

320825



4
Lejo

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
CAMPUS TLAPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"LA ACTITUD HACIA LA ATENCION PREVENTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA Y CONSUMO DE DROGAS EN ALUMNOS DE UNA SECUNDARIA PARTICULAR DEL D.F."

TESIS QUE PRESENTA
GUILLERMO ESCALONA CORREA

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESOR DE TESIS:
LIC. MARIA EUGENIA ANDALON SERRA.

MEXICO, D.F.

259689¹⁹⁹⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mi esposa:

Mónica

Como una muestra de gratitud al amor, cariño, paciencia y apoyo que me ha brindado.

A mi hijo:

Guillermo

Como una guía que le sirva de apoyo en su vida.

A mi madre:

Rosa Gloria

Como una respuesta al amor, cuidados y educación que me dio.

A mis hermanos:

Marcos, Oscar, Miriam y Humberto

Quienes de una y otra forma han estado conmigo, compartiendo mi felicidad.

A mis amigos:

Eloisa, Henrick, Jorge, Juan y Saúl

En agradecimiento por la amistad incondicional que me han brindado

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa:

Mónica

Por su incondicional apoyo en la realización de esta tesis.

A mi madre:

Por su cooperación durante todo el tiempo que le dedique a este trabajo.

A mi hermano Oscar

Por su invaluable ayuda para llevar a cabo la investigación.

A Henrick

Por su apoyo incondicional brindado

A mi asesor:

María Eugenia Andalón Serra

Agradezco por su invaluable participación en la realización de esta tesis.

A mi Director de tesis

María Díez Lozano

Por su generosidad, al brindar sus conocimientos, tiempo y esfuerzo para la realización de esta investigación.

A mis familiares:

Que de una u otra manera me motivaron al logro de esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos:

Por su valioso apoyo durante todos estos años de formación profesional.

Al Colegio Latino-América, S.C.

Directores, Maestros y en especial a los alumnos

Por su amabilidad y generosidad que mostraron al participar en la presente investigación.

A Centros de Integración Juvenil, A.C (CIJ)

Por haberme brindado las asesorías, material para la documentación de este trabajo.

Al Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.)

Por su gran apoyo teórico y metodológico. Así como el haberme facilitado los cuestionarios que se emplearon en este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

I. JUSTIFICACION

II. INTRODUCCION

1 LA FARMACODEPENDENCIA

1.1	Conceptos Generales.....	2
1.2	Multicausalidad.....	8
1.3	Consecuencias.....	13
1.4	Prevención de la farmacodependencia.....	15

2 EI ADOLESCENTE Y LA ORIENTACION EDUCATIVA

2.1	Conceptos de Adolescencia.....	22
2.2	Cambios Biológicos.....	25
2.3	Cambios Psicológicos.....	29
2.4	Cambios Sociales.....	37
2.5	La Orientación Educativa en el adolescente.....	39

3 ACTITUD

3.1	Conceptos.....	47
3.2	Componentes.....	49
3.3	Funciones.....	53
3.4	Actitud hacia la Farmacodependencia.....	55

4 METODOLOGIA

4.1	Planteamiento del Problema.....	61
4.2	Objetivos.....	61
4.3	Hipótesis.....	62
4.4	Variables.....	63
4.5	Definiciones conceptuales.....	64
4.6	Definiciones operacionales.....	66
4.7	Características de la Población.....	68
4.8	Escenario.....	69
4.9	Diseño de Investigación.....	70

TABLA DE CONTENIDO

4 METODOLOGIA

4.10	Instrumento de Medición.....	70
4.11	Procedimiento.....	80
4.12	Tratamiento Estadístico.....	82

5	RESULTADOS.....	85
---	-----------------	----

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

I. JUSTIFICACION

En México, como en otros países, han considerado la farmacodependencia como un problema social y de salud pública; que por sus causas y consecuencias, puede alterar el desarrollo y estabilidad de una sociedad; manifestándose principalmente en la juventud, poniendo en riesgo su desarrollo integral (bio-psico-social).

La sociedad ha tratado de dar solución a la farmacodependencia, mediante la instrumentación e implementación de estrategias para abordar a sus poblaciones, tratando de concientizarlas de que es un problema social y de salud pública; que se puede presentar en cualquier clase social, sin respetar edad, sexo, ni posición económica, y que es responsabilidad de todos participar activamente, realizando actividades que conlleven a evitar y/o disminuir aquellos factores que intervienen en la aparición o proliferación de este fenómeno. Dándole prioridad a la prevención primaria.

Ahora bien, el adolescente pasa por un proceso de transición de niño a la vida adulta; que por sus cambios bio-psico-sociales se pueden presentar conductas o situaciones que lo predispongan a involucrarse al consumo de drogas.

En las escuelas secundarias tanto oficiales como particulares, la estrategia para prevenir a su población sobre las causas y consecuencias de la farmacodependencia es a través del departamento de orientación educativa.

I. JUSTIFICACION

En 1993, fue creada la asignatura de orientación educativa que va dirigida a los alumnos de tercer grado de secundaria. La cual está enfocada a tres grandes campos temáticos relativos a la situación del adolescente y su transición a la vida adulta: La conservación de la salud y la prevención de enfermedades, en particular de las que se relacionan con las adicciones a sustancias tóxicas; el desarrollo de la sexualidad y su ejercicio responsable y las oportunidades de estudio y de trabajo que permiten al estudiante la realización de sus potencialidades y preferencias. Con el propósito de proporcionar un apoyo al estudiante para que se forme criterios propios y puedan adoptar decisiones maduras en relación aspectos esenciales en su desarrollo.

No obstante, que por disposición oficial solamente se contempla que sea impartida la asignatura a los alumnos del tercer grado, en algunas escuelas secundarias particulares, les preocupa que sus educandos vayan a ser víctimas de ese mal que aqueja a nuestra sociedad, por lo que decidieron impartirles la materia a los otros grados.

Sabiéndose que el consumo de un determinado tipo de droga depende de la posición económica que se tenga, la disponibilidad de la droga en el contexto social en el que se vive, la actitud de aceptación por parte del grupo social al que se pertenece. Así como también, se sabe que es muy común entre los adolescentes

I. JUSTIFICACION

iniciarse en la experimentación del uso de drogas, comenzando por el consumo del tabaco y alcohol.

Surge la inquietud por conocer las actitudes que los alumnos tienen hacia la atención preventiva de la farmacodependencia.

Pensando que los resultados obtenidos en esta investigación, puedan ser relevantes para la escuela, ya que podrían servir de referencia al orientador para tener una visión más clara de los alcances que tuvo el programa. Así como también tomarlos en consideración para reforzar, modificar e inclusive ampliar los contenidos temáticos y las actividades a desarrollar para el logro de los objetivos planteados con cada uno de los grupos, que se le han asignado para el ciclo escolar 97-98.

Planteándose como objetivo principal de la investigación: describir las actitudes que los alumnos de una escuela secundaria particular tienen hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, después de tres meses que se les impartió el tema, la prevención de las enfermedades relacionadas a las adicciones por sustancias tóxicas, a través de la asignatura de orientación educativa.

II. INTRODUCCION

En la presente tesis, se describen los resultados que se obtuvieron al aplicar un cuestionario autoaplicable de opción múltiple, a los alumnos que cursan el nivel medio de enseñanza del Colegio Latino-América, S.C. ubicado en la calle de Plateros # 43 Col. San José Insurgentes, dentro de la zona de la Delegación Benito Juárez, en el D.F., después de tres meses que se les impartió el tema sobre la prevención de las enfermedades relacionadas a las adicciones por consumo de sustancias tóxicas, a través de la asignatura de orientación educativa; con la finalidad de conocer la actitud que tienen hacia la atención preventiva de la farmacodependencia.

Planteándose como objetivo general el describir las actitudes que los alumnos tienen hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, después de tres meses que se les impartió el tema sobre la prevención de las enfermedades relacionadas a las adicciones por consumo de sustancias tóxicas, a través de la asignatura de orientación educativa.

El trabajo quedó sustentado en cinco capítulos:

En el primer capítulo se exponen aspectos de la farmacodependencia, como los conceptos que se tienen, los factores que influyen en la aparición de ésta y mantenimiento, las consecuencias y por último se trata el tema de la prevención de la misma.

II. INTRODUCCION

El segundo capítulo, trata del adolescente y la orientación educativa. Tema por el cual se mencionan las diferentes definiciones que hay sobre la adolescencia, así como los cambios físicos, psicológicos y sociales por los que pasa el adolescente y se concluye describiendo la importancia que tiene la asignatura de orientación educativa para los estudiantes de secundaria.

El tercer capítulo, se da un bosquejo general de los conceptos que se han dado de la actitud, los componentes, las funciones y se termina presentando algunas investigaciones relacionadas sobre las actitudes y la farmacodependencia.

El cuarto capítulo, se presenta la metodología empleada para la realización de la investigación.

Se concluye con el quinto capítulo en donde se muestran los resultados que se obtuvieron, así como la interpretación de los mismos.

