentes de la búsqueda de sensaciones. Pero cabe destacar que las mayores puntuaciones de este estudio fueron en la búsqueda de excitación y sinceridad, y se presentaron no como factor de riesgo, sino como factor de protección para el consumo de drogas legales.

El análisis de varias investigaciones que abordan esta temática desde la perspectiva psicosocial concluye que la búsqueda de sensaciones, entendida como un rasgo de la personalidad, puede ser un factor de riesgo importante para el uso/abuso de drogas en los adolescentes. Este elemento se puede considerar de modo general o como una variable específica.

Asimismo, estas variables específicas se pueden catalogar como un factor de protección en algunos adolescentes.

Problemas de conductas tempranos y recurrentes

Otro elemento que resulta relevante en el modelo psicosocial inserto en la teoría factores de riesgo y protección de Jessor, es el estudio de los problemas de conducta tempranos y recurrentes. Varias investigaciones sobre la personalidad asocial o fuera de la norma preestablecida por la sociedad parten del supuesto de que, cuando existen conductas asociales serias y frecuentes en la infancia, es altamente probable que continúen en la edad adulta, pudiendo favorecer nuevas actitudes de mayor riesgo como el uso/abuso de drogas (Becoña, 1999, p. 29).

Algunas investigaciones han indagado sobre las variables existentes entre las conductas fuera de la reglas preestablecidas por la sociedad y/o conductas agresivas y el consumo de drogas en la etapa adulta, y encontraron una mediación entre las drogas y la delincuencia en los adolescentes, según un estudio realizado por Brooks y otros (1996) que mantuvieron un seguimiento por veinte años, además de arrojar que en el sexo masculino prevalece la agresividad y las acciones delictuales y en el femenino el consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2002, p. 240). Otra relación de relevancia para tomar en consideración es la establecida con pares o iguales que cometen actos delictivos, y el distanciamiento con los entornos convencionales como los de reunión en familia. Igualmente existe una relación de reciprocidad, es decir, los sujetos que realizan conductas delictuales o asociales son consumidores de drogas, y a su vez los sujetos que consumen drogas ilegales, con respecto a los que no lo hacen, tienen mayor propensión a delinquir.

Estudios han demostrado que la conducta agresiva en la infancia conlleva en los años posteriores al incremento de comportamientos

problemáticos y al abuso de drogas, aunque, por supuesto, no es una determinación absoluta ni general. Los estudios establecen que, si las conductas agresivas continúan pasados los primeros años de la adolescencia (13 años), se puede considerar como un factor de riesgo para el inicio del consumo de alcohol y para que se presenten conductas agresivas a finales de la adolescencia (Becoña, 2002, p. 381). Finalmente, otros estudios han demostrado que la presencia o detección de hiperactividad y desórdenes por déficit de atención pueden incrementar el riesgo a la delincuencia, cuando son combinados con problemas de conducta, incluyendo la agresión en todas sus formas. Se ha encontrado personas diagnosticadas de hiperactividad en la infancia con una alta prevalencia de trastornos de abuso de sustancias en la adolescencia tardía, así como con en actuaciones delictivas (Muñoz, 2004, p. 26). En este sentido, la presencia de hiperactividad, las conductas agresivas que se presentan en la infancia y que persisten en la adolescencia, así como las actuaciones que van en contra de las normas establecidas, pueden predecir un mayor consumo de sustancias psicotrópicas. Por lo que estas dimensiones son de importancia para la elaboración de programas de prevención.

Actitudes favorables hacia las drogas

Las investigaciones que han atendido el desenvolvimiento de esta variable en el uso/ abuso de drogas han encontrado una relación estrecha entre el inicio del consumo y las creencias que se tengan sobre las sustancias de este tipo. Es decir, la creencias o posiciones de una persona hacia una sustancia psicotrópica pueden influir de forma importante en la decisión de consumirla o no. Las actitudes de los adolescentes, como las normas de los grupos de iguales, cambian en relación con las drogas antes de comenzar a consumirlas. Esta disposición forma el primer paso, esto es,

se pasa de condenar el uso de determinada sustancia a una actitud mucho más favorable, para iniciarse en el consumo (Becoña, 2002, p. 227).

Varios estudios refieren cómo se da el cambio de actitudes condenatorias a actitudes favorables frente a las drogas legales o ilegales. Un estudio que tomó una muestra de jóvenes españoles entre los 10 y 18 años mostró que los mayores cambios de actitud en los grupos de pares se dieron en edades comprendidas entre los 13 y 14 años. Asimismo, establecieron que entre los 10 y 13 años se presentan las actitudes condenatorias y a partir de esta edad se inicia el cambio de actitud hacia visiones favorables, reduciéndose la sensación de peligro en el consumo de sustancias alcohólicas (Rooney y Villahoz, 1994, p. 32).

Un elemento fundamental dentro de esta teoría es que entienden la socialización como proceso (basado en la teoría del aprendizaje), el cual supone la adquisición de conductas y valores que están determinados, en gran medida, por un conjunto de relaciones sociales en las que el individuo se desenvuelve. En este sentido, el consumo de drogas es una conducta que va a estar determinada por la interacción entre las características individuales del NNA y las influencias alternativas de grupos diversos. Así, pues, los grupos que pueden otorgar significación a una actitud o conducta de un NNA serán la familia y el grupo de pares o iguales. Y esta influencia estará determinada por dos procesos fundamentales que son el modelado y el reforzamiento social.

El modelado tiene que ver con el proceso mediante el cual el NNA lleva a cabo sus propias conductas, por medio de la observación y replicación de las conductas de los demás o a través de la adaptación de dichas conductas a su forma de vida. Este comportamiento se encuentra influido y modelado por el comportamiento de los demás, cuestión que se ve favorecida si el modelo posee prestigio y poder y/o si mantiene una relación

afectiva con el sujeto o éste así lo considera. Por ejemplo, es más probable que el NNA se inicie en el uso de marihuana si sus padres o amigos la consumen, que si lo hacen personas de su entorno con las que no existan lazos de identificación personales y afectivos relevantes.

El reforzamiento social tiene que ver con un proceso de acción menos directa, es decir, los NNA responden a lo que los padres y compañeros definen como conductas y valores apropiados en relación con determinados aspectos, lo cual favorece el desarrollo de lazos interpersonales en los que tanto los valores y actitudes como las conductas son componentes esenciales. En esta teoría, dentro del elemento social el grupo de pares o iguales es considerado como uno de los determinantes fundamentales en el desarrollo del adolescente (García, 1993, p. 41). Entre los amigos se crean normas de conductas que se mantienen en el tiempo por diversos mecanismos decididos por el mismo grupo, formándose así información directa o indirecta sobre los comportamientos apropiados en diversas situaciones, las cuales son distintas a las del hogar. Este proceso se va desarrollando en el traspaso de la vida familiar a la vida individual o adulta. Varias teorías, si no todas, colocan este período como aquel en que el individuo a partir de las fuerzas biológicas y sociales se va formando una identidad independiente de los padres y genera unos lazos estrechos con los amigos y compañeros. La amistad en la adolescencia ha sido calificada como el factor determinante del comportamiento juvenil, tanto en estudios psicológicos como sociales, especificando que la influencia de los grupos de iguales es determinante en la conducta de los adolescentes (Bueno, 2004, pp. 153-154).

En el tema que nos ocupa, podríamos decir que el consumo de drogas está determinado también por la relación de jóvenes con otros que ya son consumidores (Becoña, 2002, p. 227). Esto se debe a dos razones fundamentales: a) refleja el modelado del grupo y b) refleja la disponibilidad

de drogas por parte de los mismos. Es decir, los amigos son parte importante en la toma de decisión de iniciarse en el consumo. En el caso contrario, los estudios han demostrado que la relación con grupos que poseen claras actitudes en contra del uso de drogas se convierte en un factor altamente protector y opuesto al uso de sustancias psicotrópicas, siendo más fuerte que la influencia de la familia, de la escuela o la sociedad (Becoña, 2002, p. 242).

La influencia de los amigos en el inicio o mantenimiento del uso/abuso de drogas tiene dos aspectos principales. Uno tiene que ver con el apego o intimidad que haya alcanzado el NNA con el resto del grupo: sólo influirá si la amistad es estrecha, es decir, si se circunscribe a los amigos más íntimos, que poseen una cotidianidad; todo lo contrario pasa cuando se trata de amigos más lejanos o con grupos más amplios en donde no influirá en la decisión de consumir o no alguna sustancia (Alfonso *et al.*, 2009, s/f). El segundo aspecto se relaciona con la sustancia de consumo y la intensidad, es decir, la influencia de amigos será determinante en sustancias como marihuana, alcohol y tabaco; luego del inicio, el NNA hará amistades que acepten y compartan las conductas ya aprendidas y establecidas (Becoña, 2002, p. 196).

Otro factor relacionado con la socialización, y por ende relevante a los fines de esta investigación, es la escuela. Desde la perspectiva evolutiva, la escuela se ha convertido, junto a la familia, en el lugar donde los NNA pasan mayor parte de su tiempo, desde la niñez hasta la adolescencia, lo que permite suponer que los distintos elementos que la constituyen serán susceptibles de generar en ellos expectativas, actitudes y conductas que tendrán una influencia determinante en su desarrollo posterior (Díaz, 2008, p. 172). El medio escolar se ha convertido, pues, en el agente de socialización más importante, y debe ofrecer las recompensas que el NNA requieren para tener una buena imagen de sí mismos y de su entorno. Desde este punto de

vista, la escuela más exitosa en relación con rendimiento y conducta social, consideradas como un binomio, son las que se basan en la participación, responsabilidad, cooperación y, sobre todo, en la aplicación de refuerzos adecuados, hablamos de escuelas donde se logre crear un lazo afectivo entre el NNA y la institución, disminuyendo de esta forma la implicación de los estudiantes en conductas o actividades desviadas. Algunos investigadores plantean que cuando un NNA tiene posibilidades reales de acercamiento con el consumo de sustancias psicotrópicas, o con pares que las consumen, ya deberían estar formados los lazos afectivos antes mencionados para reducir en gran medida la posibilidad de riesgo (Macia, 2005, p. 98).

El estudio de factores escolares influyentes en el uso/abuso de drogas es un campo poco estudiado, por lo que la documentación es limitada o escasa. Sin embargo, se pueden abordar algunos aspectos incluidos en los estudios existentes que tratan sobre la deserción escolar, el tipo de educación ofrecida por las escuelas, el compromiso con la educación y la institución y el fracaso como factores coadyuvantes en el consumo de drogas.

Es relevante estudiar la relación interactiva, dinámica e interdependiente que existe entre el abandono de la escuela y el consumo de drogas, ya que la deserción escolar es un factor importante de riesgo para iniciarse en el consumo de drogas, pero, a su vez, el consumo de drogas es un factor de riesgo preponderante para abandonar las clases y la escuela. Entonces, algunos estudios han ubicado aspectos que permiten asegurar que el consumo de tabaco, marihuana o cualquier droga aumenta las posibilidades de abandono de la escuela por parte de los NNA. Asimismo, los adolescentes que abandonan la escuela tienen altas probabilidades de consumir drogas en un futuro cercano. Así como el consumo de cualquier droga conlleva al abandono de la escuela y a diversos problemas sociales y

familiares que van a interferir en el desarrollo del adolescente en su etapa adulta, como planteó Newcomb y Bentler (1988, citado en Becoña, 1999, p. 154). Igualmente se señala que cuando más joven se da el consumo mayor es la probabilidad de abandonar la escuela sin obtener la aprobación del grado.

El tipo de educación es otro aspecto considerado por esta teoría. Algunas investigaciones han demostrado que en los colegios de gran tamaño y de carácter privado es mayor la proporción de NNA iniciados en el consumo de drogas. Asimismo, hacen referencia a la orientación religiosa de la educación, encontrando que en los colegios religiosos hay menos probabilidades de consumo que en los laicos (Becoña, 2002, p. 242). Otros autores señalan que en los liceos privados hay mayor población de NNA que no consumen ningún tipo de sustancia; en los públicos esta realidad es diferente (Pons y Berjano, 1999, p. 217). Ciertas características de la escuela pueden convertirla en un factor de riesgo en NNA para su inicio en el consumo de drogas:

a) Actitudes rígidas, poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores; b) relación excesivamente fría y racional con los alumnos, con la consiguiente falta de interés por lo humano; c) Ausencia del recurso humano y materiales para el aprendizaje; d) Despersonalización del alumno hasta considerarlo un simple número que recibe enseñanza (Macia, 2005, p.74).

Encontramos diversas posturas sobre cómo el compromiso con la escuela y su papel influye dentro del consumo de drogas. Hay investigaciones que señalan que mientras mayor es el compromiso con el estudio menor es la posibilidad de iniciarse en el consumo de drogas (Becoña, 1999, p. 145).

Un aspecto importante en torno al compromiso y su influencia en el consumo de drogas tiene que ver con la relación que establecen los

estudiantes con sus profesores: algunos estudios han encontrado que las niñas y adolescentes femeninas que consumen drogas no sienten satisfacción con sus profesores; en cambio las niñas y adolescentes femeninas que no consumen se sienten identificadas con la formación que le imparten sus profesores. Otros estudios plantean que los NNA que se sienten rechazados por sus profesores están más proclives a iniciarse en el consumo de drogas (Becoña, 2002, p. 231). Otros autores han encontrado relación entre una deficiente adaptación o autopercepción escolar y el consumo de drogas (Pons y Berjano, 1999, p. 86). En cuanto a la relación con los profesores, se ha identificado que está altamente ligada al consumo de drogas legales e ilícitas, excluyendo las médicas (Becoña, 2002, p. 232)

El fracaso escolar también ha sido establecido como un factor importante de riesgo para el inicio del consumo en la adolescencia y otras edades (Moncada, 1997, pp. 121-122). Se ha determinado que la actuación escolar puede ayudar a determinar el nivel y frecuencia del consumo. Algunos autores aseguran que el ausentismo escolar, el bajo rendimiento académico y el bajo nivel de aspiraciones educativas son factores claros de riesgo (Moreno, 2005, p. 244). En relación con el aprovechamiento escolar como variable de estudio, se ha determinado que los NNA que tienen un menor aprovechamiento son los que más ofertas de adquisición de drogas reciben y los que consumen en mayor proporción tanto drogas legales como ilegales. Asimismo, estos alumnos plantean abiertamente su intención de consumo posterior (Alonso y otros, 1996, p. 11). Se ha demostrado también que las conductas agresivas tempranas en la escuela son un factor predictor del consumo de drogas. Adicionalmente, el fracaso escolar puede incrementar las conductas agresivas y el posterior consumo de drogas (Becoña, 1999, p. 29).

Para la puesta en práctica de los factores de riesgo/protección se debe inicialmente atender, estudiar y comprender algunos aspectos que se

han llamado precursores, los cuales terminan siendo el punto inicial del problema. Los precursores son antecedentes, es decir, previos al consumo, y se relacionan con la posibilidad de iniciarse en el mismo. Los estudios realizados recomiendan la mitigación o eliminación de dichos precursores. Por otra parte, existe la posibilidad de que los factores de riesgo se puedan concatenar con otras situaciones o conductas en los adolescentes, como por ejemplo la delincuencia, el embarazo adolescente, la deserción escolar. Esto refleja que el estudio de los factores de riesgo/protección no sólo puede ayudar a dar respuestas efectivas a la realidad del consumo de drogas por NNA, sino que puede coadyuvar a buscar soluciones para otros problemas sociales que los afectan de forma importante (Becoña, 2002, p. 215).

Situación actual de la prevención en Venezuela

Con la revisión de los modelos teóricos de mayor aplicación en el área de la prevención y abordaje de personas en consumo de drogas, pudimos señalar los elementos de prevención y riesgo más aceptados. Ahora, intentaremos describir la situación de los centros, fundaciones, grupos e instituciones que se abocan a la prevención, tratamiento y orientación de personas que consumen drogas. La idea de esta revisión es conocer cómo se aborda actualmente esta realidad en nuestro país, para establecer una referencia que servirá de guía en nuestra investigación.

La Fundación José Félix Ribas fue creada por el Estado venezolano en 1986, se encuentra adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Actualmente está conformada por un equipo interdisciplinario conformado por toxicólogos, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, educadores, sociólogos y trabajadores sociales, lo que permite abordar esta

problemática desde los diversos ámbitos del saber. En este sentido, definen su postura filosófica haciendo referencia a la problemática de la postmodernidad y del nihilismo, conciben necesario hacer una evaluación conceptual tomando en cuenta el “presente conflictivo y a un futuro que por incierto demanda profunda reflexión y desecha los dogmatismos” (Fundación José Félix Ribas, 2009). Consideran el problema de la drogodependencia como drogadicción y para la acción sobre esta problemática puntual presentan como alternativa correcta la aplicación de los principios de humanidad y solidaridad. En este orden de ideas señalan: “Lo humano como filosofía (...) está orientado hacia toda la población como una política humanista de la salud social, desdeñando los distinguos de clase social, pero con un privilegio para los Desheredados de la Tierra o excluidos de la sociedad” (*ibíd.*).

Esta institución dirige sus esfuerzos a la planificación, coordinación y ejecución de acciones para la atención integral, orientadas a la promoción de prácticas y estilos de vida sanos. Entre sus labores están el control de riesgos, la detección precoz de casos, el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de ciudadanos con drogodependencia.

Trabajan en dos ejes fundamentales: la prevención y la atención de personas en situación de consumo; la promoción y difusión de investigaciones en relación con el consumo de drogas en Venezuela. Adicionalmente, buscan la intervención en grupos y/o comunidades, con la finalidad de alejar a la población de situaciones que puedan generar consumo a través de estrategias de prevención relacionadas con la educación y el deporte, es decir, organizan actividades de formación dirigida a padres, representantes, profesionales y público interesado en las áreas de investigación, prevención y tratamiento del consumo de drogas, promueven el desarrollo de habilidades personales y comunitarias para mejorar la propia

calidad de vida, fortalecen las redes de apoyo social comunitarias e institucionales y su integración a los sistemas de salud.

En la Fundación José Félix Ribas brindan atención especializada a personas que se encuentran en situación de consumo de drogas a través de la asistencia individual y familiar. En este sentido se proponen garantizar el tratamiento integral a los afectados por drogodependencia, haciendo énfasis en la detección temprana, la atención al individuo y a su grupo familiar, y la rehabilitación en el ámbito psicológico y social de los sujetos. Para el aporte dinámico y enriquecimiento de este proceso se plantean la investigación epidemiológica y los diagnósticos comunitarios. Por otra parte, indican que trabajan conjuntamente con las misiones del gobierno para el proceso de reinserción social de los consumidores en dinámicas formativas o laborales.

En función de dar respuesta a la demanda de consumidores, esta fundación gubernamental tiene presencia dentro del territorio nacional en los estados Guárico, Zulia, Monagas, Mérida, Miranda, Nueva Esparta y Distrito Capital. Las últimas cifras de atención publicadas por esta organización indican que en 2007 asistieron a 11.940 personas en consumo (Fundación José Félix Ribas, 2008), donde la mayoría son hombres y de los cuales 8.542 son personas que fueron atendidas en otras oportunidades, es decir reincidentes en el consumo. Se puede afirmar, por el importante número de personas atendidas, que es una de las organizaciones de mayor impacto y relevancia a escala nacional para la atención de drogodependientes, pero llama la atención el elevado número de personas que recaen en el consumo.

Otra institución que trata la problemática de la drogodependencia en NNA es Hogares Crea Venezuela, organización no gubernamental y autosustentable. Se inicia en la ciudad de Valencia en 1983; el siguiente año inaugura su primera Comunidad Terapéutica, forma organizativa propuesta por ellos, la cual busca dar respuesta a la problemática de las drogas dando

un tratamiento a los afectados como individuos e involucrando a la familia en su recuperación.

En los inicios de Hogares Crea su accionar se dedicaba directamente al tratamiento para rehabilitación de hombres jóvenes adictos y a la prevención del consumo dentro del núcleo familiar de los residentes en tratamiento. En 1995, tras la creciente demanda de la sociedad y el Estado venezolano, también ejecutan acciones de formación para la prevención del consumo de drogas y alcohol, a diferencia de los años anteriores en los cuales sólo se dedicaban a trabajar con la fase de desintoxicación y rehabilitación de sujetos que ya estaban en situación de consumo. De esta manera buscan generar programas de prevención que den respuesta eficaz a esta problemática social. Para ello, diseñaron el programa Alcrea el cual funciona en la jurisdicción de la Alcaldía de Valencia del estado Carabobo. Este programa se implementa a través de los docentes municipales de dicha ciudad, quienes han sido capacitados en materia de prevención para trabajar con docentes, alumnos y representantes de las escuelas municipales.

Este programa es producto de la iniciativa de esta organización no gubernamental, para hacer prevención contra las drogas en las escuelas agregadas a su jurisdicción ubicadas en sitios críticos y vulnerables de Valencia. Con este programa ofrecen una herramienta para aumentar la calidad de la educación que imparten sus escuelas municipales. Adicionalmente, destacan la importancia de la prevención considerando que es un proceso que, aunque requiere de tiempo y dedicación, pretende que los niños inmersos en este proceso o en riesgo no consuman drogas y tengan una visión sana de la vida. En este sentido, aseveran que “prevenir es un proceso económico y fácil cuando se realiza con los conocimientos adecuados y el apoyo requerido. Queremos prevenir para asegurarle a nuestros hijos un país digno de vivir” (Hogares Crea, 2009).

Para el ámbito de la atención de personas en consumo destacan la importancia de adecuar de manera dinámica el tratamiento con miras a su humanización y profesionalización. Consideran como un factor importante la adecuación a la cultura y peculiaridad de los venezolanos, es decir, toman en cuenta las costumbres y códigos preexistentes en la sociedad venezolana en función de dar cumplimiento a una atención de calidad e integral.

Según cifras de 2007 —publicadas en el portal de la organización—, atendieron a 2.347 personas, en su mayoría jóvenes de edades entre 16 y 30 años, principalmente de sexo masculino. Estos datos coinciden porcentualmente con los suministrados por la Fundación José Félix Rivas; entre otras coincidencias señalan que se encuentran efectuando esfuerzos investigativos en función de “proporcionar datos de interés para el análisis de la problemática de las drogas, así como una revisión total de las técnicas y procedimientos implementados en sus programas” (Hogares Crea, 2007).

El Área de Tratamiento atiende de manera integral a personas que en forma voluntaria acuden a la institución, donde son recibidas por equipos conformados por profesionales de diversas áreas de psiquiatría, psicología, medicina, odontología, trabajo social, psicopedagogía, educación, derecho, entre otros. Así como también por personas denominadas “reeducados”, es decir, aquellos que pasaron por el tratamiento y superaron la dependencia y el consumo, debidamente entrenados para tal fin. Sobre esta lógica indican: “La Organización Mundial de la Salud establece que el asesoramiento entre compañeros es una expresión amplia que no tiene una definición técnica ni programática, pero generalmente se refiere al asesoramiento que prestan, bajo supervisión profesional, los adictos recuperados a individuos dependientes” (*ibíd.*).

Sostienen que el adicto, en la mayoría de los casos, no es un enfermo mental que deba ser objeto de tratamiento médico-psiquiátrico, sino un

enfermo de la personalidad, sujeto que necesita reeducación integral — trabajan bajo un esquema pedagógico inspirado en Erik Ericsson—, donde los entornos familiar y educativo juegan un papel decisivo en la reestructuración de la personalidad y en el reordenamiento de los valores morales para lograr de esta manera su reinserción familiar, laboral y social.

El modelo que Hogares Crea ha escogido para abordar el problema de la dependencia es denominado bio-psico-social y espiritual. Los objetivos del tratamiento se dirigen hacia el individuo, la familia y la sociedad. Explican que por medio del factor biológico podemos entender la estructura del cuerpo humano: cerebro, nervios, glándulas, órganos vitales, órganos de los sentidos, entre otros.

Asimismo, señalan que el factor psicológico se refiere a las manifestaciones del pensamiento lógico, a las características y estructuras de la personalidad, a los sentimientos, a la voluntad, a la libertad, etc. El factor social se origina de la necesidad del ser humano de interrelacionarse, de comunicarse directa o indirectamente con sus semejantes. Consideran que lo social determina y modifica el nivel psicológico y éste podría influir sobre lo biológico. En sentido inverso, lo biológico actúa sobre lo psicológico y, por último, sobre la proyección social del hombre. Conciben el problema de las drogas como una sociopatía, y al dependiente como una persona inmadura que no ha podido adaptarse a las normas de la sociedad, pero que al reeducarse de manera integral podría lograr el desarrollo de principios y valores familiares, sociales, ciudadanos, religiosos, éticos y morales, e interiorizarlos para que sean pilares fundamentales dentro de su conducta.

Algunos de los objetivos planteados por esta organización para el tratamiento del individuo en situación de consumo y su entorno son:

- a) Hacer tomar conciencia a la comunidad para que se reconozca que, si hay delincuencia juvenil y también hay delincuencia en adultos, la primera es consecuencia de la segunda, en la mayoría de los casos.
- b) Facilitar la iniciación de Hogares Crea en toda comunidad que esté dispuesta, preparada y organizada para asumir esta responsabilidad y su autofuncionamiento, proporcionando además la planta física adecuada y convenientemente equipada para el funcionamiento del hogar.
- c) Facilitar a toda persona adicta que libremente lo solicite las herramientas terapéuticas que necesita para ser protagonista de su propia transformación, en un régimen de tratamiento interno e intensivo, hasta lograr el crecimiento integral de su propia personalidad
- d) Ayudar al beneficiario de su programa a cambiar actitudes, modificar patrones de conductas inadecuados, reestructurar su carácter y madurar como sujeto independiente con criterio propio y con autonomía.
- e) Involucrar a la familia en el tratamiento, promoviendo el cambio integral en sus miembros. A su vez señalan relevante la promoción dentro del hogar de un ambiente de orden, disciplina y respeto, donde haya conciliación, confianza, afecto y sinceridad, que faciliten la asunción de valores positivos.
- f) Incentivar a la persona que egrese del tratamiento interno para que se sienta llamado a formar un hogar estable, armónico, atendido, reencontrando el rol del hombre o mujer, del padre o la madre responsable (*ibíd.*).

Tipos de Tratamientos aplicados en Hogares Crea

Antes de iniciar cualquier tratamiento, la persona que desee y requiera ayuda para combatir el flagelo de las drogas debe cumplir una serie de procedimientos para determinar cuál es el trato apropiado a las necesidades

y características del consumidor. Para ello poseen una fase de estudio llamada "Inducción al tratamiento", que comienza en las "Oficinas de inducción y orientación", donde la persona prepara su ingreso al hogar, al tiempo que se examina su entorno bio-psico-social que dará el primer marco de referencia para el proceso a seguir con el fin de lograr reconstruir su personalidad. El primer paso de la inducción es motivar al adicto activo y a su familia para que ingresen al programa de tratamiento, infundiéndole confianza en su propia capacidad para superar la adicción. Adicionalmente, se le suministra alguna información sobre el tratamiento, su participación y la de sus familiares en el programa. Así como también las normas que rigen en el hogar. Se inicia su educación general sobre los rasgos del carácter, los rasgos temperamentales, las aptitudes, las terapias y lo que puede esperar de ellas, un abordaje fundamentalmente psicológico. Uno de los principios determinantes en esta fase es que cada persona es responsable de su vida y que solo él puede asumir la responsabilidad de rehacerla y se involucra gradualmente al sujeto en diversas actividades del hogar.

Esta fase de Inducción dura aproximadamente dos semanas y comprende la evaluación psicosocial del adicto, un proceso opcional de desintoxicación en la clínica de la sede central, un proceso de sensibilización a través de seminarios y diario vivir con personas que lo orientan en esta etapa de compenetración con la institución. Adicionalmente, el aspirante cumple con un período de adaptación dentro de una Comunidad Terapéutica, de diez días de duración. Dependiendo de los resultados del estudio que se le hacen al adicto, se establece cuál de estos dos tipos será el tratamiento a seguir: el tratamiento interno es el que se desarrolla en las comunidades terapéuticas; continúa después el proceso de inducción que tiene una duración mínima de quince meses. Está conformado por varias etapas y se encuentra dirigido a desarrollar aquellas áreas deficientes de la personalidad del adicto, así como lograr su autonomía emocional y madurez.

Durante el tratamiento, el residente es apoyado por terapeutas, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales que le facilitan su proceso de crecimiento. El residente lleva una agenda diaria de actividades que cumplen un fin terapéutico y reciben las distintas terapias. Sus actividades son guiadas, observadas y controladas por egresados del programa y por los especialistas que mediante la retroalimentación estimulan la toma de conciencia e influyen en la mejora de su comportamiento. El tratamiento se rige por normativas que facilitan el aprendizaje de autocontrol emocional. La enseñanza en el tratamiento está basada en los valores y la madurez emocional que le garantice una convivencia sana dentro de la familia y la sociedad.

Existe el tratamiento ambulatorio diseñado para las personas que consumen drogas con un patrón no compulsivo y que la organización por medio de su evaluación considere que poseen un perfil cognitivo, emocional y social no tan deteriorado, lo cual le permita funcionar medianamente dentro de la sociedad, estudiando y/o trabajando. Se desarrolla en el Centro de Inducción y es externo, es decir, a tiempo parcial, con una duración mínima de dieciocho meses. La edad mínima requerida para acceder a este tratamiento es 18 años. El proceso del tratamiento ambulatorio es semejante al interno, pero no se da en una comunidad terapéutica ni mantiene un diario convivir. Sin embargo, la filosofía, los procedimientos terapéuticos, las técnicas y terapias son los mismos. Los sujetos son asistidos igualmente por profesionales y terapeutas y se motiva a la familia a participar en la misma dirección.

El tratamiento ambulatorio que funciona actualmente está ubicado en el Centro de Inducción de Valencia. Esta institución tiene entre sus planes, a mediano plazo, la implementación de este tipo de tratamiento en otros centros de inducción a escala nacional. Existen etapas o fases por las que pasa una persona atendida en esta institución: la inicial, que tiene como base

el conocimiento de la institución y su adaptación a la misma, una fase intermedia en la que se trabaja la independencia de la persona, y una fase avanzada en la que el trabajo se acentúa para lograr la interdependencia del individuo.

La fase inicial, o de “conocimiento interno”, tiene por objetivo básico el descubrimiento de sí mismo, y con apoyo de personal profesionalizado en el área competente se trabajan los rasgos de confianza y autonomía. Durante esta fase, se hace uso de las herramientas terapéuticas ofrecidas, el sujeto va descubriendo e identificando las deficiencias de su personalidad que lo llevaron a la conducta adictiva, con lo cual está en capacidad de romperla, derribando las defensas inapropiadas, venciendo las dificultades y contratiempos que se le presentan, para tener una base firme donde asentar la nueva personalidad que se formará en la segunda fase del tratamiento. El tiempo de duración mínima de esta fase es 6 meses.

Luego viene la fase intermedia o de dominio e independencia, considerada la más importante del tratamiento, pues se parte de que “si no se derrumba por completo la estructura de personalidad adictiva, no será posible la reconstrucción del hombre nuevo. El objetivo de esta segunda fase es lograr el dominio de las emociones, enfatizando la identidad integral, asertividad, laboriosidad y empatía”. Esta fase va desde el cuarto grado al sexto grado. Es la fase de “la adolescencia”, de la transición entre la niñez (fase inicial) y la adultez (fase avanzada). El residente va sufriendo cambios más profundos en su personalidad, producto del trabajo de sus conflictos internos no resueltos y va incorporado nuevos modelos, desarrollando nuevas habilidades y cerrando procesos emocionales que le permitirán una mayor estabilidad y una mayor madurez en su interacción con él mismo, con las otras personas y el contexto. El tiempo de duración mínimo para esta fase es tres meses y medio.

Posteriormente se pasa a la fase avanzada o de interdependencia, en la cual se trabaja el compromiso, la trascendencia y la toma de decisiones; a los residentes en esta fase se les llama “residentes guías”. Ellos deben desarrollar en esta etapa un profundo sentido de responsabilidad y convicción personal. El residente guía no trabaja en el hogar por miedo, por intereses secundarios o por manipulaciones interesadas, trabaja “libre”, responsable e intensamente en su crecimiento personal, sencillamente porque está plenamente convencido de que ésta es la única manera de reeducarse definitivamente y vacunarse contra las posibles recaídas. Sólo así el residente guía puede cumplir el otro objetivo propio de esta etapa: ayudar a sus compañeros en el dolor y a que superen también su problema de adicción.

Esta ayuda se realiza en dos sentidos, uno horizontal y otro vertical; en el primero, aquélla va dirigida a todos los residentes guías (desde el séptimo al noveno grado) que forman el equipo terapéutico, desde el subdirector hasta el último guía recién ascendido a la fase; la misión específica de la fase avanzada es ayudarse de manera recíproca a mantenerse estables en el crecimiento que han logrado, dignos del puesto que ocupan en el hogar y de la responsabilidad específica que le ha sido confiada dentro de la comunidad terapéutica. En el sentido vertical, la ayuda del residente guía está orientada a los residentes que están en la fase inicial y en la fase intermedia.

La ayuda del residente guía, en el cuidado de los pacientes o “residentes” de etapas inferiores, debe darse basada en el buen ejemplo, el consejo oportuno y la posición clara de que lo que se predica con palabra y lo que se exige dentro del tratamiento, primero, es puesto en práctica, bajo un ambiente de respeto, afectividad, normas, disciplina y con un fortalecimiento constante del sentido del tratamiento. El tiempo de duración mínimo para esta fase es de seis meses y medio.

Los centros Renacer son una institución con enfoque religioso dedicada a la atención de personas que han caído en adicción de sustancias. Esta organización específicamente, desde el cristianismo evangélico, basa su acción en la prédica de la palabra por medio de la lectura e interpretación de la Biblia para atender a las personas que consumen alcohol o drogas y a quienes sufren de ludopatía. Proponen la desintoxicación y rehabilitación: actividades físicas y manuales dedicadas a la religión. Para Renacer la drogodependencia es un terrible problema social al que todos deberíamos enfrentarnos con ayuda de Dios (Rondón, 2007). El perfil general de los atendidos por esta institución está conformado fundamentalmente por niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Este centro trabaja aislando a los afectados principales de esta problemática; por ello las personas en situación de dependencia de alcohol o drogas o ludópatas deben pernoctar y convivir en el ambiente de una familia sustituta, que se desarrolla dentro de los centros de la institución. La atención está a cargo de personas jóvenes que también pasaron por esa situación, sirviendo de patrón y ejemplo para generar fe en Dios y dar constancia de que sí es posible cambiar esa situación, o —como refieren desde su perspectiva evangélica— dando testimonio con sus vidas de que realmente con la ayuda de Dios se puede salir de las drogas (*ibíd.*).

Esta organización no ofrece estadísticas de atención, sin embargo mencionan que el consumo de drogas fuertes entre niños es alarmante, para 2007 se había incrementado la problemática a tal punto de que niños y niñas consumen cocaína y derivados (*ibíd.*). Se autofinancia por la vía de las donaciones individuales de creyentes de la religión, contribuciones de empresas y venta de productos realizados manualmente por las personas que están recibiendo atención; también realizan trámites por ayuda del gobierno nacional, sin embargo no se han concretado acciones para su apoyo financiero.

Otro grupo que hace esfuerzos en el país por el acompañamiento y para desde su perspectiva dar respuesta a la problemática de las drogas son Narcóticos Anónimos (NA). Esta organización se define como una confraternidad o asociación sin fines de lucro; está compuesta por personas para quienes las drogas se habían convertido en un problema grave. Se auto-conciben como adictos en recuperación y se reúnen con regularidad para ayudarse a permanecer limpios. Este es un programa de abstinencia completa de todo tipo de drogas. El seguimiento de este programa consiste en una serie de principios escritos de forma sencilla para ser cumplidos diariamente. En la participación en estos grupos no hay discriminación sobre edad, raza, identidad sexual, credo o religión, sólo se exige para ser miembro tener el firme deseo de dejar el consumo. Este centro no está afiliado a ninguna otra organización y no piden cuotas de inscripción ni honorarios (Narcóticos Anónimos, 2009).

Dedican más tiempo a la persona que se incorpora en sus primeras sesiones por considerar esto de enorme importancia. Se basan en que su experiencia sobre los grupos de discusión colectiva les ha demostrado que las personas que asisten a sus reuniones con regularidad “se mantienen limpias” (*ibíd.*), o alejados del consumo. Estos son los principios en los que se basan para la recuperación de personas con dependencia:

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.
9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

Bajo el razonamiento de que la dependencia o “adicción” —como ellos las conciben— no se desarrollaron de pronto, recomiendan paciencia y optimismo para la recuperación: “la adicción no se produjo de la noche a la mañana, tómalo con calma” (*ibíd.*). La indiferencia o intolerancia hacia principios espirituales serían un elemento negativo; a su vez creen indispensable asumir los principios de honestidad, receptividad y buena voluntad. Otros elementos que toman en cuenta para su motivación son: primero, la forma de abordar la enfermedad de adicción es totalmente

realista, ya que el valor terapéutico de un adicto que ayuda a otro no tiene igual; segundo, entienden que su método es práctico, pues el adicto es la persona que mejor puede comprender y ayudar a otro; y, tercero, el enfrentar o encarar los problemas dentro de la sociedad, en la vida diaria, permitirá más rápidamente que sean miembros aceptados, responsables y productivos estén la sociedad (Narcóticos Anónimos, 2009).

Conociendo las teorías que existen para el abordaje de la drogodependencia como un problema social que en la actualidad afecta a la juventud, y conociendo las estrategias de prevención y atención que se han desarrollado en Venezuela, el trabajo de investigación que adelantamos busca en última instancia la posibilidad de diseñar un programa de prevención con base en el conocimiento de las debilidades y fortalezas de los programas que existen en la actualidad, para que al ejecutarse se minimicen las limitaciones y aumente su eficacia.

Que un programa de prevención sea eficiente y efectivo requiere saber qué significa prevenir en drogodependencia; Macia (2005, p. 84) plantea:

Supone (...) la puesta en práctica de actuaciones tendentes a la limitación de la disponibilidad de drogas (...) a través fundamentalmente de medidas legales (...) implica la realización de actuaciones encaminadas a la reducción de la demanda (medidas sociales y educativas) aumentando la resistencia colectiva y el autocontrol individual ante las drogas.

Para prevenir hay que generar acciones que vayan dirigidas a disminuir la vulnerabilidad del individuo ante las drogas y las formas en que ellas llegan a los jóvenes y adolescentes. Las acciones educativas deben tener dos aspectos importantes: la información y la formación; la primera por sí sola no va a prevenir el consumo de drogas, por el contrario, se ha

demostrado en el estudio realizado que muchos de los adolescentes que consumen drogas conocen los efectos de éstas en el organismo, o por lo menos manifiestan conocerlos. No planteamos eliminar la información, pues ella es muy necesaria para la prevención, pero debe definitivamente ir acompañada de la formación en aspectos como afectividad, aprender a decir no, afrontar la presión del grupo, utilizar el tiempo de ocio en actividades positivas (culturales, educativas, recreativas, artísticas, entre otras).

En este sentido, la prevención que se propone lograr con el programa debe contemplar ambos aspectos, el informativo y el formativo, de forma tal que se logren resultados más continuos y permanentes en el tiempo. En relación con los modelos teóricos que deben utilizarse como base para el diseño de un programa de prevención, podemos decir que no existe uno que cumpla con las características necesarias para ser utilizado en su totalidad. Se deben escoger aspectos de varios de los modelos teóricos existentes y así la prevención tendrá una acción más amplia y dinámica.

El modelo sociocultural se caracteriza por destacar la influencia del contexto en la conducta del individuo, con factores como la pertenencia a un grupo, los problemas de pobreza o económicos y las tradiciones y costumbres. Además de plantear que los drogodependientes se separan de las normas y se aíslan, creando sus propias normas donde cada individuo se sienta identificado con dicho grupo, las medidas de prevención planteadas por este modelo van dirigidas a la inserción del individuo en la sociedad y al cumplimiento de las normas socialmente establecidas (Macia, 2005, pp. 86-87). Resulta importante este planteamiento ya que concibe el problema de drogodependencia como una situación integral en la que se pueden ubicar las diversas situaciones que influyen.

Otro modelo teórico que hace aportes importantes a la prevención es el psicosocial, que considera la drogodependencia como un problema en el

que confluyen situaciones del contexto social y cultural, complejos y variables. La importancia de este modelo está en la concepción dinámica que le otorga a la problemática, cuestión que se plantea desde la teoría de factores de riesgo/protección cuando se dice que la drogodependencia es multicausal y dinámica, ya que lo que puede influir en un individuo para iniciarse en el consumo también puede igualmente influir en otro individuo para abstenerse; partir de esa realidad es lo que permitirá en última instancia comprender el problema y darle una solución más efectiva. Entonces, el diseño de un programa de prevención debe partir de estas dos premisas: primera, existen un conjunto de situaciones externas al individuo que influirán en su decisión de consumir o no y que posteriormente se fortalecerán, según el grupo al que pertenezca y en donde se sienta identificado; y, segunda, con una concepción integral y dinámica de la problemática es posible dar una respuesta con iguales características.

Es importante señalar por qué se propone la escuela como base para la implementación de los programas de prevención, y cómo está relacionado esto con los lineamientos establecidos por la ONA, ente rector en materia de drogas en Venezuela, la cual plantea:

La educación como proceso social, orientado al desarrollo integral de la persona, no puede dejar de considerar entre sus objetivos prioritarios, el de contribuir al desarrollo de las capacidades físicas, psicológicas y morales que permitan a las personas y a las familias, afrontar situaciones difíciles tales como: el consumo de drogas, la sexualidad, la deserción escolar, entre otros. La Prevención Educativa es considerada como la estrategia más eficaz por el desarrollo de distintas actividades en la formación de valores, en la transmisión de conocimientos, en el desarrollo de habilidades y destrezas, así como en la promoción de comportamientos saludables para el mejoramiento de la calidad de vida individual y social (ONA, 2009).