Posteriormente se presentan las conclusiones a las que se llegaron, las limitaciones y las sugerencias con respecto al trabajo realizado, la bibliografía que se consultó y por último los anexos.

CAPITULO 1

LA FARMACODEPENDENCIA

1.1 CONCEPTOS GENERALES

La **farmacodependencia** es conocida comúnmente como drogadicción, toxicomanía o drogadependencia.

Farmacodependencia "es un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de la conducta y cognoscitivos de variable intensidad en los que el uso de una droga o drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y operan generalmente en forma recíproca" (CIJ, 1995, en Lemus, 1996).

Farmacodependencia "es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación

de éste, o el llamado síndrome de abstinencia." (Argüelles, et al, en CONADIC, 1994b).

Dichos autores refieren que: ... "el **fármaco** es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas, que en condiciones normales son necesarias para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y posiblemente, también la estructura del organismo.

- **Droga adictiva:** Es una sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que produce un estado de dependencia psíquica, física o ambas.
- **Droga psicoactiva:** Es una sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etcétera.)
- **Dependencia física:** Es el estado de adaptación fisiológica de un organismo que requiere la presencia de una droga para continuar su funcionamiento normal, y que se manifiesta por la aparición de intenso malestar físico si se suspende su administración (síndrome de supresión o de abstinencia).
- **Dependencia psicológica:** Es la necesidad emocional y compulsiva de un individuo por consumir una droga para sentirse bien, aunque fisiológicamente no le sea necesario.

- **Tolerancia:** Consiste en la adaptación del organismo a los efectos de una droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados semejantes a los que experimentó durante las etapas iniciales del hábito.
- **Síndrome de Abstinencia:** Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ya ha desarrollado dependencia de una droga, cuando se suspende su consumo bruscamente o cuando disminuye en forma significativa, después de un período prolongado de ingestión.” (Argüelles, et al., en CONADIC,1994b)

...“El Hospital Universitario de San Vicente de Paul, explica que los términos usados en farmacodependencia son imprecisos y su significado se presta a interpretaciones subjetivas, por lo que es necesario unificar y clarificar tales términos:

- **Consumo de sustancias:** Se refiere al empleo del ser humano de sustancias naturales o químicas que se extinguen o gastan durante su utilización. Se destacan entre ellas dos grandes grupos:
 1. **Las nutrientes**, como saben podrían ser: Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.

2. El término **fármaco** se aplica a toda sustancia no nutriente que introducida al organismo vivo tiene la capacidad de modificar una o más de sus funciones, dichas sustancias pueden actuar como fármacos en su estado natural o como productos sintéticos y suelen clasificarse en relación al efecto predominante que produzca sobre el organismo.

Se denomina **psicoactivo o psicotrópico** todo fármaco cuyo consumo afecta el Sistema Nervioso Central, modificando la conducta del individuo en lo referente a la sensación, percepción, el estado de ánimo, la memoria, el raciocinio y las actividades sicomotoras.

En lo concerniente a las sustancias psicoactivas, estas se dividen en dos grupos:

1. **Depresores del Sistema Nervioso Central** entre las cuales están alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, opiáceos y antipsicóticos.
2. **Estimulantes del Sistema Nervioso Central:** nicotina, cafeína, cocaína y sus derivados (Basuco, Crack), anfetaminas y alucinógenos (marihuana, hongos, LSD).

Es útil aclarar, que entre los técnicos existe un uso indiscriminado de los términos fármaco, medicamento y droga.

- **Medicamento:** Es todo fármaco utilizado con fines terapéuticos, estos pueden ser psicoactivos o no.
- **Droga:** este término ha adquirido en los últimos años una connotación muy específica aludiendo a aquellos fármacos psicoactivos no medicados que además producen un efecto lesivo para la salud en función de sus propiedades químicas y sus dosis de consumo." (H.V. San Vicente de Paul, 1994, en Lemus, 1996).

Es necesario diferenciar los tipos de consumidores de drogas, ya que esto permite establecer las acciones preventivas necesarias para abordar a los sujetos.

Al respecto, Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) hace la diferenciación tomando como referencia el grado de dependencia del consumidor hacia a las drogas:

- **Usuario experimentador.** A este tipo de persona no se le puede considerar farmacodependiente, porque su contacto con las drogas se han motivado por

curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga por ser una experiencia novedosa; esta conducta es vista comúnmente dentro la adolescencia.

- **Usuario Social u Ocasional:** A este grupo pertenecen las personas que usan las drogas en situaciones pasajeras, o únicamente en situaciones sociales. O bien cuando los fármacos se ingieren para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos.
- **Usuario Funcional:** Es aquella persona que hace uso de las drogas para realizar actividades cotidianas, pero que aún sigue funcionando productivamente. Sin embargo, se ha establecido una dependencia tal, que no puede realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.
- **Usuario disfuncional:** Es un individuo que constantemente necesita consumir las drogas y que ha dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno de las drogas y todas sus actividades son dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya que no puede prescindir de ellas en ningún momento de su vida; obligado por la necesidad de evitar el sufrimiento o los trastornos orgánicos que aparecen de la privación; lo que significa un deterioro en su vida social, familiar, y personal, y sus posibilidades de recuperación son bastante reducidas.

- **Exfarmacodependiente:** Es aquella persona que ha dejado de utilizar drogas, por lo menos en los últimos seis meses. (CIJ,1987)

1.2 MULTICAUSALIDAD

El término de multicausalidad es empleado en las ciencias sociales para explicar o describir como diversos factores determinan la aparición de un fenómeno social.

En el caso de las adicciones, Argüelles, et al (en CONADIC,1994b), mencionan que el problema se comprende mejor si se considera que las causas que intervienen en el fenómeno de las adicciones son de carácter multifactorial

Varios autores (Dupont, 1988, en Gutiérrez, Unikel, Villatoro y Ortiz, 1996; Farrel, 1993, en Gutiérrez, Unikel, Villatoro y Ortiz, 1996; Esbensen y Delbert, 1994, en Gutiérrez, Unikel, Villatoro y Ortiz, 1996) coinciden en señalar que el inicio del consumo de drogas entre los adolescentes se da por la curiosidad de experimentar los efectos que provocan las drogas, comenzando con el consumo de tabaco y

alcohol. Sin embargo existen otros factores individuales que sean asociado al consumo de drogas, "como son los problemas orgánicos y/o psicológicos que pueden estar presentes desde la infancia, las características de personalidad, la baja autoestima, la ansiedad, la inseguridad, la intención de buscar sensaciones placenteras." (Argüelles, et al., en CONADIC, 1994b)

La familia es considerada como otro factor determinante en la generación de salud o de enfermedad en sus miembros, ya que es el primer sistema de educación y una fuente de valores para sus integrantes, de modo que en ella recae la responsabilidad de favorecer el desarrollo humano de cada uno de ellos.

○ Cárdenas y Romero (1991) opinan que la conducta del adolescente no sólo es resultado de su personalidad y de la etapa que esta pasando, sino un reflejo de la interacción y la comunicación que se da en su familia. Es decir que si el adolescente consume drogas, es consecuencia de la dinámica familiar:

- ..."Hay familias rígidas en las que no se permiten nuevas reglas. Experimentan gran dificultad en el momento en el que el crecimiento y el cambio son necesarios, insisten en mantener los modelos interacción, son incapaces de aceptar que sus hijos han crecido y que tienen nuevas

necesidades; por lo que a los adolescentes les cuesta trabajo someterse a la dinámica familiar, que toman como salida el involucrarse en el consumo de drogas.

- En la familia sobreprotectora se observa una gran preocupación por brindar toda clase de protección y bienestar a sus miembros, al grado de hacer esfuerzos desproporcionados por darles todo. La sobreprotección retrasa el desarrollo de la autonomía, de la competencia y del crecimiento del adolescente, lo que lo hace indefenso, incompetente e inseguro.
- En las familias amalgamadas la felicidad depende de hacer las actividades juntos, impidiendo todo tipo de individuación. Es difícil para el adolescente vivir esta situación ya que él necesita independencia y privacidad.
- Las familias evitadoras de conflicto tienen baja tolerancia al conflicto, son personas con autocrítica que no aceptan la existencia de problemas y por tanto no permiten el enfrentamiento y la solución de los mismos. Los adolescentes no aprenden a tratar y negociar las situaciones.

- Hay familias centradas en los hijos en la que los padres no pueden enfrentar sus conflictos de pareja desvían la atención hacia los hijos, dependiendo de estos, la estabilidad de la pareja y la satisfacción marital. Dentro de este medio el adolescente no puede crecer y se vuelve dependiente ya que al separarse rompería el equilibrio familiar.
- En el caso de las familias de un sólo padre, cada uno de los hijos hace el papel del padre que falta, adoptando muchas veces el rol de la pareja ausente. El adolescente juega un rol diferente, por lo tanto no puede vivir su etapa, se comporta como adulto, está lleno de problemas y responsabilidades, existiendo la posibilidad de que cuando sea mayor regrese a vivir la adolescencia extemporáneamente.
- La familia pseudodemocrática, es aquella en donde los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de ser flexibles no logran establecer los límites necesarios y permiten que los hijos hagan lo que quieran. El símbolo de autoridad es confuso, el adolescente se manifiesta con una competitividad desmedida, destructiva y sin límites.