En este sentido la escuela se convierte en un ente de acceso primario a los y las adolescentes y puede hacer una acción formativa y de prevención constante, además de permitir evaluar los conocimientos adquiridos de forma inmediata. En la prevención de drogodependencia desde la escuela deben manejarse un conjunto de términos y categorías de importancia para entender cada etapa por las que pasa el drogodependiente.

Categorías referidas a la drogodependencia

Cuando abordamos el tema de la niñez y adolescencia podemos hacer una diferenciación en cuanto a términos y conceptos a utilizar. En el trabajo de la drogodependencia en adolescentes, debemos especificar algunos conceptos que permitan avanzar en el análisis y que se diferencian si trabajásemos con una población adulta. Entendemos que la adolescencia es un proceso de transición donde ocurren repentinos cambios y hay mayores posibilidades de tener un acercamiento o experimentación con las drogas.

A continuación, presentaremos algunos términos utilizados por la mayoría de las investigaciones sobre el consumo de drogas en adolescentes, así como la descripción de las fases de experimentación por las que pasan y que permiten evaluar la forma de atención de la problemática y el abordaje que debe hacerse.

Adolescente

La Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) en su artículo 2 establece: “se entiende por adolescentes toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad”. Si hay

alguna duda sobre si una persona es adolescente o adulta, se considerará adolescente hasta comprobar lo contrario.

Drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una definición de droga: “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste” (Kramer y Cameron, 1975, p. 13). La Organización Nacional Antidrogas (ONA, 2009) considera las drogas como sustancias psicoactivas, de origen natural o sintético, que pueden ser objeto de abuso. Entendemos por drogas entonces todas las sustancias que generan alguna alteración en nuestro sistema, bien para acelerarlo o para tranquilizarlo, como por ejemplo: el cigarrillo, el alcohol, la marihuana, los fármacos, entre otros.

Consumo de drogas

Para Flynn (1994, citado en Macia, 2005, p. 32), esto tiene que ver con el uso de sustancias químicas que generan un cambio negativo en cualquier área de la vida, bien sea salud, educación, familia, etc. Se entiende entonces el consumo de drogas como la utilización de sustancias para generar un cambio en el organismo, que con el tiempo puede generar también cambios en el contexto de la persona.

Abuso de drogas

Para la ONA (2009) el abuso de drogas: “Es el uso excesivo de cualquier droga, bien sea terapéutica, lícita o ilícita, de forma tal que se aparta de los patrones establecidos por la farmacoterapia, así como de las reglas sociales de una determinada cultura...”.

Dependencia

Para la OMS la dependencia tiene que ver con “el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar la droga de forma continuada o periódica” (Macia, 2005, p. 29). Para la ONA (2009) tiene que ver con:

Estado de adaptación fisiológica producida por la repetida administración de una droga, lo cual induce una serie de alteraciones biológicas, generadas bien sea por la reducción o cese del consumo así como por el desplazamiento de la droga de los receptores por un antagonista, desencadenándose una serie de complejos eventos conocidos como síndrome de abstinencia, que son característicos para cada clase de droga.

La dependencia es, entonces, la necesidad que se genera en el organismo de obtener la droga y que va acompañada de varios factores influyentes como, por ejemplo, con quién se consume, la motivación a la iniciación del consumo, entre otros. En muchos casos la dependencia puede ir acompañada de tolerancia. En la población a la cual se refiere esta investigación, el término dependencia es poco utilizado, ya que legalmente se ubica “uso ilícito de sustancias” según lo establece la LOPNNA en su artículo 51.

Cabe destacar que en la población adolescente el consumo de drogas, cualquiera sea su cantidad, es considerado como inadecuado, sin embargo, existe el término “consumo abusivo de sustancias”, que se refiere al uso progresivo y compulsivo de las mismas y que va deteriorando con la misma intensidad la vida de la persona consumidora. Término que, en vista de la explicación anterior, no cabe para los adolescentes, pero que resulta importante expresar.

Dependencia física

“Es un estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos físicos, más o menos intensos cuando se interrumpe la administración de la misma” (Psicoactiva, 2009). Es decir, el organismo es el que pide que sea administrada nuevamente la droga y esta solicitud la hace a través de distintos mecanismos, como sudoración, ansiedad, temblores, entre otros, que irán variando según la droga que se consuma.

Dependencia psíquica

“Es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar” (Psicoactiva, 2009). En este sentido, la dependencia tiene que ver con una decisión personal de querer vivir, nuevamente, las sensaciones que anteriormente se obtuvieron por la administración de una sustancia.

Tolerancia

La tolerancia, por su parte, es el proceso de adaptación por el que pasa el organismo a una misma droga y que exigirá entonces una dosis más elevada para poder sentir la sensación que se obtenía anteriormente con una dosis menor (Macia, 2005, p. 29). Este proceso hace que las personas aumenten las dosis de consumo y se inicien en el consumo de nuevas sustancias que le den nuevas sensaciones o las mismas, pero que su cuerpo ya no experimenta por crear tolerancia a la droga inicial. Este proceso también conlleva al consumo de combinaciones de drogas. La ONA (2009) ofrece la siguiente definición: “Se dice que se ha desarrollado tolerancia a una droga cuando, tras su consumo reiterado, se observa una disminución en la intensidad de su acción, necesiéndose elevar la dosis para alcanzar los efectos iniciales”.

Fases de experimentación

El consumo de drogas por parte de adolescentes pasa por un conjunto de etapas o fases que van desde un primer contacto con drogas de fácil acceso o drogas legales, como alcohol y tabaco, hasta el consumo de otras sustancias ilegales, de más difícil acceso y con un mayor nivel de adicción o dependencia. Aunque esta orden no es aplicable a todos los consumidores, permite hacer una aproximación al tipo de consumo y la mejor forma de abordar la situación, en el sentido de si es tratamiento o prevención.

Las fases de experimentación mostradas a continuación (Becoña, 2002, pp. 55-58) permiten conocer o distinguir el nivel en que se encuentran los adolescentes y de esta forma poder ubicar la mejor acción a tomar:

1) La primera fase —experimentación— tiene características importantes: se da finalizando la educación obligatoria; se presenta como una actividad poco usual, en este momento se pueden mezclar alcohol, tabaco y marihuana o *cannabis*, aunque pudieran utilizarse otras drogas como inhalantes, fármacos de fácil adquisición o cocaína, dependiendo de la disponibilidad de los mismos o del ambiente en que el o la adolescente se desenvuelvan. Aquellos adolescentes cuyos padres o amigos más cercanos son consumidores de alguna droga, bien sea legal o ilegal, se iniciarán en la experimentación de las mismas más rápidamente que otros de sus compañeros, al estimar que estas conductas pueden ser normales y, por lo general, no suele ocasionar consecuencias importantes, pero que seguramente conducirán a fases posteriores de mayor relevancia (*ibíd.*).

2) En la segunda fase —consumo abusivo de sustancias— el o la adolescente buscan de forma reiterada la consecución y mantenimiento de aquellos cambios importantes en su estado de ánimo o en su desenvolvimiento social (considerados como positivos) que ha experimentado en una primera fase de acercamiento a las drogas. En esta

fase se puede identificar: establecimiento de un consumo regular, habitualmente los fines de semana y en fiestas; el aumento de la tolerancia (menor respuesta del organismo ante la droga) y el consumo de otras drogas como sustancias alcohólicas de mayor graduación, estimulantes, alucinógenos y cocaína. Normalmente, los adolescentes suelen justificar el consumo bien para lograr el alivio de sentimientos negativos o bien para prepararse para algún acontecimiento social importante, y esto suele ocasionar consecuencias más graves: problemas académicos, ausentismo escolar, cambios en el estado de ánimo y reducción del círculo social, quedando restringido a amigos consumidores (*ibíd.*).

3) La tercera fase es el abuso de sustancias y aquí se presenta un cambio importante en el comportamiento del o la adolescente que suele girar en torno a la droga y a los efectos que éstas generan en su organismo. Se pueden identificar las siguientes acciones: dedicar gran parte de su tiempo a pensar y preparar el consumo de sustancias que, en este momento, se realiza tanto los fines de semana como a diario; reducción del grupo de relaciones a amigos o conocidos consumidores, cuyas actividades giran también en torno al consumo; la tolerancia sigue en aumento y hay mayor preocupación por tener droga suficiente; comienza el consumo en solitario; surgen problemas importantes con la familia y las consecuencias suelen ser más serias y especialmente llamativas para su entorno, como por ejemplo: robos, agresiones físicas, pérdidas de conciencia, sobredosis, deterioro importante de la higiene personal, problemas legales (*ibíd.*).

En esta fase, llamada “adicción”, se consolida un grave deterioro en el o la adolescente de la misma forma que en el adulto. Las características más relevantes de esta etapa son: uso compulsivo y recurrente de las drogas a diario; necesidad de los efectos provocados por el consumo para sentirse plenamente normal y seguir consumiendo a pesar del deterioro personal, familiar o social; consumo de varias sustancias a la vez, permaneciendo bajo

sus efectos incluso durante varios días; y las consecuencias del abuso de drogas suelen ser muy graves, tanto para el propio joven como para los que le rodean; entre ellos, realización de actos criminales, tráfico de drogas, presencia de síntomas de abstinencia y/o intentos suicidas (*ibíd.*).

Factor de riesgo

“Al hablar de factores de riesgo (...) se hace referencia a aquellas características individuales y/o ambientales que aumentan la probabilidad de la aparición de (...) comportamiento o un mantenimiento del mismo” (Muñoz, 2004, p. 21).

Factor de protección

“... un factor de protección será una característica individual que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del ejercicio y mantenimiento de las conducta” (Muñoz, 2004, p. 21).

Prevención en el consumo de drogas

Kaplan (citado en Macia, 2005, p. 83) plantea:

... tres niveles de prevención: primaria, dirigida a evitar la aparición del trastorno o la difusión del agente patógeno, dando una protección específica a los grupos de alto riesgo y buscando la promoción de la salud en general, la atención se dirige a la reducción o eliminación de aquellos factores (...), tanto físicos como humanos, asociados a la aparición del problema o el aumento de los recursos personales de los individuos o conductas saludables que puedan neutralizar la futura aparición del problema; secundaria, dirigida a atender el avance del deterioro de la salud en las primeras fases (...), la atención se dirige a la detección temprana de los casos o conductas de riesgo relacionadas con los diferentes problemas o trastornos, con el fin de modificarlos estando en una fase incipiente, y terciaria, dirigida a reducir las consecuencias o efectos del problema o la enfermedad; en psicología se pone énfasis en la prevención de recaídas a través de intervenciones y estrategias terapéuticas conducentes a ese objetivo.

En relación con la prevención, existe una teoría que habla de tres momentos: primero, dirigido a los no consumidores, pero que se encuentran en grupos de alto riesgo; segundo, dirigido a los que ya han experimentado el consumo intentando detenerlo y atender los daños ocasionados; y, tercero, dirigido a los consumidores compulsivos o recurrentes, ofreciendo atención en desintoxicación y atención médica, psicológica o psiquiátrica para la salida del consumo y evitar recaídas muy posibles.

Luego de la revisión de las teorías más relevantes y de los programas ejecutados en nuestro país para la prevención del consumo de drogas, podemos concluir que son postulados desde una perspectiva psicológica, conductivista y positivista. Sin embargo, la acción del trabajador social en estas situaciones requiere el manejo de una base mínima de conocimientos teóricos, metodológicos, técnicos e instrumentales. El mundo contemporáneo viene produciendo una tendencia a la masificación en el consumo de drogas, adquiriendo carácter de problema universal. Como señala G.Touzé (citado en Staffolani, 2003, p. s/n): “Muchos análisis sobre el uso de drogas han eliminado su complejidad para reducirla, naturalizarla y circunscribirla a la interpretación jurídico-penal o psiquiatra. Razones que han influido en la poca intervención de los trabajadores sociales en el tema y los que mantienen una profesional, reproducen concepciones de las diferentes disciplinas, que se expresa en estereotipos que contribuyen al desarrollo de procesos de estigmatización social de individuos y conjuntos sociales”.

Estas concepciones favorecen la construcción de un imaginario social que sostiene que el derecho penal o la psiquiatría pueden resolver las problemáticas que se relacionan con el ámbito social, dándole una respuesta desde la represión y reafirmando así la penalización del consumo. De esta manera, el papel del trabajador social en esta realidad específica de prevención tiene varias aristas, una de ellas es la dinamización de procesos sociales-locales, específicamente en lo que tiene que ver con estimular la

participación de todos los actores involucrados para promover una visión más consciente de la realidad, permitir la reflexión y el análisis sobre la misma y en concordancia con la dinamización de los procesos familiares-locales, lo que se circunscribe a la atención de las familias y sus situaciones particulares, es decir, en el proceso de implementación de programas de prevención pueden identificarse individualidades que requieren una atención más personalizada dirigida a disminuir los factores de riesgos y potenciar los de protección, y ésta es una acción que deben desarrollar los trabajadores sociales que formen parte del equipo multidisciplinario. Además de entender que el problema de las drogas es una consecuencia de la exclusión social y producto de carencias en la cobertura de necesidades. Los factores que influyen en la integración de los individuos a la sociedad y en la conducta que éstos tendrán dentro de ella requieren un procedimiento especializado que atienda estas situaciones familiares para alcanzar los objetivos planteados por un programa que se diseñe y ejecute en el área.

Otro de los roles importantes que desempeña el trabajador social es el de analista de políticas sociales que se refieran a la participación real de los trabajadores sociales en el diseño de planes, programas y proyectos dirigidos a atender una situación o problema que afecte a la población, en este caso la drogodependencia. De la misma forma los trabajadores sociales están formados para ejercer el rol de planificadores y gerentes sociales, el cual está altamente relacionado con la implementación de un programa de prevención en drogodependencia, ya que incluye “participar en el diseño y ejecución de planes, proyectos y programas a nivel de equipos multi y transdisciplinarios” (UCV, 1994, p. 36), por lo que tiene gran importancia la participación de trabajadores sociales dentro del equipo multidisciplinario encargado de implementar los programas de prevención en las escuelas.

CAPITULO III

ANALISIS Y RESULTADOS: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES

En el capítulo anterior se mostró que son pocas las estrategias de atención y prevención que se han desarrollado en Venezuela. Aunque han trabajado en pro de la prevención del consumo de drogas, las estrategias implementadas no han dado los resultados esperados. Las aproximaciones que se centran en la teoría de factores de riesgo y protección se han convertido en la alternativa para la atención y prevención de la drogodependencia, ya que ésta tiene una concepción integral del problema, concibe como importante la investigación y atención del consumidor, pero también y con igual relevancia la investigación y atención de la familia, de los amigos, del contexto y de un conjunto de elementos relacionados con el ser humano como ser social, ya que la drogodependencia afecta no sólo al consumidor, sino a todo su entorno, y por ello la atención ofrece mejores resultados.

La investigación realizada nos permite afirmar que los programas de prevención en el país no utilizan los modelos teóricos más efectivos, ni toman en cuenta en su diseño y elaboración aspectos de carácter empírico, es decir, no encontramos un programa de prevención que sea el resultado de una investigación empírica que tome en cuenta las necesidades específicas de la población objetivo. Además, las experiencias existentes en Venezuela que parten de los postulados de la teoría de los factores de riesgo y protección se han llevado a cabo de manera aislada y sin una evaluación constante que permita conocer si los resultados son los esperados, si se cumplen los objetivos o si es necesario hacer cambios para una mayor efectividad.

Este trabajo de investigación —cuya finalidad es el diseño de un programa de prevención en el ámbito educativo, específico y adaptado a los adolescentes del municipio Los Salías del estado Miranda— parte de un estudio empírico de la realidad que vive la población a la que va dirigido, lo que nos permite pensar en mayores posibilidades de ser efectivo y eficaz para la prevención del consumo de drogas.

Para lograr que el programa de prevención se ajuste a las necesidades de la población mencionada, resulta importante conocer la situación actual del consumo de drogas en esa población. Por ello comenzaremos por considerar los datos suministrados por los entes que se encargan de atender esta problemática. Emplearemos como marco de referencia las sustancias psicoactivas más utilizadas, así como los factores de riesgo y protección que están presentes en diversos estudios y que se acoplan a la realidad del país y de la población de San Antonio de los Altos específicamente. En relación con las drogas de uso lícito e ilícito, se sabe que las de mayor prevalencia de consumo en los y las adolescentes son el alcohol y el tabaco, que están altamente establecidas entre este grupo etario, así como la marihuana, la cocaína, el crack, el chimó, la heroína, el bazuco, el éxtasis y las anfetaminas (ONA, 2006; USB, 2006), que si bien no son todas consumidas con la misma intensidad, son utilizadas por los adolescentes del país y en algunos casos combinadas entre ellas, por lo que resultan las más utilizadas y son el parámetro para medir el nivel de consumo.

Algunos estudios concluyeron que hay un conjunto de variables demográficas que tienen relevancia y deben tomarse en cuenta en la investigación, entre ellas la edad, el sexo, la edad de inicio en el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, la distribución en el tiempo del consumo de cada sustancia, el contexto en que se desenvuelven, si se conocen personas

que consumen y qué sustancia consumen, así como la prevención escolar y familiar que reciben o si no reciben prevención.

En la actualidad, el consumo de drogas es entendido como un fenómeno social multicausal, por lo que son muchas las variables asociadas al inicio y mantenimiento del consumo de drogas por parte de adolescentes, variables que se convierten o en factores de riesgo o en factores de protección. Hay necesidad de un programa de prevención que perdure en el tiempo y que suministre resultados alentadores. En ese sentido, nuestra propuesta prestará atención no sólo las variables que incrementan el consumo y lo acentúan, sino que pondrá mayor prioridad en atender los aspectos que pueden influir en el inicio del consumo. Los primeros para disminuirlos o atenuarlos y los segundos para mantenerlos y fortalecerlos. La aproximación a estos factores debe ir guiada de la misma forma: ubicar esos elementos que deben atenderse de forma prioritaria en la prevención, siendo éste el primer paso para la disminución del consumo y el más importante.

Ahora, bien, en los capítulos anteriores conocimos algunos aspectos o características individuales, sociales o contextuales que pueden influir de alguna forma en la identificación de los adolescentes considerados de alto riesgo o con más posibilidades para iniciarse en el consumo. De ellos podemos mencionar las variables evolutivas y biológicas, como la edad y el sexo, presentes en la mayoría de los estudios y que refieren por ejemplo la edad de inicio como importante, ya que el comienzo en el consumo a temprana edad predice un consumo de mayor magnitud en años posteriores (USB, 2006); o las variables atinentes al sexo, de las cuales hay estudios que plantean que las personas del sexo femenino, si bien se inician en el consumo con mayor intensidad, al alcanzar la madurez disminuyen y cesan en el mismo (Muñoz, 1999, p. 137); y que el sexo masculino tiene una actitud más favorable hacia el consumo (ONA, 2007). Otra variable es la asociación con amigos consumidores o con grupos de pares con actitudes favorables o

permisivas hacia las drogas (Muñoz, 2004, p. 32), en los que se incluye la aceptación por la familia de diversas sustancias y el uso de las mismas en el núcleo familiar, social o comunitario.

Estas variables —que han sido relevantes en otros estudios— son la base de la investigación empírica, de la búsqueda de datos en la realidad, es decir, de la aplicación de un instrumento que nos permita aproximarnos a la realidad que viven los y las adolescentes de los liceos “Luis Eduardo Egui Arocha” y “Dr. José Manuel Siso Martínez” de los grados noveno de Educación Básica, primero y segundo de Ciencias del Ciclo Diversificado. Los resultados obtenidos en este proceso de conocer la realidad son el complemento de lo arrojado por la investigación teórica anterior y ambos se convierten en el punto de partida para el diseño de un programa de prevención escolar en el consumo de drogas y se convierte en el aporte más importante de este trabajo de investigación, ya que dicho programa se ajusta a las necesidades reales de la población a la que va dirigido, al tener en cuenta los patrones de consumo y los factores de riesgo y protección para el inicio y mantenimiento del consumo.

El diseño y aplicación de este programa de prevención adquiere significación y se justifica por las consecuencias familiares, sociales, comunitarias e individuales que resultan del consumo de drogas por parte de los adolescentes. Por el alto nivel de dependencia y de exposición a factores de riesgo que se registró, se ha elegido el ámbito educativo ya que:

La Prevención Educativa es considerada como la estrategia más eficaz por el desarrollo de distintas actividades en la formación de valores, en la transmisión de conocimientos, en el desarrollo de habilidades y destrezas, así como en la promoción de comportamientos saludables para el mejoramiento de la calidad de vida individual y social (ONA, 2009).

Para el desarrollo de esta investigación se ha contado con la participación de dos centros de educación básica y diversificada ubicados en San Antonio de los Altos, a continuación ofrecemos una caracterización de la zona donde se aplicaron las encuestas para tomar los datos utilizados en el diseño de un programa preventivo.

La investigación empírica se desenvuelve en dos liceos de la zona central de San Antonio de los Altos (SADLA), municipio Los Salías, estado Miranda; la ciudad se encuentra ubicada en el centro-norte del país, zona predominantemente montañosa, habitada por aproximadamente 75.000 personas. Principalmente se encuentra conformada por edificaciones e infraestructura típicas de la construcción planificada, conformada por edificios de más de 15 pisos de altura, así como también existen centros comerciales, supermercados, tiendas de ropa, ferreterías, licorerías, mercerías, entre otras. La zona central está conformada por la avenida Perimetral y su casco histórico central. Dentro del entorno de lo que denominamos como zona central, coexisten más de veinte urbanizaciones de viviendas tipo quinta y casas; la existencia de urbanizaciones y comunidades constituidas por viviendas e infraestructura no planificadas son aproximadamente cinco. Es importante resaltar que en la urbanización no existe presencia de personas de la economía informal.

La llaman “ciudad dormitorio” debido a que en San Antonio de los Altos las fuentes de empleo y las universidades son escasas, por ende la mayoría de la población joven y adulta debe trasladarse a las ciudades cercanas para cumplir con sus responsabilidades laborales o académicas. Los sectores aledaños son Carrizal, Los Teques y Caracas. En comparación con las ciudades limítrofes, SADLA es bastante segura, por la menor existencia de inconvenientes como robos y violencia. Sus calles están pobladas por personas que pueden transitar con tranquilidad a cualquier hora del día.

En la zona central existe un centro público de asistencia médica gratuita, tipo ambulatorio municipal, el cual a pesar de que se encuentra escasamente dotado, y no poseen servicio de emergencias, atiende al público en medicina general y algunas áreas de la medicina específica; por otra parte está el servicio de emergencia que ofrece el cuerpo de bomberos del estado Miranda, también ubicado en la avenida Perimetral de SADLA. Otros centros de salud públicos aledaños a la zona donde se desenvuelve la investigación son: el Centro Diagnostico Integral, Barrio Adentro I y II; y, además, en la urbanización hay instalaciones de Hogares Crea del estado Miranda.

En cuanto al nivel socioeconómico de la población que reside en San Antonio de los Altos, se puede destacar que está constituida básicamente por personas de clase media, media-baja y baja; caracterización que hacemos basándonos en las referencias sobre el tipo de vivienda, el comercio de la zona y las condiciones de vida.

La educación en el municipio es mayoritariamente de carácter privado; existen tres colegios de formación básica públicos y gratuitos, uno de ellos incluye educación secundaria; así como también en el ámbito privado existen alrededor de catorce unidades educativas en donde imparten clases al ciclo básico y secundaria; hay dos liceos públicos los cuales funcionan como educación regular y en horario nocturno hacen vida las misiones Robinson y Rivas, ambos liceos dependen del Ministerio del Poder Popular para la Educación, Cultura y Deporte.

El liceo Dr. José Manuel Siso Martínez forma parte de la categoría de educación secundaria privada. La mayoría de sus estudiantes provienen de la clase media, ya que la mensualidad está dentro del rango de posibilidades de este estrato. El liceo es de fácil acceso en transporte público o particular; está ubicado cerca de la avenida principal de San Antonio de los Altos, frente

al centro comercial OPS, zona residencial-comercial. El liceo funciona en la estructura de una vivienda tipo quinta, y con los años la han modificado adaptándola a la edificación de un centro de estudios; cuenta con 100 metros cuadrados de área para deportes, posee un laboratorio de química, una sala de informática y carece de biblioteca de consulta o estudio. Tiene ocho aulas que se rotan para impartir clases a los diferentes cursos y secciones. No hace vida ninguna forma de organización estudiantil, aunque poseen delegados por curso que se encargan de resolver situaciones puntuales e internas; además, tienen asignado un orientador que dedica una hora académica para aconsejar al curso en sus problemas.

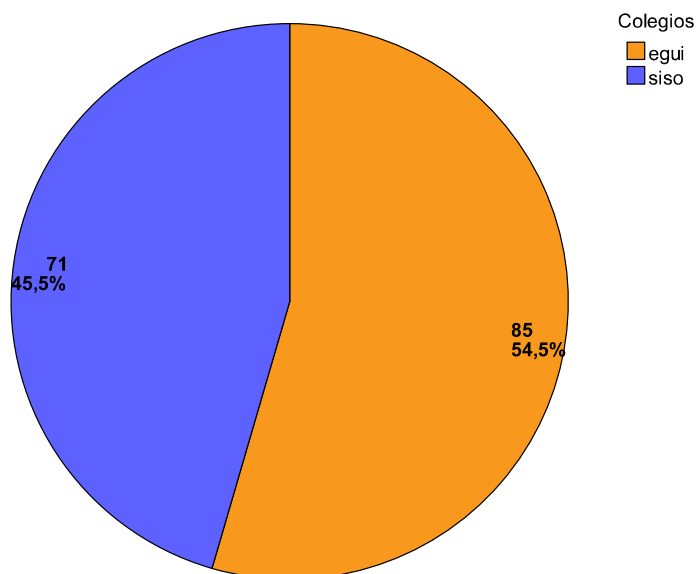
El liceo Luis Eduardo Egui Arocha es de carácter público y gratuito, depende del Ministerio del Poder Popular para la Educación, Cultura y el Deporte; se encuentra ubicado dentro de una cooperativa de viviendas tipo quinta fundada hace 53 años, denominada Los Castores. Sus instalaciones están ubicadas a tres cuadras de la avenida Principal de San Antonio. Alrededor del liceo hay tres centros comerciales, panaderías, farmacias, licorerías, kioscos, etc. La estructura del liceo es similar a la del resto de los liceos construidos por el Estado venezolano en los años 80: está compuesto por dos pisos, con un total de catorce aulas educativas. Las aulas están dispuestas alrededor de un patio principal que es utilizado para el esparcimiento de los estudiantes en sus horas de descanso así como para las actividades culturales. El liceo cuenta con un laboratorio de química, sala de computación, oficina de orientación al estudiante, atendida por dos profesoras. Tienen una cancha deportiva a cielo abierto con gradas de aproximadamente 1.080 metros cuadrados. Carecen de organización estudiantil. La población que asiste a este centro educativo está repartida entre los diversos estratos sociales que conviven en el municipio, dentro del cual existe una mayor presencia de las clases media y media-baja.

Análisis y Resultados

Encuestados

A partir de la caracterización de los dos colegios haremos el análisis de los datos obtenidos. En el siguiente gráfico se muestra la distribución del total de encuestados según el colegio. Y podemos observar que la mayor población se ubica en el Luis Eduardo Egui Arocha que es de carácter público y es el de mayor acceso, entendiendo que, como se mencionó antes, la población de SADLA se ubica en la clase media, media-baja y baja.

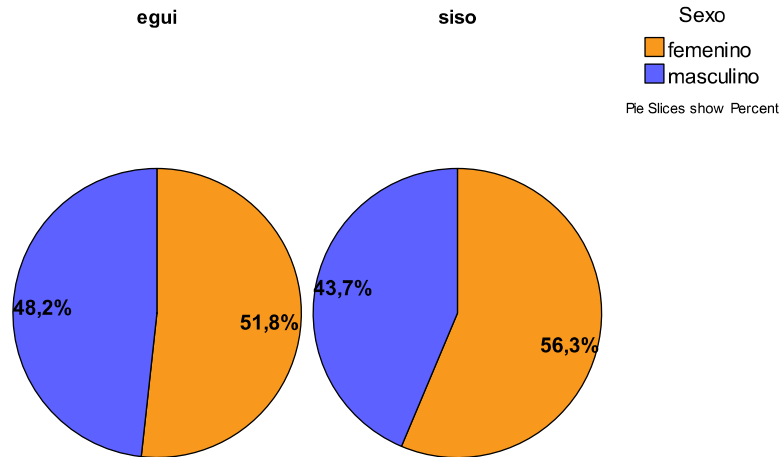
Gráfico 1. Distribución de encuestados por colegios.



Sexo de los Encuestados

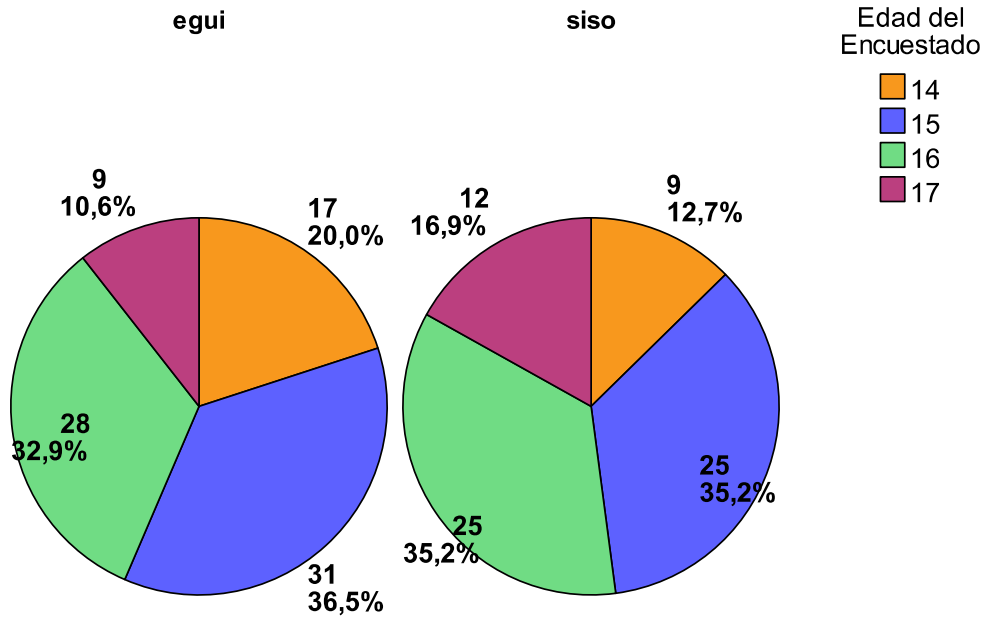
En cuanto al sexo de los encuestados, veremos en el próximo gráfico la distribución por sexos en cada colegio.

Gráfico 2. Distribución por sexo de los encuestados según los colegios.



Podemos notar que en el colegio público el número de mujeres es casi igual al de varones; sin embargo en el colegio privado hay una diferencia más grande, aunque se mantiene la mayor presencia de adolescentes del sexo femenino. Debemos acotar que en la aplicación de la encuesta sólo contestaron los adolescentes que ese día asistieron a clases y se encontraban dentro del salón, por lo que puede variar un poco la presencia de adolescentes de ambos sexos en la cotidianidad del colegio. Por otra parte, en relación con la edad de los encuestados, el próximo gráfico nos muestra en cada colegio la distribución por edad de los adolescentes encuestados.

Gráfico 3. Distribución por edad de los encuestados según colegio.



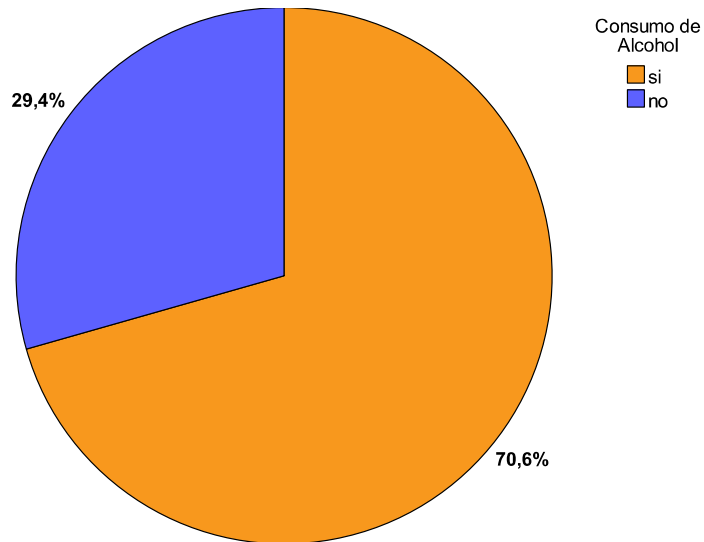
Podemos conocer que la mayor población se ubica entre los 15 y 16 años y que no hay un solo encuestado que haya cumplido la mayoría de edad. De la misma forma se puede notar que en el colegio público es mayor la población de 15 años. Esto nos permite afirmar que en noveno grado se encuentra la población de más alto riesgo y es a quienes debe ir dirigido con más énfasis el programa de prevención.

Patrones de Consumo de Drogas

Consumo de Alcohol

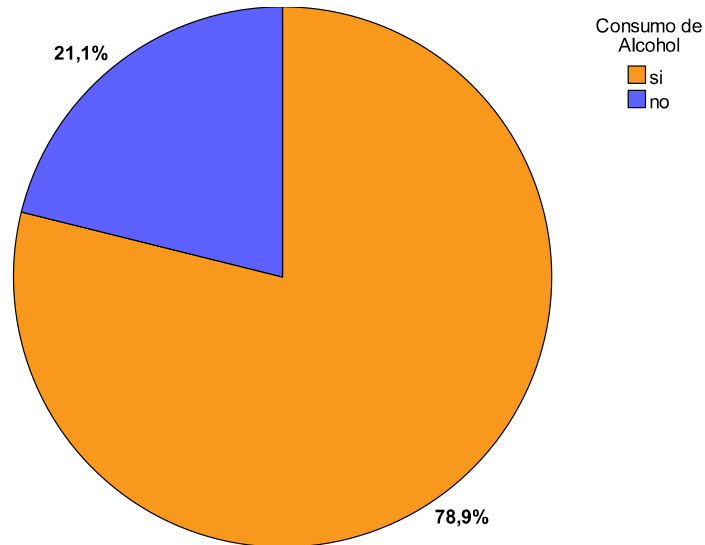
Ahora conoceremos los patrones de consumo de sustancias lícitas, es decir alcohol y cigarrillos por parte de los adolescentes encuestados, los primeros gráficos muestran el nivel de consumo de alcohol en los colegios.

Gráfico 4. Distribución de Consumo de Alcohol en el Colegio Egui.



Este gráfico nos muestra que 70,6% de los encuestados en este colegio son consumidores de alcohol y sólo 29,4% son abstemios ante esta sustancia. Este dato es importante para la elaboración de los programas de prevención, ya que muestra un alto consumo de alcohol, lo que puede estar relacionado con la aceptación social de su consumo.

Gráfico 5. Distribución de Consumo de Alcohol en el Colegio Siso.



El gráfico deja ver que es mayor el consumo de alcohol en este colegio, en relación con el público, ubicando en 78,9% los adolescentes consumidores de alcohol y en 21,1% los no consumidores. Como se mencionó antes, la aceptación social del consumo de la sustancia se relaciona con el alto porcentaje de consumo; ahora, bien, en el colegio privado existe un porcentaje mayor de consumo puede estar relacionado con el mayor poder adquisitivo de los estudiantes, ya que se ubican entre clase media y media-baja, a diferencia del colegio público donde se ubica la clase media-baja y baja.

Consumo de Alcohol según Sexo

En capítulos anteriores vimos que un factor determinante en el análisis de la drogodependencia es el aspecto biológico-evolutivo, por lo que es importante conocer cuál es la prevalencia del consumo relacionada con el sexo de la población objetivo. En el caso del colegio privado observamos que

el número de las adolescentes consumidoras de alcohol es mayor al de adolescentes masculinos, aunque observamos igualmente que en el caso de los no consumidores es mayor el número de adolescentes femeninas, esto se puede justificar porque en la matrícula hay más adolescentes femeninas. En relación con el colegio público observamos que es mayor el número de adolescentes masculinos consumidores de alcohol y en el caso de los abstemios las femeninas son más que los masculinos. Esta realidad se vincula con la aceptación social del consumo de la sustancia y con mayor énfasis para el sexo masculino en relación con el femenino, es decir, las familias son más permisivas con los hijos hombres que con las mujeres, lo que está relacionado a su vez con la existencia y reproducción de una sociedad patriarcal donde la autoridad masculina se impone sobre la mujer y los hijos e hijas y que se caracteriza en gran medida por la libertad absoluta para el hombre y la sumisión de la mujer; en este sentido, los hijos hombres tienen libertades desde muy jóvenes para ir a fiestas, con reglas menos rígidas, y la posibilidad de hacer uso de sustancias de carácter lícito a más temprana edad, por lo que la existencia y permanencia del patriarcado como sistema de organización social se convierte en un factor de riesgo potente para el sexo masculino y esta realidad debe ser tomada en cuenta para el diseño de programas de prevención.

Gráfico 6. Distribución de Consumo de Alcohol según sexo de los encuestados del colegio Siso.

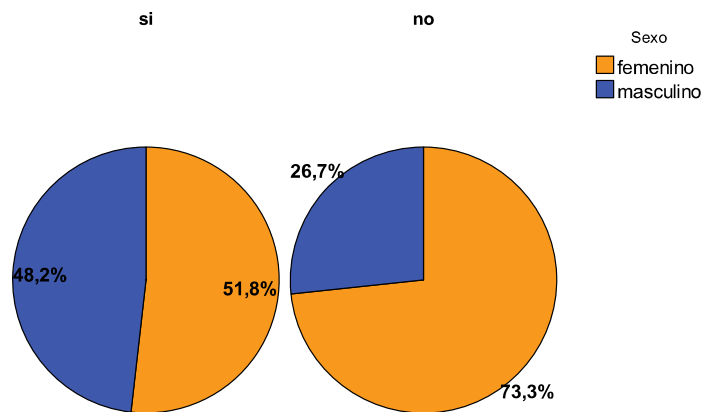
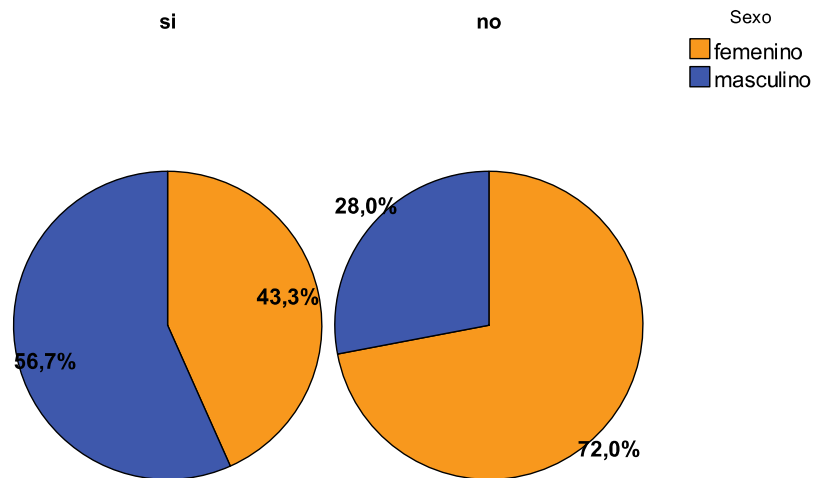


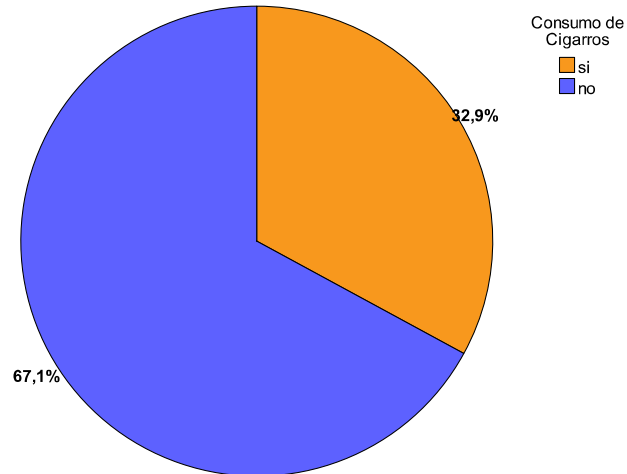
Gráfico 7. Distribución de Consumo de Alcohol según sexo de los encuestados del colegio Egui.



Consumo de Cigarros

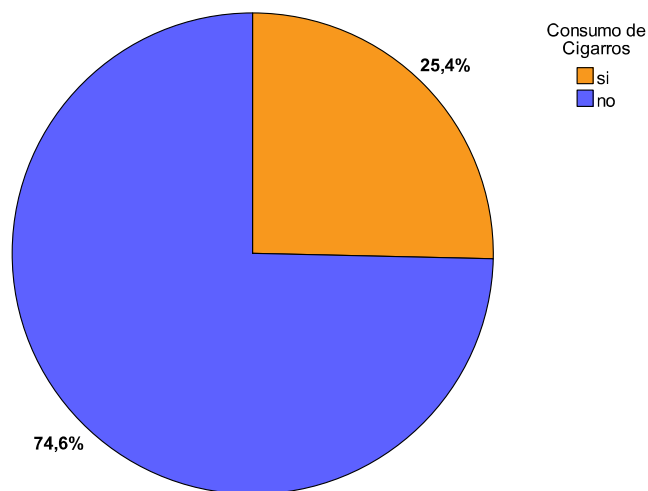
En relación con el consumo de cigarrillos, los gráficos siguientes muestran la prevalencia de dependencia de esta sustancia en cada colegio.

Gráfico 8. Distribución de Consumo de Cigarros en el Colegio Egui.



Este gráfico muestra que el consumo de cigarrillos es reducido con respecto al consumo de alcohol, ya que sólo 32,9% son consumidores de cigarrillos y un alto porcentaje, 67,1%, no lo consume aún. Este dato es importante porque permite visualizar la importancia de la prevención oportuna para evitar que las cifras aumenten y podría ayudar a reducir las estadísticas actuales frente al consumo de cigarrillos.

Gráfico 9. Distribución de Consumo de Cigarros en el Colegio Siso.



En el colegio Siso Martínez (privado) se observa que el consumo de cigarrillos es menor que en el colegio público, ubicándose en 25,4% y 74,6% de adolescentes no consumidores, estas cifras reafirman el planteamiento hecho anteriormente. La necesidad de una prevención que disminuya la población consumidora y evite el inicio por parte de otros adolescentes. Estas realidades están relacionadas a la poca aceptación social del consumo de esta sustancia y en gran medida a las campañas que existen relacionadas con los daños que en el organismo genera su consumo. Lo que puede traducirse en inhibición por miedo a los daños orgánicos que genera. Pese a que no es la mejor forma de prevenir, ha dado algunos resultados. Además en la actualidad existen campañas de prevención que limitan el uso de la sustancia en lugares cerrados y esto ha hecho su aporte a la disminución de su consumo.

Consumo de Cigarros según Sexo

En relación con el sexo de los consumidores de cigarrillos, observamos, en ambos colegios, que más de 65% de los consumidores son masculinos, lo que indica un bajo consumo por parte de las adolescentes. Asimismo, observamos que, en el caso de los y las abstemias, las femeninas son más, por lo que la prevención del consumo de cigarrillos debe ir dirigida con mayor énfasis a los adolescentes masculinos.

Gráfico 10. Distribución de Consumo de Cigarros según sexo en el Colegio Siso.

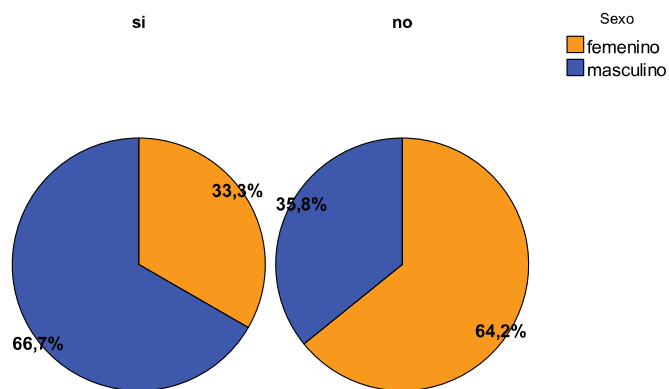
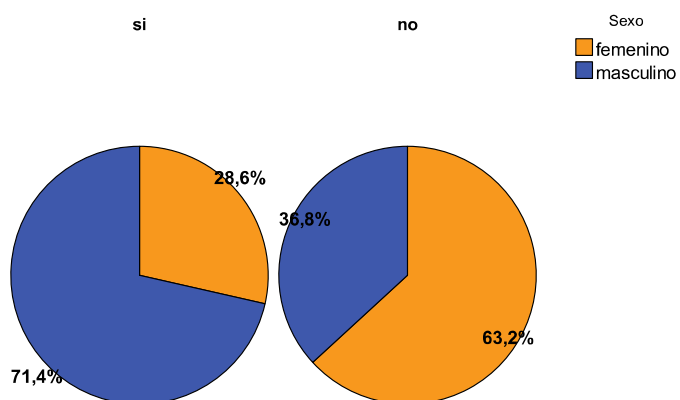
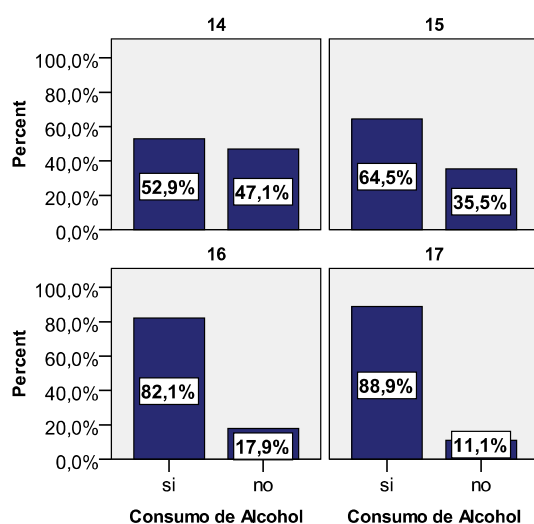


Gráfico 11. Distribución de Consumo de Cigarros según sexo en el Colegio Egui.



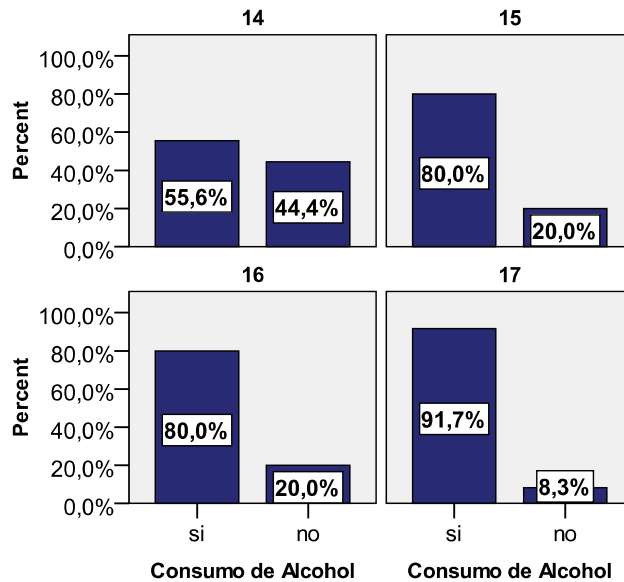
Consumo de Alcohol según Edad

Gráfico 12. Distribución de Consumo de Alcohol del Colegio Egui según edad.



Se puede observar que la mayor prevalencia de consumo de alcohol está ubicada en los adolescentes de 17 años de edad, que representan 88,9%, seguido de los de 16 años con 82,1% y por su parte la menor prevalencia de consumo está ubicada en los 14 años con 47,1%. Estos datos muestran que el consumo de alcohol puede darse de forma progresiva según la edad del adolescente, es decir, mientras más edad mayor es la libertad o menor la restricción para el consumo de esta sustancia.

Gráfico 13. Distribución de Consumo de Alcohol del Colegio Siso según edad.



En el colegio Siso (privado) el mayor consumo de alcohol se ubica a los 17 años con 91,7% de los encuestados y a los 16 y 15 años se ubica en 80%. A los 14 años es equivalente el porcentaje de consumo de alcohol y la abstinencia hacia la sustancia. Esto nos permite afirmar que en el colegio privado hay mayor consumo de alcohol con edades de inicio más bajas que en el colegio público, así como la prevalencia del consumo es mayor en relación con el colegio público.

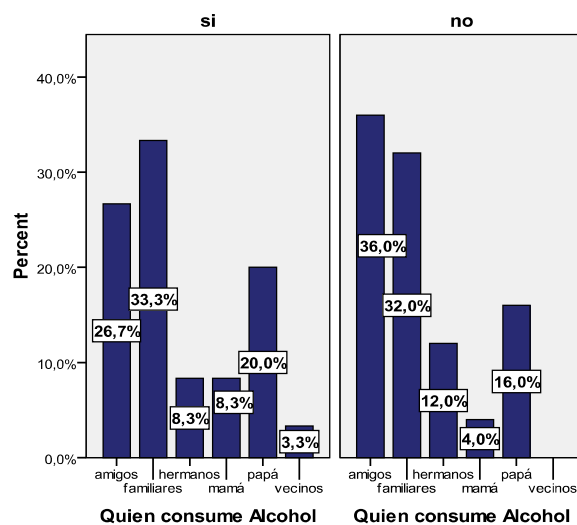
El consumo de esta sustancia se da de esta forma ya que su aceptación social es progresiva con la edad de la persona, es decir, a un niño de 10 años en su familia no le permiten tomar licor, sin embargo cuando cumple los 14 años se comienza a permitir el consumo de alcohol de forma limitada y quizás con la supervisión de algún familiar, en algunos hogares, en otros puede ser consumido sin supervisión alguna; luego cada vez que

cumple más edad la permisividad se va ampliando hasta los 16 o 17 años, cuando ya no hay supervisión o límite alguno. Por esto vemos que el mayor porcentaje se ubica en ambos liceos entre los 16 y los 17 años de edad.

Consumo de alcohol y su relación con el conocer a consumidores

Ahora, bien, en relación con el consumo de alcohol y su relación con el conocer y compartir con personas que consuman la mismas sustancia, los gráficos a continuación muestran cómo es esa realidad en los colegios abordados.

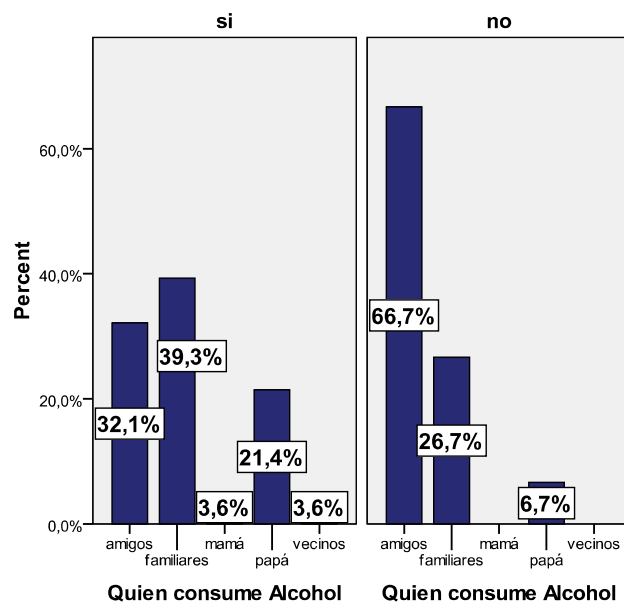
Gráfico 14. Distribución del consumo de alcohol y la relación con el contacto con personas consumidoras de alcohol en el colegio Egui.



Se evidencia que tanto los consumidores como los abstemios tienen contacto con personas que son consumidoras de alcohol en su totalidad (100%). Vale la pena enfatizar que los adolescentes que consumen alcohol presentan un mayor contacto con familiares (33,3%), madres (8,3%) y padres (20%) consumidores, lo que podrá resumirse en la aceptación familiar del

consumo, es decir, una actitud favorable hacia el consumo de esta sustancia y una influencia de los padres y familiares para que los y las adolescentes se inicien en el consumo. Por su parte, los adolescentes que no consumen alcohol manifiestan tener más contacto con amigos (36%) que consumen alcohol y con familiares (32%), el número de adolescentes no consumidores de alcohol que tienen padres o madres consumidoras de alcohol es menor con respecto a los que sí lo consumen. Esto podría resumirse en que la influencia familiar es mayor que la de amistades para el inicio o no en el consumo de alcohol. Por lo que es indispensable incluir a las familias en la atención de los programas de prevención.

Gráfico 15. Distribución del consumo de alcohol y la relación con el contacto con personas consumidoras de alcohol en el colegio Siso.



En relación con los adolescentes encuestados en el colegio privado, se observa que, del total de adolescentes consumidores de alcohol, 39,3% tienen familiares que consumen esta sustancia, 25% tienen padres y madres consumidoras de alcohol, lo que puede entenderse como una actitud

favorable desde la familia hacia el consumo de la sustancia; y en relación con los no consumidores la mayor prevalencia se ubica en los amigos, es decir, los no consumidores tienen más amigos que familiares, madres o padres consumidores de alcohol. Tanto en el colegio privado como en el público, como se mencionó antes, la familia es el grupo de mayor influencia para los y las adolescentes al momento de decidir iniciarse en el consumo de esta sustancia y —como lo plantea la teoría de los factores de riesgo y protección— la familia y sus integrantes son uno de los grupos que se deben atender, ya que se convierten en factor de riesgo si son consumidores y en factor de protección si son abstemios.

Consumo de Alcohol y Frecuencia de Consumo

Gráfico 16. Distribución de la frecuencia del consumo de alcohol en el colegio Egui.

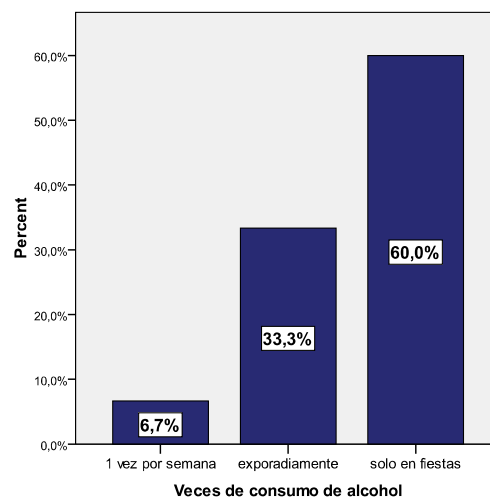
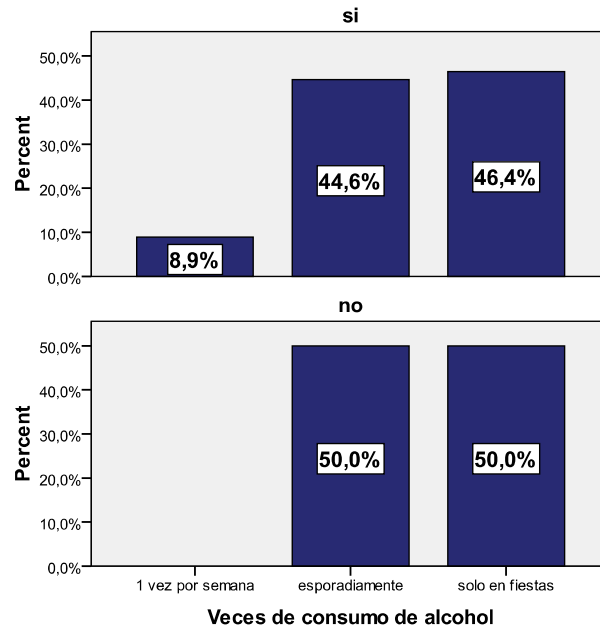


Gráfico 17. Distribución de la frecuencia del consumo de alcohol en el colegio Siso.

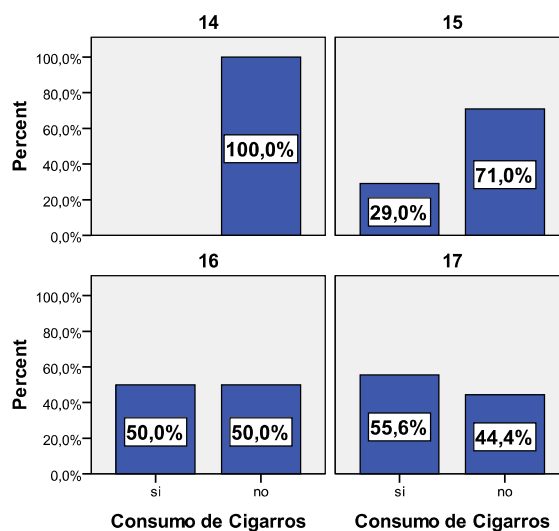


En cuanto a la frecuencia del consumo de alcohol se observa que en el colegio Egui Arocha (público) el consumo se da con mayor prevalencia en fiestas (60%), ubicándose un número importante (33,3%) sólo esporádicamente, en algunas ocasiones; por su parte en el colegio Siso (privado) se ubica la frecuencia en el consumo sólo en fiestas y esporádicamente (sólo en algunas ocasiones) 43,1% y 41,7%, respectivamente. Cabe destacar que en el colegio público no se presentan casos de adolescentes que consuman alcohol todos los días, lo que en el colegio privado alcanza 8,3%, situación que requiere ser tomada en cuenta para el diseño de un programa de prevención.

Consumo de Cigarros según Edad

En relación con el consumo de cigarros, los gráficos siguientes nos muestran la prevalencia del consumo de esta sustancia por los adolescentes encuestados y su relación con algunas variables de interés.

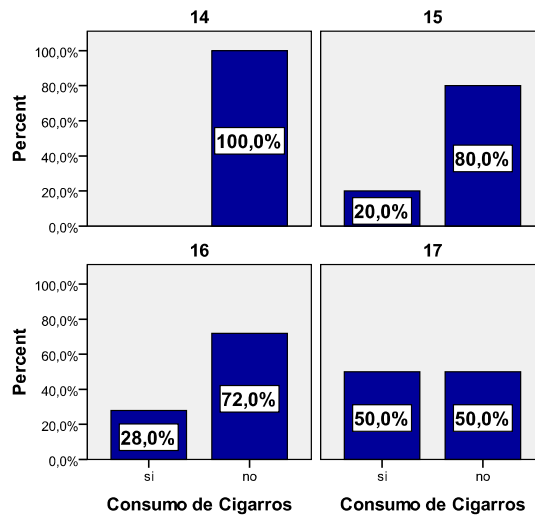
Gráfico 18. Distribución de consumo de cigarros según la edad en el colegio Egui.



Se puede observar que la mayor prevalencia de consumo de cigarrillos está ubicada en los adolescentes de 17 años de edad con 55,6%, seguido de los 16 años con 50% y por su parte la menor prevalencia de consumo está ubicada en los 14 años con 0%. Estos datos muestran que el consumo de cigarros se da de forma progresiva según la edad del adolescente, los de menor edad no lo consumen y según van creciendo van iniciándose en el consumo. Esto puede asociarse a que el consumo de esta sustancia es más restringido socialmente y la venta de la misma es para mayores de edad, por lo que es más accesible para los adolescentes que están por cumplir la mayoría, además las familias dan mayores libertades

a los adolescentes luego de los 17 años, por estar cerca de cumplir la mayoría de edad.

Gráfico 19. Distribución de consumo de cigarros según la edad en el colegio Siso.

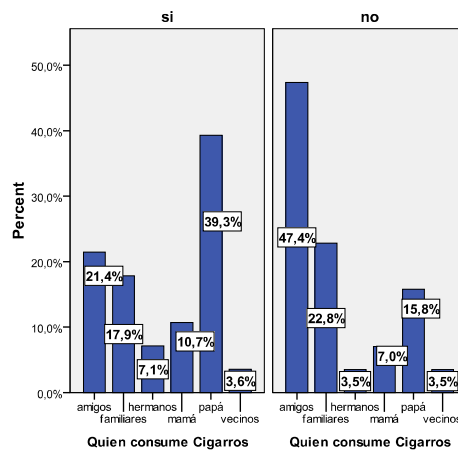


En el Colegio Siso (privado) el mayor consumo de cigarros se ubica a los 17 años con 50% de los encuestados y sólo 20% y 28% son consumidores a los 15 y 16 años respectivamente. Al igual que en el colegio público a los 14 años no se ha iniciado el consumo de esta sustancia. Esto permite identificar que los 14 años es la edad en la que debe iniciarse la prevención en relación con el cigarrillo, ya que a los 15 años ya se inicia su consumo, sin embargo debe prevenirse en las edades siguientes porque es poca la prevalencia del consumo de la sustancia.

Consumo de cigarrillos y su relación con el conocimiento de consumidores

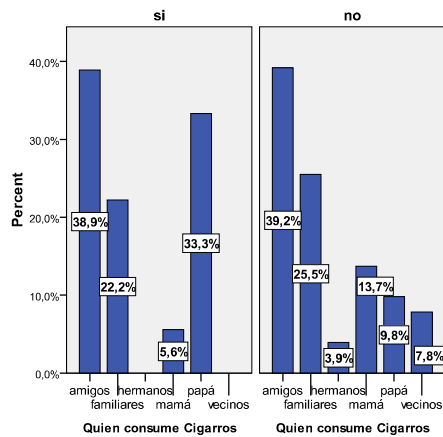
En relación con el consumo de cigarrillos y su relación con el hecho de conocer y compartir con personas que consuman la misma sustancia, los gráficos a continuación muestran cómo es esa realidad en los colegios abordados.

Gráfico 20. Relación entre consumo de cigarrillos y conocer consumidores de cigarrillos en el colegio Egui.



Se observa que tanto los consumidores de cigarrillos como los no consumidores tienen contacto con personas de su entorno que consumen cigarrillos, lo que nos ratifica que esta sustancia está socialmente aceptada. Además de notarse que de los consumidores 39,3% tienen padres consumidores y 10,7% madres consumidoras. Y para los no consumidores, aunque tienen padres y madres consumidoras, el nivel de prevalencia es menor.

Gráfico 21. Relación entre consumo de cigarrros y conocer a consumidores de cigarrros en el colegio Siso.



Por su parte en el colegio privado se observa que, aunque todos los encuestados tienen contacto con personas consumidoras y muchas de ellas son de su familia, es más elevado el número de adolescentes consumidores que tienen padres consumidores de cigarrros. Aunque los no consumidores también tienen padres consumidores pero en menor porcentaje. Es importante destacar que de los adolescentes no consumidores 13,7% tienen madres consumidoras, a diferencia del grupo consumidor, en donde sólo 5,6% tienen madres consumidoras. Esto permite afirmar dos cosas: primero, la familia influye en mayor medida en los adolescentes, que los amigos o vecinos, y, segundo, es necesario un estudio más profundo para verificar si realmente el contacto con personas consumidoras es una causa real para el inicio del consumo.

Consumo de Cigarros y frecuencia de consumo

Gráfico 22. Distribución de la frecuencia del consumo de cigarros en el colegio Siso.

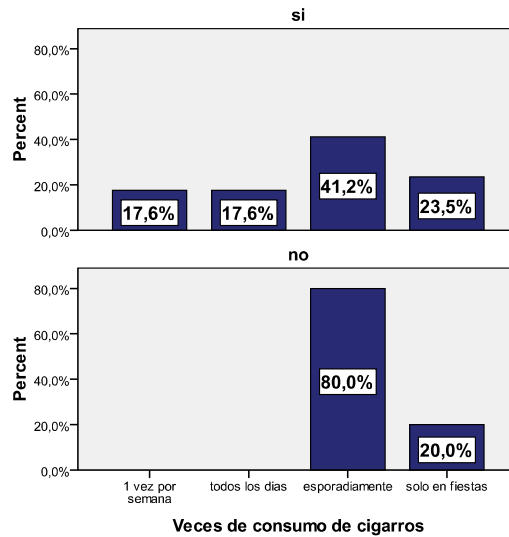
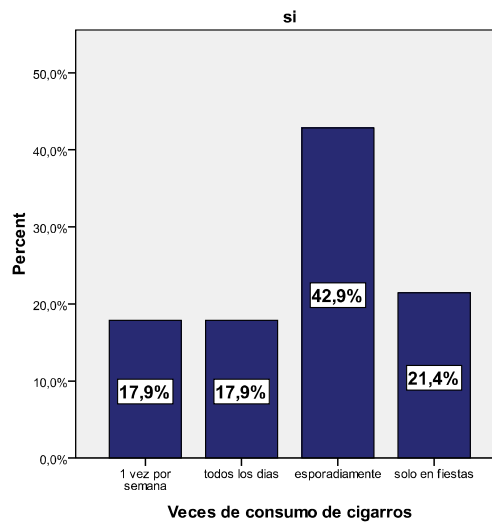


Gráfico 23. Distribución de la frecuencia del consumo de cigarros en el colegio Egui.

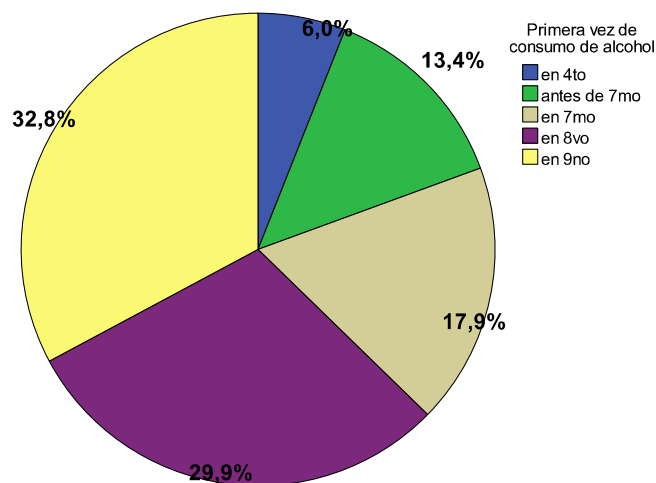


Los gráficos anteriores muestran que la frecuencia del consumo de cigarrillos en ambos colegios se da esporádicamente en más de 35% de los casos, seguido de los que consumen la sustancia sólo en fiestas; esto permite asegurar que el consumo no es compulsivo en todos los casos y con una prevención a tiempo se puede atender la situación para que se disminuya su consumo.

Consumo de alcohol y edad de inicio del consumo

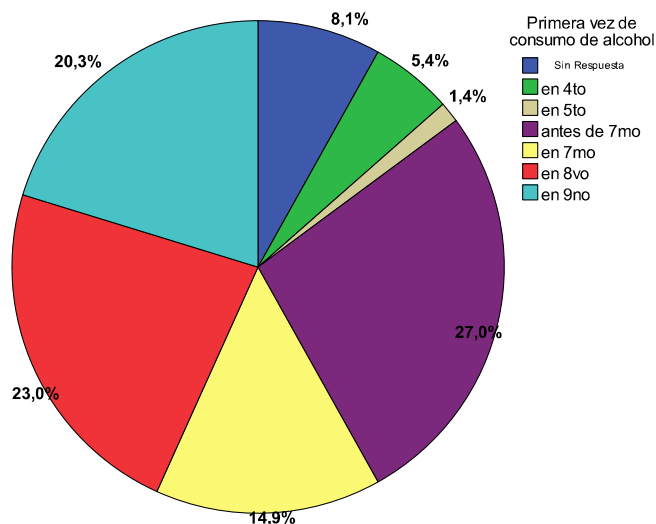
Un aspecto de gran importancia para analizar el consumo de drogas tiene que ver con la edad de inicio; como se ha mencionado anteriormente, la edad puede influir para determinar la intensidad del consumo posterior, es decir, si se comienza a consumir muy temprano, el consumo podría continuar con más intensidad en los años siguientes. Entonces, para esta investigación resulta relevante evaluar cuál es la realidad de los adolescentes encuestados en relación con la edad de inicio en el consumo de drogas.

Gráfico 24. Distribución de la edad de inicio en el consumo de alcohol en el colegio Egui.



En el colegio Egui Arocha se observa que, entre los consumidores de alcohol, la edad de inicio que predomina es 14 y 15 años, que es el momento en el que los estudiantes cursan el noveno grado de Educación Básica, siguiendo octavo grado que puede ubicarse entre 13 y 14 años. Pero es de gran importancia que 13,4% haya iniciado el consumo antes de entrar en el séptimo grado, es decir, entre 10 y 11 años; y otro 17,9% entre 11 y 12 años de edad. Sólo 6% de los consumidores de alcohol se iniciaron al comenzar la educación diversificada, es decir, que el inicio a una edad avanzada de la adolescencia en el consumo de esta droga se convertiría en un factor de protección y la edad de inicio se convierte en un factor de riesgo ya que se ubica entre 10 y 11 años de edad; cuando los niños estudian sexto grado de Educación Básica. Esta situación indica que la prevención relacionada con las drogas debe darse desde los primeros grados de la educación básica y debe ser permanente en toda la educación de los niños, niñas y adolescentes.

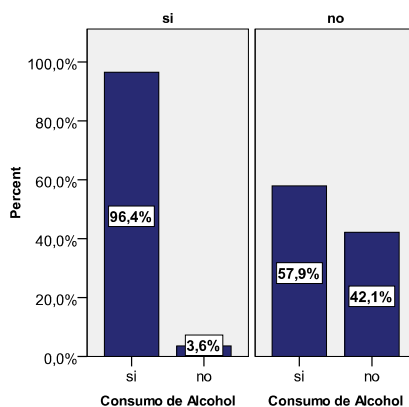
Gráfico 25. Distribución de la edad de inicio en el consumo de alcohol en el colegio Siso.



Este gráfico muestra que la edad de inicio en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes estudiantes del colegio privado Siso Martínez se ubica entre 10 y 11 años de edad en 27%, es decir, antes de iniciar los estudios de bachillerato o secundaria. Por su parte 23% lo hicieron en octavo grado, lo que equivale a 13 y 14 años; 20,3% se inició estudiando el noveno grado y sólo 5,4% lo hizo estudiando el cuarto año. Es importante mencionar que en este liceo 1,4% se inició en el consumo de alcohol estando en el quinto o último años de Educación Básica-Diversificada a diferencia del liceo público donde esta categoría no obtuvo porcentaje.

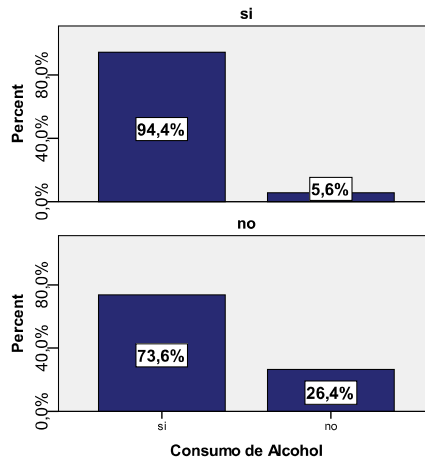
Relación consumo de alcohol y consumo de cigarros

Gráfico 26. Relación entre consumo de alcohol y consumo de cigarros en el colegio Egui.



Este gráfico nos muestra la relación de consumo entre cigarrillo y alcohol. Se observa que de los adolescentes que consumen cigarrillos 96,4% consume alcohol y sólo 3,6% no consume alcohol. Respecto a los no consumidores de cigarrillos 57,9% sí consume alcohol. Y sólo 42,1% de la población encuestada no consume ni cigarrillos ni alcohol.

Gráfico 27. Relación entre consumo de alcohol y consumo de cigarros en el colegio Siso.



En el colegio Siso Martínez 94,4% de los consumidores de cigarros, son a la vez consumidores de alcohol y de los no consumidores de cigarros 73,6% si consumen alcohol, sólo 26,4% no consumen alcohol ni cigarrillos. Estos gráficos nos permiten observar que el porcentaje de abstemios de ambas sustancias es muy bajo, es decir, la mayoría de los adolescentes consumen ambas sustancias y del resto algunos consumen alcohol y otros cigarros, pero muy pocos no consumen ninguna de las dos drogas, esto nos indica que la presencia de ambas drogas lícitas es elevada y de relativo fácil para adolescentes, por lo que el trabajo de prevención es necesario y urgente.

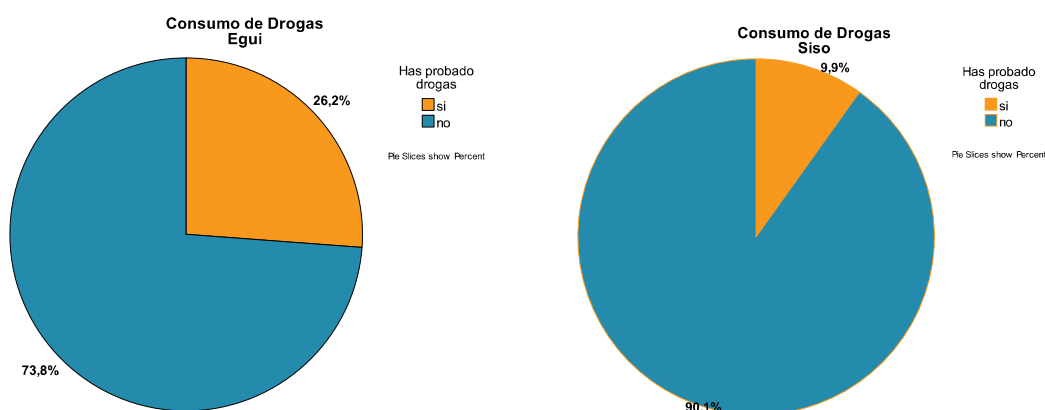
Estos gráficos muestran que tanto el consumo de alcohol como el de cigarros se dan en niveles elevados y con edad de inicio temprana; ambas sustancias generan daños en el organismo y en la vida de los adolescentes y estas dos características son consideradas factores de riesgo. Aunque hasta los momentos el mayor consumo se da sólo en fiestas, es importante realizar prevención para evitar un consumo más frecuente. Esta situación reafirma la necesidad de incluir estas dos sustancias en el diseño de un programa de

prevención para los centros de estudios, con la intención de reducir o atenuar los factores que promueven el consumo de las mismas.

Consumo de drogas

Ahora conoceremos los datos obtenidos en relación con el consumo de sustancias ilícitas, la prevalencia, edad de inicio y cómo se relaciona ésta con el consumo de sustancias lícitas.

Gráfico 28. Distribución de consumo de drogas en cada colegio.



Estos gráficos muestran la prevalencia en el consumo de drogas por parte de los adolescentes encuestados y vemos que el mayor índice de consumo está en el colegio público donde 26,2% han probado alguna droga; por su parte el colegio privado muestra que 9,9% de adolescentes han probado drogas: ambas cifras son de preocupación. Si bien en el colegio público es más elevado y por ende más preocupante, el solo hecho de que haya adolescentes consumidores de drogas de por sí amerita atención.

Entre los factores de riesgo/protección que trabajamos en capítulos anteriores, se ubicaba la edad de inicio como un factor predominante, por lo que se incluyó en este análisis. El gráfico siguiente muestra la relación entre el consumo de drogas y la edad de inicio de esta acción.

Consumo de drogas según sexo

El consumo de drogas, relacionado con el sexo de quienes las consumen, se ve representado de la siguiente manera: más de 65% de los consumidores son adolescentes masculinos, las femeninas alcanzan 28,6% en el colegio privado y 31,8% en el público, lo que indica que en el colegio público hay más consumo de drogas por parte de las adolescentes. De la misma forma, las adolescentes abstemias alcanzan más de 59% del total.

Gráfico 29. Distribución de consumo de drogas según sexo en el colegio Siso.

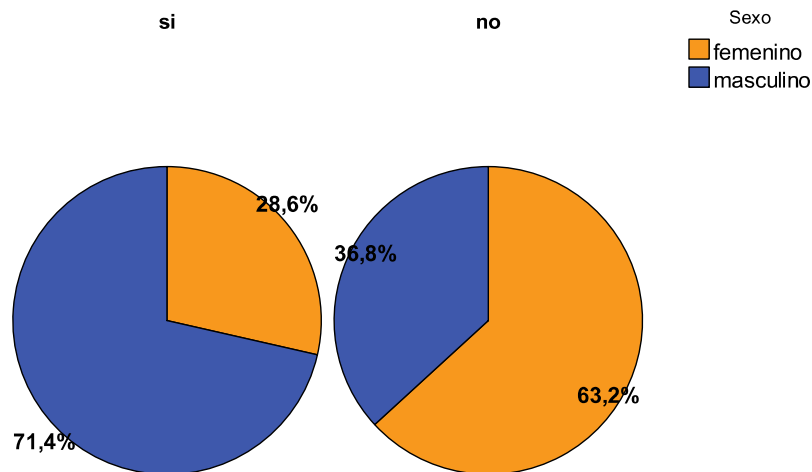
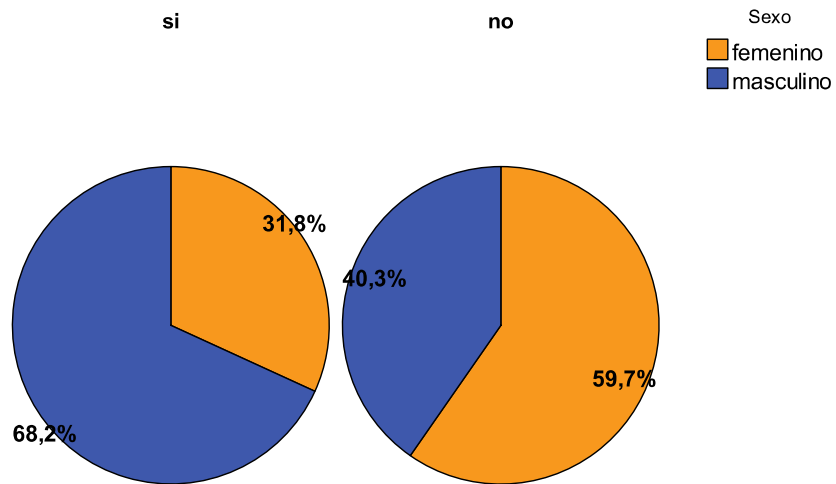
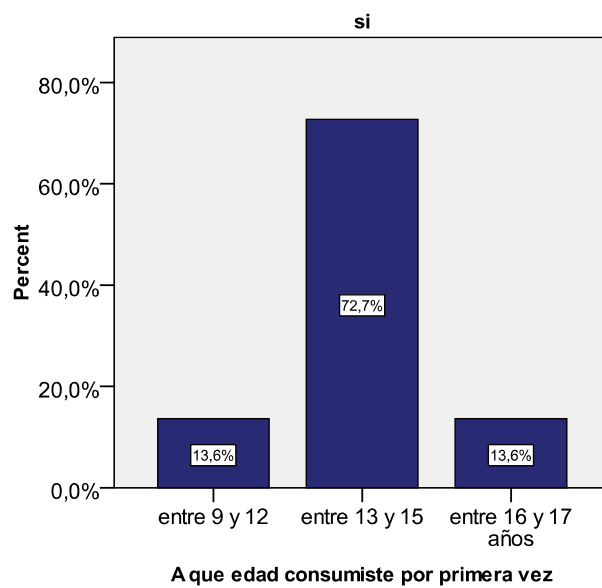


Gráfico 30. Distribución de consumo de drogas según sexo en el colegio Egui.



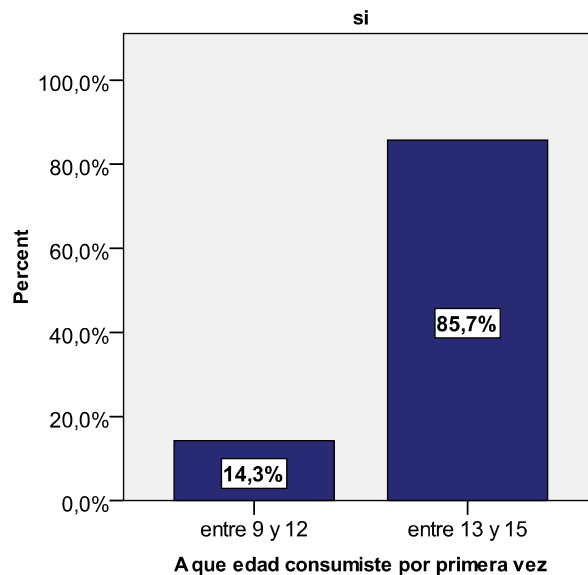
Consumo de Drogas según Edad de Inicio

Gráfico 31. Relación entre el consumo de drogas y la edad de inicio en el colegio Egui.



El gráfico nos muestra que la edad de inicio del consumo de drogas se ubica en el colegio Egui Arocha (público) entre 13 y 15 años, ya que 72,7% de los consumidores así lo manifestaron, existiendo 13,6% de ellos y ellas que se iniciaron en el consumo de drogas entre 9 y 12 años de edad, y el mismo porcentaje entre 16 y 17 años.

Gráfico 32. Relación entre el consumo de drogas y la edad de inicio en el colegio Siso.



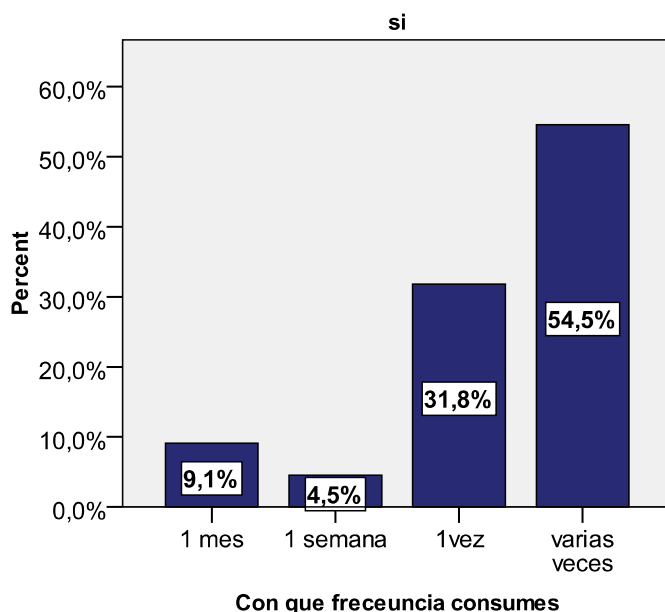
En el caso del colegio Siso Martínez (privado) las edades de inicio son entre 13 y 15 años en 85,7% y 14,3% manifestaron que se iniciaron en el consumo entre 9 y 12 años, cifras parecidas a las del colegio público. Esto permite conocer que el inicio del consumo de drogas se da con más frecuencia cuando se cursa el octavo y noveno grados de Educación Básica, dato importante para el diseño de programas preventivos.

La teoría de factores de riesgo y protección expresa que la edad de inicio es uno de los factores a los que se debe prestar mayor atención, ya que ello puede predecir un consumo compulsivo y reiterado posteriormente,

en el caso de las drogas ilícitas conseguimos que la edad de inicio que prevalece con el porcentaje mayor es entre 13 y 15 años, esto se puede adjudicar a que es el momento en que los niños van dejando de serlo y pasan al período de la adolescencia, como se mencionó en capítulos anteriores, que se caracteriza por la búsqueda de sensaciones y querer descubrir el mundo, un proceso de adaptación, cambios del cuerpo y el momento en que los niños desean pertenecer a algo y ese algo puede ser el grupo de los que consumen drogas, por estas razones es considerada la edad perfecta para la prevención.