- Hay familias inestables en las que las metas son inseguras, difusas, no se plantean, sino que se improvisan. El adolescente se vuelve inseguro, desconfiado, temeroso y experimenta gran dificultad en el desarrollo de su identidad.”

Argüelles, et al., (en CONADIC, 1994b); Villatoro et al., (1996); Medina-Mora, et al., (1995, en Villatoro, et al., 1996), hacen mención que en ambientes familiares inestables y/o hay antecedentes de consumo de drogas por parte de los padres o hermanos, entre otros, incrementan el riesgo de que los demás miembros lleguen a consumirlas.

Sin duda alguna el ambiente social es otro factor que puede determinar o predisponer a que los adolescentes se involucren en el consumo de drogas.

Argüelles, et al (en CONADIC, 1994b); Gutiérrez, Unikel, Villatoro y Ortiz, (1996); Villatoro, et al., (1996) han reportado que a medida que los adolescentes tengan mayor facilidad para adquirir las drogas o tengan amigos que las consuman, es muy probable que se involucren en el consumo de éstas.

Por otro lado se han realizado estudios longitudinales (Newcomb, Ortíz, 1992, en Villatoro, et al., 1996), como transversales (Webster, Hunter, y Keats, 1994, en Villatoro, et al, 1996; Medina-Mora, et al, 1995, en Villatoro et al, 1996). En el que están de acuerdo que la interacción de varios de los factores anteriormente señalados son los que propician el que un sujeto se involucre en el consumo de drogas. Es decir que por sí solo un factor no va a determinar para que se de el fenómeno.

Cárdenas y Romero (1991) indican que entre los factores que favorecen las adicciones destacan los elementos de patología psíquica subyacente, la desintegración familiar, condiciones sociales, las condiciones de vida y la disponibilidad de las drogas y otras influencias de consumo como la información inadecuada de los medios de difusión sobre farmacodependencia.

1.3 CONSECUENCIAS

En general todas las drogas afectan el Sistema Nervioso Central de un organismo vivo, ya sea estimulándolo o deprimiéndolo.

El abuso en la ingestión de bebidas alcohólicas junto con el tabaquismo constituyen el mayor problema de salud pública en México, debido al elevado índice de daños con que se relacionan.

Blanco (1994) expone que la nicotina es el estimulante más consumido en el mundo; que el humo del cigarro está asociado con el cáncer de pulmón; el alcohol actúa como depresor del Sistema Nervioso Central, y uno de los peligros a los que se expone una persona que ha ingerido alcohol es a conducir un vehículo bajo los efectos de éste, porque la mayoría de las veces presentan accidentes automovilísticos; el efecto de la marihuana, si bien no se le ha encontrado hasta el momento alguna afectación física, el abuso puede provocar somnolencia, falta de coordinación, y puede inducir al consumo de otras drogas, si alguna persona conduce un automóvil bajo los efectos de la marihuana puede provocar un accidente automovilístico; con respecto a los alucinógenos puede provocar lesiones cerebrales; los inhalables que son depresores del sistema nervioso central, pueden provocar ataques al corazón y cerebro, produce afecciones hepáticas al igual que el alcohol; el opio y sus derivados (heroína, codeína), son depresores del sistema nervioso central y pueden provocar la muerte por sobredosis; la cocaína estimula el sistema nervioso central, la mayoría de los consumidores sufren ataques de paranoia que en ocasiones los llevan a realizar acciones violentas hacia los demás; el crack es un derivado sintético de la cocaína puede provocar la muerte súbita, lesiones

cerebrales; las anfetaminas siendo estimulantes del sistema nervioso central puede provocar la muerte por sobredosis, alucinaciones, psicosis; los tranquilizantes y barbitúricos, son depresores del sistema nervioso central y la sobredosis puede provocar la muerte.

Principalmente el daño lo sufre quien consume las drogas, pero también se ve afectada la familia y la sociedad, por los problemas que se desencadenan de las adicciones: la desmoralización de la familia, accidentes ocasionados bajo la influencia de drogas, hospitalizaciones e inclusive la muerte.

1.4 PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA

Prevenir. significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin. Es la acción y efecto de prevenir, es decir implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento de un problema. (Argüelles, et al., en CONADIC, 1994b)

Argüelles, et al (en CONADIC, 1994b) sugieren que cualquier tarea preventiva en materia de salud debe partir del conocimiento y valoración del estado de salud y

las condiciones en que se encuentra el individuo y la comunidad a la que se encamina la actividad.

El problema de las adicciones no es tan alarmante como en los Estados Unidos; pero los datos epidemiológicos reflejan que la tendencia va en aumento:

... "En la Región Zona Metropolitana de la ciudad de México integrada por el Distrito Federal y las jurisdicciones sanitarias conurbanas, la prevalencia total (alguna vez en la vida) del consumo de sustancias de curso ilegal afecta 4.3 % de la población urbana entre 12 y 65 años (concentrándose los más altos índices de consumo entre la población joven del sexo masculino), las sustancias que reportan un mayor consumo son la marihuana con una prevalencia total del 3.8% y los inhalables y la cocaína con porcentajes de 0.6 y 0.4% respectivamente." (Secretaría de Salud, 1993, en Lemus, 1996)

En 1992, CIJ generó un documento titulado "Epidemiología del Abuso de Drogas en la República Mexicana" basado en la revisión de 110 investigaciones Epidemiológicas de diversas instituciones, del cual se desprenden las siguientes conclusiones según la forma en que el problema de la farmacodependencia se manifiesta en nuestro país:

- "La región más afectada es la Noroccidental, conformada por los estados de: Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa.
- Afecta más a hombres que a mujeres y estos son jóvenes en su mayoría.
- Las edades más frecuentes de inicio en el consumo de drogas se encuentran entre los 12 y 18 años.
- Las sustancias de mayor consumo son la marihuana, inhalables, estimulantes (anfetamina, cocaína) y tranquilizantes.
- En el Distrito Federal las sustancias que mayor consumo presentan, excluyendo al alcohol y tabaco son: la marihuana, inhalantes, tranquilizantes y otros depresores.
- Se observa también que el consumo "alguna vez en la vida" de cocaína continúa en aumento y que existe un número mayor de usuarios del "último mes" en un 30% en comparación con años anteriores." (CIJ, 1992)

Siendo las adicciones un problema de salud más a los que se enfrenta la población se hace necesario para su abordaje educar a ésta para conservarla.

Buscando a través de la educación para la salud el que los individuos internalicen conocimientos, valores, actitudes y patrones de conducta para la conservación y promoción de la salud en todas sus órdenes. (CIJ, 1987)

La prevención de las adicciones se instaura como una labor impostergable que se ubica dentro del proceso global del desarrollo individual y, consecuentemente, del desarrollo de la sociedad.

Así, la prevención en el ámbito de la farmacodependencia consiste en la realización de diversas acciones, que tienen como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso de drogas a través de:

- "La reducción de los factores que se piensa pueden incrementar el riesgo de consumo.
- Promoción de los factores que se piensa protegen al individuo del uso".
(Argüelles, et al., en CONADIC, 1994b)

En este sentido, Jiménez (1994) manifiesta que la educación preventiva es uno de lo elementos clave, probablemente el más trascendente en la labor preventiva.

Mencionando que sin lugar a duda hay que controlar la disponibilidad de las drogas y castigar a los narcotraficantes, pero lo que en definitiva puede alejar a los jóvenes del consumo de drogas, es una verdadera educación.

La educación preventiva va mas allá de la transmisión unilateral de conocimientos, ya que su objetivo es la formación de la personalidad de los jóvenes para que sean más capaces de enfrentarse con sus problemas y de vivir experiencias satisfactorias sin necesidad de recurrir al empleo de drogas. (Jiménez, 1994)

Cárdenas y Romero (1991) dicen que independientemente de lo que lleva al consumo de drogas, el enfoque preventivo debe ser básicamente social, sobre todo en países como México, en donde el porcentaje de la población juvenil es muy alto y va aumentando.

...“El comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en aspectos de Farmacodependencia, considera que el principal objetivo de la prevención es evitar o reducir la incidencia o gravedad de los problemas relacionados con la utilización de drogas causantes de dependencia.” (Argüelles, et al, en CONADIC, 1994b)

Desde el enfoque de la medicina comunitaria, la prevención se puede dar a tres niveles: primario, secundario y terciario:

- **PREVENCION PRIMARIA:** Actividades que permitan al individuo internalizar conocimientos, valores, actitudes, patrones de conducta que lo lleven a evitar el consumo de drogas, a través de acciones que le conserven su salud y/o la promuevan. En este sentido la prevención primaria va dirigida a que el problema no se prolifere en la demás población.
 - **PREVENCION SECUNDARIA:** Que consiste en actividades que permitan hacer una detección temprana de los consumidores y la intervención para evitar que sigan consumiéndolas. En este sentido las acciones van dirigidas a aquellas personas que han recurrido al consumo de drogas a manera de experimentación, pero que aún no existe un deterioro en su integridad.
 - **PREVENCION TERCARIA:** Consiste en llevar a cabo actividades que permitan al farmacodependiente rehabilitarse y reinsertarse a la sociedad.
- (Jiménez, 1994)

CAPITULO 2

EL ADOLESCENTE

Y LA

ORIENTACION EDUCATIVA

2.1 CONCEPTOS DE ADOLESCENCIA

Para Gessell (1956, en Lemus 1996) la adolescencia "es un período preeminentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo."