Consumo de Drogas según frecuencia de consumo

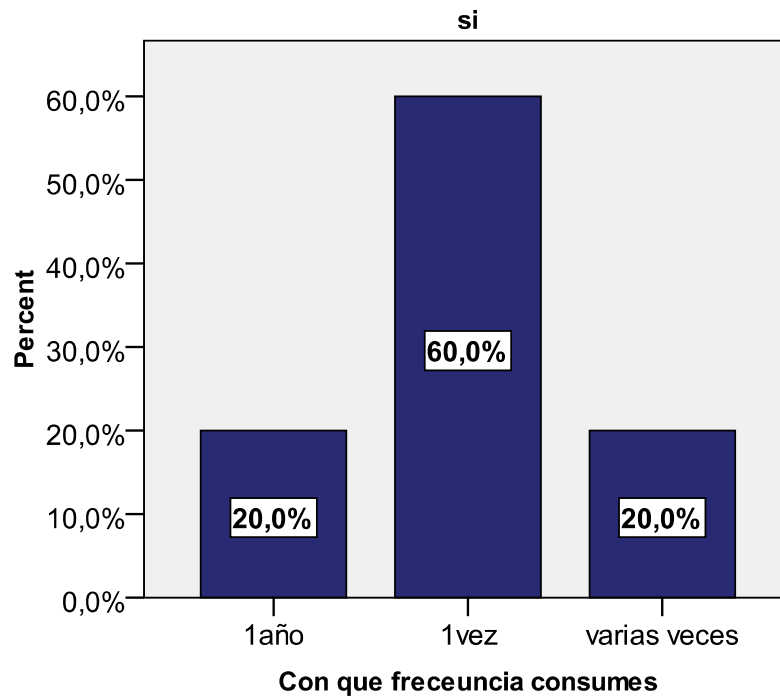
Gráfico 33. Distribución de la frecuencia del consumo de drogas en el colegio Egui.



Los datos sobre la frecuencia del consumo nos dicen que 54,5% consumen drogas varias veces a la semana, 31,8% una sola vez a la semana y 13,6% consumió una sola semana o un solo mes. Estos datos permiten verificar que el consumo de drogas es poco controlable por las

personas y que requiere el consumo constante para la satisfacción del organismo, ya que se produce dependencia física.

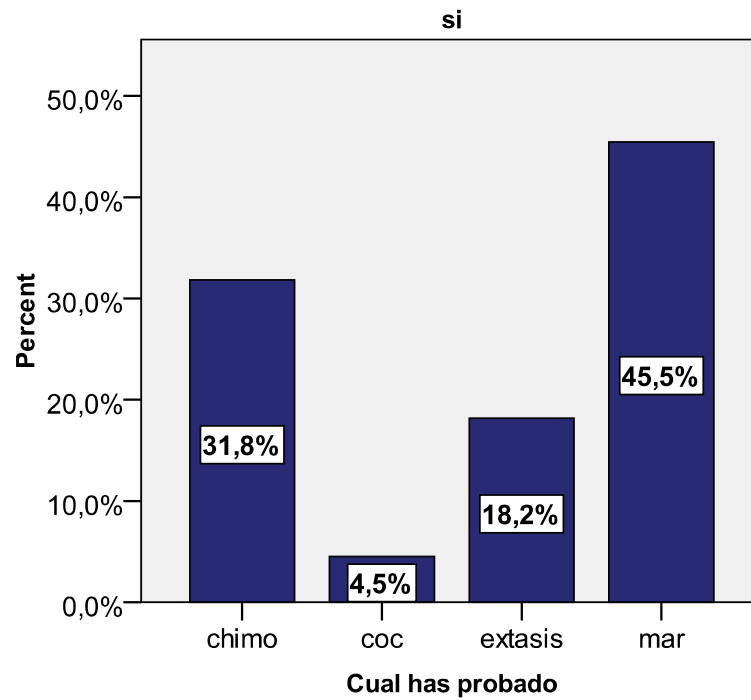
Gráfico 34. Distribución de frecuencia del consumo de drogas en el colegio Siso.



En relación con la frecuencia del consumo de drogas, notamos que en el colegio privado el consumo constante es disminuido en relación con lo que se encontró en el colegio público, ubicándose el consumo varias veces a la semana en 20%, y 60% de los consumidores lo hizo sólo una vez, 20% que lo hacen una vez por año. Es decir, el consumo en el colegio público es mayor en cuanto a la frecuencia, lo que indica un alto riesgo en este colegio y la necesidad de una atención inmediata para disminuirlo.

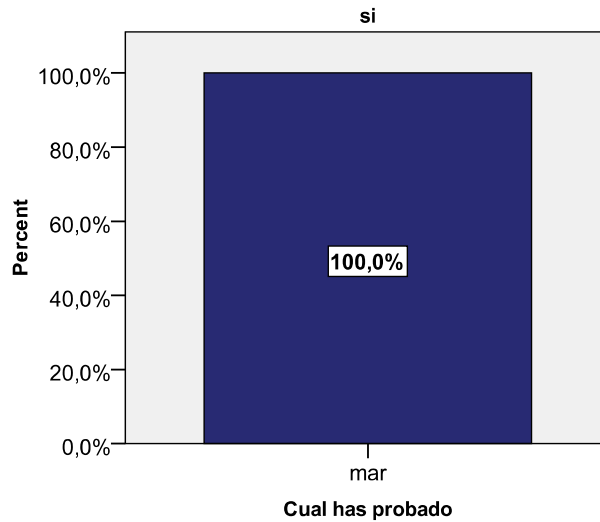
Consumo de Drogas según tipo de droga

Gráfico 35. Distribución del consumo de drogas según tipo en el colegio Egui.



En cuanto a los tipos de drogas consumidas por los adolescentes, en el colegio Egui Arocha se observa que existe consumo de chimó, cocaína, éxtasis y marihuana. La marihuana se ubica en el primer lugar con 45,5%, seguido por el chimó en 31,8%, éxtasis en 18,2% y finalmente la cocaína es consumida por 4,5% de los consumidores de drogas de este colegio.

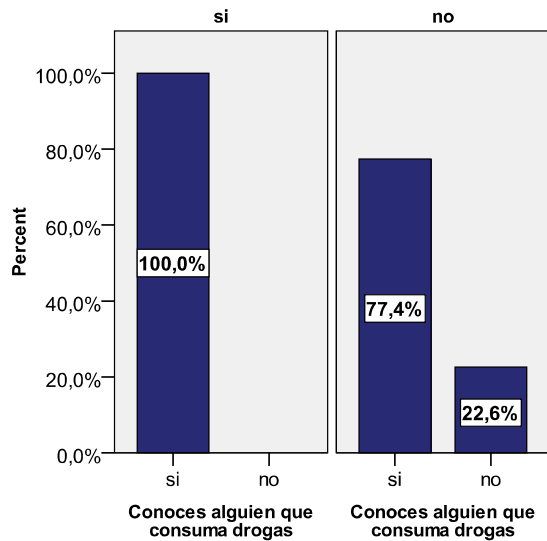
Gráfico 36. Distribución del consumo de drogas según tipo en el colegio Siso.



En cuanto al colegio Siso Martínez, se observa que la única droga presente es la marihuana. Y, aunque en el colegio público hay consumo de diversas drogas, ambas situaciones son de mucha importancia. Cada droga genera daños diversos al organismo y, en distintas intensidades, produce un conjunto de problemas sociales para los adolescentes y para la sociedad, disminuyendo las posibilidades de progreso y crecimiento, por lo que resulta importante atender dicha situación para mejorar la vida individual del consumidor, así como la vida colectiva.

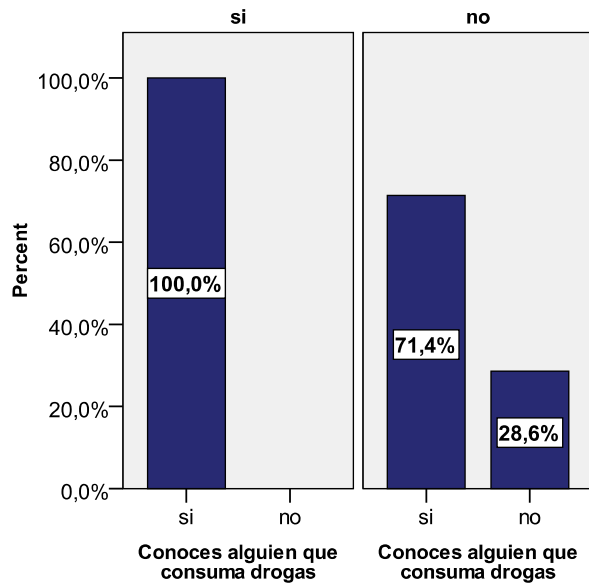
Consumo de droga relacionado con el conocer consumidores

Gráfico 37. Relación entre consumo de drogas y conocer a consumidores de drogas en el colegio Egui.



La influencia de los grupos de pares es mencionado en la teoría de factores de riesgo/protección, por lo que este gráfico intenta mostrar la relación entre el consumo de drogas y el conocimiento que se tenga de alguien que sea consumidor. El gráfico permite ver que todos (100%) los consumidores conocen a alguien que consume, mientras que los no consumidores sólo 77,4% manifiestan conocer consumidores y el resto no.

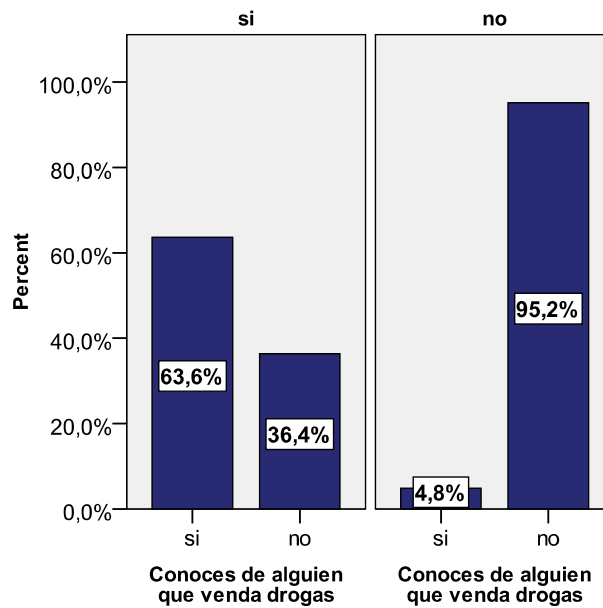
Gráfico 38. Relación entre consumo de drogas y conocer a consumidores de drogas en el colegio Siso.



Lo mismo sucede en el colegio Siso Martínez, todos (100%) los consumidores de drogas conocen a alguien que es también consumidor o consumidora, mientras que sólo 71,4% de los no consumidores conocen a alguien que consume y el resto no. La relación entre la influencia de algún conocido consumidor y el consumo propio permite verificar la premisa que plantea la dialéctica de los factores de riesgo/protección, es decir, un factor de riesgo como el contacto con personas consumidoras puede ser altamente influyente para el inicio del consumo, pero en otras situaciones puede no influir. En este caso vemos que no existe relación entre el conocer consumidores y consumir, ya que 71,4% conocen consumidores pero no consumen. Sin embargo, todos consumidores sí conocen a otros consumidores.

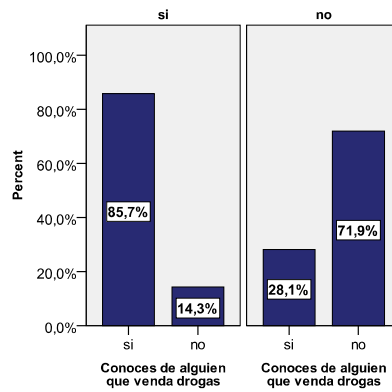
Consumo de Drogas relacionado con el conocer vendedores

Gráfico 39. Relación entre consumo de drogas y conocer a vendedores de drogas en el colegio Egui.



Este gráfico muestra la relación entre consumo de drogas y el conocimiento de vendedores de drogas; observamos que 63,6% de los consumidores de drogas conocen personas que distribuyen la droga y 4,8% de los no consumidores también conocen a alguien que vende drogas. Esta última situación es importante tomarla en cuenta, ya que el conocer a vendedores de drogas puede ser un potencial factor de riesgo, haciéndose accesible la adquisición de distintas sustancias psicotrópicas, así como convertirse en distribuidor o verse involucrado en hechos delictivos.

Gráfico 40. Relación entre consumo de drogas y conocer a vendedores de drogas en el colegio Siso.

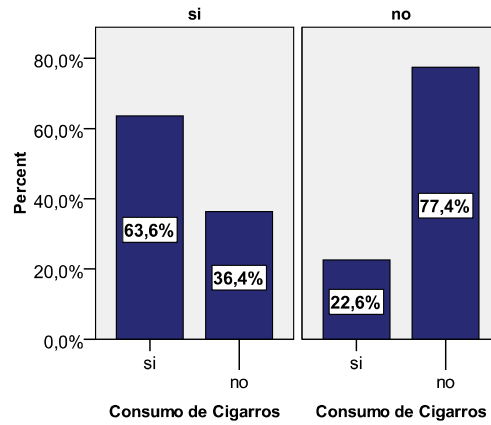


En el caso del colegio Siso Martínez, es más relevante el planteamiento hecho anteriormente, ya que 28,1% de los no consumidores manifiestan conocer a vendedores de drogas, lo que los hace más vulnerables al riesgo.

Consumo de droga y relación consumo de Cigarros

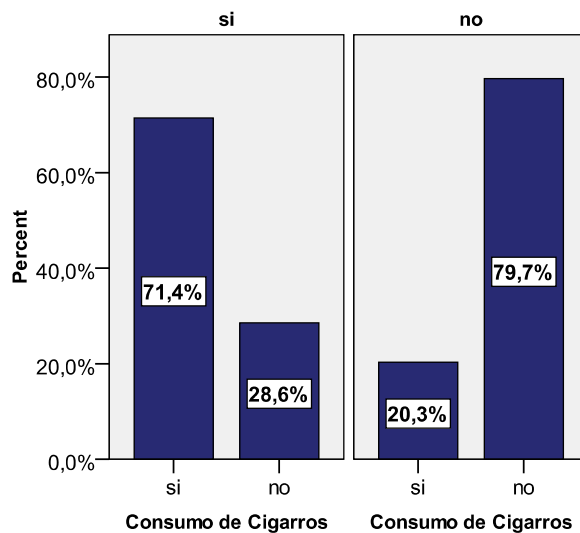
Es importante conocer la relación que existe entre el consumo de drogas ilícitas y las drogas lícitas, los gráficos siguientes nos mostrarán la relación entre el consumo de drogas y el consumo de alcohol y cigarros.

Gráfico 41. Relación entre consumo de drogas y consumo de cigarros en el colegio Egui.



Podemos observar que 63,6% de los encuestados manifiestan consumir drogas y cigarros, 36,4% consumen sólo drogas y 77,4% no consumen ni drogas ni cigarros.

Gráfico 42. Relación entre consumo de drogas y consumo de cigarros en el colegio Siso.

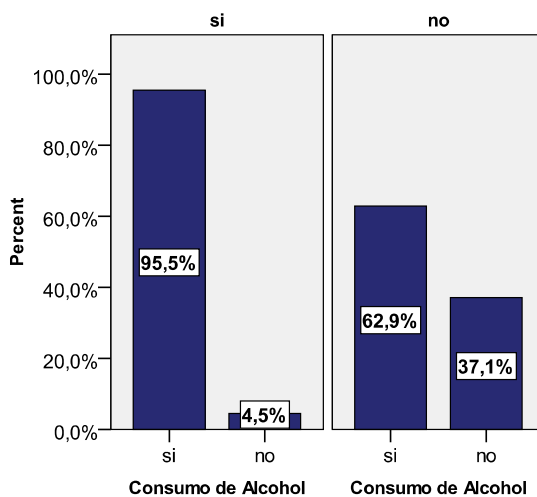


En relación con el consumo de drogas y cigarros en el colegio Siso Martínez, podemos ver que 71,4% de los adolescentes encuestados son

consumidores de drogas y cigarrillos, y 79,7 de los no consumidores de drogas tampoco consumen cigarrillos. Según la teoría de los factores de riesgos, la mezcla de varias sustancias en el consumo se convierte en un factor de riesgo importante, ya que se debe atender la dependencia de cada droga, en este caso la mezcla de una droga lícita y una ilícita. Cuando se hace prevención para el consumo de drogas, los jóvenes y adolescentes asumen como drogas sólo las de carácter ilícito, ya que el consumo de drogas lícitas está socialmente aceptado. Es importante resaltar que al diseñar un programa de prevención se debe hacer énfasis en la prevención del consumo de sustancias lícitas, ya que son tan dañinas como las de carácter ilícito.

Consumo de drogas y su relación con el Consumo de Alcohol

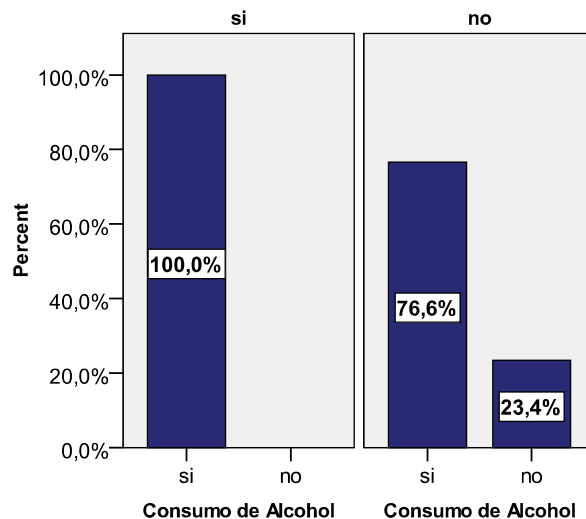
Gráfico 43. Relación entre consumo de drogas y consumo de alcohol en el colegio Egui.



En relación con el consumo de drogas combinado con el consumo de alcohol, se observa que en el colegio Egui Arocha 95,5 de los consumidores de drogas son consumidores de alcohol, y 62,9% de los no consumidores de

drogas sí consumen alcohol; sólo 41,6% no consume alcohol y de este porcentaje 4,5% si consume drogas.

Gráfico 44. Relación entre consumo de drogas y consumo de alcohol en el colegio Siso.

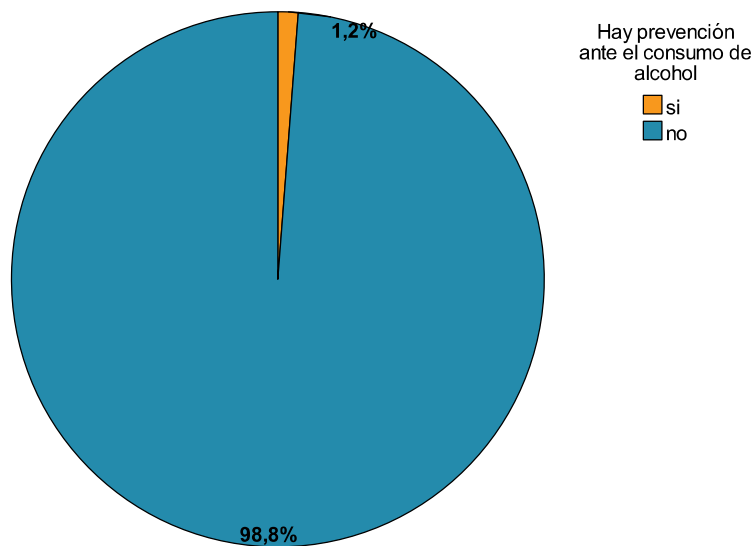


En cuanto al consumo de drogas y alcohol en el Siso Martínez, vemos que todos (100%) los consumidores de drogas consumen alcohol y 76,6% de los no consumidores de drogas sí consumen alcohol, mientras 23,4% no consumen alcohol. Cabe destacar que entre ambos colegios existe un porcentaje alto de personas que consumen las dos sustancias, lo que podría catalogarse como un dato importante a tomar en cuenta, es decir, los consumidores de drogas en un porcentaje muy alto son también consumidores de alcohol. Como se mencionó antes, la mezcla de varias drogas se convierte en un importante factor de riesgo para los adolescentes y debe tomarse en cuenta para atender ambos consumos, ya que en este caso una de las sustancias es de carácter lícito y es más difícil hacer prevención, que el consumo de las sustancias lícitas, pero es igualmente importante, ya que todas las drogas deterioran el organismo y *afectan la vida de las personas*.

Prevención ante el consumo de alcohol desde el Colegio

Es importante, cuando intentamos comprender una realidad como la que abordamos en esta investigación, tener muy claras las acciones que se han tomado desde el espacio local para atender dicha realidad, por lo que en los gráficos siguientes conoceremos si desde algún espacio se han intentado formas de prevención, bien desde lo local, es decir, el propio colegio, o bien desde lo externo, es decir organizaciones no gubernamentales, el gobierno nacional u otra institución.

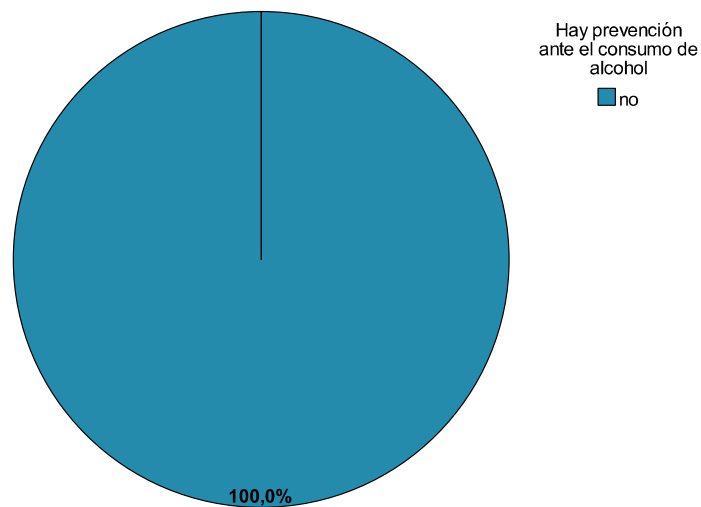
Gráfico 45. Distribución de la prevención ante el consumo de alcohol que ofrece el colegio Egui a sus estudiantes.



De los estudiantes encuestados 1,2% manifiestan que sí hay prevención desde su colegio para el consumo de alcohol y 98,8% manifiestan que no la hay. Lo importante de la prevención es atenuar el consumo de las sustancias; la población objetivo de la prevención debe estar consciente que la acción desarrollada va dirigida a prevenir el consumo de drogas; en nuestro caso, la mayoría de los encuestados no conocen de alguna acción realizada por su colegio para la prevención, pero, contrastado

con 1,2% de adolescentes que sí consideran que existe prevención en su colegio, podría decirse que la acción del colegio hacia la prevención no está bien diseñada para que llegue a la población objetivo.

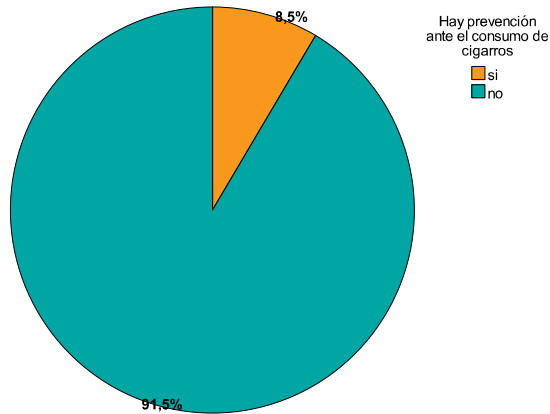
Gráfico 46. Distribución de la prevención ante el consumo de alcohol que ofrece el colegio Siso a sus estudiantes.



En relación con el colegio privado, todos (100%) los estudiantes manifiestan que no existe una acción dirigida a la prevención del consumo de alcohol, lo que permite afirmar que aumentan los factores de riesgos para el inicio en el consumo de las sustancias: mientras menores sean los factores de protección, mayores serán los factores de riesgo.

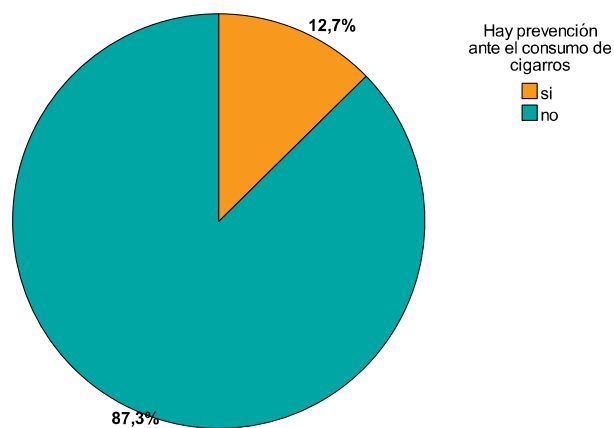
Prevención ante el consumo de cigarrillos desde el colegio

Gráfico 47. Distribución de la prevención ante el consumo de cigarrillos que ofrece el colegio Egui a sus estudiantes.



En relación con el consumo de cigarrillos tenemos que en el colegio Egui Arocha 91,5% indicaron no conocer sobre alguna acción de prevención de su colegio hacia el consumo de cigarrillos y sólo 8,5% indicaron que sí existían acciones para la prevención.

Gráfico 48. Distribución de prevención ante el consumo de cigarrillos que ofrece el colegio Siso a sus estudiantes.

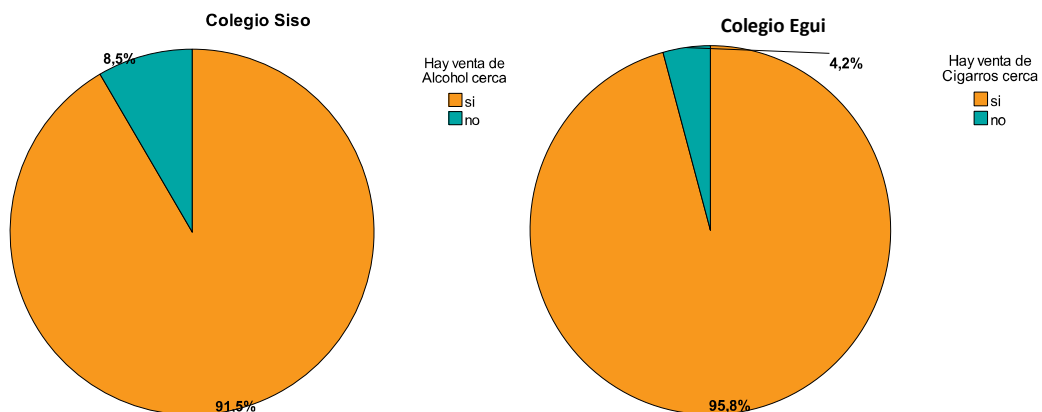


En el colegio Siso Martínez, 87,3% de los adolescentes indican que no hay prevención hacia el consumo de cigarros, el resto manifestó que sí la había. Estos datos nos permiten afirmar que los factores de riesgo son mayores en relación con estas sustancias en ambos colegios, ya que no existen acciones preventivas para su consumo, y de existir no son las mejores, ya que la mayoría de los estudiantes no las consideran como tales.

Como se mencionó en relación con la prevención del consumo de alcohol en los colegios, queda de parte de quienes diseñan esas estrategias de prevención que la población objetivo reciba la acción como una forma de prevenir el consumo, de lo contrario no será efectiva. Quizás sí haya en los colegios acciones de prevención, pero están mal enfocadas.

Venta de Cigarros en las cercanías del colegio

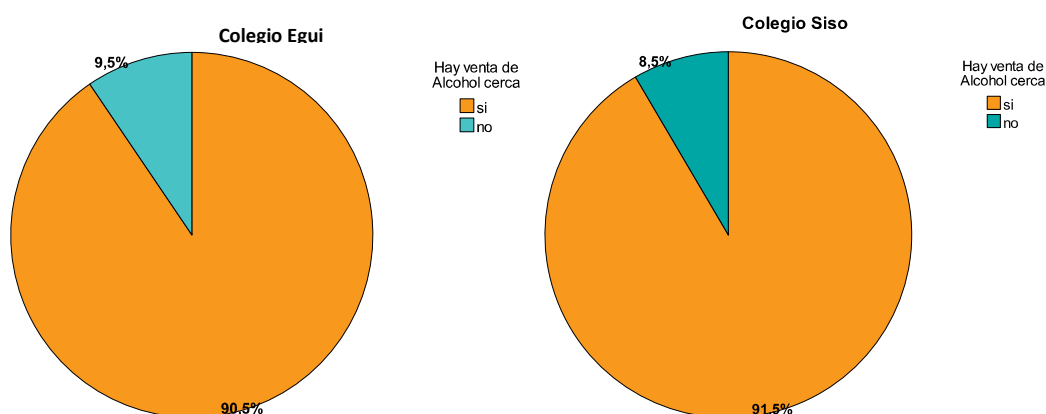
Gráfico 49. Distribución de la venta de cigarros en las cercanías de cada colegio.



En relación con la venta de cigarrillos en las adyacencias del colegio, 95,8% de los estudiantes del Siso Martínez informan que sí hay ventas de cigarrillos cerca del colegio y 94% de los encuestados del colegio Egui Arocha manifestaron lo mismo. La venta de cigarrillos en las adyacencias del colegio se convierte en un factor de riesgo, ya que es fácil para los estudiantes obtenerlos y, si comparamos estas cifras con las acciones de prevención desde el colegio en torno al consumo de cigarrillos, notamos que siendo inexistente, aumenta significativamente el riesgo para los adolescentes.

Venta de Alcohol en las cercanías del colegio

Gráfico 50. Distribución de la venta de alcohol en las cercanías de cada colegio.



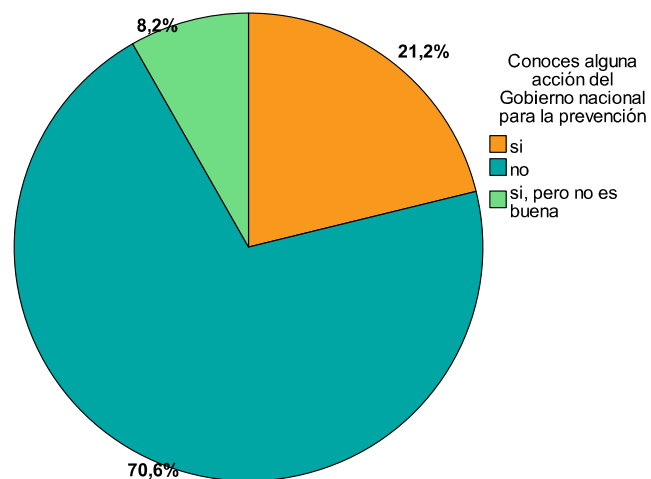
En cuanto a la venta de alcohol cerca de los colegios estudiados acá, observamos en los gráficos que 90,5% de los estudiantes encuestados en el colegio Egui Arocha manifiestan que sí hay venta de alcohol cerca del colegio. Por su parte 91,5% de los estudiantes encuestados del colegio Siso Martínez manifiestan lo mismo. Siendo así, igual como se planteó en lo referido al cigarrillo, los factores de riesgo para el consumo de alcohol son mayores cuando se hace accesible para los adolescentes la adquisición de la

sustancia y no existe en contraparte una prevención oportuna para el no consumo de la misma.

Prevención por parte del gobierno

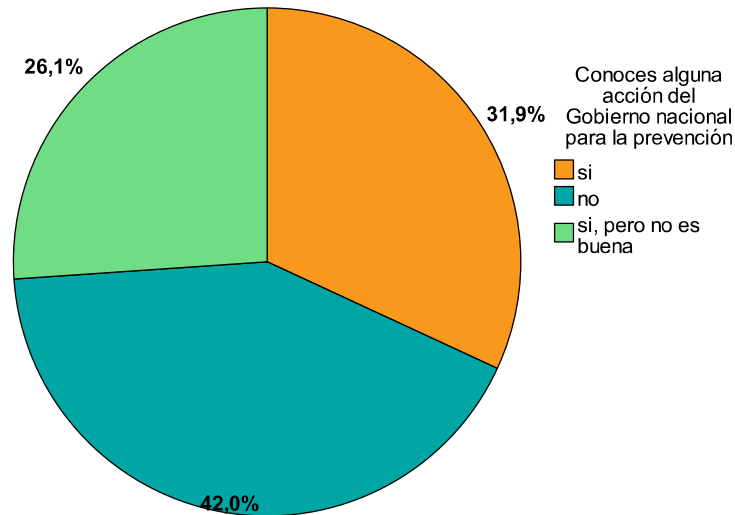
Los gráficos siguientes muestran las consideraciones de los encuestados sobre la existencia de prevención desde el gobierno nacional hacia el consumo de drogas.

Gráfico 51. Distribución de la consideración de los estudiantes del Colegio Egui sobre la existencia de prevención ante el consumo de drogas por parte del Gobierno Nacional.



70,6% de los estudiantes del colegio Egui Arocha consideran que no existe una campaña desde el gobierno nacional para la prevención del consumo de drogas; 21,2% consideran que sí existen y 8,2% manifiestan que sí existen pero no son buenas o efectivas.

Gráfico 52. Distribución de la consideración de los estudiantes del colegio Siso sobre la existencia de prevención ante el consumo de drogas por parte del Gobierno Nacional.



42% de los estudiantes del Siso Martínez consideran que no existe prevención desde el gobierno nacional; 31,9% plantea que sí existen acciones dirigidas a la prevención y 26,1% considera que sí existen pero no son buenas.

Esto refleja un porcentaje alto de estudiantes adolescentes que no conocen las acciones preventivas del consumo de drogas por parte del gobierno nacional. De existir estas acciones se convertirían en los factores de protección primarios para evitar o disminuir el consumo de drogas por parte de esta población. Ahora, bien, en la investigación realizada se conoció que la Oficina Nacional Antidrogas se propone desarrollar el programa preventivo integral “Sembrando Valores para la Vida”, diseñado para el periodo 2007-2013; se ejecutaría en el marco de una serie de acciones que el gobierno nacional encaminaría para dar solución a la problemática de las drogas. Esta estrategia se implementaría desde sus diversas competencias y ministerios, desde una perspectiva que involucre a la sociedad en el abordaje

de la problemática (ONA, 2009). Sin embargo, para el momento de la investigación no se ha comenzado a ejecutar este programa. Por otra parte, conocimos de acciones preventivas por algunas organizaciones no gubernamentales, como es el trabajo que adelanta Hogares Crea, quienes en las escuelas de la circunscripción de Valencia llevan a cabo un programa de prevención primaria, como primera fase de prevención que se debe dar en las escuelas y que es un gran factor de protección ante el consumo de drogas. Otra de las acciones conocidas es la adelantada por la Cátedra Libre Antidrogas —liderada por el profesor de la UPEL Hernán Matute—, quien propone un esquema preventivo que involucra al entorno escolar, familia e instituciones, y que ha sido desarrollado en varios colegios del Área Metropolitana de Caracas y algunos municipios del estado Miranda.

Este estudio, al igual que muchos otros, muestra la necesidad de aplicar programas o planes de prevención, luego de quedar evidenciado el gran porcentaje de adolescentes consumidores de distintas sustancias.

Los resultados relevantes obtenidos en este trabajo referido al alcohol son los siguientes:

1. Más de 70% de los estudiantes son consumidores de alcohol. Pero el porcentaje más elevado se registró en el colegio público.
2. En relación con el sexo de los adolescentes encuestados se encontró que el porcentaje de adolescentes de sexo femenino asciende a 51,8% y en el sexo masculino se ubica en 48,2% en el colegio privado. En el colegio público el porcentaje mayor se presenta en el sexo masculino en un 56,7% y en el sexo femenino se ubica en 43,3%. Aunque la diferencia entre colegios no es elevada, se conoció que en el colegio privado el consumo de alcohol tiene más prevalencia en las adolescentes femeninas.

3. El consumo de alcohol en las edades atendidas, a saber: 14, 15, 16 y 17 años, se registra por encima de 50% en cada edad; sin embargo, el mayor porcentaje se ubica en los adolescentes de 17 años, lo que supone un consumo progresivo según la edad.
4. En relación con la edad de inicio del consumo de alcohol, los porcentajes más elevados en cada una de las edades atendidas se ubicaron en los y las adolescentes del colegio privado en comparación con las registradas en el colegio público.
5. En lo referido al contacto con personas consumidoras, se encontró que, en ambos colegios, el mayor porcentaje se ubica en “familiares”, seguido de “amigos” y luego de “padres”, en relación con los y las adolescentes consumidoras de la sustancia. En los no consumidores el mayor porcentaje se ubica en los “amigos”, con mayor énfasis en el caso de los estudiantes del colegio privado. Esto permite inferir que los grupos de amigos no son el factor de más influencia en relación con el consumo de alcohol, sino los padres y familiares.
6. El consumo de alcohol en los y las adolescentes se da con mayor frecuencia en fiestas o esporádicamente.
7. Sobre la edad de inicio del consumo de alcohol se encontró que en el colegio privado está alrededor de 10 y 11 años de edad, es decir, antes de cursar el séptimo grado de educación secundaria. En el colegio público se ubica en 15 años aproximadamente o cuando se cursa el noveno grado de educación secundaria.
8. Más de 90% de los estudiantes que consumen alcohol son consumidores de cigarrillos.

En relación con el consumo de cigarrillos se encontró:

1. El consumo de cigarrillos es menor que el del alcohol.
2. Quienes fuman cigarrillos están por debajo de 33% en ambos colegios, siendo mayor en el público.
3. En ambos colegios el porcentaje de adolescentes masculinos consumidores de cigarrillos se ubica por encima del correspondiente a las adolescentes femeninas, que está alrededor de 30%.
4. Son consumidores de cigarrillos los estudiantes con edades comprendidas entre los 15 y los 17 años, es decir, los estudiantes con 14 años no registran un consumo de cigarrillos. El aumento del porcentaje es progresivo según la edad y en mayores dimensiones en el colegio público.
5. En lo referido a las personas que pueden ser factor de riesgo por ser consumidoras de la sustancia: en el colegio público —en relación con los y las adolescentes consumidoras—, el mayor porcentaje está asociado a los padres seguido de los amigos. En el colegio privado se ubican primero los amigos seguidos de los padres, ambos con porcentajes muy altos. En el caso de los y las adolescentes no consumidores de cigarrillos, los porcentajes más altos están asociados a amigos y familiares, lo que permite asegurar que son los padres las personas que con mayor facilidad se convierten en factores de riesgo si consumen drogas lícitas y en factores de protección si no las consumen.
6. En cuanto a la frecuencia del consumo se pudo conocer que el mayor porcentaje de consumidores lo hacen esporádicamente, seguido de los que consumen un cigarro por semana.

En relación con el consumo de drogas ilícitas se encontró:

1. 9,9% de los y las estudiantes del colegio privado han consumido alguna droga en su vida; por su parte, 26,2% de los y las estudiantes del colegio público también lo ha hecho. Esto muestra un porcentaje mayor de consumo de drogas ilícitas en el colegio público, aunque sea bajo el consumo en el colegio privado es sumamente importante atender esta situación.
2. El sexo masculino es el que obtiene mayor porcentaje en relación con el consumo de drogas, tanto en el colegio público como en el privado, ubicándose en 68,2% y 71,4% respectivamente.
3. La edad de inicio del consumo de drogas se ubica en mayor proporción entre los 13 y 15 años. El inicio del consumo se registra a los 9 y 12 años con un 13,6% en colegio público y el mismo porcentaje a los 16 y 17 años.
4. En el colegio público el consumo registra 54,4%, para quienes han consumido varias veces y 31,8% para quienes sólo lo han hecho una vez. En el colegio privado 60% de los que han consumido drogas lo han hecho sólo una vez, 20% lo han hecho varias veces y 20% restante lo hace una vez al año.
5. La marihuana es la droga de mayor consumo por parte de los y las adolescentes de ambos liceos; en el caso del colegio público se consume también chimó, éxtasis y 4,5% cocaína. Sin embargo, en el colegio privado sólo se consume marihuana.
6. Todos los consumidores de drogas conocen a otras personas que también lo hacen. 70% y 75% de los no consumidores conocen a alguien que consume, lo que se convierte en un factor de riesgo.
7. En ambos colegios los y las estudiantes que consumen drogas conocen a personas que las venden. Pero es importante resaltar que

de los no consumidores, en el colegio privado, 28,1% conocen a vendedores de drogas, lo que es un potente factor de riesgo.

8. Más de 60% de los y las estudiantes que consumen drogas, lo hacen simultáneamente con el consumo de cigarrillos.

9. En el caso del consumo de alcohol, más de 95% consumen alcohol y drogas simultáneamente.

En relación con la prevención como factor de protección presente en los y las estudiantes:

1. Más de 85% de los y las encuestadas dijeron que dentro de su colegio no existe prevención hacia el consumo de alcohol y cigarrillos.

2. Más de 90% de los y las estudiantes informan que cerca de sus colegios hay venta de alcohol y cigarrillos. Si relacionamos este porcentaje con la no existencia de prevención en el colegio, podemos considerar esta realidad como un factor importante de riesgo para la población que estudia en dichas instituciones.

3. 70,6% de los y las estudiantes del colegio público no conocen de campañas de prevención dirigidas desde el gobierno nacional; 21,2% sí conocen alguna campaña de prevención y 8,2% las conocen pero consideran que no son buenas. En el colegio privado 42% de los y las estudiantes no conocen de alguna campaña que se desarrolle desde el gobierno nacional, 31,9% sí las conocen y 26,1% las conocen pero consideran que no son buenas.

El conocer estos resultados permite afirmar que es necesario implementar un programa de prevención que aborde esta situación y que permita atenuar los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección.

Mediante este estudio constatamos los factores que influyen en el consumo de drogas, por ejemplo, conocimos que en relación con el consumo de drogas legales, como el alcohol y el tabaco, y su relación con el conocer consumidores de la misma sustancia, en el entorno de los adolescentes, el porcentaje más alto se ubica en las familias, lo que puede ser un factor importante a considerar, puesto que la familia es un grupo de mucha influencia en los y las adolescentes y esto se traduce en la presencia de un factor de riesgo importante. En relación con el consumo de drogas ilícitas se observó que, del contexto de los adolescentes, los consumidores en mayor medida eran amigos, bien de la escuela o de la comunidad, y son éstos los que les han ofrecido consumir, éste es otro aspecto importante para el diseño del programa de prevención. Es necesario incluir en los programas de prevención la formación que brinde herramientas para responder de forma favorable a las distintas expresiones de los factores de riesgo, es decir, herramientas para afrontar la presión de los pares o amigos; herramientas para la comunicación en familia, entre otras que darían respuestas a las realidades de los y las adolescentes en la actualidad.

En este sentido, resulta necesario preparar y formar a los adolescentes con herramientas eficaces para resistir las presiones de los pares (asertividad, aprender a decir no, a rechazar ofertas); por otra parte, aunque no se ve reflejado en los resultados de la encuesta aplicada, ya que no se incluyó como variable, pero que estuvo presente en el estudio teórico resulta importante incluir en el programa de prevención, está la forma de utilización del tiempo libre de los jóvenes y adolescentes; conocer cómo lo utilizan y la necesidad de darles alternativas para ocupar su tiempo de ocio en actividades que puedan ofrecer algún resultado o aprendizaje positivo.

El diseño del programa de prevención tiene como finalidad ser aplicados en los colegios estudiados, con la intención última de fortalecer factores de protección y minimizar o eliminar los de riesgo, disminuyendo de

esta forma el consumo de drogas en los estudiantes. Cabe destacar que la aplicación del programa de prevención es responsabilidad en primera instancia de los docentes y del equipo multidisciplinario con que cuentan los colegios. Los trabajadores sociales juegan un papel preponderante en la ejecución de los programas de prevención, en primer lugar, por la formación que poseen y por las capacidades para la transmisión de conocimientos y, en segundo lugar, porque deben ser multiplicadores de dicho plan para que la prevención no quede sólo en los colegios, de la misma forma deben lograr que todos los actores involucrados participen activamente, buscando una actitud proactiva, crítica y analítica en relación con la problemática de la drogodependencias. Deben también identificar las necesidades individuales de los y las adolescentes para posteriormente atenderlas y dinamizar los procesos familiares que se generen, de esta forma la función de los trabajadores sociales será de gran importancia para la efectividad del programa de prevención, ya que puede dar una mirada integral a la situación, como lo plantea la teoría de los factores de riesgos y protección.

A continuación presentamos el programa de prevención que resultó de la investigación teórica realizada y complementada por el análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación de una encuesta que buscaba identificar los factores de riesgo/protección influyente en el uso/abuso de drogas por parte de los adolescentes estudiantes de los colegios Dr. José Manuel Siso Martínez y Luis Eduardo Egui Arocha. A partir del análisis de los resultados tanto teóricos como empíricos, se confirmó la necesidad de diseñar un programa de prevención que sea aplicado desde la escuela, que permita una formación constante y progresiva. Este programa posibilitará la disminución de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección que puedan influir en el uso/abuso de sustancias psicotrópicas por los y las adolescentes. El programa de prevención diseñado por el equipo investigador está distribuido en cuatro módulos. Cada uno está dirigido a una

población distinta, a saber, el primero a la escuela y sus profesores; el segundo a los y las adolescentes; el tercero a la comunidad y padres, madres y representantes; y el cuarto a los colegios específicamente, ya que contiene un conjunto de actividades extraacadémicas que pueden ser desarrolladas en los colegios permanentemente u ocasionalmente para fortalecer la prevención.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR PARA LA DROGODEPENDENCIA

Módulo I

Pasos hacia la prevención desde la Escuela

Se intenta, por medio de la presentación de este módulo, ofrecer algunos insumos básicos para los profesores de educación media en ejercicio en los liceos. Partimos de que el ente de socialización de mayor incidencia sobre los adolescentes es la escuela, colegio o liceo y su entorno. Por otra parte, se toma en consideración la necesidad de realizar una campaña de prevención primaria en liceos, ya que el estudio llevado a cabo en los liceos Siso Martínez y Egui Arocha 2009 señala que dentro del ambiente estudiantil de los jóvenes cursantes de noveno, cuarto y quinto año de Educación Media no existe un programa de prevención que atienda esta problemática de consecuencias significantes para la sociedad, y de suma importancia para esta población en específico.

El lenguaje usado en la elaboración del presente módulo se ajusta a la población a la cual está dirigido, es decir, profesionales de las diversas áreas de Educación Media. Sin embargo, y porque se entiende que el ejercicio profesional de esta labor requiere de tiempo, se exponen de manera sintética y concisa los elementos e insumos que se consideran relevantes para su manejo. En este sentido, prevenir es educar, potenciar el desarrollo integral de la persona, fomentar la adquisición de las habilidades para saber afrontar y resolver aquellas situaciones que pongan en riesgo su salud. Es una educación que va más allá de la mera adquisición de conocimientos para favorecer un aprendizaje centrado en experiencias significativas que les ayuden afrontar los retos que esta sociedad compleja plantea. A través de

los programas de prevención tratamos de evitar que los jóvenes se inicien en el consumo de drogas. De ahí la importancia y motivación de orientar y formar en edades cada vez más tempranas, ya que los primeros consumos experimentales con las drogas lícitas o de fácil acceso, como el cigarrillo o el alcohol, se evidencia en edades más tempranas. Es por ello que se resalta la importancia del profesorado como agente preventivo, convirtiéndose en la puerta de entrada para que el liceo como institución social se convierta en la gran aliada de la prevención de las drogodependencias.

El objetivo que se plantea este módulo es brindar información y formación básica a los profesionales de la educación, mostrar aspectos derivados del consumo de drogas, así como también algunos elementos de los factores de riesgo y protección e insumos para convertirlos en agentes capacitados para la prevención en materia del uso/abuso de drogas.

Asimismo, se presentan a continuación algunos complementos argumentativos y conceptuales acerca de la prevención.

El término “prevención” se utiliza, en ocasiones, de modo muy genérico; de ahí que se emplee tanto por parte de aquellos que trabajan en la educación, como en el tratamiento y en la represión del tráfico de drogas. Las actuaciones que se plantean en el medio educativo se centran en la reducción de la demanda, es decir, pretenden prevenir el consumo de drogas que producen dependencia, que pueden acarrear a su vez daños a la persona que las consume y su entorno a corto, medio y largo plazo.

Se entiende por prevención de la drogodependencia toda intervención realizada antes de que aparezca un consumo problemático de drogas, con la finalidad de intentar cambiar los factores de riesgo tanto individuales como sociales o ambientales que pudieran determinar dicho consumo, favoreciendo el desarrollo de los factores de protección.

Los tipos de prevención se identifican en tres niveles de actuación:

- a) Universal o primaria: son las actuaciones preventivas dirigidas a la población en general. La gran mayoría de los programas que se aplican en los centros escolares pertenecen a este tipo
- b) Selectiva o secundaria: son las acciones destinadas a una población más vulnerable. Se dirige a un menor número de personas y responde a las necesidades detectadas.
- c) Indicada: está orientada a las personas que ya han desarrollado conductas problemáticas. Son acciones diseñadas “a la medida” de los destinatarios.

En un sentido conciso, *prevenir* consiste en:

- a) *Anticiparse a la aparición de un problema*; significa conocer cuáles son los factores que lo provocan e intervenir sobre ellos. En el caso de la drogodependencia, prevenir significa actuar en múltiples niveles, ya que existen diversos factores que pueden favorecer el consumo de drogas, tanto en la sociedad como en el individuo.
- b) *Educar*; se trata de promover el desarrollo integral de la persona y de favorecer su proceso de maduración, para que el contacto con las drogas, de producirse, no lleve al abuso o dependencia de las mismas. El liceo, por lo tanto, tiene un importante papel que jugar. Para conseguirlo habrá que intervenir desde *edades tempranas* para fomentar estilos y hábitos de vida saludables que actúen como elementos de *protección* frente al uso indebido de sustancias.
- c) *No únicamente informar* sobre las sustancias, los riesgos de su consumo y sus consecuencias. La información, más allá de ser muy importante, no es suficiente. De hecho, muchos programas de prevención basados en la información han fracasado por no

contemplar otros elementos importantes que están en la raíz del consumo.

- d) *Fomentar el desarrollo de habilidades y recursos personales* que refuercen al adolescente y le hagan menos vulnerable frente a las presiones que ejerce el entorno para estimular el consumo de sustancias (sus amigos, otras personas de referencia, los medios de comunicación, la sociedad).
- e) *Reforzar la autoestima del adolescente*, la confianza en sí mismo y su capacidad para tolerar la frustración y mejorar el control emocional, de forma que su motivación por conseguir metas vaya más allá de lo inmediato y permita un esfuerzo continuado.
- f) *Fomentar alternativas de ocupación del tiempo libre* que ayuden a elegir estilos de vida saludables incompatibles con el uso de drogas.

Porque prevenir es educar, promover el desarrollo de habilidad y capacidad de adaptación que actúan como elementos protectores en situaciones de riesgo. A su vez, la actuación preventiva desde el liceo nos permite llegar a toda la población adolescente, con el menor esfuerzo. Un elemento que debemos considerar es que el inicio o consumo experimental de drogas es usualmente una conducta de grupo. La influencia del grupo de iguales es de crucial importancia para el adolescente. El liceo posee una ventaja sobre otras instancias formativas, como la familia, ya que permite abordar estas conductas de grupo. De la misma forma, se deduce que el profesor tiene la capacidad y la formación necesarias para observar y detectar situaciones de especial vulnerabilidad e intervenir de forma preventiva sobre ellas. Aunado a esto, resulta de interés para la labor docente la aplicación del programa de prevención debido a que ofrece al profesorado instrumentos y herramientas que le permiten abordar otro tipo de problemáticas que también pueden afectar al adolescente: absentismo, situaciones de violencia, falta de motivación, fracaso escolar, otros

problemas de conducta, comportamiento sexual de riesgo, etc. Por último, aplicar programas de prevención es una tarea sencilla si se dispone de la formación, los materiales y el apoyo adecuados.

¿Qué es un programa de prevención?

Un programa de prevención es un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí para impedir la aparición de un problema de drogodependencia, es decir, evitar o retrasar el uso y abuso de las distintas drogas.

Aspectos que deben tomarse en cuenta para la prevención

Cognitivo. Información sobre las sustancias y los riesgos asociados al consumo. Información sobre la prevalencia del consumo de las diferentes sustancias para desmitificar la percepción de que es una conducta “normal”.

Autoimagen y auto-superación. Cómo se forma la imagen que el adolescente tiene de sí mismo. Desarrollo de un proyecto de auto-superación.

Toma de decisiones. Desarrollo de un pensamiento crítico. Puesta en marcha de un proceso para tomar decisiones responsablemente. Reconocimiento de tácticas persuasivas y estrategias publicitarias.

Control emocional. Técnicas para afrontar la ansiedad (relajación, pensamiento positivo).

Entrenamiento en habilidades sociales. Habilidades de comunicación: inicio, mantenimiento y finalización de las conversaciones. Comportamiento asertivo frente al pasivo o agresivo. Habilidades de resistencia a la presión del grupo.

Criterios de ocio. Educar para un ocio saludable, ofertando alternativas de ocio para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones. Criterios para valorar estas alternativas.

Tolerancia y cooperación. Reconocer y respetar el valor de las diferencias. Resaltar el valor de la cooperación.

Dinamización familiar. (Situación que se abordará en el modulo específico para padres, madres y representantes). Desarrollo de habilidades de comunicación familiar. Estrategias para establecer normas y límites en la familia. Desarrollo del potencial individual de los hijos.

Largos años de investigación sobre el tema han llevado a una serie de conclusiones sobre la eficacia de los programas preventivos, entre las que hay que destacar las siguientes:

- a) Diseñarse para fomentar los “factores de protección” y reducir los “factores de riesgo”.
- b) Abordar todas las drogas, legales e ilegales.
- c) Ser específicos para cada edad, adecuados a la fase evolutiva y sensible a los aspectos culturales. No es conveniente, incluso puede llegar a ser perjudicial, incluir informaciones muy extensas y detalladas sobre drogas en edades en las que éstas no se han hecho presentes en el entorno habitual de niños y adolescentes.
- d) Formar parte del plan del centro educativo, para aunar sinergias y evitar contradicciones que resten credibilidad a los mensajes preventivos que se imparten en los programas de prevención.
- e) Contar con la participación del profesorado, aunque se cuente con la ayuda de profesionales externos, que pueden ser de gran ayuda, especialmente para detectar y canalizar adecuadamente los casos individuales que se hallen en situación de riesgo.

- f) Incluir técnicas que permitan resistirse a las drogas en el momento en que se ofrecen, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas, incrementar la competencia social (capacidad de comunicación, relaciones entre iguales, eficacia personal y seguridad), además de afianzar las actitudes desfavorables hacia el consumo de drogas.
- g) Utilizar métodos interactivos, tales como grupos de discusión entre iguales, que complementen y enriquezcan la didáctica tradicional.
- h) Facilitar la transición de la enseñanza primaria a la secundaria.
- i) Diseñarse a largo plazo, durante toda la trayectoria escolar, con intervenciones reiteradas para reforzar los objetivos de prevención originales.

Los centros educativos ofrecen la oportunidad de llegar a todo tipo de poblaciones, actuando al mismo tiempo como un entorno importante para subpoblaciones específicas que se hallan en mayor riesgo de consumir drogas, tales como niños, niñas y adolescentes con problemas de absentismo, problemas de conducta o problemas de aprendizaje. Cuanto mayor sea el nivel de riesgo de la población, tanto más intensivo debe ser el esfuerzo de prevención y tanto antes debe comenzar.

¿Cómo llevar a cabo un programa de prevención en el liceo?

Con motivación. En primer lugar, hay que insistir en que *prevenir es posible*; el conjunto de la sociedad puede y debe aportar algo en la prevención de un problema que de forma directa o indirecta le afecta. Los profesionales de la educación juegan un papel importante en esta etapa ya que —con sus conocimientos e implementación de estrategias pedagógicas y práctica de los elementos preventivos de los factores de riesgo y protección— pueden

aportar un mayor apoyo a la prevención del uso o abuso de drogas por parte del alumnado.

La prevención es muy rentable sanitaria, social y económicamente. Dado que uno de los ámbitos en los que más se han desarrollado e implementado programas es precisamente el educativo, existen numerosas evaluaciones que demuestran la efectividad de los mismos. Si con el esfuerzo común se evitan casos de drogodependencia, los costes familiares, sanitarios, laborales y sociales se reducen. Asimismo, podemos pensar en los costes de todo tipo que generan las enfermedades cuyo principal causante es el cigarro o los accidentes de circulación en los que interviene el consumo de alcohol.

Con apoyo. El plantearse un programa refiere regularmente a la necesidad de recursos financieros para su ejecución, sin embargo, desde el ambiente de los mismos centros educativos se pueden resolver los insumos mínimos necesarios para su ejecución; por ejemplo, el lugar de ejecución son las instalaciones del liceo o salones de clases, los materiales como pizarra, marcadores y tizas son de uso regular en el aula de clases y los convocados siempre deben asistir con regularidad a clases. A su vez, aunque los recursos parezcan siempre insuficientes ante una problemática tan compleja, actualmente las comunidades organizadas pueden dar prioridad a este asunto y colaborar con recursos para el programa preventivo del uso/abuso de las drogas.

Con flexibilidad. Las posibilidades de intervención preventiva son numerosas y se pueden adaptar perfectamente a las características del centro educativo y a la población que acude a él, así como a los cambios que se produzcan, no únicamente en el plano legislativo sino también en lo social. Afortunadamente existen numerosos datos y variables que señalan la posibilidad de éxito y efectividad de programas diseñados para los centros educativos.

Con confianza. Un profesional de la enseñanza no es un experto en drogas ni tiene por qué serlo; no obstante, es necesario tener una formación básica que permita adquirir los conocimientos y la seguridad suficiente para poder tratar el tema con los alumnos o para tener respuestas adecuadas cuando el tema surja de forma espontánea.

Las edades de inicio en el consumo de drogas, que muestra el gráfico del estudio en los liceos Siso Martínez y Egui Arocha 2009, corresponden al ciclo de la enseñanza secundaria. Es por tanto probable que, ya sea en el entorno escolar o ya sea fuera de él con repercusiones en la dinámica del aula, el profesorado pueda detectar una de estas situaciones de inicio; en estos casos es importante que disponga de elementos adecuados para afrontarla y canalizarla.

Con realismo. El consumo de drogas está muy extendido en nuestra sociedad y, como hemos apuntado, es importante que cada centro adquiera el compromiso de reservar un espacio de constante renovación para la prevención de las drogodependencias en el proyecto educativo del centro.

Con participación. La participación de padres, madres y representantes, así como también de la comunidad en general, ayuda a garantizar el soporte y elementos necesarios para implementar programas preventivos (formación, materiales, metodología, evaluación); no obstante, es necesaria una implicación lo más amplia posible para que el programa se integre en el centro educativo y se asuma como algo propio.

En concreto ¿Cómo puede el profesorado desarrollar factores de protección?

La intervención en el medio educativo será mucho más completa con la ayuda de la familia, por tanto también se diseñó un módulo para atender

de manera integral esta problemática multicausal. En este sentido, el profesor y personal directivo de los centros educativos deben:

Despertar el interés del alumnado, favoreciendo su incorporación activa en las actividades fuera y dentro del aula.

Prestar atención, aprobar y reforzar el trabajo bien hecho y el comportamiento adaptado.

Proponer a los alumnos y alumnas metas adecuadas a su edad y a sus capacidades.

Dar siempre más importancia a lo que son capaces de conseguir que a los errores que hayan cometido.

Reconvertir las preguntas o comentarios poco acertados de modo que el alumno sienta que son provechosos para el grupo.

Dar la información de modo que favorezca la participación activa del alumnado.

Hacer elogios ajustados a la realidad.

Valorar no sólo el trabajo académico sino aquellas capacidades que no tienen que ver con lo escolar.

Dar responsabilidades en los trabajos en grupo.

Reconocer sus éxitos aunque sean pequeños.

Reforzarles en las ocasiones en que se manifiesten públicamente.

Aceptándoles tal y como son, evitando las comparaciones con sus compañeros.

Enseñándoles a asumir sus fracasos, haciéndoles ver que de los errores se aprenden cosas.

Haciendo que respeten las normas y los acuerdos, sin ceder ante sus presiones.

Enseñándoles que, en muchas ocasiones, las cosas que deseamos no podemos obtenerlas inmediatamente.

Haciendo que no sientan como propios aquellos fracasos que obedezcan a causas ajenas a ellos mismos.

No haciendo públicos los malos resultados que tengan, sino comentándolos con ellos privadamente a manera de crítica en miras a su fortalecimiento como individuo.

Reforzando sus manifestaciones de autonomía.

Estableciendo normas que no sean tan rígidas que les impidan actuar con una cierta autonomía ni tan laxas que no les den la seguridad mínima.

No tomando las decisiones que les corresponden a ellos.

Redactando y acordando juntos las normas de disciplina imprescindibles así como las sanciones correspondientes (que se concretan en el reglamento de régimen interno).

Manteniendo una actitud tranquila y relajada ante las reacciones agresivas.

Frente a manifestaciones de rigidez: intentando persuadirles sin obligarles o, si su actitud persiste, dejando pasar el tiempo y retomándolo en otro momento.

Dando normas claras y sencillas, empleando el tiempo necesario para que puedan entender lo que se les exige.

Creando un clima de confianza en que los estudiantes se sientan libres para expresar sus ideas.

Intentar que intervengan en actividades que requieran el uso de la imaginación y la creatividad.

Asignarles el papel de portavoces en debates organizados.

Admitiendo sus manifestaciones críticas, cuando éstas sean acertadas.

Encargándoles tareas abiertas que requieran que improvisen o inventen, ayudando su creatividad y esparcimiento.

Favoreciendo que ellos puedan evaluar sus tareas.

En los debates, tan importante es lo que piensan como el hecho de que sean capaces de expresarlo. Hay que alentarles a que defiendan sus opiniones, escuchen a los otros y razonen.

Módulo II

Pasos jóvenes hacia una vida sana

Formación en Habilidades Sociales

1^{era} Parte: “Mis Amigos y Yo”

Este módulo pretende fortalecer en los y las adolescentes aptitudes para afrontar el conjunto de circunstancias que en la adolescencia empiezan a darse cotidianamente con los grupos de pares, bien dentro de los centros de estudios, así como en las comunidades donde viven.

Los grupos de amigos o grupos de pares se han convertido en uno de los factores más influyentes en el desarrollo de los y las adolescentes y en su proceso de socialización. Esta influencia se da ya que estos grupos crean sus propias normas de convivencia y de accionar para las distintas situaciones en las que se puedan encontrar. Entendiendo que la adolescencia es un proceso en el que la sociedad en donde se desenvuelvan y los cambios físicos y biológicos que viven configurarán la construcción de su personalidad y su identificación para la posterior separación de los padres.

Este módulo se plantea atender la influencia de los grupos de pares o amigos, estudios anteriores y el propio realizado en esta investigación, dando cuenta de la influencia que el grupo de pares y amigos produce en algunos casos para proteger y en otros para aumentar los riesgo de los y las adolescentes frente a las drogas y su consumo, ya que los amigos son modelos a seguir. Algunos estudios han demostrado que, mientras más profunda sea la relación con el grupo de pares, mayor será el riesgo.

Entenderemos como presión de grupo de pares a las distintas formas utilizadas por los miembros de un grupo para lograr que un compañero

modifique su conducta y se identifique con la del grupo. Los y las adolescentes deben tener herramientas eficientes para hacer frente a las situaciones de presión del grupo al que pertenecen, herramientas denominadas habilidades sociales que van desde hacer un cumplido a algún compañero, lo que puede resultar muy fácil, hasta decir “no” a la solicitud de un amigo sin hacerlo molestar, lo que puede resultar muy difícil.

En muchas oportunidades los y las adolescentes que consumen drogas pueden tener muchas destrezas para algunas situaciones, pero pueden ser débiles frente a la presión de sus amigos ante el consumo de drogas y esa situación puede estar referida a la falta de afectividad frente a dicha situación. La afectividad es entendida como esa capacidad de mantener y autoafirmar las posiciones e ideas que se tienen, frente a las posiciones de otros igualmente válidas, sin manipular al otro y sin dejarse manipular. Una persona asertiva sabe decir “no”, planteando su postura y respondiendo de forma pasiva ante una agresión.

Atender estos dos elementos permitirá ofrecer herramientas a los y las adolescentes ante situaciones difíciles que se puedan presentar y favorecer una actitud distinta ante la vida. Trascendiendo de la prevención en consumo de drogas a dar aportes que podrán utilizar en su vida personal y en las relaciones sociales.

Objetivos del módulo

- Conocer las formas de persuasión del grupo de pares para lograr afrontarlas
- Analizar las consecuencias de acceder ante las demandas de los amigos o mantener una postura e ideas propias.

- Diferenciar los comportamientos agresivos, pasivos y asertivos para conocer las mejores actitudes ante ellos.
- Promover la asertividad entre los y las adolescentes para mejorar las relaciones interpersonales.

1^{era} Sesión: Presión del Grupo de Pares

Objetivos de la sesión

- Identificar técnicas de persuasión y comprender la influencia de los amigos
- Desarrollar y practicar estrategias para el establecimiento de límites

En esta sesión se busca trabajar sobre cómo la influencia de los pares puede influir al resto de integrantes del grupo a hacer o decir cosas que individualmente o fuera del contexto del grupo no harían. Es importante tener claro que la presión de grupo puede hacerse de forma explícita o implícita y los y las adolescentes deben poder identificarla en ambas situaciones.

Actividades a realizar en esta sesión:

- 1) Se desarrollará un juego, que permitirá a los participantes identificar de forma concreta a qué se refiere la presión de los pares. El juego permitirá que en la sesión se genere una situación de presión de grupo que permita identificar esa situación en la que luego se trabajará.
- 2) Se realizará una pregunta a los participantes que los invite a realizar una lluvia de ideas de las formas que conocen para ejercer presión sobre otras personas para conseguir lo que se quiere en cualquier situación de sus vidas.

- 3) Luego se hace una retroalimentación con el grupo de participantes a fin de comentar sobre algunas formas de persuasión y se hace entrega de un cuadro donde aparecen algunas con su definición, a fin de que las manejen con más precisión.
- 4) La sesión continuará analizando una situación relacionada con las drogas en la que un amigo intenta convencer a otro a través de la presión y se presentan algunas pautas para resistirse a aceptar.
- 5) A través de un juego de roles se ensayan formas de no ceder ante la presión ejercida por otro, para luego analizar colectivamente las consecuencias de esas conductas.
- 6) Finalmente se responderán las preguntas generadas por la sesión y otras relacionadas con las implicaciones que conlleva la puesta en práctica de los conocidos en la sesión. Se explica que deberán realizar en casa el análisis de una situación en la que se presente presión de pares.

Información importante. Cuando hablamos sobre presión de grupos de pares, nos referimos a las distintas formas que utilizan los grupos para que uno de sus miembros adapte su comportamiento al propio del grupo o de los demás integrantes. Cuando se habla de “poner límites”, nos referimos a no conformarse con las normas o acatarlas por la presión que ejerce el grupo, sino a tener criterios propios, asentados en una escala de valores propios o familiares y actuar conforme a los mismos, sin dejarse influir.

Materiales necesarios para la sesión

- Lámina con diversas manchas de colores (sólo para el profesor/a).
- Hoja de formas de persuasión más utilizadas (figura n° 1).
- Hoja de diálogo y registro (figura n° 2).
- Hoja de registro (figura n° 3).
- Hoja de actividades para el hogar (figura n° 4)

- Papel
- Bolígrafo, rotulador o lápiz.
- Pizarra.
- Tizas o marcadores

Actividades

Actividad 1: “Las mil y una manchas de color”. Juego sobre presión del grupo de pares.

Pasos:

- a) Se informa a los participantes que se mostrará una lámina con un conjunto de figuras y deberán observarla detalladamente por un lapso de 30 segundos. Se muestra por el tiempo establecido y se retira la lámina, de forma que los participantes no la vean.
- b) Luego se solicita a los participantes que escriban el número de figuras que observaron plasmadas en la lámina; cuando todos hayan escrito su número. El o la facilitadora preguntará: ¿cuántas figuras lograron visualizar?
- c) Después de que algunos hayan dicho su número, el o la facilitadora preguntará si alguien más vio un número distinto de figuras; con la intención de identificar uno que plantee que son menos figuras o más figuras, elegirá dos personas con opiniones distintas y solicitará que convencan a sus compañeros de que su opción es la correcta, para lo cual contarán con 10 minutos, hasta lograr una respuesta grupal.
- d) Luego se preguntará la respuesta grupal final, entre todos los participantes deberán dar sólo una respuesta.
- e) Finalmente, al obtener la respuesta grupal, se mostrará la lámina nuevamente de forma que se corrobore el total de las figuras de la lámina. El o la facilitadora explicará cómo se ha modificado la apreciación personal para asumir una postura distinta a partir de ser

convencidos por otro compañero; se preguntará a qué se hace referencia con el ejercicio.

Actividad 2: Explicación sobre a qué nos referimos con “presión del grupo de iguales”.

Pasos:

a) El o la facilitadora informará sobre lo que se significa presión de grupo de pares y las formas comunes de persuasión que se utilizan.

Actividad 3: Listado de las formas de persuasión que se utilizan de forma más común.

Pasos:

a) El o la facilitadora a partir de la actividad anterior preguntará a los participantes cuáles consideran fueron los argumentos de sus dos compañeros para convencerlos de apoyarlo en su respuesta, y generarán una discusión al respecto.

b) Luego se les preguntará cuáles consideran son las formas de persuasión más utilizadas y se registrarán como una lluvia de ideas, se les guiará hasta dar con los modos de persuasión más aplicados.

c) Se hará entrega a cada participante de la “Hoja de Formas de Persuasión” que contiene un listado de formas de persuasión y ejemplos para ubicar su significado.

d) Ver figura n° 1 sobre formas de persuasión más utilizadas

Actividad 4: Identificación de pensamientos, sentimientos, conductas y consecuencias.

Pasos:

a) El o la facilitadora elegirá a dos alumnos para la lectura de un diálogo en el que un adolescente intenta persuadir a otro de que asuma una conducta inadecuada (ver figura n°2 sobre diálogo).

b) Después de leído el diálogo, se le solicita a los participantes llenar el cuadro correspondiente a la figura n° 3, colocando lo que consideran pensó Carlos (personaje del diálogo), cómo se sintió, cómo se comportó finalmente y qué consecuencias puede traerle esa conducta.

c) Ver figura n°3, cuadro sobre Carlos.

Actividad 5: Identificación de formas de persuasión.

Pasos:

a) El facilitador o facilitadora comentan en la sesión:

“Bueno, muy bien, chicos, supongo que se habrán dado cuenta de los métodos que Ana (personaje del diálogo) ha utilizado para convencer a Carlos de que no fuera a tomar unas copas. ¿Alguien podría mencionarme alguno? Pueden tomar la hoja n° 1 sobre las formas de persuasión y pueden agregar nuevas que ustedes consideren y no aparezcan allí”.

b) Se les debe ayudar, mediante una discusión, a que identifiquen formas de persuasión como: persistencia, adulación, culpar, etc.

c) Luego se le informa a los participantes: “Como se han dado cuenta, en muchas oportunidades hacemos o decimos cosas que sinceramente no queremos hacer o decir, sólo por evitar ser rechazados o excluidos de un grupo, pero al final esas acciones nos perjudicarán a nosotros. Existen formas de hacer frente a esas presiones de los amigos ‘saliéndonos con la nuestra’ y haciendo lo que sinceramente consideramos debemos hacer”. Para lograr eso es importante: tener claro qué es lo que pensamos y opinamos acerca de un tema o comportamiento; comparar la postura propia y la del resto del grupo o demás personas; analizar las consecuencias de ceder o no a la presión; comunicar a las personas la decisión tomada, las razones por las que se tomó esa decisión y la postura firme de no

cambiarla; de ser posible ofrecer a los compañeros o amigos mejores alternativas.

Actividad 6: Juego de roles. Identificación de pensamientos, sentimientos, conductas y consecuencias.

Pasos:

- a) El facilitador o facilitadora deberá seleccionar nuevamente a dos participantes para dramatizar a Ana y Carlos. Ana deberá hacer el mismo planteamiento e intentar lograr que Carlos acepte. Carlos deberá mantenerse firme en su posición y no ceder ante las demandas de Ana, utilizando las herramientas manejadas anteriormente. Ana finalmente renuncia a la persuasión.
- b) Al terminar el juego de roles, se solicita a los participantes que rellenen nuevamente el cuadro n° 3 (cuadro sobre Carlos) con la nueva situación que se presentó.

Actividad 7: Debate

Pasos:

- a) Después que los participantes hayan terminado la actividad anterior, se realiza un debate fundamentalmente sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos de Carlos en las dos situaciones que se le presentaron. La persuasión y la posición de límites ante Ana.
- b) Se debate igualmente si consideran que poner límites puede influir en las relaciones sociales de las personas y si consideran que no dejarse persuadir podría influir en no verse involucrados en situaciones de riesgo o problemáticas.

Actividades para el hogar

Pasos:

- a) El o la facilitadora explicarán que, para realizar en casa ejercicios sobre lo trabajado en la sesión, deberán llenar el registro de la figura nº 4 (actividad para el hogar), colocando una situación que vivieron en la semana en que se haya dado presión de pares, anotando lo que pensaron, sintieron, hicieron y las consecuencias de la actuación en esa situación.
- b) Ver figura nº 4 sobre actividades para el hogar

2^{da} parte: "Tomando decisiones"

Esta sección fue planteada con la intención de ofrecer a los participantes algunas habilidades generales que les permitan afrontar de la mejor forma los problemas cotidianos. En el día a día se presentan situaciones que requieren una decisión: qué vamos a comer, qué ropa nos vamos a poner, qué pareja queremos tener, etcétera, y así pasamos los días decidiendo; sin embargo, hay otras situaciones en las que las decisiones a tomar son más complejas y requieren pensar antes de decidir.

Muchas veces, dejamos pasar la toma de decisiones y las situaciones se van resolviendo mejor o peor, pero no siempre ésta es la mejor elección, ya que en muchos casos la no atención a un problema de forma inmediata produce la complicación del mismo. Esa indecisión frente a una situación puede producir malestar constante y sentimientos de desánimo, estrés, preocupación, pudiendo llegar a paralizarnos y no atenderla correctamente.

Una situación puede también convertirse en un problema mayor, si la respuesta —incluso dada a tiempo— no fue la correcta: en el primer momento parecía estar todo bien y luego se empezó a empeorar. La solución de problemas es una estrategia establecida por Thomas D´Zurilla y Marvin

Golfried en 1971 (citado en Laveda, 2001). La estrategia está conformada por cinco pasos que permiten ubicar una solución a los problemas:

- Definir con claridad el problema que tenemos que resolver
- Considerar el mayor número de alternativas de solución del problema
- Considerar las consecuencias de cada alternativa
- Elegir la mejor alternativa posible según su consecuencia
- Ejecutarla y verificar la solución

Aplicar estos pasos para darle respuesta a una situación problemática ayuda a ver la cotidianidad como una serie de situaciones que necesitan alguna solución, dejan de ser problemas, ya que la significación de *problema* se la agrega el no saber cómo resolverlo. El tipo de actividades realizadas por los adolescentes va a influir en la forma de responder a esas situaciones, en la utilización del tiempo libre y en cómo se organizan para la realización de actividades; resulta importante ofrecerles alternativas para la utilización del tiempo libre y algunas técnicas para la administración del tiempo.

Objetivos de esta sesión

- Resaltar la importancia de no tomar decisiones en forma impulsiva y enseñar un procedimiento para optimizar la resolución de problemas.
- Facilitar algunas posibles respuestas adecuadas a distintas situaciones y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.
- Ofrecer estrategias para la organización del tiempo, que permitan dedicar a cada actividad el tiempo necesario.

1^{era} Sesión: Toma de Decisiones

Objetivos de la sesión

- Identificar situaciones problema en las que haya diversas alternativas para solucionarlo.
- Ofrecer una gama de posibles soluciones a los problemas planteados y dar un procedimiento para escoger la respuesta más conveniente.

Entendiendo que los problemas existen y seguirán existiendo, debemos formar a los adolescentes para que los afronten de la mejor forma, sin apresuramientos o acciones impulsivas, pues la impulsividad puede ser factor de riesgo para el consumo de drogas, porque se actúa sin medir las consecuencias de esa acción. El objetivo de estas sesiones es fortalecer en el adolescente una actitud racional antes de actuar y acostumbrarse a realizar análisis que midan las posibles consecuencias de sus acciones. Los participantes podrán identificar las soluciones más convenientes y tendrán presente la necesidad de pensar detenidamente sobre las acciones a ejecutar.

Información importante. Se entiende por *problema* a las situaciones que exigen respuestas para su solución. Esas situaciones pudieran agravarse si la persona es ambigua y no posee recursos para afrontarlas. La *solución* es cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación-problema. Son soluciones eficaces las respuestas de afrontamiento, que no sólo logran cambiar la naturaleza de una situación-problema, sino que de forma conjunta minimiza las consecuencias negativas y fortalece las positivas.

Materiales necesarios para la sesión

- Hoja de dramatización (figura n°5)
- Hoja de reflexión (figura n°6)
- Hoja de explicación de los cinco pasos para la solución de problemas (figura n°7)
- Hoja de solución de un problema en grupo (figura n°8)
- Hoja de actividades para el hogar (figura n°9)
- Hoja de planificación de actividades (figura n°11)
- Hoja de realización de actividades (figura n°12)
- Pizarra y tizas.
- Folios.
- Caja para meter las hojas donde los alumnos han apuntado los problemas

Actividades

Actividad 1: Generando empatía

Pasos:

- a) El facilitador o facilitadora le informa a los participantes que se deberán leer la hoja de dramatización (figura n° 5) y posteriormente llenarán la hoja de reflexión (figura n° 6) colocando que pensarían y como se sentirían si estuviesen en la situación de Carlos. También deberán colocar consecuencias positivas, negativas, a largo plazo (no inmediatas) y a corto plazo (Inmediatas).
- b) Luego colocara en la pizarra y preguntara a los participantes ¿Por qué creen que hemos hecho esta actividad?

Actividad 2: ¿Cuando tomamos decisiones? Reflexión

Pasos:

- a) El o la facilitadora plantean a los participantes:

“Todos saben lo que es tomar decisiones, porque todos los días las toman, ¿no? Piensen ¿Qué decisiones han tomado antes de llegar hoy a clases?

Quizás pensaron en que desayunar, que ropa ponerse, que clases tendrían, si arreglar la cama. Esas son decisiones habituales, de todos los días que no requieren pensarlas mucho. Sin embargo, hay otras decisiones que si requieren pensar más tiempo ya que son definitivas de su futuro y son las que tienen que ver con las amistades, la educación, la sexualidad y las drogas, por nombrar algunas, esas decisiones si requieren de su tiempo para tomarlas, pensar en sus consecuencias, etc.”

Actividad 3:

Pasos:

- a) El o la facilitadora a partir de la actividad anterior estimulará a los participantes para que escriban en papel alguna decisión que hubiesen tomado en la semana y que de ella no haya salido un resultado satisfactorio. Pueden ser decisiones referidas a novios, gasto de dineros, no estudiar para un examen.
- b) Solicitar que anoten el problema, la decisión y por qué no quedaron conformes o cuáles fueron las consecuencias.
- c) Luego se colocan los papeles en una bolsa y se saca un papel, se coloca la situación en pizarra y se solicita que aporten soluciones a la problemática.
- d) Se solicita que analicen las consecuencias de cada solución y cómo se sentirían en cada una de ellas. Que evalúen cada posible solución y elijan sólo una.

Actividad 4: Aprendiendo a solucionar problemas

Pasos:

- a) El o la facilitadora entregará a los participantes la hoja de explicación de los cinco pasos para la solución de problemas (figura n° 7). Y explicará los cinco pasos

Actividad 5: Aplicando los pasos.

Pasos:

- a) El facilitador o facilitadora divide el equipo de participantes en grupos más pequeños y solicita que uno por grupo saque un papel de la bolsa de problemas.
- b) Luego cada grupo solucionará su problema a partir de los pasos antes explicados en la hoja de solucionar un problema en grupo (figura n°8)
- c) Se expone cada problema con sus pasos para solucionarlo, explicando la solución tomada, las consecuencias a largo y corto plazo, las consecuencias negativas y positivas y la comparación de esas soluciones con las que saldrían sin aplicar el conocimiento adquirido.

Actividades para el hogar

En esta sesión se darán dos actividades, una para reforzar lo aprendido en la sesión y otra para investigar y traer en la sesión siguiente, motivando de esta forma a los participantes.

1ª actividad para el hogar:

- a) El o la facilitadora entregará la hoja de actividad para el hogar (figura n°9) y solicitará que durante la semana es criban en la hoja una situación en la que hayan tomado una decisión difícil, bien por

problemas en casa, con amigos o en la escuela. Señalando cómo actuaron, qué pensaron, qué sintieron al tomar la decisión y las consecuencias que tuvo la decisión.

2ª actividad para el hogar:

- a) El o la facilitadora entregará la hoja de planificación (figura n°11).
- b) Informará que debe ser llenada para la sesión siguiente, en la cara A de la hoja planificarán las actividades diarias desde el día de entrega hasta la sesión siguiente, colocando en el día correspondiente el tiempo y el esfuerzo que requieren para cumplirla.
- c) En la cara B de la hoja de realización de actividades (ver figura n° 12) colocarán el día en que realmente la hicieron, el tiempo real y el esfuerzo que requirieron para desarrollarla.

2^{da} Sesión: Administración del Tiempo

Objetivos de la sesión

- Identificar actividades prioritarias.
- Asignar a cada actividad el tiempo y esfuerzo que requiere su realización.
- Establecer objetivos, subdividirlos en metas y pasos a seguir para lograrlos.

En esta sesión se tiene como fin ofrecer a los adolescentes herramientas para planificar su tiempo, según las prioridades de sus actividades, de forma tal que se organizan y esto permita que no hagan las actividades de forma apresurada. De la misma forma intentará esta sesión promover actividades recreativas para los fines de semanas distintas a bares y discotecas, ya que se han convertido en factores de riesgo para el

consumo de sustancias lícitas e ilícitas, y prefieran el cine, parque u otros que se alejen de las drogas.

Materiales necesarios para la sesión

- Hoja de técnicas de planificación del tiempo (figura n° 10).
- Hoja de planificación de objetivos (figura n° 11).
- Hoja de nueva planificación de tareas (figura n° 12).
- Hoja de preguntas generadoras (figura n° 13).
- Hoja de actividades para el hogar (figura n° 14).
- Hoja de actividades para el hogar. Carta (figura n° 15).
- Hoja de actividades para el hogar. Planifica tu fin de semana (figura n° 16).

Actividad 1: Revisión de tareas

Pasos:

- a) El facilitador o facilitadora solicita la entrega de la actividad para la casa.
- b) Selecciona uno que no esté bien completado y pregunta a los participantes: ¿está bien planificado?, ¿por qué no?

Actividad 2: ¿Cuando tomamos decisiones? Reflexión

Pasos:

- a) El o la facilitadora plantean a los participantes:
“Cuando se inicia la semana debemos hacer un conjunto de actividades, cuando pasan los días nos damos cuenta que hay actividades que dejamos de hacer. Esto que sucede con frecuencia, es porque no priorizamos en las actividades que son realmente importantes y dedicamos mucho tiempo a actividades que no son importantes y dejamos de lado las que son realmente importantes y prioritarias”.

- b) Se hace una discusión según las opiniones de los participantes.

Actividad 3:

Pasos:

- a) El o la facilitadora entrega a los participantes la hoja de técnicas de administración del tiempo (figura n° 10).

Actividad 4:

Pasos:

- a) Luego entrega la hoja de planificación de objetivos (figura n° 11) y solicita a los participantes que llenen la hoja con un listado de objetivos que deban cumplir. Aclarando que, si los objetivos son muy complejos, puede subdividirlos en submetas y colocar éstas en cada columna, según el tiempo necesario para su prosecución.