Erikson (1960, en Lemus 1996) afirma que los adolescentes presentan una crisis psicosocial en la que se manifiestan problemas de identidad y confusión de roles.

Mussen, Conger y Kagan (1971) hacen mención que los procesos de maduración dan lugar a una rápida aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales y a impulsos sexuales más fuertes, al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como a un nuevo crecimiento y diferenciación de las capacidades cognitivas. Estos desarrollos biológicos y la necesidad en la que se ve el individuo de adaptarse a los mismos dan a la adolescencia algunas características universales y la separan de períodos anteriores del desarrollo. Por otra parte la cultura determinará si el período de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan sólo una transición gradual desde etapas anteriores del desarrollo; y, ciertamente, el que se le reconozca explícitamente o no como una etapa aparte, claramente perfilada, del desarrollo en el transcurso de la vida.

La O.M.S. (1974, en Noriega, 1994) define la adolescencia, como aquella etapa durante la cual:

- "El individuo progresa desde el punto de vista de la aparición inicial de los caracteres secundarios, hasta la madurez sexual.
- Los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan, desde los del niño a los del adulto.
- Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia".

Horrocks (1986, en Lemus 1996) expresa que la adolescencia es un período de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 a 13 años y los veinte. Refiriendo que el período se cierra en realidad al entrar el individuo en la edad adulta.

CIJ (1986, en Lemus 1996) refiere que los cambios físicos que dan inicio a la salida de la infancia, marcan la aparición de la adolescencia.

De acuerdo a Cárdenas y Romero (1991) la adolescencia, es una etapa de maduración que no sólo involucra aspectos físicos, sino también el desarrollo intelectual, emocional y social del individuo.

Kaplan y Sadock (1992, en Lemus, 1996) expresan que la adolescencia "es la etapa de la vida del ser humano que comienza con la pubertad y que termina cuando la independencia de la persona hacia sus padres ha alcanzado una congruencia psicológicamente razonable."

Blanco (1994) dice que la adolescencia es un período de transición en la vida del ser humano que se inicia a los once o doce años y concluye aproximadamente a los dieciocho años de edad. Es decir que es un período de cambios notables en lo físico, en lo mental y social.

Lemus (1996) explica que la "adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la vida adulta, en la cual el individuo necesariamente tiene que atravesar por toda una serie de experiencias en el área de lo fisiológico; que precisamente marca de manera simultánea, cambios a nivel psicológico, que de igual manera, generan cambios en lo familiar, en lo social y que rodean al joven para que finalmente pueda acceder a una vida adulta y responsable."

Este autor (1996) sustenta que la mayoría de los autores coinciden en señalar que en la adolescencia los cambios fisiológicos que se generan en el joven conllevan de manera simultánea a cambios en las áreas psicológica y social del individuo.

Si bien, la adolescencia ha sido considerada como un proceso por el cual el individuo va adquiriendo una transformación biológica, psicológica y social, para adoptar la postura y madurez del comportamiento del adulto. Es importante recalcar que esas transformaciones pueden provocar en el adolescente una gran variedad de problemas que lo hagan comportarse de una manera muy peculiar diferenciándolo del niño y del adulto.

2.2 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Al iniciarse la etapa de la adolescencia, comúnmente conocida como el período de la pubertad. El individuo presenta una serie de transformaciones físicas y fisiológicas, que lo llevarán a adquirir la madurez sexual. Así como modificar y adquirir patrones de comportamiento que le permitan adaptarse a los cambios que vive en su persona.

Horrocks (1984) relata que a la pubertad se le puede definir como aquella época del ciclo de la vida cuando los órganos reproductores obtienen la madurez funcional y el individuo es capaz, en potencia, de la reproducción. La edad promedio del advenimiento de esta etapa parece encontrarse entre los 12 y 13 años para las niñas, y entre los 14 y los 15 para los niños.

Noriega (1994) emplea el término de pubertad para hablar de la gran variedad de cambios corporales que tienen lugar en relación con la maduración sexual del organismo vivo.

Este autor, manifiesta que la pubertad es el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras; esto implica un desarrollo filogenético que incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios, esto, durante la primera adolescencia que termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora.

Horrocks (1984) dice que en la pubertad ocurren cambios de manera gradual en las proporciones corporales, como la aparición de las características sexuales secundarias, cambios en los tamaños de los órganos internos, en el metabolismo fundamental, y la maduración de los órganos reproductores.

Al iniciarse la pubertad en las niñas, las caderas se van haciendo más voluminosas, los senos crecen, la pelvis se ensancha, aparece el vello en el pubis y aparece la primera menstruación (menarquía), es gradual con la aparición de las características sexuales secundarias. En el caso de los varones la laringe aumenta de tamaño, y se acentúa la prominencia llamada manzana de Adán; la voz cambia;

aparece pelo en el pubis, las axilas y el rostro. Así como también se presenta la primera eyaculación, al igual que se presentan los sueños mojados.

Mussen, Conger y Kagan (1971) consideran que muchas reacciones ante la menstruación podrían evitarse o aliviarse si los padres llevasen a la hija a encarar el problema de manera prudente y comprensiva. Haciendo que la chica reciba atención médica en el caso de que sufra físicamente, explicándole la naturalidad del fenómeno y manifestando gusto y orgullo por que la niña haya llegado a una mayor madurez; lograr que la adolescente perciba el comienzo de la menstruación como un suceso gratificante y no temido u odiado. Puede beneficiar el papel sexual y social futuro de la chica. Así como el comienzo de la menstruación puede ser causa de preocupaciones para la muchacha, la erección incontrolada y la eyaculación inicial pueden sorprender y preocupar algunos púberes.

El proceso de maduración en la pubertad está determinado por una mayor producción de hormonas activadoras de la glándula pituitaria anterior, situada abajo de la base del encéfalo, la cuál recibe la señal del hipotálamo para que se lleve el incremento de la producción hormonal. (Mussen, Conger y Kagan, 1971)

Las hormonas liberadas por la glándula pituitaria tiene un efecto estimulante en la mayoría de las glándulas endocrinas: tiroides, suprarrenales, los testículos, y ovarios, y activa sus propias hormonas relacionadas con el crecimiento y desarrollo sexual.

Entre estas últimas figuran los andrógenos (hormonas masculinizadoras), los estrógenos (hormonas feminizadoras) y las progestinas (hormonas del embarazo). Estas y otras hormonas interactúan unas con otras de maneras complejas, para estimular el avance ordenado de los muchos desarrollos físicos y fisiológicos. (Pikas, 1961 en Mussen, Conger y Kagan, 1971).

Al respecto Horrocks (1984) explica que la secreción interna, es muy importante para preparar a un individuo para la madurez sexual, así como promover otros aspectos del crecimiento físico y del desarrollo fisiológico:

- La presión sanguínea.
- La composición química de la sangre.
- Metabolismo de la respiración y la energía.
- Estructura ósea.

Por otro lado, la pubertad trae consigo el interés por el sexo opuesto y nuevas actividades sexuales. A menudo los deseos sexuales y las actividades conducen al adolescente a dificultades emocionales y a reacciones de culpa.

2.3 CAMBIOS PSICOLOGICOS

La pubertad va hacer que el adolescente empiece a cambiar su manera de pensar y actuar con respecto así mismo, y los demás. Aquí es donde se inicia la adolescencia, proceso por el cuál un individuo va a desarrollar nuevas maneras de relacionarse y de percibir el mundo que lo rodea.

Al iniciarse las operaciones mentales abstractas, el adolescente adquiere la capacidad de formarse juicios de valor sobre la dinámica familiar, la escuela, la política, la economía, etc.

Cuando llega la época de la adolescencia todo parece exagerado, resulta difícil entender las cosas más normales, los sentimientos, se tiene melancolía simplemente con oír una canción, esto es debido a que la propia naturaleza los transforma. El cuerpo cambia, se quiere ser alguien a quien se le respete y solo se es una niña o niño.

Ser adolescente significa sufrir y disfrutar, amar y odiar, quererlo todo de una vez o no querer nada, exigir a gritos la atención de los que les rodean y al poco tiempo querer que nadie les haga caso, ser escuchados, pero que nadie les pregunte.

Exigen el derecho a la experiencia, a la vivencia, a conocer y a disfrutarlo todo, y quieren tener al lado a una persona que les quiera y que confíe en ellos.