Actividad 5:

Pasos:

- a) Se solicita a cada participante que retire su autorregistro, se entrega la hoja de nueva planificación de tareas (figura n° 12), en la cual deben realizar el registro de forma adecuada, siguiendo los pasos.
- b) Propone hacer discusión sobre consecuencias negativas y positivas a mediano y corto plazo y compararlas con las plasmadas en el primer registro.

Actividad 6:

Pasos:

- a) Se solicita a los participantes que responden las preguntas de la hoja de preguntas generadoras (figura n° 13)

Actividades para el hogar:

- a) Se entregan las hojas de actividades para el hogar (figuras n° 14, 15 y 16) y se aclaran dudas generadas.

3^{era} parte: "Conociendo las drogas"

1ª Sesión: Tabaco

Objetivos de la sesión

- Aumentar el nivel de información sobre la sustancia, sus consecuencias y efectos en el organismo y en la vida de los individuos.
- Conocer la percepción de riesgo que manejan los participantes.
- Aclarar los mitos que existen en torno al consumo de la sustancia.

Procedimientos. El consumo de tabaco en la población adolescente ha aumentado considerablemente y ha sido aceptado socialmente sin considerar los daños que esta sustancia produce en el organismo. Resulta de gran importancia incluir el trabajo sobre el tabaco en este módulo, con la intención de ofrecer información verdadera a los y las participantes. Deben conocer las consecuencias del consumo de tabaco y los efectos que éste produce en el organismo; el conocimiento sobre este tema, en conjunto con distintas actividades alternativas al ocio, puede ayudar a la disminución del consumo de esta sustancia. Esta sesión dirigida al tabaco permitirá conocer y discutir sobre el significado de la sustancia, sus efectos, consecuencias, los mitos que sobre su consumo existen y las realidades, además de indagar sobre algunos datos actuales del consumo en el país. Toda esta información, conjugada con las sesiones anteriores de habilidades sociales, permitirá disminuir o atenuar los factores de riesgo que puedan influir para el inicio del consumo de esta sustancia por parte de los participantes.

Información importante. El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.

Actividades a realizar

- Actividad 1. Tormentas de Ideas
- Actividad 2. Exposición de sub tema
- Actividad 3. Mitos y realidades
- Actividad 4. Alternativas al consumo de tabaco

Materiales necesarios para la sesión

- Papelógrafos
- Marcadores
- Hoja de “qué es el tabaco” (figura n° 17).
- Hoja de efectos inmediatos (a, b, c; figura n° 18) .
- Hoja de mitos y realidades (figuras n° 19 y 20).
- Hoja de alternativas (figura n° 21).

Actividad 1. Tormenta de ideas

Pasos:

- a) El o la facilitadora solicitará a los y las participantes que mencionen frases o palabras que asocien con “tabaco”.
- b) Luego de obtener una lista de 6 o 10 palabras o frases, generará una discusión sobre lo que es el tabaco.
- c) Entregará la hoja de “qué es el tabaco” (figura n° 17).
- d) Discutirán en grupo el contenido de la información y aclarará las dudas que se generen.

Actividad 2. Exposición de subtemas

Pasos:

- a) El o la facilitadora dividirá el grupo en 4 subgrupos y entregará a cada uno una hoja de efectos inmediatos (figura n° 18).
- b) Indicará que deben leer el material y luego preparará una pequeña exposición para el resto del grupo.
- c) En 15 minutos iniciarán las exposiciones.
- d) Se escucharán las exposiciones y al finalizar quedará abierta la discusión sobre los temas trabajados.

Actividad 3. Mitos y realidades

Pasos:

- a) El o la facilitadora entregará a cada participante una hoja de mitos y realidades (figura n° 19). Estos deberán responderla y entregarla al facilitador o facilitadora.
- b) Luego se responderán los mitos y se aclararán las realidades. Para lo cual se utilizará la hoja de mitos y realidades para la o el facilitador (figura n°20).

Actividad 4. Alternativas al consumo

Pasos:

- a) El o la facilitadora entregará a cada participante la hoja de alternativas (figura n°21) y estos deberán llenarlas.
- b) Luego se darán a conocer al grupo 1 de las alternativas planteadas por cada participante y se votarán dentro del grupo por las más llamativas.
- c) De ser posible el equipo facilitador promoverá la ejecución de esas actividades alternativas.

2ª Sesión: Alcohol

Objetivos de la sesión

- Aumentar el nivel de información en relación con la sustancia, sus consecuencias y efectos en el organismo y en la vida de los individuos.
- Conocer la percepción de riesgo que manejan los participantes.
- Aclarar los mitos que existen en torno al consumo de la sustancia.

Procedimientos. El consumo de alcohol se ubica por encima del consumo de cigarrillo según las estadísticas del país, ya que se encuentra socialmente aceptado y es mejor visto que el consumo de cigarrillos. Un gran número de muertos por accidentes de vehículos están asociados a la ingesta de alcohol. Es necesario prevenir frente al aumento del consumo de esta sustancia. Además de formar a los jóvenes y adolescentes para que logren satisfacer sus necesidades y disfruten sin tener que emborracharse para lograrlo, hay que brindarles herramientas para que busquen nuevas formas de utilizar el tiempo libre, a través de la recreación, visitas al parque, al cine, y muchas otras posibilidades que se encuentran alejadas del consumo de drogas. Esta sesión busca ofrecer conocimientos sobre las consecuencias que el consumo de alcohol produce en el organismo y en la vida social de los individuos, así como identificar algunos mitos que existen en relación con el consumo de esta sustancia y conocer cuáles son las realidades.

Información importante. El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

Actividades a realizar

Actividad 1. Tormentas de Ideas

Actividad 2. Exposición de sub tema

Actividad 3. Mitos y realidades

Actividad 4. Alternativas al consumo de alcohol

Materiales necesarios para la sesión

—Papelógrafos

—Marcadores

—Hoja de “qué es el alcohol” (figura n°22).

—Hoja de efectos inmediatos (a, b, c) (figura n°23).

—Hoja de mitos y realidades (figuras n°24 y 25).

—Hoja de alternativas (figura n°26).

Actividad 1. Tormenta de ideas

Pasos:

- a) El o la facilitadora solicitará a los y las participantes que mencionen frases o palabras que asocien con “alcohol”.
- b) Luego de obtener una lista de 6 o 10 palabras o frases, generará una discusión sobre lo que es el alcohol.
- c) Entregará la hoja de “qué es el alcohol” (figura n°22).
- d) Discutirán en grupo el contenido de la información y aclarará las dudas que se generen.

Actividad 2. Exposición de subtemas

Pasos:

- a) El o la facilitadora dividirá el grupo en 4 subgrupos y entregará a cada uno una hoja de efectos inmediatos (figura n° 23).
- b) Indicará que deben leer el material y luego preparar una pequeña exposición para el resto del grupo.
- c) En 15 minutos iniciarán las exposiciones.
- e) Se escucharán las exposiciones y al finalizar quedará abierta la discusión sobre los temas trabajados.

Actividad 3. Mitos y realidades

Pasos:

- a) El o la facilitadora entregará a cada participante una hoja de mitos y realidades (figura n° 24). Estos deberán responderla y entregarla al facilitador o facilitadora.
- b) Luego se responderán los mitos y se aclararán las realidades (figura n° 25), para ello se utilizará la hoja de mitos y realidades entregada por la o el facilitador.

Actividad 4. Alternativas al consumo

Pasos:

- a) El o la facilitadora entregará a cada participante la hoja de alternativas (figura n°26) y estos deberán llenarla.
- b) Luego se darán a conocer al grupo 1 de las alternativas planteadas por cada participante y se votarán dentro del grupo por las más llamativas.
- c) De ser posible el equipo facilitador promoverá la ejecución de esas actividades alternativas.

3ª sesión: Drogas ilícitas

Objetivos de la sesión

- Aumentar el nivel de información en relación con las sustancias, sus consecuencias y efectos en el organismo y en la vida de los individuos.
- Conocer la percepción de riesgo que manejan los participantes.
- Aclarar los mitos que existen en torno al consumo de las sustancias.

Procedimientos. Para la prosecución de los objetivos de esta sesión debemos saber que los adolescentes carecen de una adecuada información

sobre las drogas, de sus efectos tanto a corto como a largo plazo. En ellos hay una serie de mitos sobre las drogas que debemos abordar, así como expectativas. Es importante que para su decisión acerca del consumo cuenten además con información sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas no sólo en lo fisiológico sino también en lo nivel personal y relacional. Para cubrir esto se han desarrollado actividades dirigidas a proporcionar una información real acerca de las sustancias adictivas. Como variadas investigaciones han demostrado que simplemente proporcionar información no es una estrategia efectiva, se busca que los propios alumnos desarrollen alternativas al consumo así como habilidades para hacer frente al mismo, tales como el establecimiento de límites, la solución de problemas, la aceptación y manejo de las críticas ya que ayudarán al adolescente a tomar una postura adecuada ante las drogas, lo que supondrá una medida de protección.

Información importante. Droga es aquella sustancia que introducida en el organismo puede alterar la conciencia, provocando cambios físicos y psíquicos en la persona. **Dependencia** es la necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia y que se acompaña de una serie de síntomas físicos “mono” o “síndrome de abstinencia”. **Estimulante** es un tipo de droga, entre ellas la nicotina, cafeína, cocaína, anfetaminas, que actúan sobre el sistema nervioso central (cerebro), provocando un aumento de la actividad general, asimismo disminuyen la necesidad de dormir y crean un estado de ánimo exaltado y eufórico, a veces con pérdida incluso del contacto con la realidad. **Depresor** es el tipo de droga, entre ellas la morfina y la heroína, que inhiben el funcionamiento general de nuestro sistema nervioso dando lugar a un estado de apatía, dejadez, somnolencia. Generan rápida dependencia.

Actividades

Actividad 1: Mitos acerca de las drogas

Actividad 2: Resolución de los mitos

Actividad 3: Consecuencia del consumo de drogas

Actividad 4: Puesta en común e información sobre los efectos de las drogas

Actividad 5: Alternativas al consumo y beneficios del no consumo

Materiales necesarios para la sesión

—Hoja acerca de las drogas (figura n° 27).

—Hoja de valoración de consecuencias del consumo de drogas (figura n° 28).

—Hoja de efectos a corto y largo plazo de las drogas (figura n° 29).

—Hoja de alternativas al consumo (figura n° 30).

—Papel.

—Bolígrafo, rotulador o lápiz.

—Pizarra.

—Tizas.

Actividad 1

Pasos:

a) El o la facilitadora entrega a los participantes la hoja acerca de las drogas (figura n° 27) en la que vienen escritos unos mitos acerca de algunas drogas de las que se abusa. Los alumnos han de marcar con un círculo la “V” (verdadero) o la “F” (falso) según estén o no de acuerdo con las expresiones:

Actividad 2

Pasos:

a) El o la facilitadora resuelve los mitos (todas las frases son FALSAS) y a medida que los va resolviendo uno por uno va dando información. Basar la información en los siguientes datos:

- Existen estudios científicos que demuestran que su consumo continuado puede producir adicción, especialmente cuando se consume en la adolescencia.
- Alto riesgo de infarto al miocardio y hemorragia cerebral con alta dosis, así como de fallo respiratorio, usualmente mortales. Por la naturaleza de esta sustancia, enorme poder adictivo con el consecuente síndrome de abstinencia en caso de retirada de la misma.
- La heroína, de cualquier manera que se consuma, produce una fuerte tolerancia y dependencia, por lo que el consumidor aumenta rápidamente la dosis. Frecuentemente se pasa a la vía inyectada para poder obtener efectos más intensos con la misma cantidad.
- Consumir todos los fines de semana supone consumir más de 100 días al año, sin contar los períodos de vacaciones en los que también se consume, lo que conlleva un riesgo evidente. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan y afectan a los días siguientes.
- Su consumo abusivo produce irritabilidad y agresividad, por lo que las relaciones sociales del consumidor se deterioran.

Actividad 3

Pasos:

- a) El o la facilitadora guiará a los participantes a la hoja valoración de consecuencias del consumo de drogas (figura nº 28) y solicitará que rellenen el cuadro con las consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo del consumo de drogas.

Actividad 4

Pasos:

- a) El facilitador informa que se hará lluvia de ideas para aportar en relación con la actividad anterior, se irán escribiendo en la pizarra y enumerando.
- b) Se hace entrega de la hoja de efectos a corto y largo plazo (figura n° 29) y se informa que deben comentar sobre los efectos a corto y largo plazo del consumo de drogas.

Actividad 5

Pasos:

- a) El o la facilitadora entregará la hoja de alternativas (figura n° 30) e informa que deben llenarla con las acciones que pueden hacer para no consumir drogas y cómo hacer frente a la presión de los pares.
- b) Luego se abre el debate para discutir formas alternativas al consumo y las consecuencias positivas del no consumo

Módulo III

Pasos hacia la convivencia en familia

Escuela para Padres, Madres y Responsables

Objetivo general

Fortalecer las capacidades formativas de padres, madres y representantes en pro del desarrollo integral de los y las adolescentes, dirigidas a la prevención del uso/abuso de sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas.

Objetivos específicos

- Ofrecer información a padres, madres y representantes de los y las adolescentes sobre drogas, sus efectos y consecuencias en el organismo.
- Incrementar los conocimientos y habilidades de padres, madres y representantes para la educación y formación no violenta de sus hijos e hijas y la discusión en el seno de la familia de temas restringidos socialmente.
- Ofrecer un espacio de reflexión donde padres, madres y representantes puedan expresar sus preocupaciones y experiencias personales en relación con la educación y formación de sus hijos y las nuevas experiencias de ellos, propias de la etapa de desarrollo, por la cual están transitando.

Metodología. La educación de padres, madres y representantes (PMR) debe ser considerada una tarea continua. Entendida la educación como un proceso progresivo que les suministre herramientas necesarias para afrontar la educación y formación de nuevos seres sociales que están en desarrollo y que dependerá de sus capacidades como formadores los resultados

posteriores en relación con sus hijos e hijas. La necesidad de educar a PMR se convierte en una necesidad constante, en vista de los cambios vertiginosos que se dan en las áreas del desarrollo del mundo, como la tecnología, los medios de información y comunicación, que mientras pasan los años los conocimientos que poseen PMR se vuelven obsoletos. Y los avances continúan sin importar la adaptación de las personas a esos cambios y son esos procesos de cambio los que invaden el ámbito privado de la familia e insertan un sinfín de valores, costumbres y hábitos, muchas veces exportados de otros países y que, queriéndolo o no, modificarán los esquemas de valores que están establecidos en la familia.

PMR deben afrontar la realidad antes mencionada sin mayores conocimientos o criterios claros. Si bien el amor es necesario para la constitución de una familia, en la actualidad no es suficiente; debe dotarse a PMR de herramientas y estrategias para la negociación, comunicación, implementación de normas y establecimiento de límites, sin que esto genere rupturas o conflictos innecesarios en las relaciones familiares.

En relación con la concepción de las Escuelas para Padres, se puede hacer referencia al concepto cuando establece que:

... las escuelas de padres son una de las estrategias más interesantes para crear un ámbito de diálogo educativo acerca de los fines y medios de la educación: *porqué educamos, cómo educamos*. Se inserta en el área de la comunicación o conversación, que no intenta lograr ninguna decisión operativa a corto plazo, sino solamente la reflexión, el diálogo, el consenso (Puente, 1999, p.s/n).

El proyecto de escuelas para PMR desde la escuela, que brinde el apoyo necesario para afrontar los distintos problemas y situaciones por las que atraviesan los adolescentes, permitirá fortalecer los lazos familiares y esto traerá consecuencias positivas para el desenvolvimiento de los y las

adolescentes dentro de sus centros de estudios y de igual forma podrá ayudar en la disminución de factores de riesgos y en el fortalecimiento de factores de protección, convirtiéndose el núcleo familiar en un factor predominante de protección.

El estudio realizado en los colegios Dr. José Manuel Siso Martínez y UE Luis Eduardo Egui Arocha arrojaron resultados importantes en relación con la influencia que la familia podría aportar para impedir el inicio de consumo de drogas de carácter lícito, de los adolescentes encuestados que consumen cigarrillos en el colegio privado: 22,2% informa que tienen familiares que también consumen la sustancias, y entre madres y padres consumidores alcanzan 38,9%. Y de los no consumidores de cigarrillos 23,5% tienen padres y madres consumidores, por tanto esta situación para esos adolescentes se convierte en un potente factor de riesgo y quizás PMR no lo conciben como tal. En el caso de los estudiantes del colegio público 50% de los adolescentes consumidores de cigarrillos tienen padres consumidores y de los no consumidores 23,8% se encuentran en situación de vulnerabilidad ante el consumo de cigarros ya que sus padres consumen la sustancia. La necesidad de una escuela para padres va más allá de la mera formación, debe ir dirigida de igual forma a fomentar una actitud favorable hacia la salud, es decir, no sólo educar a los padres para el ejercicio de sus roles y la negociación en la implementación de normas y límites, sino también y de forma consecuente al respeto a los derechos de los y las adolescentes.

La escuela para padres permitirá un contacto constante entre PMR y la escuela y de esta forma ser partícipes activos en el proceso de formación académica de sus hijos e hijas. De la misma forma la escuela podrá identificar situaciones familiares en las que el equipo multidisciplinario de la misma podría intervenir para coadyuvar a la búsqueda de herramientas para atender dichas situaciones. La implementación de escuelas para padres será un proyecto fructífero para la familia, para la escuela y más importante aún

para los y las adolescentes, en busca de la necesaria y fuerte cohesión entre el Estado, la familia y la sociedad.

La implementación de la escuela para padres se iniciará con la conformación de un equipo multidisciplinario de la escuela destinado a planificar las actividades que realizará la escuela hacia los padres y velar por la correcta ejecución de ellas. Posteriormente se debe invitar a la comunidad de PMR a participar en la iniciativa del centro educativo de forma activa y consecuente, dando a conocer que los beneficios serán colectivos. Luego se debe desarrollar varios módulos que permitirán cumplir con los objetivos del proyecto. Cabe destacar que el desarrollo de cada módulo se dará a partir de una metodología que estimule la participación activa, analítica y reflexiva de los sujetos para la comprensión de la dinámica de los procesos sociales en los que están inmersos los mismos y que permita generar un clima grupal, en donde se favorezcan los conocimientos a partir de actitudes y experiencias personales, adecuando el contenido de cada módulo a esos conocimientos. A diferencia de otros módulos que van dirigidos a actividades de escritura y actividades individuales, en este módulo se favorecerá a la construcción colectiva de conocimientos.

El módulo “Escuela para PMR” consta de ocho sesiones a ser realizadas quincenalmente, cada una en dos horas o más, según la disposición de los participantes, luego de la culminación de las ocho sesiones se inicia con un nuevo grupo de participantes.

1ª Sesión: Introducción a la “Escuela para PMR”

Esta sesión de trabajo busca involucrar a todos los participantes en el proceso de crecimiento personal y aprendizaje colectivo, interactuando sobre lo que se busca con el desarrollo del módulo “Escuela para PMR” y las expectativas que cada participante tiene *a priori* de lo que será el taller en

general. De la misma forma se intentará detectar las inquietudes existentes sobre la dinámica familiar y fortalecer conocimientos y estrategias para una buena comunicación entre padres, madres, representantes y los hijos e hijas, dentro de la cotidianidad familiar.

Información importante. La “Escuela para PMR” busca brindar herramientas a padres, madres y representantes en la labor de educar a sus hijos e hijas, en primer lugar, por los cambios bruscos de la sociedad actual y para hacer frente a los cambios que ellos y ellas sufren en los ámbitos emocional, social, escolar, entre otros.

Actividades:

Actividad 1: Lluvia de ideas, Detección de inquietudes.

Materiales necesarios para la sesión:

- Papelógrafos
- Marcadores
- Hoja de preguntas generadoras (figura n°31).

Actividad 1: Lluvia de ideas

Esta actividad permitirá familiarizar a los participantes en el tema en discusión, dando a conocer sus opiniones en relación con la comunicación en la etapa adolescente de sus hijos e hijas.

Pasos:

- a) El facilitador o la facilitadora deberán instar a la participación, realizando preguntas generadoras (figura n°31).
- b) Se tomarán notas en papelógrafos por cada pregunta, es decir, un papelógrafo para anotar ideas relacionadas con la primera pregunta,

otro para las ideas relacionadas con la segunda pregunta y así sucesivamente.

c) Luego el o la facilitadora realizarán en conjunto con los participantes una lista de inquietudes que puedan ser atendidas por la escuela para padres.

2ª Sesión: Comunicándonos

La comunicación es un proceso donde intervienen varios elementos. Partimos de que no todos conocemos lo que es la comunicación y que debe entonces educarse sobre el tema. Esta sesión dará herramientas para mejorar la comunicación en general y con mayor énfasis con los hijos e hijas, lo que permitirá disminuir los riesgos y fortalecer la protección ante el consumo de drogas.

Información importante. Existe comunicación siempre que se transmita un mensaje. Para eso es necesario que haya al menos un emisor y un receptor que compartan un mismo código. Este código puede ser lingüístico, como el lenguaje humano, o no lingüístico, como el código de señales de los semáforos.

Emisor es quien construye y transmite un mensaje.

Receptor es quien recibe e interpreta un mensaje.

Mensaje información que el emisor transmite al receptor.

Medios es el canal por el que se trasmite el mensaje.

Código es el sistema de signos con los que se construye un mensaje, puede ser el lenguaje, las señas u otro.

Actividades:

Actividad 1: ¿Que es la comunicación?

Actividad 2: Ejemplos de la vida cotidiana

Actividad 3: Barreras de la comunicación

Materiales necesarios para la sesión:

—Imagen (figura n° 32).

—Pizarra o papelógrafos.

—Marcadores.

—La comunicación (figura n° 33).

—Hoja de ejercicio (figura n° 34).

—Hoja de barreras de comunicación (figura n° 35).

—Hoja de preguntas generadoras (figura n° 36).

Actividad 1: ¿Que es la comunicación?

Pasos:

a) El facilitador o la facilitadora solicita cinco voluntarios, quienes deben salir del salón donde se dé la sesión; se le solicita al grupo que queda adentro que permanezcan en silencio y no muestren emociones ante sus compañeros en el proceso de la actividad.

b) Se muestra a un primer voluntario una imagen (figura n° 32), la que será mostrada igualmente al grupo grande que se encuentra dentro del salón.

c) Se le informa al primer voluntario que debe transmitir oralmente a un segundo voluntario lo que observó en la imagen y luego de hacer la transmisión debe incorporarse al grupo grande.

- d) El segundo voluntario transmitirá la información al tercer voluntario y así sucesivamente.
- e) El quinto voluntario escribirá la información en la pizarra. Luego de escribirla observará la imagen e informará al grupo lo que observó.
- f) Luego el primer voluntario informará al grupo grande lo que informó y se compara lo que escribió el quinto voluntario con lo que éste vio y con lo que realmente informó el primer voluntario.
- g) Finalmente se discutirá en grupo lo sucedido en el ejercicio.
- h) El facilitador o la facilitadora explicarán lo que es la comunicación y los elementos que la conforman (figura n° 33).

Actividad 2: Ejemplos de la vida cotidiana

Pasos:

- a) El facilitador o la facilitadora entrega a los participantes la hoja de ejercicio (figura n° 34) y solicita que la llenen.
- b) Luego cada participante expone su ejercicio y se abre la discusión sobre los problemas de la comunicación.

Actividad 3. Barreras de la comunicación

Pasos:

- a) El facilitador o la facilitadora entrega a cada participante la Hoja de Barreras de la Comunicación (ver Figura n. 35) y solicita que algún participante la lea para el resto del grupo.
- b) Luego se lanzan preguntas generadoras (Ver Figura n. 36)

c) Se abre la discusión y finalizada se solicita que intenten evitar cometer esas barreras para evaluar las consecuencias de una comunicación distinta.

3ª Sesión: El diálogo

El diálogo es una herramienta importante para la resolución de conflictos y está muy ligada a la comunicación. En esta sesión ofreceremos ideas y herramientas para que el diálogo pueda ayudar a una mejor comunicación y relación personal. De la misma forma se darán aportes para que cada persona salga de su rol y reflexione sobre la posición de los otros, generando empatía, aspecto de importancia en las relaciones personales.

Información importante. *Empatía* es la capacidad emocional de relacionarnos con los demás comprendiendo y poniéndonos en el lugar del otro (Bueno, 2004, p. 122). **Diálogo**, aunque no todo diálogo consigue eliminar la tensión entre los interlocutores y pese a que determinadas palabras no hacen sino agravarla, no obstante, éste parece ser, en principio, un medio privilegiado para alcanzar el entendimiento y lograr la negociación (*ibíd.*).

Actividades:

Actividad 1: ¿Cómo se dialoga?

Actividad 2: Dialogando

Materiales necesarios para la sesión

- Hoja de ideas para el diálogo (figura n° 37).
- Hoja de diálogo, negociación y resolución (figura n° 38).
- Pizarra o papelógrafos
- Marcadores

Actividad 1: ¿Cómo se dialoga?

Pasos:

- a) Se les solicita a los participantes compartir las experiencias de haber evitado utilizar barreras de la comunicación.
- b) Luego se entrega la hoja de ideas para el diálogo (figura n°37).
- c) Se leen las ideas y luego se reflexiona sobre cada una de ellas.

Actividad 2: Dialogando

- a) El facilitador o la facilitadora entrega a cada participante dos hojas de diálogo, negociación y resolución (figura n°38) .
- b) Se solicita a los participantes que identifiquen cada hoja, una con su nombre y la otra con el de su hijo o hija.
- c) Luego debe llenarse cada espacio según se solicita, ubicándose en cada papel, primero, como hijo o hija y, luego, como madre o padre.
- d) Luego que cada participante haya llenado las dos hojas, se solicitará a cada participante que diga en voz alta el problema referido en el ejercicio, se hace la lista de todos los problemas y por votación se seleccionan 3 o 5 ejemplos para resolver entre todos los participantes.
- e) Se cierra la sesión conversando sobre los beneficios de hacer empatía con hijos e hijas. Y la posibilidad de realizar el último ejercicio con ellos en casa para que los hijos también logren ser empáticos con los padres y madres.

4ª Sesión: Conflictos familiares y castigos utilizados

Esta sesión brindará herramientas para atender los conflictos familiares, desde las experiencias de cada participante, intentando darles solución a los problemas reales de los participantes, además de reflexionar sobre el castigo físico y las alternativas para no maltratar a hijos e hijas, cuando que remos corregir una conducta.

Información importante

Artículo 32-a de la LOPNNA:

Derecho al buen trato. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho al buen trato. Este derecho comprende una crianza y educación no violenta, basada en el amor, el afecto, la comprensión mutua, el respeto recíproco y la solidaridad. El padre, la madre, representantes, responsables, tutores, tutoras, familiares, educadores y educadoras deberán emplear métodos no violentos en la crianza, formación, educación y corrección de los niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, se prohíbe cualquier tipo de castigo físico o humillante. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar políticas, programas y medidas de protección dirigidas a la abolición de toda forma de castigo físico o humillante de los niños, niñas y adolescentes.

Se entiende por castigo físico el uso de la fuerza, en ejercicio de las potestades de crianza o educación, con la intención de causar algún grado de dolor o incomodidad corporal con el fin de corregir, controlar o cambiar el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, siempre que no constituyan un hecho punible.

Se entiende por castigo humillante cualquier trato ofensivo, denigrante, desvalorizador, estigmatizante o ridiculizador, realizado en ejercicio de las potestades de crianza o educación, con el fin de corregir, controlar o cambiar el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, siempre que no constituyan un hecho punible.

Actividades:

Actividad 1: Experiencia propia

Actividad 2: ¿Cómo educó yo?

Material necesario para la sesión:

—Relato (figura n° 39).

—Preguntas generadoras (figura n° 40).

—Preguntas (figura n° 41).

—Papelógrafos.

—Marcadores.

Actividad 1: Experiencia propia

Pasos:

a) El facilitador o facilitadora entregan relato de situación (figura n° 39) a cada participante, solicitan que lo lean y reflexionen sobre él.

b) Luego se propone la discusión realizando preguntas generadoras (figura n° 40), hasta considerar agotada al máximo la discusión.

Actividad 2: ¿Cómo educó yo?

Pasos:

a) El facilitador o facilitadora entregan a cada participante la hoja de preguntas (figura n° 41), solicitan que cada persona individualmente y con la mayor sinceridad respondan las preguntas del cuestionario.

b) Posteriormente, en papelógrafos se colocará una lista de respuestas a cada pregunta y el facilitador o la facilitadora explicarán las respuestas posibles a cada pregunta (figura n° 42). Se finaliza la actividad con opiniones de los participantes.

5ª Sesión: Alternativas para el ocio

En esta sesión se ofrecen alternativas para la utilización positiva del tiempo libre de los hijos e hijas y del núcleo familiar en general. Planificando el tiempo libre de los miembros de la familia se podrá compartir y disfrutar de actividades sanas y constructivas.

Información importante. Ocio: tiempo libre que se tiene disponible para actividades distintas al trabajo o estudio.

Actividades:

Actividad 1: Planificando el Tiempo

Actividad 2: Lluvia de Ideas

Actividad 3: ¿Que nos Gusta?

Materiales necesarios para la sesión:

—Papelógrafos

—Marcadores

—Hoja de planificación (figura nº43).

—Hoja de técnicas de administración de tiempo (figura nº44).

—Hoja “¿qué le gusta a mi hijo o hija?” (figura nº 45).

Actividad 1: Planificando el tiempo

Pasos:

a) El facilitador o la facilitadora plantean a los participantes:

“Cuando se inicia la semana debemos hacer un conjunto de actividades, cuando pasan los días nos damos cuenta de que hay actividades que dejamos de hacer. Esto que sucede con frecuencia porque no priorizamos en las actividades que son realmente

importantes y dedicamos mucho tiempo a actividades que no son importantes”.

b) Se hace una discusión según las opiniones de los participantes.

c) Luego entrega la hoja de planificación de objetivos (figura n° 42) y solicita a los participantes que llenen la hoja con un listado de objetivos que deban cumplir. Aclarando que los objetivos, si son muy complejos, pueden subdividirlos en submetas y colocar esas submetas en cada columna, según el tiempo necesario para su prosecución.

d) El facilitador o la facilitadora entrega a los participantes la hoja de técnicas de administración del tiempo (figura n° 43).

e) Se solicita a cada participante que retire su autorregistro, se entrega una nueva hoja de planificación de tareas (figura n° 42) en la cual deben realizar el registro de forma adecuada, siguiendo los pasos anteriores.

f) Propone hacer discusión sobre consecuencias negativas y positivas a mediano y corto plazo y compararlas con las plasmadas en el primer registro.

Actividad 2: Lluvia de ideas

Pasos:

a) El facilitador o facilitadora informan a los participantes que comenten las que consideran opciones para pasar el tiempo libre compartiendo con sus hijos.

b) En un papelógrafo se irán escribiendo una lista de opciones de actividades. A partir de esa lista se realizará la siguiente actividad.

Actividad 3: ¿Qué le gusta a mi hijo o hija?

Pasos:

a) El facilitador o facilitadora entrega la hoja “¿qué le gusta a mi hijo o hija?” (figura n° 44) y solicita a los participantes que las llenen.

b) Luego de llenarlas se hace la discusión en relación con la opinión de cada participante y se compara con lo que propusieron en la actividad anterior, ubicando las coincidencias.

c) Finalmente el facilitador o facilitadora hace la reflexión en relación con las posibilidades que existen de compartir el tiempo junto con los hijos e hijas, en donde todos disfruten.

En el módulo “Escuela para PMR” es indispensable incluir información y formación sobre las drogas y su consumo, por lo que se recomienda aplicar las sesiones 1, 2 y 3 de “Conociendo las drogas”, ubicada en el módulo dirigido a los y las adolescentes.

Finalmente, para el desarrollo de la Escuela para PMR, es importante hacer una evaluación con cada grupo de participantes (figura n° 45) que deberá ser respondida por cada participante antes de culminar la última sesión.

Módulo IV

Pasos que Accionan la Prevención

Este módulo busca ofrecer a profesores, directores, estudiantes y comunidad educativa en general un conjunto de estrategias que coadyuvarán a la prevención desde el ámbito educativo. Se diseña con la intención de que sea desarrollado a la par de los módulos anteriores, como un conjunto y no como fases separadas, llevándolo a cabo de forma simultánea. Con esto tratamos de ofrecerles a los y las adolescentes espacios de esparcimiento dentro de las instalaciones del colegio, y así el colegio les ofrecerá, en horarios en que no tengan asignadas horas académicas, actividades extraacadémicas divertidas y que atraigan a los y las adolescentes de forma positiva hacia su centro de estudios.

El módulo consta de dos proyectos específicos y un conjunto de recomendaciones sobre actividades que los encargados de ejecutar la prevención dentro del colegio deberá crear y diseñar para ponerlas en práctica. Estas actividades se basan en la consideración de que la prevención debe ser constante, frecuente e identificable por parte de los y las estudiantes. Es decir, que ellos y ellas se den cuenta de que el colegio les está brindando herramientas para la mejor utilización del tiempo libre y alternativas distintas a las que cotidianamente encuentran fuera del colegio. Lo más importante de esto es que son divertidas y recreativas, además de trabajar conjuntamente la formación y la pedagogía. El desarrollo de los proyectos y actividades dependerá del nivel organizativo y de funcionamiento que posea el colegio y de la promoción que el personal docente ofrezca para que sea atractivo para la incorporación de los y las estudiantes.

No necesariamente deben ponerse en práctica todos los proyectos o actividades, eso dependerá de las capacidades de cada colegio, sin embargo, si llegaran a ejecutar cada una de ellas, eso garantizaría un incremento significativo de los factores de protección dentro del ámbito escolar, lo que resultaría en la consecución del objetivo principal de este programa de prevención.

1^{er} Proyecto. La Radio en el Colegio

Fundamentación. Este es un proyecto que busca en primera instancia convertirse en un medio alternativo para la utilización del tiempo libre que se da en el horario académico del estudiantado. Además de ser una actividad en la que los y las adolescentes se involucrarán por lo innovador que resulta y los motivaría a la investigación en todas las áreas pedagógicas que en el colegio se ofrecen. De esta forma los y las estudiantes pueden adquirir competencias comunicativas y utilizar el lenguaje como el mejor medio de comunicación para las relaciones personales y el acceso a los conocimientos.

El avance vertiginoso de las nuevas tecnologías demanda que el colegio acompañe este proceso. Los y las alumnas se desarrollan socialmente rodeados de medios de comunicación y el colegio debe brindar un espacio para que ellos reflejen en su vida académica lo que reciben de ellos.

Esto conduciría a desarrollar la oralidad, a expresarse con claridad y a ampliar su léxico, a adquirir comprensión lectora y lograr producciones escritas con reflexión crítica, ampliando el conocimiento de la realidad y desenvolviéndose con autonomía.

La radio en el colegio es una herramienta didáctica para despertar el interés de los y las estudiantes y transformar el espacio educativo en un

ámbito de lectores y escritores con proyección comunitaria, como un proceso de interacción y socialización y como un espacio de disfrute y entretenimiento distinto a lo que la sociedad ofrece a los y las adolescentes.

Objetivos

- Convertir el colegio en un espacio recreativo y divertido como alternativa al ocio para el disfrute de los y las adolescentes.
- Mejorar y fortalecer el desempeño comunicativo, lingüístico y social, los sentimientos de pertenencia a la comunidad y la identidad.
- Despertar e incrementar el interés por la lectoescritura creativa e informativa.
- Desarrollar en los y las adolescentes habilidades para que se reconozcan como sujetos expuestos a los mensajes de los medios masivos de comunicación, motivando sus capacidades creativas y expresivas para generar mensajes propios.
- Analizar y elaborar mensajes específicos transmitidos por los medios masivos de comunicación.
- Formar emisores y receptores críticos de situaciones concretas reales y actuales.
- Integrar a través de la radio las diferentes áreas.
- Propiciar espacios para que todos los actores institucionales participen del proyecto, favoreciendo el trabajo cooperativo e integrador.
- Valorar y respetar las capacidades personales propias y ajenas.
- Crear vías de expresión donde los y las estudiantes puedan compartir ideas, defender criterios y desenvolverse con naturalidad.
- Difundir novedades dentro de la comunidad educativa.

Actividades previas

- Compartir conocimientos previos acerca de los medios masivos de comunicación y específicamente de la radio.
- Realizar una encuesta para conocer los intereses de la comunidad educativa con respecto a los medios masivos de comunicación, y en particular sobre la radio.
- Visita a una emisora radial local a fin de conocer su funcionamiento interno.
- Informarse sobre el código radiofónico (voz, música, efectos sonoros).
- Armar grupos de trabajos con los alumnos, definiendo roles y funciones en cada uno (coordinación, recolección de noticias o novedades escolares, encargado de noticias de actualidad, encargado de la música, etc.)
- Acordar normas y metodología de trabajo con cada grupo.
- Elaborar un cronograma con las fechas estimativas.
- Adecuar un lugar para las emisiones.
- Elegir un nombre para la radio.
- Planificar la programación.
- Informar al resto de la escuela sobre los objetivos y funcionamientos de la radio escolar.
- Abrir un buzón de sugerencias para todo el alumnado (temas sobre los que les gustaría informarse, temas musicales, mensajes, saludos).

Actividades durante la emisión

- Datos del tiempo.
- Efemérides.
- Noticias de actualidad del diario, radio o T.V.
- Curiosidades.

- Información sobre temas de interés (ciencia, ecología, historia, etcétera.)
- Reflexiones sobre diferentes temas (amistad, familia, etc.)
- Radioteatro.
- Cuentos breves y poemas.
- Entrevistas en vivo o grabadas.
- Participación de los demás grados.
- Novedades o avisos de la institución.
- Frases célebres.
- Temas musicales.
- Adivinanzas, colmos y chistes.
- Saludos y cumpleaños.

Horario y frecuencia de transmisión

- Una vez por semana, en los horarios de receso de las distintas secciones, con la intención de que todas las secciones participen, luego de un tiempo establecido se puede aumentar el tiempo de transmisión a varios días a la semana.

Recursos

- Aportes de los alumnos y de los docentes.
- Elementos tecnológicos de la escuela.

Evaluación

- A mediados de año se analizará y evaluará, la implementación y evolución del proyecto (logros, dificultades, para decidir si se continúa y de qué manera).

2^{do} Proyecto. Veamos Cine en el Colegio

Fundamentación. La utilización del cine-foro permite la agrupación del estudiantado en un espacio para la recreación y la adquisición de conocimientos, por lo que es una estrategia educativa, pedagógica y recreativa. Si bien los medios masivos de comunicación se han convertido en un potente factor de riesgo para la adquisición de modelos y modas que no ofrecen desarrollo, salud y conocimiento a la juventud, debemos entonces buscar las formas de usarlos para la adquisición de educación, cultura, valores, y promover una actitud crítica en los y las adolescentes.

Si ofrecemos a los y las adolescentes el compartir en grupo una película y posteriormente un análisis de la misma, de lo que su contenido pretende difundir, podría entonces generarse en la juventud ese deseo por conocer y por criticar todos los mensajes que reciben de los medios de comunicación. Además de formar jóvenes críticos, analíticos, se estaría ofreciendo una forma de utilizar el tiempo libre de forma agradable y divertida.

Objetivo General

Convertir el salón de clase en un espacio para el disfrute y la adquisición de conocimientos a partir de actividades que generalmente los jóvenes disfrutan, fomentando la discusión y el análisis crítico.

Objetivos

- Proponer el concepto de cine-foro como una forma de cultura y recreación.
- Servir como medio alternativo pedagógico.
- Desarrollar en los jóvenes participantes una lectura crítica de las imágenes y sonidos con las que se relacionan diariamente, y que

dichos jóvenes actúen como medios que posibiliten la propagación de esta lectura en sus contextos, familia, colegio, amigos, barrio, etc.

Desarrollo del cine-foro

Se recomiendan algunas películas que darán cabida a discusiones con contenido social y de formación para el día a día de la juventud. Además de las citadas, se podrán proyectar películas comerciales, de las cuales también se harán discusiones sobre sus contenidos y mensajes.

- *La isla de las flores* (Jorge Furtado, 1989)
- *Tiempos modernos* (Charles Chaplin)
- *Ciudad de Dios* (Fernando Meirelles y Kátia Lund, 2002)
- *Los hijos de la calle* (Barry Levinson, 1996)
- *Los niños de San Judas* (Aisling Walsh, 2003)

Actividades previas

- Conformación del equipo encargado de la actividad de cine-foro, quienes deberán planificar la implementación de esta estrategia, la búsqueda de los recursos necesarios y el desarrollo de cada actividad, así como la escogencia de las películas y la evaluación mensual del proyecto (debe conformarse con profesores y estudiantes).
- Escogencia de las películas a proyectar cada mes (una semanal).
- Promoción de la actividad.
- Acondicionamiento del salón destinado para sala de cine.
- Proyección de película según cronograma.
- Discusión de la película con el apoyo y guía de un profesor-

Cronograma de proyección

El cine-foro se realizará todos los viernes luego del mediodía, como una actividad extraacadémica en la que deberán participar la mayoría de los

y las estudiantes y uno o dos profesores(as) que puedan guiar en el análisis y discusión de la película escogida. Se presentará la película, se proyectará y luego se abrirá la discusión y el debate.

Materiales necesarios

- Fotocopias de las fichas técnicas y de las guías lúdicas.
- Afiches de películas.
- Video-beam.
- Sonido amplificado.
- Películas.
- Cámaras.
- Luces.
- Refrigerios para los participantes (cotufas, jugos, refrescos).

Resultados esperados

- Reconocer los diferentes lenguajes como medios vivos de comunicación.
- Apropiarse de los sentidos como herramientas para el continuo desarrollo humano y comunicativo.
- Promover la recreación productiva y educativa.