La relación con la familia cambia bastante rápido. Se dan cuenta que son humanos y que tienen defectos, los cuales antes no habían visto, y se irritan porque perciben que no les entienden en todo. Sienten que la familia los siguen tratando como a un niño: preocupándose por las salidas, las amistades tanto en el colegio como fuera de él, las costumbres. Critican la forma de vestir, la falta de colaboración en casa etc. Debido a esto hay continuas regañinas y sobre todo muchos consejos. Piensan que sus padres deben abandonar el papel de padres protectores y perfectos, al que han dedicado una parte importante de su vida. Procurando hablar y discutir con ellos, siempre intentando llegar a razonar y ceder un poco en las diferencias que hay entre ellos, de esta manera se producirá una aproximación entre padres e hijos, u o personas que se quieren y se necesitan.

Los amigos son muy importantes en esta época de la adolescencia, se tienen los mismos puntos de vista , aficciones, deportes, música. Con los amigos se comparte todo, creen que son los únicos que los entienden, con ellos empiezan a ser ellos mismos, incluso a quitarse un poco las timideces, crean su propia personalidad y empiezan a entender el mundo y lo que les une a él.

El amor surge de manera espontánea y absorbente, se fijan en alguien con más

frecuencia de lo habitual, les gusta de una manera especial y les hace sentirse confuso.

En las relaciones sexuales, cada uno la vive en forma individual, cada uno tendrá, su momento, cada uno descubrirá como y con quien. Tienen que pensar que nadie debe imponérselo. No deben de sentirse avergonzados de nada, ni ante nadie.

El ser adolescente implica una búsqueda de identidad, formarse un criterio propio, tratar de comportarse como adulto. En este sentido el muchacho intentará dejar comportamientos infantiles buscando experiencias que lo lleven a adquirir la madurez bio-psico-social de un adulto. Sin embargo, no ha adquirido la experiencia suficiente que le permita adoptar la postura de la vida adulta:

- Exige derechos, pero no quiere responsabilidades.
- Confunde la libertad con el libertinaje.
- Tiene conocimiento de las relaciones de los adultos, pero carece de la experiencia.
- Quiere que lo escuchen, pero no le gusta poner atención.

- Busca la cooperación, pero es egocéntrico.
- Experimenta, pero no piensa en las consecuencias.
- Le gusta criticar, pero que no se le critique.

El desarrollo del pensamiento formal en la adolescencia, desempeña un papel decisivo en lo que respecta ayudar al adolescente a encarar las demandas crecientemente complejas, en materia de educación y vocación que se le hacen. (Mussen, Conger y Kagan, 1971)

Piaget (citado por Mussen, Conger y Kagan, 1971) describe que en la etapa de las operaciones formales, se presentan cuatro características importantes:

1. El adolescente es capaz de tratar lo posible lógicamente y está bien dispuesto a hacerlo, aún cuando pueda infringir las normas de su concepción del mundo real. A esta característica se le conoce como *el razonamiento acerca de situaciones hipotéticas*.
2. Los adolescentes son capaces de considerar todas las maneras posibles de dar solución a un problema. Se le define como *la búsqueda sistemática de hipótesis*.

3. El adolescente hace una organización de las operaciones en operaciones de orden superior o maneras de utilizar reglas abstractas para resolver toda una clase de problemas. Se le describe como *estructuras combinativas*.

4. Los adolescentes reflexionan sobre las reglas que poseen , tienen conciencia de sus propios pensamientos y se percatan de lo que saben. Se le ha definido como el *descubrimiento de incongruencias en las creencias*.

Mussen, Conger y Kagan (1971) creen que los cambios que se dan en el razonamiento durante el período de la adolescencia influyen en las relaciones padres-hijos, en las nascentes características de la personalidad y en los mecanismos de defensa psicológica. Así, como también, piensan que el desarrollo cognoscitivo desempeña un papel primordial en el surgimiento de un sentido de identidad bien definido, aclarando que no es accidental que la adolescencia sea el primer momento en que los jóvenes comienzan a pensar seriamente en sí mismos, en el papel que habrán de desempeñar en la vida, en sus planes, en la validez e integridad de sus creencias.

Al respecto, Ponce (1980) dice que el adolescente vive la necesidad de la propia confirmación y el sentimiento obscuro de su insuficiencia. Ante el conflicto entre la

aspiración a superarse y el temor a no encontrar en sí mismo las fuerzas adecuadas para superarlo imprime a la conducta del muchacho un carácter rebelde, desasosegado, turbulento. Lo cuál puede traducirse como un desequilibrio emocional, entre lo que se es y lo que aún no se sabe que se quiere ser.

CIJ (1982) señala que durante el período de la adolescencia, la persona tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida. En la que tiene que hacer un reordenamiento de valores, definir su identidad, separarse de los padres en busca de su independencia, etc.

Dorpart y Ripley (1967, en Mussen Conger y Kagan 1971) expresan que para que un adolescente llegue a ser verdaderamente un adulto, y no simplemente maduro en lo físico, tiene que llevar a cabo una serie de tareas básicas de desarrollo:

- *“Ajuste a los cambios físicos de la pubertad y del crecimiento.*
- *A la corriente de pensamientos nuevos que trae consigo la maduración sexual.*
- *El desarrollo de su independencia respecto de los padres o de otras personas que se encargan de él.*
- *El establecimiento de efectivas relaciones sociales y de trabajo con coetáneos del mismo sexo y del opuesto.*

- *La preparación para una vocación que tenga sentido.*"

En el proceso de enfrentamiento a tales desafíos, la persona joven tiene que desarrollar día con día una filosofía de la vida, una visión del mundo y un conjunto de creencias morales y de normas directrices que le permitan encontrar un sentido de identidad, alguna idea de lo que es, a donde se dirige, y de cuáles son sus posibilidades de llegar al camino que sea planteado. No es posible alcanzar una meta cuando no existe un ambiente familiar que lo respalde, amigos que lo acepten, lo reconozcan y sobre todo una imagen positiva que tenga de sí mismo como persona única, congruente y razonablemente bien integrada. (Mussen, Conger y Kagan, 1971)

No hay que olvidar, que el adolescente se encuentra en un proceso de maduración hacia la vida adulta, en donde el entorno familiar y social en el que se desenvuelve, juegan un papel importante para que el chico adquiera la experiencia necesaria para prepararse y formarse como adulto.

En esta etapa el joven cuestiona, rechaza, pregunta y necesita que los adultos le ayuden a valorar sus logros con el fin de fortalecer su posición personal y su estima. Ya que la autoestima se debilita al no comprender los constantes cambios por los que está pasando. (Pick, et al 1988)

Pick, et al (1988) opinan que los padres tienen que ayudar a sus hijos a que tengan una confianza en sí mismos y en los que le rodean, lo cuál les ofrecerá una base firme para desarrollar su identidad con la certeza de ser aceptados, valiosos y capaces.

Así mismo, el muchacho necesita aprender a defender sus derechos manifestando lo que cree, piensa, y siente. Debido a que marcará la pauta con la que irá consolidando su identidad. (Pick, et al, 1988)

Durante este período, el adolescente tendrá que tomar decisiones que tienen que ver con la preservación o detrimento de su salud integral.

Pick, et al (1988) hacen noción que cuando un adolescente opta por mantenerse pasivo, dejando que los demás le digan, o decidan por él, lo cuál refleja una falta de lucha, falta de control, baja autoestima, inseguridad, baja tolerancia a la frustración, impotencia y además no se propone metas en la vida. Es posible que incurra al consumo de drogas, con el objeto de que la droga le proporcione una seguridad artificial.

Mussen, Conger y Kagan (1971) piensan que posiblemente el grado de diferenciación y precisión que los muchachos puedan alcanzar en el desarrollo de un

sentido de identidad es algo que habrá de depender de su capacidad cognoscitiva, la familia y la sociedad.

2.4 CAMBIOS SOCIALES

Coleman (1972, en Horrocks 1984) afirma que a los adolescentes se les aparta de la responsabilidad, se les mantiene en un estatus dependiente, y se les aleja del trabajo productivo: todo lo cual provoca que su transición a la vida adulta sea problemática y conflictiva.

Horrocks (1984) expone que la estructura cultural, y la maduración física, moldean las percepciones del adolescente y determinan la naturaleza de los problemas a los que se enfrenta. Postulando que una cultura puede producir muchos problemas, o puede ser particularmente facilitativa.

Durante el período de la adolescencia, la familia deja de ser el centro de atención del joven, y las amistades pasan a ocupar un lugar preponderante en su vida, enseñándole valiosas lecciones. A través de sus amigos, el adolescente procura adecuarse a otra gente y a integrarse a un grupo. Comienza a adoptar conductas y actitudes de sus coetáneos. Surge un gran significado hacia la lealtad por los amigos.