Evaluación

Todos los viernes últimos de cada mes se reunirá el equipo de profesores y estudiantes encargados de la planificación del cine-foro, con la intención de discutir lo productivo de las películas proyectadas y la selección de las cuatro siguientes y cómo elaborar la propaganda para su promoción.

Actividades alternativas

1. Realizar jornadas de información sobre las drogas y sus efectos en la celebración de la semana del colegio.

2. Organizar concursos intersecciones para la elaboración de periódicos murales o carteleras informativas sobre prevención de drogas (incluidas las drogas lícitas e ilícitas).
3. Celebrar el “*Día Internacional contra el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas*”, 26 de junio, con una exposición de las carteleras y la colocación de lazos azules a cada persona que entre al colegio y en sus adyacencias. Además, organizar juegos deportivos para este día.
4. El 14 de octubre se celebra el Día Internacional de la Prevención, y el 31 de mayo el Día Mundial de no Fumar; en estas fechas se pueden organizar actividades de formación sobre drogas y sus consecuencias y actividades recreativas, verbenas y acciones que promuevan convivencia e intercambio entre los miembros de la comunidad educativa.
5. Se deben organizar clubes deportivos, de ciencias, de lectura, grupos teatrales, ecológicos, de excursionismo entre otros que ofrezcan a los y las adolescentes actividades alternativas al ocio.

Estas y otras actividades, estimuladoras de la organización de los y las adolescentes en relación con un fin común, favorecerán la protección de los NNA. Deben ser promovidas por el colegio y apoyadas en su desarrollo. El personal docente debe estar dispuesto a participar con el estudiantado, permitiendo así generar una relación basada en la confianza que les permita ofrecer una prevención efectiva.

HOJAS DE TRABAJO

Figura n°1

Hoja de formas de persuasión más utilizadas (Roiz, 1996, p. 60).

1. La explotación de los sentimientos (se puede utilizar el sentimiento de culpa: "Debes venir a jugar el partido del domingo, si no, seguro que perdemos").
2. La simplificación (hacer parecer la situación como sencilla y sin mayores inconvenientes: "Para ti es tan sencillo ayudarme con la tarea, eres muy rápido y muy bueno, no tardaremos nada").
3. La exageración de la información ("Es que, si no me ayudas, me va a quedar la materia y mi mamá me va a sacar del colegio si me raspan").
4. La repetición de temas e ideas de forma orquestada (repetir muchas veces lo que se quiere conseguir, ordenada entre los argumentos que se utilizan).
5. El apoyo en las actitudes preexistentes ("Tú siempre nos has ayudado, ¿por qué no hacerlo esta vez?, además a ti te gusta ayudar a los otros").

Figura n°2

Hoja de diálogo

Carlos y Ana se encuentran a la salida del colegio, cuando se ven se saludan y luego Ana le dice a Carlos:

Ana: Bueno, qué, ¿nos vamos a tomar una birras?

Carlos: ¡Estás loca! Vamos a tomarnos un café, es más sensato, así conversamos un rato, quiero contarte varias cosas.

Ana: Cuéntame lo que quieras, pero nos tomamos unas birra, pues sé que tus cuentos son medio halados de los pelos y largos.

Carlos: Ana, ¡hoy es martes!

Ana: Sí eres fastidioso, me hubieras dicho eso y me hubiese ido con Marta o Carla y seguro la paso mejor.

Figura n°3
Hoja de registro

Instrucciones: Después de leer el diálogo, anota en el siguiente registro lo que crees que ha pensado Carlos, cómo crees que se habrá sentido, cuál ha sido su comportamiento en la situación y qué consecuencias puede tener el haber cedido a la petición de Ana.

¿Qué pensó Carlos?	¿Cómo se sintió?	¿Qué ha hecho?	¿Qué consecuencias puede tener su decisión?

Figura n°4
Hoja actividades para el hogar

Instrucciones: Durante esta semana surgirán numerosas situaciones en las que algún amigo o compañero (o el grupo de amigos o compañeros completo) intenten persuadirte de que hagas algo, digas algo o pienses de determinada manera que no quieres o no te interesa. Anota una de esas situaciones en el recuadro "situación" y anota también qué pensaste, cómo te sentiste y qué hiciste ante esa situación y cuáles fueron las consecuencias de actuar de esa manera.

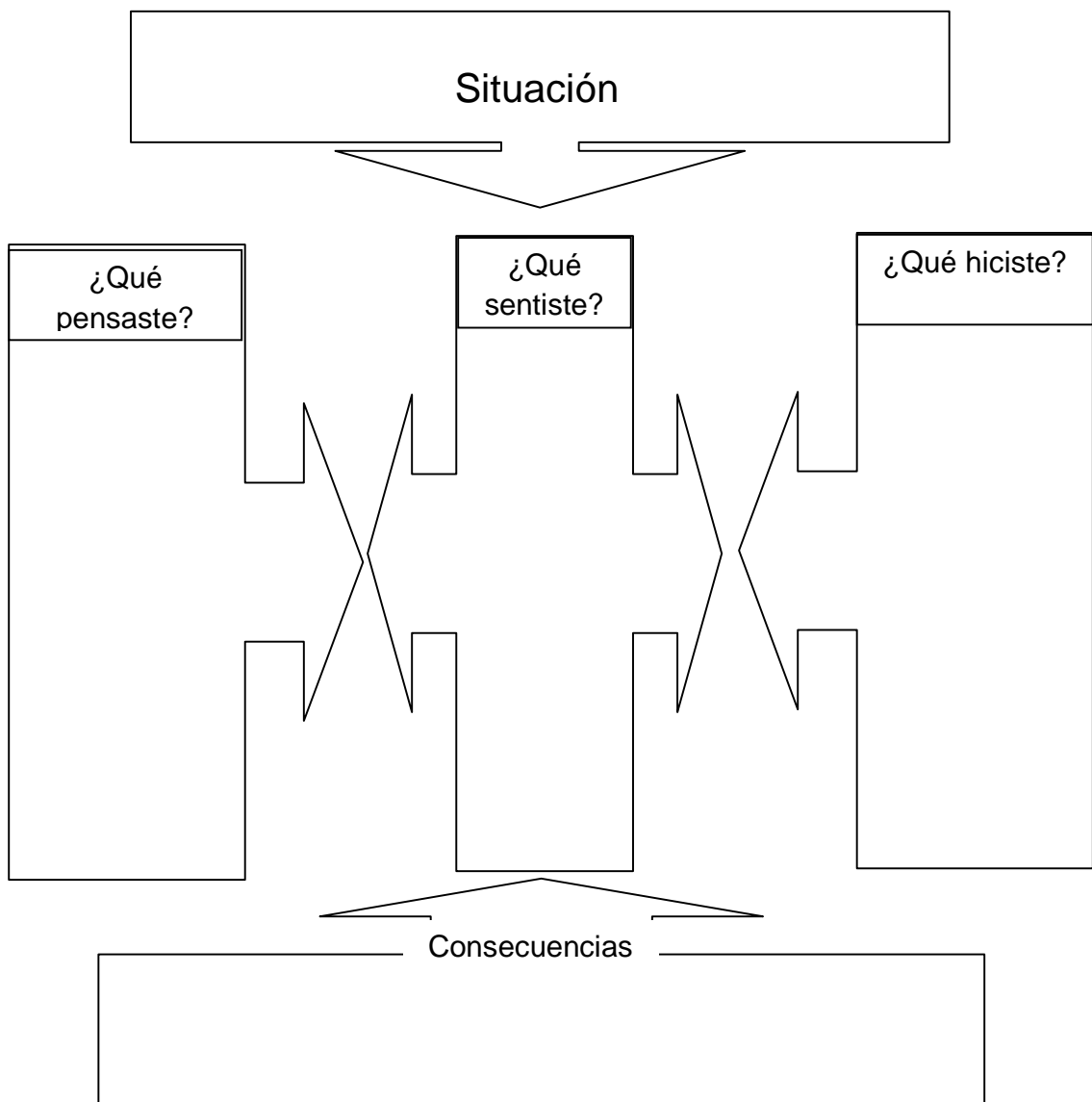


Figura n°5
Hoja de dramatización

Instrucciones: Lee la siguiente situación y trata de colocarte en el lugar de Carlos.

Jorge: Mañana hay un toque, ¿sabías, no?, va a ir todo el mundo, seguro será el mejor del año, lo único es que empieza a las 12 de la noche, pero es lógico, pues a esa hora es que se pone buena la cosa. Y así se evita que se cuele un niño.

Carlos: ¡A las 12! ¡No!, no podré ir, a esa hora hay toque de queda en mi casa y, si estoy en casa, no estoy en la fiesta. ¡Obvio!

Jorge: ¡Chamo! Te digo que va a ser el mejor del año, además puedes escaparte, por una noche no pasará nada, puedes decir en tu casa que dormirás en mi casa porque hay un juego y lo veremos juntos, yo diré lo mismo y listo.

Carlos: No sé, y si se dan cuenta, mis padres no son tontos y ya nos conocen.

Jorge: Chamo, ya te dije, eso funcionará, yo lo he hecho muchas veces, y ya ves sigo haciendo lo que quiero.

Carlos: Está bien, lo haré espero que se lo crean como dices.

Figura n°6
Hoja de reflexión

Instrucciones: Escribe en los apartados correspondientes qué pensarías si fueses Carlos, cómo te sentirías en su situación y qué consecuencias podría tener la decisión tomada en el momento de tomarla (a corto plazo) y tiempo después (a largo plazo).

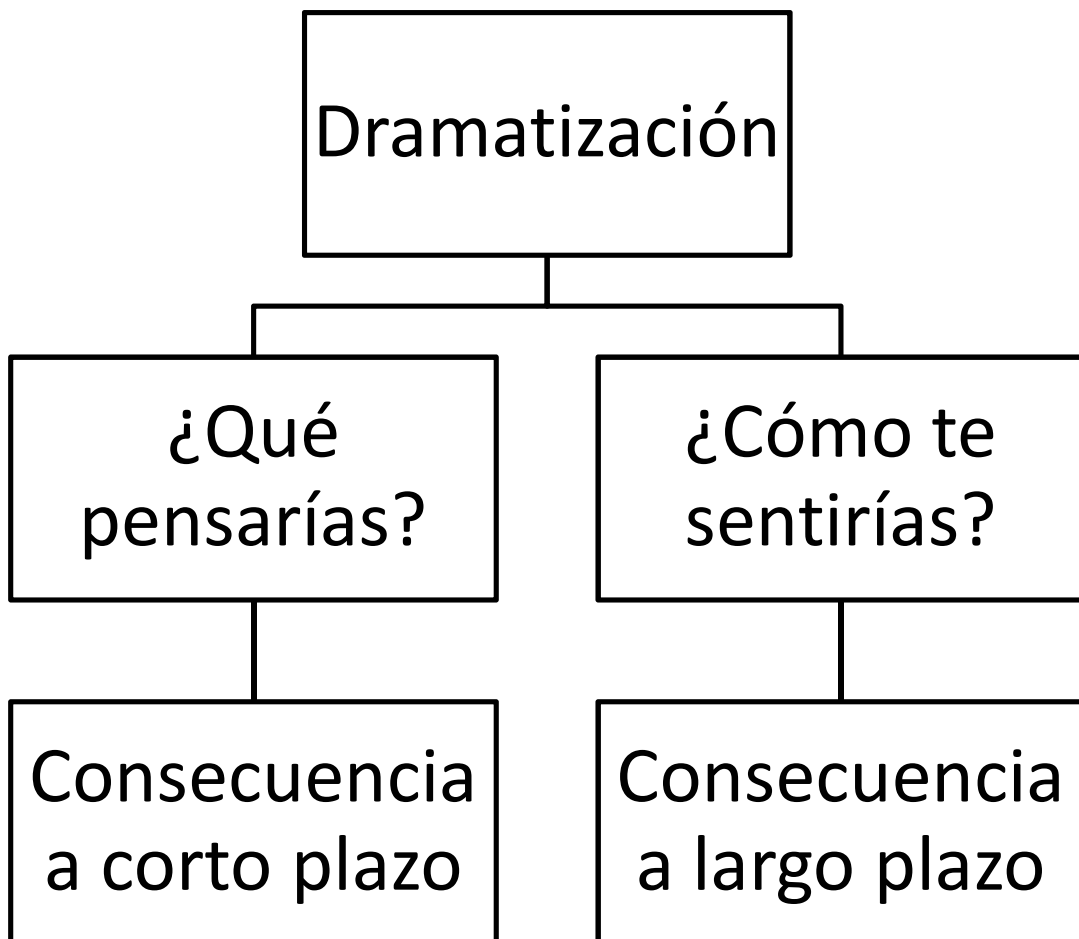


Figura n°7

Hoja de explicación de los 5 pasos para la solución de problemas¹

1. *Definir claramente el problema que tenemos que resolver.*

Los problemas deben definirse en términos de situaciones o comportamientos que impliquen nuestras propias conductas, porque si lo definimos de forma que impliquen los comportamientos de otras personas no podremos hacer frente a la situación.

2. *Considerar el mayor número de alternativas, para solucionar el problema.*

Es probable que tomemos una buena decisión, si pensamos en varias maneras de resolver un problema, lo mejor es que dispongamos de unas diez alternativas de respuesta.

Debe evitarse cualquier crítica, éste no es el momento, ya habrá tiempo de rechazar alguna alternativa. Podemos combinar varias alternativas.

3. *Considerar las consecuencias de cada opción (¿qué pasará después?).*

Pensar en las consecuencias que tendrá cada alternativa, consecuencias tanto para ti mismo y para los demás, a corto y a largo plazo. Podemos hacernos las siguientes preguntas que nos ayudarán a imaginar las consecuencias:

—¿Cómo me voy a sentir si tomo esta decisión?, ¿me sentiré orgulloso/ culpable/ decepcionado?

—¿Va a hacer que alguien que me importe se decepcione o se preocupe por mí, o va a hacerle feliz?

4. *Elegir la mejor alternativa posible.*

¹ Marcuello, Ángel. (s.f.)

Muchas veces sabes qué es lo mejor para ti a largo plazo, sin embargo, en ciertas ocasiones, las ventajas a corto plazo pueden ser más atractivas. Cuando tomas una decisión basándote en lo que es mejor para ti en el futuro y no en lo que más te apetece, o te hará sentir mucho mejor. Un criterio que podemos utilizar para evaluar las alternativas puede ser:

—La alternativa recibirá dos (2) puntos si esa solución depende única y exclusivamente de nuestra forma de comportarnos, y recibirá un (1) punto si depende de los demás.

—La alternativa recibirá dos (2) puntos si tiene consecuencias positivas a largo plazo, y un (1) punto si las consecuencias positivas son a corto plazo.

—A la alternativa se le restarán dos (2) puntos si tiene consecuencias negativas a largo plazo y un (1) punto si tiene consecuencias negativas a corto plazo.

La alternativa que más puntos tenga es la que elegimos.

5. Ejecución y verificación de la solución.

Preparar un *plan de acción* para poner en práctica la solución elegida. Si al llevar a la práctica la decisión, se obtiene un resultado negativo, se debe reconsiderar y volver al paso 2, para pensar otras alternativas.

Figura n°8

Hoja de solución de un problema en grupo

Instrucciones: Completa los pasos de solución del problema:

1. Definición del problema que tenemos que resolver.

2. Alternativas posibles para solucionar el problema.

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____
10 _____

3. Consecuencias de cada alternativa (¿qué pasará después?).

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____
10 _____

4. Valoración de las alternativas y alternativa elegida.

5. Plan de acción.

Figura n°9

Hoja de actividades para el hogar

Instrucciones: Durante esta semana, escribe en el siguiente cuadro una situación en la que hayas tomado una decisión difícil, referida a problemas: en casa, en la escuela o con los amigos. Señala cómo actuaste, qué pensaste, qué sentiste a la hora de tomar la decisión, y qué consecuencias tuvo esa decisión.

Definición del problema	
¿Qué pensaste? (alternativas)	
Sentimientos presentes al tomar la decisión	
¿Cómo actuaste?	
¿Qué consecuencias puede tener?	

Figura n° 10
Hoja de técnicas de administración de tiempo

I. *Identificar las actividades que se realizan.*

Esto se puede hacer mediante autorregistros. También se puede realizar una *lista de objetivos* (actividades que se desean realizar). Los objetivos deben ser realistas y tienen que estar definidos objetivamente.

II. *Establecer prioridades.*

- (a) A corto plazo (a 1 semana)
- (b) A medio plazo (a 3 meses)
- (c) A largo plazo (a partir de 3 meses).

III. *Desglosar objetivos:*

Dividir los objetivos en pasos a realizar (sub-metas).

IV. *Técnicas para ganar tiempo.*

- (a) Reglas obligatorias para ganar tiempo:
 - Aprender a decir "NO" a los objetivos no prioritarios.
 - Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios.
 - Incluir tiempo en el horario para imprevistos e interrupciones.
 - Destinar distintos momentos del día a descansar.

- (b) Reglas opcionales para ganar tiempo:
 - Delegar en otro las tareas no prioritarias.
 - Evitar lo que pueda distraer el realizar las tareas prioritarias.
 - Reducir actividades improductivas.
 - Levantarse media o una hora antes.
 - Olvidar perfeccionismos: sólo hacer las cosas.
 - Aprender a hacer dos cosas a la vez (tareas automáticas).

V. *Toma de decisiones:*

Después de habernos administrado el tiempo, lo que tenemos que hacer es:

- Señalar la fecha en que se realizará lo decidido.
- Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos.
- Aumentar la resistencia a la acción (exagerar las tareas que interfieren hasta el aburrimiento).
- Utilizar normas automáticas para decidir en situaciones que no sean tan importantes.
- Aprender de tareas fáciles (graduación y pasos en las tareas).
- Acabar las tareas.

Figura n°11
Hoja de planificación de objetivos

Instrucciones: En el cuadro siguiente anota en la primera columna una lista de objetivos (actividades que quieres realizar). Los objetivos que sean complicados divídelos en pasos o submetas, y coloca cada submeta en las columnas dependiendo de la urgencia de realizarla y del tiempo que necesites para llevarla a cabo.

OBJETIVOS	1 SEMANA	2 SEMANAS	1 MES	3 MESES	A partir de 3 MESES

Figura n°12
Hoja de nueva planificación de actividades

Instrucciones: Planificar las actividades que tengas que hacer esta semana, en función de lo que hemos visto en la sesión. Escribe las actividades que tengas que llevar a cabo y señala el intervalo de tiempo que le vas a destinar. Anota también de 0 a 5 el esfuerzo que cada una de ellas implica, siendo: 0 = Nada de esfuerzo, 1 = Mínimo esfuerzo, 2 = Esfuerzo moderado, 3 = Esfuerzo Normal, 4 = Buen esfuerzo, 5 = Máximo esfuerzo.

	L	M	X	J	V	S	D
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

Figura n° 13
Hoja de preguntas generadoras

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas:

—¿Cómo crees que influirá que planifiques tus horas de estudio, durante el curso, en los resultados finales?

—¿Crees que tus padres y profesores verán de forma positiva el que planifiques tus actividades?

¿Qué aspectos de tu vida pueden mejorar si planificas tu tiempo?

Figura n° 14

Hoja de actividades para el hogar

Instrucciones: Quizás hayas visto en algunas revistas secciones a las que los lectores escriben pidiendo consejo. A continuación, tienes una carta escrita a Marta, nuestra columnista del Programa de Administración del Tiempo. Imagínate que eres Marta y da el consejo que consideres conveniente al adolescente que ha escrito esta carta.

Querida Marta: Soy un chico de 15 años, mis amigos tienen un año más que yo, y les gusta ir a la discoteca el fin de semana, a mi no me dejan entrar, así que me paso los fines de semana encerrado en casa sin saber qué hacer. ¿Qué puedo hacer?

Un chico absolutamente aburrido.

Figura n° 15

Hoja de planificación fin de semana. Carta

	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA			
TARDE			
NOCHE			

Figura n°16
Hoja de planificación de tú fin de semana

	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA			
TARDE			
NOCHE			

Figura n° 17
Hoja ¿Qué es el tabaco?

Lee el contenido y luego discútelo con los otros participantes para conocer la opinión de todos²

¿Qué es el TABACO?

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia. Durante la combustión del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes:

- Alquitranes: responsables de los distintos tipos de cáncer.
- Monóxido de carbono: favorece las enfermedades cardiovasculares.
- Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- Nicotina: causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

²Guía sobre Drogas (2007).

Figura n° 18

Hoja efectos inmediatos³

Efectos del consumo de tabaco

Fumar un cigarrillo significa exponerse a numerosas sustancias perjudiciales para la salud y al riesgo de desarrollar una dependencia. El monóxido de carbono se encuentra en el humo del tabaco, y pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración. La nicotina actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol. A diferencia de la imagen atractiva que tiene a veces, el tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse algunas alteraciones poco deseables entre las que se encuentran: • Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado "rostro del fumador". • Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.

Efectos del consumo de tabaco

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más de 50% de las enfermedades cardiovasculares.

Efectos del consumo de tabaco

Riesgos adicionales en las mujeres: • La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales. • Entre las mujeres fumadoras, la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado. • Aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis. El consumo de tabaco incrementa en 70% el riesgo de morir prematuramente por diversas enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Este mayor riesgo es directamente proporcional al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillos que se fuman a diario, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca fumada.

³ Guía sobre Drogas (2007)

Figura n° 19
Hoja mitos y realidades

Mitos que existen en relación con el consumo de drogas

Encierra con un círculo la letra, según consideres verdadero o falso, el planteamiento del mito

Mito **V** **F**
Fumar un cigarrillo relaja y alivia el estrés.

Mito **V** **F**
Los cigarrillos bajos en nicotina no hacen daño, no son cancerígenos.

Mito **V** **F**
El tabaco contamina, pero más los coches y las fábricas, así que, si podemos ser víctimas de la contaminación ambiental, ¿por qué preocuparnos?

Mito **V** **F**
Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera.

Mito **V** **F**
Cuando se deja de fumar se pasa muy mal, es peor el remedio que la enfermedad.

Mito **V** **F**
Si se deja de fumar, se engorda siempre.

Mito **V** **F**
Dejar de fumar es casi imposible.

Figura n° 20
Hoja mitos y realidades facilitad@r
Material para facilitador: Respuestas de los mitos⁴

Realidad

El tabaco no tiene propiedades relajantes puesto que es un estimulante. La aparente sensación de “alivio” que se siente al fumar un cigarrillo se debe a la supresión de los síntomas de abstinencia producidos por la falta de nicotina en el cerebro.

Realidad

Aunque los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán son menos nocivos, se suelen fumar en mayor cantidad para conseguir la misma concentración de nicotina en la sangre, con lo cual se anulan sus ventajas y los riesgos se asemejan a los de los cigarrillos normales

Realidad

No hay que olvidar que el tabaco está presente en una tercera parte de todos los cánceres diagnosticados, un porcentaje suficientemente importante como para tener en cuenta sus riesgos.

Realidad

La dependencia del tabaco es difícil de cortar y para dejar de fumar hay que tomárselo muy en serio.

Realidad

Es cierto que al principio, cuando se deja el tabaco, la dependencia a la nicotina provoca malestar, pero se trata de una sensación temporal. En cambio, los beneficios son muy evidentes e importantes y aparecen a los pocos días de abandonar el consumo.

Realidad

Este mito es utilizado con frecuencia para no dejar de fumar. Es cierto que fumar conlleva un gasto calórico por sí mismo, y tras el abandono del tabaco puede producirse aumento de peso.

La ansiedad por el síndrome de abstinencia, el “picoteo” entre horas y la mejora del gusto y del olfato al dejar de fumar contribuyen al aumento de peso. Una alimentación adecuada y ejercicio moderado pueden ser de ayuda y existen además técnicas psicológicas o farmacológicas eficaces para este problema.

Realidad

Dejar de fumar tiene sus dificultades, como ocurre con cualquier otra adicción, pero es posible. En la actualidad se dispone de una amplia gama de tratamientos farmacológicos y psicológicos que ayudan a dejar de fumar.

⁴ Guía sobre Drogas (2007)

Figura n°21
Actividades alternativas para evitar el consumo de tabaco

Nombre de la actividad	¿En qué consiste?

Figura n° 22
Hoja ¿qué es el alcohol?⁵

Lee el contenido y luego discútelo con los otros participantes para conocer la opinión de todos

¿Qué es el alcohol?

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración según sea su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- Fermentadas: vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.
- Destiladas: son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50°. Esto supone que 40% o 50% de lo que se bebe es alcohol puro.

⁵ *ibidem*

Figura n° 23
Hoja de efectos inmediatos⁶

Efectos del consumo de alcohol

El alcohol ingerido en una bebida es absorbido por el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Es eliminado finalmente a través del hígado. La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en nuestro cuerpo, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado.

Efectos del consumo de alcohol

Pocos minutos después de haber bebido, puede aparecer una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo, estos efectos serían los siguientes: en los casos en que la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los 3 gramos de alcohol por litro pueden aparecer apatía y somnolencia, coma o incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

Desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora y finalmente, intoxicación aguda.

Efectos del consumo de alcohol

La edad: Los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más "resistentes" que los adultos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora.

El peso y el sexo: El alcohol afecta de modo más grave a las personas con menor masa corporal. En general, la mujer pesa menos y el tamaño de sus órganos internos es proporcionalmente más pequeño. Por lo tanto, menores cantidades de alcohol pueden generar más rápidamente daños psico-orgánicos y desarrollar problemas con el alcohol más fácilmente que en el varón.

La cantidad y rapidez de la ingesta: Según la cantidad de alcohol consumida, puede considerarse como de bajo, alto riesgo o peligroso. A mayor ingesta de alcohol en menor tiempo, mayor posibilidad de intoxicación.

⁶ *Ibidem*

Figura n° 24
Hoja mitos y realidades

Mitos que existen en relación con el consumo de alcohol

Encierra con un círculo la letra, según consideres verdadero o falso, el planteamiento del mito

Mito **V** **F**
Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.

Mito **V** **F**
El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.

Mito **V** **F**
El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.

Mito **V** **F**
El alcohol es un alimento.

Mito **V** **F**
El alcohol es bueno para el corazón.

Mito **V** **F**
El alcohol facilita las relaciones sexuales.

Mito **V** **F**
El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.

Figura n° 25
Hoja mitos y realidades

Material para facilitador: Respuestas de los mitos⁷

Realidad

El daño que provoca el alcohol depende del llamado “patrón de consumo”, es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no divertirse sin beber.

Realidad

El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza. Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

Realidad

El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez hay que abrigar y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

Realidad

El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.

Realidad

Diversos estudios han puesto de manifiesto que, en adultos, el consumo moderado de alcohol disminuye el riesgo de padecer enfermedades de corazón, pero estos efectos beneficiosos no aparecen en todas las personas ni en todos los casos.

Realidad

Al contrario, el consumo abusivo muchas veces dificulta o incluso impide unas relaciones sexuales plenas, provocando impotencia y otras disfunciones asociadas.

Realidad

No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y “aguantar” un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho puede ser que el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

⁷ *ibídem*

Figura n. 26
Actividad alternativa para evitar el consumo de alcohol

Nombre de la actividad	¿En qué consiste?

Figura n° 27
Hoja acerca de las drogas

Mitos que existen en relación con el consumo de Drogas

Encierra con un círculo la letra, según consideres verdadero o falso, el planteamiento del mito.

Mito **V** **F**
El consumo de marihuana puede controlarse porque no produce adicción

Mito **V** **F**
La marihuana no tiene consecuencias negativas a largo plazo

Mito **V** **F**
Las drogas de síntesis, si se consumen los fines de semana, no producen nada

Mito **V** **F**
Por una vez que se consuma cocaína, no pasa nada

Mito **V** **F**
La cocaína mejora las relaciones con los demás porque ayuda a desinhibirse

Mito **V** **F**
La heroína, si se fuma, se puede controlar

Mito **V** **F**
Las drogas de síntesis no crean dependencia

Figura n° 28
Hoja de valoración de consecuencias del consumo de drogas

Instrucciones: A lo largo del programa se han visto algunas de las repercusiones que las drogas pueden producir en nosotros no sólo en cuanto a la salud, sino en lo referido a autoestima, conductas antisociales, personalidad, estado de ánimo, relaciones con nuestros amigos y con la familia, en el plano académico e incluso en el terreno económico. Escribe las consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo, derivadas del consumo de drogas teniendo en cuenta las áreas consideradas.

CORTO PLAZO POSITIVAS	CORTO PLAZO NEGATIVAS
LARGO PLAZO POSITIVAS	CORTO PLAZO NEGATIVAS

Figura n° 29
Efectos a corto y largo plazo de las drogas⁸

TIPO DE DROGA	EFFECTOS A CORTO PLAZO	EFFECTOS A LARGO PLAZO
ALCOHOL (depresor)	Euforia, pérdida de inhibiciones, descoordinación motora, intoxicación, somnolencia, estupor y coma, con posibilidades de muerte por intoxicación.	Cirrosis, úlcera gástrica, pancreatitis, cáncer de hígado, anemia y disminución de las defensas, alteraciones cardíacas (miocarditis), degeneración y atrofia del cerebro, delirium tremens, etc.
HEROÍNA (depresor)	Intensa sensación de placer, sedación y cierta euforia, alivio de cualquier malestar o tensión, sequedad de boca, depresión del sistema respiratorio, estreñimiento, disminución de la temperatura corporal.	Neurológicos (encefalopatía, crisis convulsivas, pérdida de visión, disminución de sensibilidad y fuerza), digestivos (estreñimiento, obstrucción intestinal, hepatotoxicidad), endocrinos (efecto diabético, disminución del deseo sexual), en el aparato reproductor (disfunciones sexuales, amenorrea), en el aparato respiratorio (granulomas, neumopatía, depresión respiratoria), alteraciones de la nutrición (Adelgazamiento extremo), dolencias cardiovasculares
COCAÍNA (estimulante)	Euforia, excitación, disminución de la fatiga, aumento de la lucidez, aumento de la agresividad y riesgo de sobredosis	Neurológicos (convulsiones, hemorragias cerebrales, hipertermia, alucinaciones, cuadros paranoides, alteraciones del sueño, cuadros depresivos), digestivos (hepatotoxicidad), cardíacos (arritmias, cuadros de isquemia, miocarditis), en el aparato reproductor (amenorrea, disminución de la fertilidad), en el aparato respiratorio (edema de pulmón, granulomas, disfunción respiratoria)
MARIHUANA (psicodisléptico)	Sensación de calma y bienestar, euforia y desinhibición, locuacidad, alta sociabilidad, aumento del apetito, taquicardia, enrojecimiento de ojos, dificultades en los procesos mentales complejos y alteraciones de la percepción sensorial y temporal, somnolencia y depresión, confusión, letargo, estados de pánico	Crisis cardíacas, disminución de la producción de espermatozoides, alteración ciclo sexual femenino, faringitis y bronquitis crónica, bajo rendimiento intelectual, trastornos mentales (psicosis y cuadros delirantealucinatorios, pérdida de memoria, flash-back, disminución de la concentración, alucinaciones, síndrome amotivacional.
TABACO (estimulante)	Taquicardia, hipertensión	Infecciones respiratorias (faringitis, laringitis, bronquitis), enfermedades pulmonares obstructivas (bronquitis, enfisema), cáncer (boca, lengua, laringe, pulmón, etc.), úlcera de estómago y duodeno, infarto de miocardio, alteraciones vasculares periféricas, disminución de la síntesis de espermatozoides

⁸ *Ibidem*

Figura n° 31
Hoja de preguntas generadoras

- ¿Qué problemas de comunicación tienen con sus hijos?
- ¿Por qué se dan estos problemas?
- ¿Qué hacen para mejorar la comunicación con sus hijos?
- ¿Qué creen que se puede hacer?
- ¿De qué hablan con sus hijos?
- ¿De qué les gustaría hablar con ellos?
- ¿En qué momentos hablan?
- ¿Qué le reprochan sus hijos con respecto a la comunicación o a la falta de ella?
- ¿Pueden hacer algo para mejorar la situación?
- ¿Quieren hacer algo para mejorar la situación?
- ¿Escuchan a sus hijos o simplemente los oyen?
- ¿Por qué tienen peleas y discusiones en casa?
- ¿Cómo hacen las paces después de una discusión?
- ¿Creen que ustedes dan ejemplo?

Figura n°32
Imagen (puede utilizarse cualquier otra imagen)

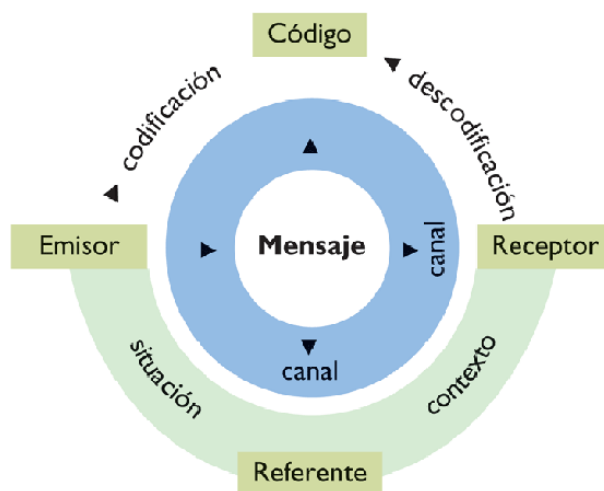


Figura n° 33
La comunicación⁹

La comunicación

Hay comunicación siempre que se transmite un mensaje. Para eso es necesario que haya al menos un emisor y un receptor que compartan un mismo código. Este código puede ser lingüístico, como el lenguaje humano, o no lingüístico, como el código de señales de los semáforos.

Los elementos de la comunicación



En un acto de comunicación cabe identificar ocho elementos:

1. El *emisor* es el ser que construye y transmite el mensaje.
2. El *receptor* es el ser que recibe e interpreta el mensaje.
3. El *mensaje* es la información que el emisor transmite al receptor.
4. El *canal* es el medio por el cual circula el mensaje.
5. El *código* es el sistema de signos con que se construye el mensaje.
6. El *referente* es la realidad externa a la que se refiere el mensaje.
7. La *situación* es el conjunto de circunstancias que rodean el acto de comunicación.
8. El *contexto* es lo que se expresa antes y después del mensaje.

⁹ Kalipedia (2009).

Figura n° 34
Hoja de ejercicio

Exponga una comunicación entre dos personas:

A:.....
.....
.....
.....
.....
.....

B:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Identifica en la comunicación anterior

—Emisor:

—Receptor:

—Mensaje:

—Canal:

—Referente:

—Situación:

—Contexto:

Figura n° 35 **Hoja de barreras de la comunicación¹⁰**

Barreras en la comunicación familiar

—Hacemos un discurso excesivamente emocional: exceso de conducta emocional durante el habla.

—Hablamos demasiado bajo o demasiado alto: no modular el tono de voz.

—Hablamos excesivamente rápido o lento: no regular el ritmo de la conversación.

—Hablamos menos de lo normal: permanecer pasivo en la conversación, sin opinar, sin preguntar, o asentir.

—Hablamos demasiado: hablar excesivamente interrumpiendo y sin escuchar lo que el otro dice.

—Adivinamos el pensamiento del otro: suponer lo que el otro va a decir o sentir.

—Hablamos negativamente: expresar con frecuencia comentarios y opiniones negativos de los demás o de las situaciones.

—Damos poca información: dar menos información de la que se considera necesaria para continuar una conversación.

—Damos información redundante: repetir información ya conocida.

—Damos respuestas cortantes: responder con insultos, malos modos o expresiones ofensivas.

—Contraatacamos: responder a una queja con otra, sin buscar solución al problema.

—Tendemos a no reconocer o dar la razón al otro: no ceder en las discusiones, no admitir ni reconocer el punto de vista de los demás.

—No especificamos: no concretar, realizar un discurso excesivamente abstracto, general o superficial.

—Desviamos el tema: introducir otros temas en la conversación que impiden profundizar en uno de ellos o alcanzar el objetivo propuesto.

—Evitamos temas de conversación: mostrar desinterés.

—Generalizamos excesivamente: referirse a hechos y comportamientos que suceden de vez en cuando como si ocurrieran continuamente.

—Hacemos afirmaciones radicales o dogmáticas: ser categórico en las afirmaciones utilizando expresiones del tipo “todo o nada”, “blanco o negro”.

—Somos pedantes: utilizar palabras complicadas o difíciles o raras.

—Respondemos insuficientemente: no responder a todo lo que se pregunta, responder con monosílabos dificultando la conversación.

—Respondemos en exceso: alargarse demasiado en las contestaciones, yendo más allá de lo que se había preguntado.

—Detallamos en exceso: explicar, clarificar o discutir detalles sin importancia.

—Interrumpimos con frecuencia: intervenir cuando el otro está hablando sin respetar su turno de palabra.

—No tenemos un lenguaje positivo: omitir alabanzas o no decir cosas agradables sobre lo que el otro dice o hace.

¹⁰Colegio San Antonio de Pauda (s.f.)

Figura n° 36
Preguntas generadoras

—¿Se ven los padres reflejados?

—¿Cuántas de estas barreras sufren?

—¿Están de acuerdo en que son barreras para la comunicación?

—¿Son evitables?

—¿Quieren evitarlas?

—¿Cuáles están dispuestos a evitar?

Figura n° 37
Ideas para el diálogo

1) La comunicación no es algo esporádico, sino un ambiente que se crea y se respira, como el oxígeno. Este ambiente comienza por el establecimiento de un auténtico encuentro con su cónyuge.

2) Para hablar se necesita tiempo. No existe un equivalente o sustituto económico del cariño, de la experiencia ni de la cercanía.

3) Tan importante como hablar es saber callar: la clave del saber escuchar está en intentar comprender el punto de vista de su hijo.

4) Reconocer que nos hemos equivocado y pedir perdón acerca de ello a las personas es un signo de madurez. No tema desandar el camino andado cuando se equivoque. Y enseñe a su hijo a hacer lo mismo.

5) Trate de escoger el momento oportuno para la discusión, los nervios no suelen ser buenos consejeros.

6) No minusvalore la importancia de los problemas de sus hijos: lo que nos hace sufrir nunca es una tontería, puesto que nos hace sufrir.

7) Huya en sus conversaciones de todo lo que pueda parecer interrogatorio intempestivo o curiosidad por la vida privada de su hijo.

8) Recuerde que su hijo es estudiante, pero no sólo estudiante, los libros abren a la vida pero, no lo olvide, la vida es mucho más grande que los libros.

9) Trate de proponer o sugerir a sus hijos metas más que imponerlas. Pero no renuncie a ofrecerle su apoyo y su exigencia. Dialogar no es ceder en su responsabilidad de padres.

10) Y procure mantener el difícil equilibrio entre la libertad y la responsabilidad.

Figura n° 38
Diálogo, negociación y resolución de conflictos¹¹
 Hoja de preparación al diálogo, la negociación y resolución de conflictos

La situación problema o conflicto: describela de manera concreta y breve	La situación es:
1. La inseguridad, ansiedad, nerviosismo, inestabilidad, temor, miedo (refiriéndote a la situación, completa por lo menos una de las frases que represente cómo experimentas la inseguridad)	Lo que me hace sentir inseguro es.... Lo que temo es... Mi instinto me dice que... Mi intuición me dice que...
Escribe una acción que puedas pedir al otro/a	Lo que podría ayudarme a sentir más seguro/a es...
2. La frustración, rabia, tristeza, bloqueo (refiriéndote a la situación completa la frase)	Lo que me frustra o bloquea de la situación es... Lo que me entristece es...
3. Explorando el querer o deseo frustrado (detrás de la frustración está escondido algo que deseas. Profundiza y busca lo que realmente estás o estabas queriendo)	Lo que quiero o quería es...
Una acción que voy a pedir al otro/a (Escribe una acción que puedes pedir al otro/a que te ayude a conseguir lo que estás queriendo)	Lo que puede ayudarme a conseguir lo que quiero es...
Agenda para el diálogo: anota dos acciones que estas dispuesto/a a pedir al otro/a y vas a llevar al diálogo.	

¹¹ Beauport, E de. (2007)

Figura n° 39 Relato¹²

Pablo fue desde pequeño un niño seductor. Inteligente, simpático, decidido e independiente. El pequeño de una familia de buenas condiciones, con dos hermanas mayores y unos padres, Lucía Hernández y Enrique López, que admiten que quizá le consintieron un poco más que a sus hermanas por eso de ser el más pequeño de la casa. A los 11 años comenzó a dar muestras de rebeldía, de no querer acatar autoridad alguna, ni profesores ni adultos en general. Empezó a ejercer de líder en su colegio, un centro privado. Arrastraba a la clase con sus ocurrencias, las contestaciones a los profesores y sus dotes de “listo”. Nada de violencias. Se hizo muy popular, una influencia que, según los profesores, no era buena para sus compañeros. En sexto de primaria lo expulsaron del colegio. Empezó en otro -privado- de donde también se tuvo que ir. Terminó en un colegio público. Vivía en los Altos Mirandinos y con 12 años se escapaba a la capital. Empezó a consumir droga: marihuana. “De todo, menos pincharme”, decía en actitud provocadora. Envalentonado y desafiante, empezó a enfrentarse a sus padres. Lo expulsaron del colegio, se iniciaron los episodios de violencia familiar. Pedía dinero, desaparecía y la familia no sabía por dónde ni con quién estaba. Después de un fin de semana sin aparecer, intentó echar abajo la puerta de la casa, golpeó con una barra las ventanas y el carro de sus padres, mientras les insultaba a gritos. Fue el primer enfrentamiento directo. El siguiente fue destrozar su habitación porque no le habían dado suficiente dinero. Su padre lo amenazó con echarlo de casa y él lo denunció en la policía. A las once de la noche se presentó con la policía, que les aconsejó, después de ver la habitación, que lo denunciaran. No lo hicieron. “Al principio siempre crees que es algo que se arreglará, no te imaginas que pueda acabar derivando en problemas tan graves. Estábamos perdidos, había sido un hijo muy deseado y no fuimos capaces de adivinar tantas dobleces en un niño pequeño”, dice Lucía.

Pablo empezó a consumir marihuana en casa y a negarse a estudiar. No quería levantarse de la cama. Lo llevaron al psiquiatra, quien dio a los padres una pauta de conducta: hacer un frente unido, no dejarse envolver por su palabrería ni sus mentiras, intentar mantener la relación con él aunque fuera costosa, que se sintiera querido, tratar de evitar que cometiera un delito o tuviera algún accidente mortal. Fue el primer cara a cara brutal con una realidad dura de admitir: no era un caso de adolescencia difícil y debían buscar ayuda. Fueron a un psicólogo, y Pablo, a otro. Poco después, a los 13 años, golpeó a su padre y empezó a zarandear a la madre repetidamente para quitarle el bolso. Quería dinero para comprar marihuana. Consumía mucho y tenía arrebatos violentos. En uno de ellos, los padres tuvieron que avisar a la policía, que se presentó con una ambulancia de psiquiatría y lo internó en un centro de desintoxicación para adolescentes. Los padres iban a visitarlo los días permitidos. Regresó a casa muy cambiado física y mentalmente, más maduro. Aprobó tercero año de secundaria. A los 15 años cumplidos amenazó a sus padres con cortarles el cuello mientras dormían, después de dejarles toda la habitación salpicada de sangre. Empezaron a tener miedo. A los 16 años se marchó de casa, buscó un trabajo y empezó a hacer una vida casi independiente. “Ahora quiere volver a casa, pero su padre le ha puesto condiciones: estudiar o trabajar y someterse al sistema familiar. Mi marido es partidario de que se independice totalmente, dice que si ya es mayor, como él asegura, lo es para todo.

¹² Aznaréz, Malén. (2007).

Figura n° 40
Preguntas generadoras

—¿Es un caso normal?

—¿Es malo pelear?

—¿Es conveniente evitar las peleas?

—¿Es normal que los padres y los hijos se lleven mal?

—¿Qué ha ocurrido en este caso?

—¿Cómo se ha llegado a esta situación?

—¿Qué podrían haber hecho los padres para evitarlo?

—¿Se podría haber evitado?

—¿El diálogo y la comunicación podría haber ayudado?

—¿Hasta qué punto son responsables los padres de esta situación?

—¿Y ahora qué?

Figura n° 41
Preguntas

Existen muchas razones por las cuales los padres les pegan a sus hijos e hijas.

—¿Por cuáles razones crees que los padres pegan a sus hijos e hijas?

—¿Cuáles son algunas maneras en que podemos liberar la energía de nuestro enojo?

—¿Por cuáles razones crees que pegar a los hijos e hijas los perjudica?

—¿Qué alternativas crees puedes utilizar para no pegarle a tus hijos e hijas?

Figura n° 42 **Respuestas (facilitador o facilitadora)¹³**

—*Los padres pegan a sus hijos debido a su historia personal.*

Muchas personas crían a sus hijos de la misma manera que ellos fueron criados, con una excepción: los que reconocen que aquellas experiencias terribles que vivieron cuando eran niños, fue debido a prácticas que no quieren repetir. Los adultos que fueron maltratados cuando eran niños tienden a repetir estos patrones cuando crían a sus propios hijos.

—*Los padres pegan a sus hijos para enseñarles a distinguir entre lo bueno y lo malo.*

Los padres suelen pegar a sus hijos porque quieren que aprendan a distinguir entre lo bueno y lo malo. En realidad una nalgada comunica a los niños no sólo que hicieron algo malo, sino que también son niños malos. Además, el pegar nunca les enseñará qué hacer, o cómo hacer lo correcto. Sólo les enseña lo que no es aceptable.

—*Los padres pegan a sus hijos como forma de castigo.*

Para muchos padres, pegar es la única forma que conocen para castigar el mal comportamiento. Si no pueden dar nalgadas, muchos padres se quedan sin otra alternativa de castigo. Cuando se menciona que se debe eliminar la nalgada como forma de castigo, los padres se atemorizan al pensar que los niños quedarán libres de hacer lo que gusten y estarán fuera de control. Muchos estudios indican que esto no es lo que sucede. Otros métodos de disciplina funcionan mucho mejor.

—*Los padres pegan a sus hijos como un acto de amor.*

Muchos padres sienten que pegar a sus hijos es un acto de amor que nace de la profunda preocupación que tienen sobre su bienestar. Estos padres les dicen a sus hijos cuánto los aman mientras les están pegando. Si se continúan estas interacciones a través de la niñez, los niños aprenden que las personas que los aman también son personas que los pueden lastimar. Cuando sean mayores, ellos podrían tender a involucrarse en relaciones donde hay abuso.

—*Los padres pegan a sus hijos cuando están enojados.*

Los padres que pierden el control son los que tienen mayor probabilidad de lastimar severamente a sus hijos, en comparación con los padres que saben manejar su enojo. La clave para manejar nuestro enojo es tenerlo siempre bajo control, hallando alternativas para liberar la energía del enojo.

—*Los padres pegan a sus hijos para enseñarles a respetar.*

Los padres demandan que sus hijos los traten con respeto, sin embargo utilizan la violencia para reforzar sus demandas. No importa en qué forma uno lo analice, la violencia es una práctica sumamente irrespetuosa y nunca podrá servir como ejemplo de respeto, sino como ejemplo de temor e intimidación. Lo que sí aprenden los niños es que la violencia es una forma de conseguir que los demás hagan lo que uno desea que hagan.

—*Los padres pegan a sus hijos basados en las escrituras religiosas.*

“Deje la vara, y se malcría el niño” es la frase más mal usada y mal interpretada en la literatura. Muchos padres les pegan a sus hijos basados en la creencia de que Dios sanciona la violencia hacia los niños. La vara es interpretada a veces como un bastón, un símbolo de poder, no de violencia. La vara también significa un cayado, un bastón con el extremo curvado usado por los pastores para guiar y dirigir las ovejas. Muchos miembros del clero prefieren el guiar como la interpretación, porque creen que los niños necesitan ser guiados, no maltratados.

¹³ Family Development Resources Inc. (2009)

—*Los padres pegan a sus hijos porque es una práctica en la cultura.*

Mucha gente cree que pegar a los niños es una de las formas que usan los padres para expresar su identidad cultural. Todos los padres, ya sean de razas y culturas diferentes, creen que el golpear es algo único en su cultura. El pegar es tan común a través de las sociedades que pegar a los niños es más una práctica socializada que cultural.

—*Los padres pegan a sus niños para prepararlos para la vida real.*

Debido a que la violencia se ha vuelto algo tan común, muchos padres sienten que tienen que preparar a los hijos para la violencia del mundo real haciéndolos duros. Entonces, los padres pegan a los niños para prepararlos para que así puedan enfrentarse al mundo violento en que van a vivir. La verdad es que el mundo real de un niño durante el período de desarrollo, no queda fuera de su hogar sino dentro de sí mismo.

—*¿Por qué se perjudican los niños cuando se les pega?*

1. Los padres se convierten en personas temidas y en quienes los niños no confiarán.

2. Pegar a los niños por amor distorsiona totalmente la definición de lo que es una relación cercana.

—*Pegar a los niños: ¿por qué es difícil dejar de hacerlo?*

Es difícil dejar un hábito, ya sea bueno o malo. Pegar a los hijos es un hábito de la crianza que aparenta ser correcto, aunque no nos sentimos necesariamente bien, después de haberlo hecho. Entonces ¿por qué continúa una costumbre que nadie cree en realidad que es buena?

—*“Yo les doy nalgadas a mis hijos, pero no los maltrato.”*

Dar nalgadas es pegar al niño en el trasero con la mano o con un objeto. Abofetear, cachetear, o dar puñetazos es pegar al niño en la cara o en la mano u otra parte del cuerpo con la mano. Dar una paliza o una fuetera es golpear a un niño por todo el cuerpo con algún objeto. Entonces, la realidad es que, si le das nalgadas a tu hijo, le estás pegando.

Pegar a un niño, así se le llame una nalgada, un “pao pao”, una pela, una paliza, un estate-quieto, dar chancleta, un chicote, una palmada, una bofetada, o la disciplina con amor, aún sigue siendo violencia. El problema que hay con tener este razonamiento es que los niños aprenderán a pegar a otros y lo justificarán creyendo que de hecho no están pegando.

—*“Merecí que me pegaran cuando era niño/a.”*

Resulta difícil para los adultos creer que cuando eran niños no merecían la nalgada. Después de todo, si nos portamos mal, se nos debería haber castigado, ¿no? Castigado sí, pero pegado, no. Existe una gran diferencia. Cuando se le pega al cuerpo humano, se le comunica al niño que ellos son malos, inútiles, inaceptables, inapropiados, etc. Cuando se castiga usando otras alternativas de disciplina sin pegar, estás comunicando al niño que lo que ellos hicieron estuvo mal, inútil, inaceptable, etcétera.

—*“Esto lo hago porque te quiero.”*

Pegarle a alguien por cariño es una tremenda forma de demostrar el amor. Si se investiga la palabra “amor” en el diccionario no se verá dolor, lastimar, violencia o crueldad en su definición. El amor es respeto, cercanía, intimidad, espiritualidad, pertenencia, apego, pero NO es violencia.

Cómo disciplinar sin pegar

Alternativas

Existen muchas alternativas de disciplina sin tener que pegar a los niños. Aquí ofrecemos algunas alternativas que los padres pueden usar para disciplinar a sus hijos.

Un privilegio es un derecho otorgado por los padres. Los privilegios pueden incluir ver televisión, jugar con algún juguete en la casa, etc. Si un niño maltrata algún objeto o abusa de algún privilegio, lo pierde por algún tiempo. *Quite algún juguete o un privilegio* sólo cuando el niño lo usa en forma descuidada; por ejemplo si el niño va por la calle con su bicicleta, entonces su padre o madre puede quitarle el uso de la bicicleta por un día.

Cuando un niño sigue repitiendo un comportamiento del cual sus padres no aprueban, un castigo apropiado es que él *permanezca dentro* del patio o de la casa. Cuando los padres castigan a los niños de esta manera, este castigo debe ser justo según la gravedad de la falta. No sería adecuado castigarlo de esta forma mucho tiempo. Esta clase de castigo no debería durar más de una semana. En cambio debe durar un día o dos, y después los niños deben recibir la oportunidad de seguir las normas.

La desilusión de los padres es una declaración sencilla que expresa la desilusión que se siente al ver el comportamiento que su hijo ha elegido. . Un ejemplo del uso de la desilusión de los padres es: "Hijo, quiero que sepas que estoy muy desilusionado al ver que decidiste pegarle a tu hermano, estoy seguro de que, la próxima vez que te enojas, no le pegarás a tu hermano sino que le dirás que no te quite tus juguetes". Si el comportamiento sigue ocurriendo, el padre o la madre quizás tendrán que decirle a su hijo que perderá un privilegio o tendrá que tomar un tiempo tranquilo.

La restitución quiere decir que existe un cobro o consecuencia lógica como resultado de un mal comportamiento específico. La meta de la restitución es convertir algo malo en algo bueno. Si los niños eligen pintar en las paredes, el cobro será limpiar la pared. Si el problema es que quita lo ajeno, la restitución es devolver lo quitado.

Ignorar es una manera usada por los padres para comunicar su reprobación de ciertos comportamientos, y si no ponen atención cuando ocurre la conducta no deseada ni con palabras ni tampoco con acciones. Es más apropiado emplear la técnica de ignorar cuando ocurren comportamientos irritantes que no causan daño, como cuando los niños hacen mala cara o lloriquean. Cuando los padres le prestan atención al comportamiento no deseado, de hecho alientan al niño a continuarlo. Los padres deben elogiar el comportamiento que desean ver más; e ignorar el comportamiento que no desean ver. No se debe ignorar cualquier comportamiento dañino tanto hacia sí mismo como hacia los demás, ni cualquier comportamiento que aumente el riesgo del daño físico hacia el niño o hacia otros niños, ni tampoco aquellos comportamientos que dañan o destruyen la propiedad.

La reorientación es una técnica que ayuda a los niños a aprender a portarse bien. Hay dos tipos de reorientación: física y verbal. Cuando se usa la reorientación física se aleja al niño de las actividades peligrosas sustituyéndolas por actividades más apropiadas. Cuando se usa la reorientación verbal se dice a los niños qué es apropiado y qué es inapropiado. Por ejemplo, si un niño está jugando con un tomacorriente, su padre o madre lo puede mover físicamente a un área más segura, y darle otra cosa con que jugar. La reorientación física y verbal funciona mejor cuando se utilizan en combinación.

El tiempo tranquilo es el aislamiento de un niño separándolo de los demás cuando éste decide actuar en forma inapropiada. Esta técnica le hace saber a los niños que, cuando deciden portarse en forma inapropiada, ellos tendrán que estar a solas por un rato, sentados en silencio. El tiempo tranquilo nunca se debe usar por mucho tiempo, y los niños deben tener un lugar seguro y callado donde se puedan sentar, no en el sótano o un guardarropas (ropero). La duración apropiada del tiempo tranquilo de un niño es un minuto por cada año de su edad. Por ejemplo, un niño de 3 años recibirá tres minutos. El tiempo tranquilo nunca se debe usar con niños menores de dos años.

Figura n° 43
Hoja de planificación

Instrucciones: Planificar las actividades que tengas que hacer esta semana. Escribe las actividades que tengas que llevar a cabo y señala el intervalo de tiempo que le vas a destinar. Anota también de 0 a 5 el esfuerzo que cada una de ellas implica, siendo: 0 = Nada de esfuerzo, 1 = Mínimo esfuerzo, 2 = Esfuerzo moderado, 3 = Esfuerzo normal, 4 = Buen esfuerzo, 5 = Máximo esfuerzo.

	L	M	X	J	V	S	D
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

Figura n° 44 **Técnicas de administración del tiempo**

I. Identificar las actividades que se realizan

Esto se puede hacer mediante auto-registros. También se puede realizar una *lista de objetivos* (actividades que se quieren realizar). Los objetivos deben ser realistas y tienen que estar definidos objetivamente.

II. Establecer prioridades

- a) A corto plazo (a 1 semana)
- b) A medio plazo (a 3 meses)
- c) A largo plazo (a partir de 3 meses).

III. Desglosar objetivos:

Dividir los objetivos en pasos a realizar (sub-metas).

IV. Técnicas para ganar tiempo:

(a) Reglas obligatorias para ganar tiempo:

- Aprender a decir “no” a los objetivos no prioritarios.
- Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios.
- Incluir en el horario tiempo para imprevistos e interrupciones.
- Destinar distintos momentos del día a descansar.

(b) Reglas opcionales para ganar tiempo:

- Delegar en otro las tareas no prioritarias.
- Evitar lo que pueda distraer el realizar las tareas prioritarias.
- Reducir actividades improductivas.
- Levantarse media o una hora antes.
- Olvidar perfeccionismos: sólo hacer las cosas.
- Aprender a hacer dos cosas a la vez (tareas automáticas).

V. Toma de decisiones:

Después de habernos administrado el tiempo, lo que tenemos que hacer es:

- Señalar la fecha en que se realizará lo decidido.
- Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos.
- Aumentar la resistencia a la acción (exagerar las tareas que interfieren hasta el aburrimiento).
- Utilizar normas automáticas para decidir en situaciones poco importantes.
- Aprender de tareas fáciles (graduación y pasos en las tareas).
- Acabar las tareas.

Figura n° 45
¿Qué le gusta a mi hijo o hija?

A mi hijo o hija le gusta	Coincidencias

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación se planteó como objetivo el diseño de un programa de prevención dirigido a la atención del consumo de drogas en adolescentes, para ser aplicado en el ámbito educativo. Intentábamos avanzar en las estrategias que permitan atender de forma específica y eficiente la problemática del consumo de drogas en dos instituciones escolares de San Antonio de los Altos, ya que esta situación genera un conjunto de afecciones y deterioro personal, social y un gasto social considerable para la sociedad y el Estado.

En el país se han llevado a cabo algunas acciones que buscan atender la problemática de drogodependencia y producir cambios duraderos en el tiempo. Las instituciones gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales se han planteando como principio la atención; son pocas las instancias que han elegido la prevención como la alternativa que mayores frutos pueda ofrecer. Sin embargo, aunque estas acciones se están desarrollando y se está avanzado en la implementación de programas que sean más completos, el consumo de drogas continúa incrementándose con la misma intensidad. Según las investigaciones realizadas, los datos siguen sin sufrir mayor cambio en cuanto a la reducción del problema; asimismo no se han hecho estudios a profundidad que den cuenta de las variables más influyentes para el inicio o mantenimiento del consumo de drogas en los y las adolescentes. Por otra parte, las instituciones que brindan atención a los y las adolescentes que se inician en el consumo y lo mantienen en el tiempo, además del gasto que precisan en recurso material y humano, cada año observan la reincidencia de ellos y ellas en el consumo, aunado a las nuevas situaciones de consumo que cada año buscan ayuda para salir del mismo.

Los reales resultados frente al problema, a partir de la atención de los y las adolescentes cuando ya se ha iniciado el consumo, es decir, cuando ya se ha pasado por la fase de experimentación, no son los más alentadores y expresan poca efectividad en el cumplimiento de los resultados.

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como referencia un grupo de adolescentes estudiantes de los colegios “Dr. José Manuel Siso Martínez” y “Luis Eduardo Egui Arocha”, ubicados en San Antonio de los Altos, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. A partir de esta muestra se diseña un programa de prevención escolar, teniendo como base el enfoque de factores de riesgo y protección. El estudio sobre la prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas de carácter lícito e ilícito en la población antes mencionada nos permitió reafirmar la selección de las variables más influyentes en el uso/abuso de drogas que están establecidas por la teoría de los factores de riesgo y protección. Existen un conjunto de aspectos psicosociales que son planteados en investigaciones anteriores que se consideran importantes para que la ejecución del programa pueda aportar resultados duraderos en el tiempo. Estos aspectos se encuentran relacionados con la presión de pares, resolución de conflictos, los cuales han demostrado su importancia para la prevención en el consumo de drogas. Se incluyen tanto parámetros sociales como biológico-evolutivos, ya que están dirigidos a la población adolescente y a los profesores, padres, madres y representantes de adolescentes. Se considera un programa de prevención distinto, ya que se diseñó a partir de los resultados obtenidos por una investigación teórica y fue ratificado por un estudio empírico que permitió darle estructura desde las necesidades reales de la población a la que posteriormente irá dirigido.

El programa de prevención cuenta con un conjunto de elementos que en experiencias anteriores han ofrecido una mayor eficiencia y efectividad, los cuales tienen que ver con la utilización del enfoque de factores de

riesgo/protección. Es un programa que se conforma por un conjunto de parámetros dirigidos a la población adolescente; asimismo, se considera el proceso de cambios que los y las adolescentes están viviendo en esa etapa. Se emplea una metodología que busca estimular la participación activa, analítica y reflexiva de los participantes, lo que hace más productivo el trabajo. Por ende, la prevención brinda herramientas a los y las adolescentes y a sus padres, madres y representantes para afrontar diversas situaciones de riesgo.

El trabajo investigativo buscaba identificar los factores más influyentes en el inicio del consumo de las diversas drogas (marihuana, cocaína, cigarrillos, alcohol, chimó, éxtasis, crack, bazuco, heroína y anfetaminas), la frecuencia de consumo y un conjunto de características que permitiera identificar factores de riesgo o de protección para la población adolescente de los dos colegios atendidos. Para posteriormente confirmar los elementos más potenciales a ser incluidos en el programa de prevención.

Los resultados obtenidos confirmaron la necesidad de un programa de prevención que se implemente desde las escuelas y que pueda atender los aspectos más importantes: el trabajo con las familias para que éstas no se conviertan en factores de riesgo; ofrecer herramientas a los y las adolescentes para afrontar la presión de grupos para que no se inicien en el consumo; lograr que todos los involucrados en la acción educadora o formadora estén capacitados para prevenir el consumo de drogas, entre otros.

Cada módulo del programa de prevención está sustentado en los resultados que se alcanzaron en este estudio. Un primer módulo —“Pasos a la prevención desde la escuela”— está dirigido a las y los profesores, y se centra en la importancia de la prevención y en las formas de prevenir, entendiendo que en ambos colegios no hay acciones dirigidas en este

sentido. Un segundo módulo —“Pasos jóvenes hacia una vida sana”— va dirigido a los y las estudiantes y en él se trabajan las habilidades sociales, la toma de decisiones y el conocimiento de las drogas. Un tercer módulo dirigido a los padres, madres y representantes —“Pasos hacia la convivencia en familia”— se diseñó con la intención de promover una escuela para padres en cada colegio, la cual funcione de forma permanente y permita, además de formar a los padres, madres y representantes, involucrarlos en el proceso de formación de sus hijos. Este módulo cuenta con estrategias para la formación en comunicación, diálogo, resolución de conflictos, formas de corregir conductas e información sobre drogas.

El cuarto módulo —“Pasos que accionan la prevención”— está dirigido a todos los involucrados en la formación y educación de los niños, niñas y adolescentes y busca desarrollar proyectos atractivos para los jóvenes y que los involucren en actividades extraacadémicas que sean a la par divertidas y educativas y que sean promovidas por el colegio; este módulo incluye dos proyectos: “La radio en el colegio” y “Veamos cine en el colegio”, y varias propuestas de actividades que se pueden desarrollar a lo largo del año académico.

La aplicación de este programa de prevención de forma continua puede traducirse en la reducción del número de adolescentes que se inician en el consumo de drogas. Asimismo, ayudará a prevenir a los y las estudiantes que nunca han consumido a que se inicien en el consumo; y para aquellos que se encuentran en consumo se dirigirán esfuerzos para que tomen conciencia y busquen ayuda para la desintoxicación y posterior abstinencia del consumo. Es necesario que luego de la aplicación de este programa de prevención se realicen evaluaciones a corto, mediano y largo plazo, que permitan conocer los resultados arrojados por su ejecución. Estas evaluaciones se consideran necesarias porque posibilitan introducir correctivos que mejoren los resultados.

Cabe destacar que este tipo de programas debe ser implementado por profesionales que tengan conocimientos en planificación y dinamización de procesos locales y familiares, ya que deberán realizar la planificación general y específica para su ejecución y poseer las herramientas que respondan a las inquietudes y situaciones que se presenten durante el desarrollo del programa. De la misma forma, los profesionales encargados deben tener conocimiento en la evaluación y diseño de programas, ya que luego de la ejecución y seguimiento del programa deben realizar la evaluación y los cambios que consideren necesarios para que sea cada vez más eficiente.

Es importante mencionar que pueden presentarse situaciones que limitan la ejecución y eficiencia de este programa, que pueden estar relacionadas con la apatía o desinterés de los involucrados en la implementación del mismo, los docentes, los estudiantes y los padres, madres y representantes. Otro aspecto está relacionado con la falta de recursos económicos y materiales, que aunque son pocas las necesidades en este aspecto, puede afectar la ejecución. La falta de equipo multidisciplinario en los colegios es una gran limitación para su ejecución ya que como se indicó en la investigación se requiere personal capacitado para darle respuesta a las situaciones que puedan presentarse en la implementación, además de la planificación, seguimiento y rediseño –de ser necesario– del programa para obtener mejores resultados. La presencia de alguno de estos factores u otros que se presentes en el desarrollo del programa de prevención pueden resultar en la ineficiencia del mismo y en el no cumplimiento de los objetivos.

La prevención es la mejor estrategia para luchar contra las drogas, por lo que el diseño de programas de prevención que tengan como base la realidad de la población a la que irá dirigido y su aplicación permanente puede ofrecer avances en la disminución del consumo por parte de los niños, niñas y adolescentes, y con el pasar del tiempo se convertirá en una acción

común y todos y todas se convertirán en factores de prevención sin tener que formarse con talleres especiales, ya que la formación e información será parte de la educación básica. Es hacia esa realidad a donde debemos dirigirnos y en la actualidad unir los esfuerzos por implementar programas de prevención y concienciar a los colegios de la necesidad de incluirlos como base de la formación de los jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, D. (Coord.)(1996). Actuar es posible: La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. España: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Alfonso, j., Huedo, T. y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología* [Revista en línea]. Disponible: <http://www.um.es/analesps/preprints/09-17-preprint.pdf> [Consulta: 2009, Septiembre 11]
- Baño, M. (2002). Epidemiología del consumo de Cábnnabis en jóvenes y adolescentes. En Guía Básica sobre los Cannabinoides (pp. 135-143). España: Sociedad española de Investigación sobre Cannabinoides.
- Beauport, E de. (2007). Modelo de diálogo, negociación y resolución de conflictos. Caracas: Instituto MEAD de Venezuela.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica, Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica, Plan Nacional sobre Drogas.
- Bolaños, C. (2008). Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas [Documento en línea]. Disponible: <http://www.cij.gob.mx/paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevencion/InvPreventiva/teoriasmodelos.asp>. [Consulta: 2009, Agosto 8]
- Bueno Cañigral, F. (2004). Manual didáctico para la escuela de padres. España: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Clayton, R. (1992). Transiciones en el uso de drogas: Riesgo y factores de protección. Vulnerabilidad al consumo de drogas. México: Asociación Americana de Psicólogos.

- Colegio San Antonio de Pauda (s.f.). Escuela de padres y madres: Un espacio de convivencia [Documento en línea]. Disponible: http://www.sanantoniocolegio.com/60re/00/7/1/01imag/10dossier_01.doc [Consulta: 2009, Marzo 20]
- Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas. (2000). Estadísticas Consumo de Drogas en Venezuela: Año 2000. Caracas: Observatorio Venezolano de Drogas.
- Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas. (2003). Estadísticas Consumo de Drogas en Venezuela: Año 2003. Caracas: Observatorio Venezolano de Drogas.
- Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas. (2004). Estadísticas Consumo de Drogas en Venezuela: Año 2004. Caracas: Observatorio Venezolano de Drogas.
- Confraternidad Narcóticos Anónimos. (2009). Quién, qué, cómo y por qué [Documento en línea]. Disponible: http://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/cs/CS_3101.pdf [Consulta: 2009, Febrero 28]
- Díaz Fernández, R y Berdejo, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-178.
- Espada, J., Antón, F. y Torregrosa, M. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y Drogas*, 8(2), 137-155.
- Espig, H., Navarro, M., Romaguera, F. y Cerró, E. (2009). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a escuelas de Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo (Sede Carabobo). *Salus Online* [Revista en línea], 13-1, 44-56. Disponible: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/consumo_alcohol_est_uc.pdf [Consulta: 2009, Marzo 20]
- Family Development Resources Inc. (2009). Versión comunitaria del programa de crianza con cariño. EEUU.
- Fundación José Félix Ribas. (2008). Estadísticas 2007 [Datos en línea]. Disponible: http://www.fundaribas.gob.ve/download/cdt_197.pdf [Consulta: 2008, Marzo 3]

- Fundación José Félix Ribas. (2009). [Página Web en línea]. Disponible: <http://www.fundaribas.gob.ve/> [Consulta: 2009, febrero 25]
- García, G. (1993). La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de droga. *Psiquis*, 14(4), 39-45. España: Madrid.
- Guía sobre Drogas. (2007). España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Hogares Crea de Venezuela. (2006). Características de los Aspirantes a Tratamiento que Acuden a Hogares Crea de Venezuela [Datos en línea]. Disponible: <http://www.hogarescrea.org/> [Consulta: 2006, Julio 8]
- Hogares Crea de Venezuela. (2007). Características de los Aspirantes a Tratamiento que Acuden a Hogares Crea de Venezuela [Datos en línea]. Disponible: <http://www.hogarescrea.org/> [Consulta: 2008, Marzo 23]
- Hogares Crea de Venezuela. (2009). [Página Web en línea]. Disponible: <http://www.hogarescrea.org/> [Consulta: 2009, Febrero 25]
- Kramer, J. F y Cameron, D. C. (1975). Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra: OSM
- Kumate, J. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos [Documento en línea]. Centro de Documentación Institucional de la Secretaria de Salud, México. Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602pers.pdf> [Consulta: 2009, Abril 25]
- Kalipedia. (2009). [Pagina Web en línea]. Disponible: http://ve.kalipedia.com/lengua-castellana/tema/acto-comunicacion.html?x=20070417klplyllec_3.Kes&ap=5 [Consulta: 2009, Marzo 15]
- Laveda, José. (2001). El estrés. ¿Qué es?, ¿por qué se produce? y ¿cómo se trata? Los síntomas. La influencia de la presión ambiental. Educar en el 2000 [Revista en línea], 12-16. Disponible: <http://www.educarm.com/templates/portal/images/ficheros/revistaEducar/3/rp03.pdf> [Consulta: 2009, Marzo 19]
- Lerner, J; Vicary, J. (1984). Dificultades de temperamento y uso de drogas: Análisis desde el estudio longitudinal de Nueva York. *Journal of Drug Education*, 14, 1-8. Estados Unidos

- Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (1993). Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 4636 (Extraordinario), Septiembre 30, 1993
- Ley Orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes. (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5859 (Extraordinario), Diciembre 10, 2007
- Macia Antón, D. (2005). Las drogas: conocer y educar para prevenir. Madrid, España: Pirámide
- Marcuello, Ángel. (s.f.). La Toma de Decisiones: Un método para resolver problemas de forma autónoma y responsable [Documento en línea]. Disponible: http://www.psicologia-online.com/autoayuda/asertividad/toma_de_decisiones.shtml [Consulta: 2009, Abril 05]
- Martínez Lorca, M. y Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158
- Matute, H. (2007, febrero). Prevención del consumo de drogas [Grabación en casete del Foro ofrecido en la Universidad Católica Andrés Bello, Caracas]
- Matute, H. (2009, Abril). *LOPNNA, Educación y Drogas [Grabación en casete del Evento N° 37 de la Cátedra Libre Antidrogas en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, caracas]*
- Mayor, J. y Labrador, F. (1984). Manual de Modificación de Conducta. Madrid, España: Alhambra
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. En Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuesta de actuación (pp. 108-129). España: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior
- Moreno, K. (Coord.)(2005). Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención. México: Centro de Integración Juvenil, C.A
- Muñoz García, J. (2004). *Factores de Riesgo y Protección de la Conducta Antisocial en Adolescente*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 31(1), 21-37

- Muñoz, R. (1999). Efecto de los factores biológico-evolutivos en el consumo de sustancias adictivas en adolescentes. *Revista Psicopatología de la Universidad de la Rioja*, 19(4), 129-135
- Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. (2007, Noviembre). Informe Mundial sobre las Drogas: 2007. Viena: Autor
- Oficina Nacional Antidrogas. (2006). Estadísticas Consumo de Drogas en Venezuela: Año 2005. Caracas: Observatorio Venezolano de Drogas
- Oficina Nacional Antidrogas. (2007). Estadísticas Consumo de Drogas en Venezuela: Año 2006. Caracas: Observatorio Venezolano de Drogas
- Oficina Nacional Antidrogas. (2008). Estadísticas del consumo de Drogas en pacientes que asisten a centros de tratamiento y rehabilitación: Año 2007. Caracas: Observatorio Venezolano de Drogas
- Oficina Nacional Antidrogas. (2009, Junio). [Página Web en línea]. Disponible:
<http://www.ona.gob.ve/Prevencion/.../LineamientosDesarrolloProgramas/LineamientoPrevencion01.pdf>
- Pacheco, J. (2005). *Análisis estadístico de los datos relacionados con Consumo de drogas en Venezuela Año 2005*. Caracas: Oficina Nacional Antidrogas
- Pons D., J y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica, Plan Nacional sobre Drogas/Obra Social Caja Madrid
- Psicoactiva. (2009). [Página Web en línea] Disponible:
<http://www.psicoactiva.com/drogas.htm> [Consulta: 2009, Marzo 3]
- Puente, F. (1999). Escuela de Padres: urgencia y renovación [Documento en línea]. *Padres y Maestros*, 246(1). Disponible:
http://www.educadormarista.com/Padres/escuela_de_padres_urgencia_y_renovacion.htm [Consulta: 2009, Marzo 5]
- Universidad Simón Bolívar y Oficina Nacional Antidrogas. (2006, Noviembre). *Estimación de la magnitud del uso de sustancias psicoactivas, patrones de consumo y variables que condicionan dicho consumo entre la población escolar en los centros de enseñanza secundaria [Folleto]*. Caracas: Autor

- Ramos, R. (1999). Prometeo y las flores del mal: el problema del riesgo en la sociología contemporánea". En R. Ramos y F. G^a Selgas (ed.) Globalización, riesgo y reflexividad: Tres temas de la teoría social contemporánea (pp. 249-274). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas
- Roiz Celix, M. (1996). Técnicas modernas de persuasión. España: Pirámide
- Rondón, E. (2007, Junio 29). Renacer inaugurará un nuevo hogar en Caracas. Diario El Mundo
- Rooney, J.F. y Villahoz, J. (1994). Análisis multivariable sobre las actitudes e influencias sociales relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en una población de estudiantes de E.G.B. y EE.MM. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(1), 15-38
- Staffolani, M. (2003). ¿Prevenir el consumo? O ¿Disciplinar al sujeto? Margen: Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales [Revista en línea], 30. Disponible: <http://www.margen.org/suscri/margen30/staffo.html> [Consulta: 2009, Febrero 28]
- Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Escuela de Trabajo Social. (1994). Reforma Curricular para la escuela de Trabajo Social. Caracas: Escuela de Trabajo Social

ANEXO A

**ENCUESTA APLICADA A ADOLESCENTES PARA CONOCER LOS
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN QUE INFLUYEN EN EL
USO/ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS LÍCITAS E ILÍCITAS**



Esta encuesta es de carácter anónimo y de auto-llenado. Se realiza con la intención de adquirir datos que permitan analizar los factores de riesgo y protección en cuanto al consumo de drogas lícitas e ilícitas existentes en el liceo _____ para los adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. Resulta importante que sea respondida con la mayor sinceridad, ya que de esta forma los resultados obtenidos podrán dar paso al diseño de un plan de prevención del consumo de drogas en esta institución. Los resultados de la misma son de consumo personal para el equipo investigador y con los fines antes mencionados.

1. Completa los datos que se enuncian en el primer recuadro.
2. Marca con una X las respuestas con la que te identifiques o consideres correcta.

Sexo M ___ F ___ Edad ___ Grado que Cursa ___

1.- ¿Consumes Alcohol?

Si ___ No ___

1.1.- ¿Cuándo probaste por primera vez el Alcohol qué grado cursabas?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Antes de 7º | <input type="radio"/> En 9º |
| <input type="radio"/> En 7º | <input type="radio"/> En 4to |
| <input type="radio"/> En 8º | <input type="radio"/> En 5to |

1.2.- ¿Cuántas veces lo consumes?

- Todos los días
- 1 Vez por semana
- Esporádicamente
- Sólo en Fiestas

2.- ¿Hay dentro del centro donde estudias alguna propaganda dirigida a prevenir el consumo de alcohol?

Si ___ No ___

3.- ¿Hay cerca del centro donde estudias algún establecimiento comercial que venda alcohol?

Si ___ No ___

4.- ¿Consumes Cigarros?

Si ___ No ___

4.1.- Cuando probaste por primera vez el cigarro ¿Qué grado cursabas?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Antes de 7º | <input type="radio"/> En 9º |
| <input type="radio"/> En 7º | <input type="radio"/> En 4to |
| <input type="radio"/> En 8º | <input type="radio"/> En 5to |

4.2.- ¿Cuántas veces lo consumes?

- Todos los días
- 1 Vez por semana
- Esporádicamente
- Sólo en Fiestas

5.- ¿Hay dentro del centro donde estudias alguna propaganda dirigida a prevenir el consumo de cigarrillos?

Si ___ No ___

6.- ¿Hay cerca del centro donde estudias algún establecimiento comercial que venda cigarrillos?

Si ___ No ___

7.- ¿Conoces de alguien que consuma Alcohol?

Si ___ No ___

7.1.- Menciona de tu entorno a quién conoces que consuma Alcohol

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Papá | <input type="radio"/> Vecinos |
| <input type="radio"/> Mamá | <input type="radio"/> Familiares |
| <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Amigos |

8.- ¿Conoces de alguien que consuma Cigarros?

Si ___ No ___

8.1 Menciona de tu entorno a quién conoces que consuma Cigarros

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Papá | <input type="radio"/> Vecinos | <input type="radio"/> Amigos |
| <input type="radio"/> Mamá | <input type="radio"/> Familiares | <input type="radio"/> Hermanos |



- 9.- ¿Sabes que son las Drogas? Si _____ No _____
- 10.- ¿Sabías que el Cigarro y el Alcohol son drogas?
Si _____ No _____
- 11.- ¿Has tenido algún contacto con alguna droga? Si _____ No _____
- 12.- ¿Qué Drogas conoces?
- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Marihuana | <input type="radio"/> Heroína | <input type="radio"/> Anfetaminas |
| <input type="radio"/> Cocaína | <input type="radio"/> Bazuco | <input type="radio"/> Chimo |
| <input type="radio"/> Crack | <input type="radio"/> Éxtasis | <input type="radio"/> Ninguna |
| | | <input type="radio"/> Otras _____ |
- 13.- ¿Has probado alguna droga?: Si _____ No _____
- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Marihuana | <input type="radio"/> Heroína | <input type="radio"/> Anfetaminas |
| <input type="radio"/> Cocaína | <input type="radio"/> Bazuco | <input type="radio"/> Chimo |
| <input type="radio"/> Crack | <input type="radio"/> Éxtasis | <input type="radio"/> Otras _____ |
- 13.1.- De ser positiva tu respuesta, ¿a qué edad consumiste droga por primera vez?
- Menos de 8 años
 - 9 y 12 años
 - 13 y 15 años
 - 16 y 17 años
- 13.2.- ¿Cuál fue la primera droga que consumiste?:
- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Marihuana | <input type="radio"/> Heroína | <input type="radio"/> Anfetaminas |
| <input type="radio"/> Cocaína | <input type="radio"/> Bazuco | <input type="radio"/> Chimo |
| <input type="radio"/> Crack | <input type="radio"/> Éxtasis | <input type="radio"/> Otras _____ |
- 13.3.- ¿Cuál fue la segunda droga que consumiste?:
- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Marihuana | <input type="radio"/> Heroína | <input type="radio"/> Anfetaminas |
| <input type="radio"/> Cocaína | <input type="radio"/> Bazuco | <input type="radio"/> Chimo |
| <input type="radio"/> Crack | <input type="radio"/> Éxtasis | <input type="radio"/> Ninguna |
| | | <input type="radio"/> Otras _____ |
- 13.4.- ¿Cómo conociste las drogas?:
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> En clases | <input type="radio"/> Por Amigos de la comunidad |
| <input type="radio"/> Con amigos del Liceo | <input type="radio"/> Por otros amigos |
| <input type="radio"/> Por algún Familiar | <input type="radio"/> En una fiesta |
| <input type="radio"/> Por interés propio | <input type="radio"/> Otro: _____ |
- 13.5.- ¿Con que frecuencia consumes?:
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 sola vez | <input type="radio"/> 1 mes |
| <input type="radio"/> Varias veces | <input type="radio"/> 1 año |
| <input type="radio"/> 1 semana | <input type="radio"/> Varios meses |
- 14.- ¿Conoces de alguien que venda drogas?
Si _____ No _____
- 15.- ¿Alguna vez te han ofrecido drogas?
Si _____ No _____
- 15.1.- De ser positiva tu respuesta: ¿De dónde es la persona?
- Cerca de la Casa
 - Cerca del Liceo
 - En otro Lugar
- 16.- ¿Conoces de alguien que consuma drogas?:
Si _____ No _____
- 16.1.- De ser positiva tu respuesta: ¿Quién es?
- | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Un Amigo | <input type="radio"/> Un Hermano | <input type="radio"/> Un Vecino |
| | <input type="radio"/> Un Compañero de Clases | <input type="radio"/> Un familiar |
| | <input type="radio"/> Papá o Mamá | |



17.- ¿Has visto a alguien consumiendo drogas?:

Si ___ No ___

17.1.- De ser positiva tu respuesta: ¿Quién es?

- Un Amigo
- Un Vecino
- Un familiar
- Un Hermano
- Un Compañero de Clases
- Papá o Mamá

18.- ¿Has visto a alguien comprando o vendiendo drogas?:

Si ___ No ___

18.1.- De ser positiva tu respuesta: ¿Quién es?

- Un Amigo
- Un Vecino
- Un familiar
- Un Hermano
- Un Compañero de Clases
- Papá o Mamá

19.- ¿Conoces los efectos de las drogas en el organismo?

Si ___ No ___

20.- ¿Crees que es importante conocer los efectos de las drogas en el organismo?

Si ___ No ___

21.- Consideras que el consumo de drogas es un problema:

- Individual
- Social
- Comunal
- Familiar

22.- ¿Crees que dentro de tu centro de estudios hay drogas?

Si ___ No ___

23.- ¿Crees que dentro de tu centro de estudios hay distribución de drogas?

Si ___ No ___

24.- ¿Crees que dentro de tu centro de estudios hay consumo de drogas?

Si ___ No ___

25.- ¿Tú familia conoce sobre las drogas?

Si ___ No ___

26.- ¿Habla algún familiar contigo sobre las drogas y sus efectos?

Si ___ No ___

26.1.- De ser positiva tu respuesta anterior:

¿Crees que lo que habla tu familia contigo sobre las drogas, se acerca a la realidad?

Si ___ No ___ Solo algunas Cosas ___

27.- ¿Conoces de alguna acción desarrollada desde el Gobierno Nacional dirigida a que conozcas los efectos de las drogas y a prevenir su consumo?

Si ___ No ___ Sí, pero no es Buena ___

28.- ¿Conoces de alguna campaña de prevención sobre el consumo de drogas?

Si ___ No ___ Especifica en donde la viste o quién la promueve _____

29.- ¿Crees que sería oportuna la implementación de una campaña de prevención del consumo de drogas?

Si ___ No ___

30.- ¿Cómo crees que debería ser?

¡Muchas gracias por tu tiempo y apoyo!