Fenwick y Smith (1993) enuncian que las amistades son una fuente de apoyo fundamental para el adolescente. Manifestando que la aceptación dentro de un grupo hace que los jóvenes sientan que son parte de algo, y esto les da una confortable sensación de seguridad. Como manera de enfatizar esa sensación de pertenencia, el adolescente tiende adherirse a un grupo de identidad (que suele estar dada por la vestimenta) y adopta conductas y actitudes que dicho grupo desea proyectar. Pero también pueden ser causa de fricciones para la familia:

- "Desatiende sus obligaciones en el hogar por pasar demasiado tiempo con los amigos.
- Demuestra rebeldía hacia las normas y reglas que se rigen en la familia.
- Manifiesta interés por establecer relaciones con el sexo opuesto.
- Experimenta sentimientos de rechazo de sus padres hacia su comportamiento."

La música constituye una parte fundamental en la vida de un adolescente y una constante fuente de discordia en muchos hogares, casi siempre porque se escucha al máximo volumen y porque a los adultos no les gusta esa música, por considerarla escandalosa y monótona. (Fenwick y Smith, 1993)

Escuchar casetes, cd's, asistir a conciertos, a los adolescentes les brinda una sensación de identidad. Seguir a un grupo determinado les puede dar una sensación de pertenencia. (Fenwick y Smith, 1993)

Aunado a lo anterior, el adolescente vive enfrentamientos culturales. Es decir, los adolescentes viven en una sociedad determinada, pero pertenecen a una subcultura dentro de la misma, a menudo sienten que su familia los lleva hacia una dirección y el mundo exterior hacia otra.

Horrocks (1984), hace mención que después de los 12 años de edad, es común entre los adolescentes formar grupos pequeños por pares, tríadas, o sextetos que se mantienen unidos debido a las satisfacciones personales que los miembros obtienen de la compañía mutua. Que se caracterizan por ser similares en historial, habilidades, valores y actitudes. Tienen a interactuar íntimamente y a excluir a otros de su grupo, en caso de que no cumplan con la normatividad de éste.

El grupo puede ejercer una gran influencia sobre sus integrantes para emprender acciones, adquirir experiencias, que los hagan verse, sentirse diferentes en relación a los demás.

Pick, et al (1988) consideran que el grupo es un factor importante para la constitución de un individuo, ya que se podría sentir aceptado y reconocido, le provee un sentido de pertenencia e identidad.

Estos mismos autores mencionan que en algunos grupos, el consumo de drogas se constituye en una práctica necesaria para promover la identidad y cohesión en el grupo. Como una manera manifestar su inconformidad ante los sucesos que constituyen su vida diaria. (Pick, et al., 1988)

Los adolescentes pasan por un proceso, en donde no sólo requieren formar parte de un grupo, sino que también se les oriente en torno a sus demandas, inquietudes y necesidades.

2.5 LA ORIENTACION EDUCATIVA EN EL ADOLESCENTE

La Organización Panamericana de la Salud (1985) manifiesta que la educación para la salud es un proceso que promueve cambios de concepto, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, y que refuerza conductas positivas.

...“En México, como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, es reciente la identificación y reconocimiento de los adolescentes como un grupo que posee características y necesidades propias y que demanda cuidados especiales. Este período de la adolescencia se caracteriza por un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que determinan la transición de la infancia a la vida adulta.

En efecto, la maduración sexual, la aparición de la menarca a menor edad, el cambio de valores derivado de la urbanización, el enfrentamiento con culturas diferentes como resultado de las migraciones y la influencia de los medios de comunicación, así como la transformación de la familia extendida a familia nuclear o de un solo padre, incrementa las oportunidades de desajustes que favorezcan conductas de riesgo en este grupo étnico. Estas conductas de riesgo, cuando no se identifican y se previenen a tiempo, pueden llevar al adolescente a sufrir accidentes, suicidios, farmacodependencia, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos e hijos no deseados; hechos que afectan de manera permanente su salud y tienen consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y económico para el adolescente, su familia y su sociedad.

De ahí la necesidad de tratar en forma integral los aspectos del desarrollo biopsicosocial del adolescente, mediante un enfoque educativo que enfatice los

aspectos tendientes a identificar, prevenir, disminuir o evitar las conductas de riesgo y sus efectos devastadores en su desarrollo psicosocial, que ponen en peligro su maduración e integración a nuestras sociedades en desarrollo." (Solís 1988, en Pick, et al., 1988)

Fenwick y Smith, (1993) expresan que casi un tercio de la vida de un adolescente transcurre dentro de la escuela. Aparte de la familia es lo que más influye en ella, ya que allí entabla sus amistades y vive el éxito y el fracaso.

No sólo, es la influencia que ejerce sobre el adolescente en su desarrollo, sino que lo irá preparando y formando para la vida adulta, proporcionándole nuevos conocimientos, experiencias, etc.

La S.E.P. al realizar una reforma al plan de estudios en 1993, incorporando la asignatura de Orientación Educativa al plan educativo de enseñanza media básica dirigida a los alumnos del tercer grado escolar. Pretende establecer un nexo de comunicación entre el orientador y los estudiantes para que en forma colectiva el alumnado se informe y reflexione sobre los procesos y problemas que típicamente influyen de manera directa sobre su vida personal. En este sentido, la asignatura no sustituye al servicio individualizado, que ya anteriormente se venía realizando, sino que lo complementa y permite al orientador localizar los casos y asuntos en los que su intervención puede ser oportuna y positiva.

La asignatura está dividida en tres grandes temas a desarrollar:

1. La conservación de la salud y la prevención de enfermedades, en particular de las que se relacionan con las adicciones tóxicas. (Ver anexo A)
2. El desarrollo de la sexualidad y su ejercicio responsable.
3. Las oportunidades de estudio y trabajo que permiten al estudiante la realización de sus potencialidades y preferencias.

Con el desarrollo de estos temas se pretende dar a los estudiantes la oportunidad de obtener información precisa y confiable. Así como también, propiciar la reflexión personal y estimular a los alumnos a expresar libremente sus dudas y opiniones. Procurando apoyar al estudiante para que se forme criterios propios y pueda adoptar decisiones maduras en relación con aspectos esenciales de su desarrollo.

Al respecto Novales, Sumano y Morales (1994), refieren que en el ámbito educativo oficial la ayuda se proporcionó mediante la asesoría individual y más formalmente en el rubro de la orientación vocacional. Pero debido a que la problemática juvenil, de por sí compleja, se ha hecho más amplia y profunda con el

tiempo, por lo que las autoridades educativas incorporaron la asignatura de Orientación Educativa al plan de estudios. Con lo que se reconoce que la población juvenil participa ya desde entonces en las circunstancias del tiempo en el que vive, y que lo que a ellos les ocurra tendrá una fuerte repercusión en la sociedad en general. Considerando que el consumo de sustancias tóxicas o la proliferación de enfermedades de transmisión sexual se han convertido en asunto de salud pública, con fuertes repercusiones en la familia y la sociedad. Se espera que con la incorporación de la asignatura al plan educativo se obtengan buenos resultados para la juventud mexicana.

Hernández, González, Bernal y Manrique (1994) opinan que la orientación educativa como asignatura tiene como finalidad proporcionar información a los educandos para que la conceptualicen, mediante el desarrollo de actividades educativas, lo cual conlleva a que los estudiantes amplíen y/o enriquezcan sus perspectivas personales.

El orientador deberá motivar a los alumnos para que busquen información, la procesen y la discutan en grupo; que realicen visitas y entrevistas programadas, sistematicen esas experiencias y puedan conversar en el grupo especialistas e informantes seleccionados con un propósito definido. Igualmente se recomienda utilizar cualquier medio de comunicación que facilite la transmisión del mensaje.

Hay que especificar que por disposición oficial de la S.E.P. se asignaron seis horas a la semana, durante el ciclo escolar para que sea impartida la asignatura de orientación educativa a los alumnos de tercer grado.

Sin embargo, en algunas escuelas particulares, está contemplado que el servicio de orientación educativa como asignatura se les proporcione a los alumnos del primer y segundo grado. Y que de acuerdo a las características, las demandas y necesidades de los grupos se adecuen los mensajes y las actividades educativas a los temas que se van a desarrollar en la asignatura.

En este sentido, a través de la orientación educativa, se puede lograr que los alumnos de secundaria adquieran, modifiquen y/o cambien conductas y actitudes que los prevengan del consumo de drogas. Con el propósito de evitar que el problema se siga proliferando en este sector de la población. Así como fomentarles actitudes más favorables en relación a su salud en general.

CAPITULO 3

ACTITUD

3.1 CONCEPTOS

Thurstone (1928, en Alvarez y Martin, 1990) define la actitud como “el grado de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico.”

Bogardus (1931, en Alvarez y Martin, 1990) menciona que la actitud “es una tendencia a actuar en favor o en contra de algún factor ambiental, el cual se convierte con ello en un valor positivo o negativo.”

Allport (1935, en Alvarez y Martin, 1990) la describe como un “estado mental y neural de disposición organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y todas las situaciones con que se encuentra relacionado”.

Doob (1947, en Alvarez y Martin, 1990) enuncia que la actitud es una respuesta implícita, capaz de producir tensión, y que es considerada socialmente significativa en la sociedad de un individuo.

Oerter (1975), señala que el concepto de actitud tiene gran importancia para la descripción del desarrollo humano, afirmando que la actitud es una disposición

adquirida a una conducta, una disposición a responder de un modo relativamente constante a clase de estímulos socialmente importantes.

Fishbein y Ajzen, (1975, en Sampieri, Fernández y Baptista, 1991); Oskamp (1977, en Sampieri, Fernández y Baptista, 1991) la han definido como "una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos."

Para Lingdgren (1980, en Noriega, 1994), es una organización duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga de energía en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y efectos relativos a dicho objeto.

Briones (1985, en Noriega, 1994) la define como la predisposición a actuar de determinada manera a favor o en contra de algún objeto social.

Znaniacki (Padua, 1987 en Noriega 1994) la denomina como la tendencia individual a reaccionar, positiva o negativamente, a un valor social dado.

Casco (1990, en Noriega, 1994) refiere que las actitudes pueden ser influenciadas por los patrones culturales de un grupo social determinado, por tanto,

para abordar el tema, se requiere saber como organiza el individuo los hechos que ocurren en el exterior de manera que evoquen una representación.

Noriega, (1994) menciona que en las primeras etapas del desarrollo de una actitud, los elementos no están tan sistematizados como para que no puedan modificarse por experiencias nuevas. Pero después su organización puede volverse inflexible y estereotipada, especialmente en aquellas personas que han sido estimuladas durante largos periodos a reaccionar de manera positiva o negativa ante sucesos y grupos sociales. Añadiendo que si las actitudes de una persona o grupos de personas quedan firmemente establecidas, sus formas de pensar estarán regidas por esas creencias o fundamentos.

3.2 COMPONENTES

Alvarez y Martin (1990) comentan que varios autores coinciden en señalar que las actitudes están constituidas por tres componentes:

- **Cognoscitivo:** Está conformado por las creencias que tiene el individuo acerca del objeto.

- **Afectivo:** Se refiere a los sentimientos ligados al objeto.
- **Comportamiento:** Este incorpora la disposición conductual de la persona a responder al objeto.

Oerter (1975) señala que el componente cognoscitivo comprende todos los procesos relativos a juicios, razonamientos, opiniones y creencias sobre el objeto de una conducta.

Sherif y cools (1965, en Alvarez y Martin, 1990) refieren que el componente cognoscitivo se expresa a través de opiniones; y es el que cambia con mayor facilidad, a no ser de que se traten de creencias muy arraigadas o que impliquen un desajuste en la persona.

Alvarez y Martin (1990), al hablar del componente afectivo, opinan que es una tendencia o predisposición a actuar de acuerdo a la idea y sentimiento que se tiene del objeto actitudinal. Y que abarca los sentimientos de la persona con respecto al objeto, o sea, al modo en que valore los objetos que están incluidos en una categoría concreta.

Estos mismos autores, expresan que los objetos pueden ser vivenciados como placenteros o displacenteros, positivos o negativos, aceptados o negados. Además afirman que ese componente es el que dota a las actitudes de su carácter motivacional, insistente y arraigado, y que por eso, es el componente más difícil para cambiar, porque representa una mayor resistencia al cambio. Así mismo, recalcan que existe un nexo entre el componente cognoscitivo, en específico las creencias evaluativas y la disposición a responder, las cuales tienden a ser compatibles. (Alvarez y Martin, 1990)

Noriega (1994) explica que para que exista una actitud en relación a un objeto determinado es necesario la presencia de alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Y que para que se manifieste una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido es necesario la existencia de una representación cognoscitiva de dicho objeto.

Scott (1969, en Alvarez y Martin, 1990) afirma que cuanto mayor información se tiene sobre un objeto de actitud se está en mayor disposición de percibir tanto los buenos como los malos aspectos del mismo.

Olade (1979, en Noriega, 1994) indica que el tipo de información que recibe el individuo influye en sus actitudes; por ejemplo: las personas cuya educación profesional se relaciona con las ciencias sociales tienen una actitud más positiva hacia

la enfermedad mental, que aquellos que su educación profesional no estuvo enfocada a las ciencias sociales.

Por otro lado, Alvarez y Martin (1990) exponen que el componente de comportamiento: "es la tendencia o disposición de un individuo a actuar o reaccionar de un cierto modo ante un objeto actitudinal". Lo cual representa la orientación de la acción con respecto a ese mismo objeto.

Noriega (1994), señala que los componentes se encuentran íntimamente relacionados y que se ha demostrado que un cambio en uno de ellos, tiende a producir cambios en los otros, con el fin de producir una homeostasis o coherencia interna dentro de la estructura de la actitud.

Jack H. Curtis (citado por González, 1973, en Noriega 1994) dice que las actitudes poseen dos cualidades básicas:

1. "La primera es la que posee una orientación o tendencia en uno u otro sentido hacia un objeto. En el campo social estos objetos se les llama intereses y valores del sujeto.
2. La segunda cualidad es que son estados más o menos persistentes; tienden a mantenerse a través del tiempo."

De acuerdo a esta postura, es un error pensar que las actitudes son fijas, estáticas y que son invulnerables al cambio.

Partiendo, del hecho que las actitudes son aprendidas, es de suponerse que se pueden modificar por medio de aprendizajes.

3.3 FUNCIONES

Alvarez y Martin (1990), opinan que las actitudes pueden desempeñar una función de conocimiento al tratar de ayudar a entender e interpretar los eventos que de otra manera sería difícil de explicar.

Katz (1960, en Alvarez y Martin, 1990), menciona que las actitudes pueden desempeñar diferentes funciones para diferentes personas. Diciendo que las actitudes incluyen el núcleo afectivo, o sensible de agrado o desagrado, elementos cognoscitivos o creencias que describan el efecto de la actitud, sus características relacionadas con otro objeto. Refiriendo que hay cuatro funciones para el mantenimiento y modificación de las actitudes sociales:

1. **“Adaptativa”** Las personas tienden a adoptar actitudes que vayan de acuerdo con lo que un grupo social acepta o piensa con respecto a un evento. En el sentido de que les proporcione gratificaciones, aprobación, y estima de sus amigos y evitar castigos e insatisfacción de necesidades.
2. **Expresión de valores**: Las actitudes dan al individuo satisfacción a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Como sería aceptar la ideología de un grupo social.
3. **Conocimiento**: Al estructurarse las actitudes le dan un significado a las experiencias.
4. **Mecanismo de defensa**: El individuo tiende adoptar una actitud que le proporcione protección ante conocimientos que le pueden generar tensiones, impidiendo el conocimiento de la verdad.”

Smith (en Alvarez y Martin, 1990) plantea cinco funciones de la personalidad mediadas por la actitud:

- **“Función de valor”** En tanto representan la expresión de valores personales y sociales básicos para el individuo.

- **Función de consistencia:** Refleja el grado en el cual la actitud es consistente con la forma de reacción característica del individuo.
- **Función de gratificación:** Representa la relación más directa entre actitud y la satisfacción de necesidad básica subyacente.
- **Función de significado:** Hace que el mundo del individuo sea predecible y ordenado, que el conocimiento y experiencias sean estables e integrados.
- **A la función de conformidad:** Subyace una necesidad básica de aprobación y aceptación, de ahí que facilite la identificación del individuo con personas valoradas y propicie la relación interpersonal."

3.4 ACTITUD HACIA LA FARMACODEPENDENCIA

En una investigación, realizada por la Universidad Iberoamericana con la finalidad de valorar la percepción y actitud hacia el consumo de drogas a través del método de informantes (amas de casa, estudiantes y trabajadores). Aplicaron un cuestionario que contenía 54 preguntas y comprendía cuatro áreas:

- Percepción de los hábitos de consumo.
- Presión social hacia el consumo.
- Actitud hacia los hábitos de consumo.
- Motivos de los hábitos de consumo.

Los hallazgos que encontraron fueron:

1. Los trabajadores conocen mayor número de usuarios de todo tipo de drogas en comparación con las amas de casa y los estudiantes.
2. En relación con el tipo de usuario que conoce cada grupo: las amas de casa y los estudiantes reportaron conocer mas usuarios de disolventes que otro tipo de drogas y los trabajadores más usuarios de marihuana.
3. De acuerdo a la información proporcionada por los encuestados, las drogas de mayor consumo que se señalaron fueron: en primer lugar la marihuana (n=306), en segundo lugar, los inhalantes (n=240) y en tercer lugar, pastillas (n=54).

4. La población en general opinó que el consumo de marihuana es más extendido que el de disolventes, además que el consumo de drogas es grave.
5. Los grupos encuestados opinaron que el inicio del consumo de drogas se da más en situaciones sociales. (López Martínez, 1980, en Noriega 1994).

Noriega (1994), realizó una investigación con la finalidad de conocer si existían diferencias en la actitud hacia la farmacodependencia entre dos grupos de adolescentes, uno no farmacodependiente y el otro de exfarmacodependientes. Para la selección de la muestra se basó en el muestreo no probabilístico intencional. Los dos grupos presentaban algunas similitudes como son el sexo, la edad y la clase social, empleando un cuestionario que constaba de dos partes:

- La primera constaba de preguntas para recaudar información de tipo sociodemográfico. Así como reactivos para valorar si los sujetos han consumido o no cualquier tipo de droga, con qué frecuencia y qué actividades realizaba.
- La segunda parte, fue una encuesta estructurada de acuerdo a los lineamientos de una escala tipo Likert; elaborada por el departamento de Investigación de CIJ en 1990 con la finalidad de valorar la actitud hacia la

farmacodependencia para su prevención y ampliar el conocimiento sobre este tema en específico.

Reportando de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la farmacodependencia entre los dos grupos encuestados.

DE LA SERNA, JANET et al, (1989) hacen referencia que el joven estudiante posee conocimiento del daño que puede ocasionar el consumo de drogas, lo cual puede significar que el concepto de salud está presente y esto se manifiesta en actitudes de rechazo hacia el consumo de sustancias tóxicas. Añadiendo que también pueden ser resultado de la introyección de las normas establecidas por la familia, los amigos y la escuela.

En 1992, CIJ realizó una investigación para conocer la estructura, contenidos y dinámica de la opinión pública acerca de la farmacodependencia y de su prevención. El estudio se llevo a cabo a través de la aplicación de una encuesta de opiniones y actitudes (n=13,917), así como el análisis de mensajes difundidos por los medios de comunicación masiva (prensa y televisión); encontrándose que el 93.5% de la población encuestada tiende a adoptar una actitud favorable hacia la prevención de la farmacodependencia. También reportan una probable relación entre favorabilidad y edad/escolaridad. Sin embargo en sus conclusiones, describen que les llama la

atención que más de la mitad de los sujetos del grupo poblacional (alumnos de quinto y sexto de primaria y de secundaria) presentaron una actitud ambivalente.

Al respecto, esta institución opina que es probable que los resultados obtenidos reflejen la etapa del desarrollo (preadolescencia y adolescencia) en la que se encuentran, la cual involucra transiciones y crisis en el proceso de elaboración y de asunción de las opiniones y posturas transmitidas por las distintas instancias de socialización (familia, escuela, amigos). Sugiriendo que para que la población infantil y juvenil modifique su actitud ambivalente a una actitud favorable hacia la prevención de la farmacodependencia, los programas preventivos deben orientarse a conformar un esquema referencial y cognitivo del uso de drogas, acorde con la dimensión social y de salud del problema. (CIJ, 1994)

Bucher y Landini, (1988); Argüelles, et al (CONADIC, 1994b): señalan que el exceso de información sobre los efectos del consumo de drogas, es contraproducente ya que sea demostrado que se crea curiosidad. Por otro lado, "las campañas trágicas incrementan la curiosidad por probar las drogas, de ahí que es preferible desechar lo trágico y hacer campañas más positivas" (Miguez y Magri, 1995); la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, percepciones, sentimientos, valores y modo de vida propios. (CIJ, 1987)

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Tendrán los alumnos que cursan el nivel medio básico de educación, en el colegio Latino-América. S.C una actitud favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, después de un lapso de 3 meses, de haberse impartido el tema sobre la prevención de las enfermedades relacionadas a las adicciones por sustancias tóxicas, a través de la asignatura de orientación educativa.

4.2 OBJETIVOS

GENERAL

- Describir las actitudes que los alumnos tienen hacia la atención preventiva de la farmacodependencia

OBJETIVOS ESPECIFICOS

De acuerdo al grado escolar que los alumnos cursan se pretende describir:

- Qué tipo(s) de droga(s) reportan haber consumido o no, en relación al tiempo en que las consumieron y la cantidad de veces que la han probado en su vida.

- La percepción de riesgo que tienen sobre el consumo de drogas, tomando en cuenta el tipo y la frecuencia con qué se consume.
- La actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia.

4.3 HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

- H1= La población encuestada tiene una actitud favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia.

HIPOTESIS NULA

- Ho= La población encuestada no tiene una actitud favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia.

HIPOTESIS ALTERNA

- H2=Si hay diferencias significativas en la actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, por lo menos en uno de los grupos que cursan el nivel medio básico de educación en el Colegio Latino-América, S.C.

- H_0 = No hay diferencias significativas en la actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia entre los grupos de alumnos que cursan el nivel medio básico de educación en el Colegio Latino-América, S.C.

4.4 VARIABLES

No hay manipulación de variables, los acontecimientos ya transcurrieron, pero para fines de investigación se describen las siguientes variables:

INDEPENDIENTES

- **CONSUMO DE DROGAS**
- **ATENCION PREVENTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA**

DEPENDIENTES

- **PREVALENCIA**
- **PERCEPCION DE RIESGO**
- **ACTITUD**

4.5 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Droga:** Cualquier sustancia química o natural que afecta a una persona de manera tal que origina cambios fisiológicos, emocionales y/o de comportamiento. (Pick, et al, 1988)
- **Consumo de drogas :** Se refiere al empleo del ser humano de sustancias naturales o químicas que en condiciones normales son necesarias para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y posiblemente, también la estructura del organismo. (Argüelles, et al., en CONADIC, 1994b)
- **Prevalencia hacia el consumo de drogas:** Número de casos que se reportan sobre el consumo de drogas, en un momento dado, por medio de estudios transversales. (Villatoro, et al, en CONADIC, 1994a)
- **Percepción de riesgo hacia el consumo de drogas:** Capacidad de identificar el consumo de drogas como un problema de salud, que conlleva serios riesgos. (CIJ, 1992)
- **Actitud:** Una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable con respecto a un objeto o sus símbolos (Fishbein y Ajzen, 1975; Oskamp, 1977, citados por Sampieri, Fernández y Baptista, 1991)

- **Farmacodependencia** "es un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de la conducta y cognoscitivos de variable intensidad en los que el uso de una droga o drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y operan generalmente en forma recíproca." (CIJ, 1995, en Lemus, 1996)

- **Atención Preventiva:** Implica el reconocer o considerar la farmacodependencia como un problema de salud; que por sus causas y consecuencias, exige la participación activa de la comunidad en la realización de diversas acciones que permitan minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso de drogas, a través de:
 1. La reducción de los factores que se piensan que pueden incrementar el riesgo de consumo.

 2. Promoción de los factores que se piensan protegen al individuo del uso.
(Argüelles, et al, en CONADIC, 1994b)

4.6 DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Consumo de drogas:** No se manipula, ya está dada, pero para esta investigación, se utiliza la primera parte del cuestionario, en la que se hacen preguntas sobre el consumo por tipo de droga, en relación al tiempo en que se consumió y la cantidad de veces que se probó.
- **Atención preventiva de la farmacodependencia:** No se manipula, ya está dada, no obstante se ofrece a los jóvenes estudiantes, a través de la asignatura de orientación educativa. Para fines del estudio, se emplea una escala de actitudes.

VARIABLES DEPENDIENTES

- **Prevalencia hacia el consumo de drogas:** El número total de respuestas a las preguntas de cada una de las secciones de la primera parte del cuestionario aplicado que hacen referencia al consumo de drogas por tipo, en relación al tiempo en que se consumió y la cantidad de veces que se probó.

- **Percepción de riesgo hacia el consumo de drogas:** Número total de aciertos en la sección 11 del cuestionario aplicado. (Primera parte)
- **Actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia:** Número total de aciertos en el cuestionario aplicado (Segunda parte).

VARIABLES INTERCURRENTES

- **Grado escolar:** primero, segundo y tercer año de secundaria.
- **Intervalo de edad:** 12 a 17 años.
- **Pertenecientes a la misma escuela:** Colegio Latino-América, S.C.
- **Fecha de aplicación del cuestionario** (tres meses después que se impartió el tema sobre la prevención de las enfermedades que se relacionan con las adicciones por sustancias tóxicas).

4.7 CARACTERISITICAS DE LA POBLACION

La población estudiada está integrada por alumnos que cursan el nivel medio básico de enseñanza en el Colegio Latino-América, S.C., ubicada en la calle Plateros # 43 Col. San José Insurgentes dentro de la zona de la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México.

Se pretendió estudiar a toda la población escolar que consta de 75 alumnos, de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los doce y dieciocho años. Sin embargo, por ausencia de alumnos el día que se aplicó el cuestionario, la población quedó constituida por 51 alumnos y para efectos de la investigación se estratificó por grado escolar:

- Primer grado 17 alumnos.

- Segundo grado: 10 alumnos.

- Tercer grado: 24 alumnos.

No se realizó ningún procedimiento probabilístico para seleccionar a los sujetos, ya que se había contemplado estudiar a la población en su totalidad.

Los criterios de inclusión que se emplearon para que los alumnos fueran tomados en cuenta en el estudio son:

- Presentes el día de la aplicación de la encuesta.
- Sexo: Masculino o Femenino.
- Edad entre los 12 y 17 años.
- Pertenecer a la escuela.
- Aquellos alumnos que no cubrieran con estos criterios quedarían excluidos de la investigación.

4.8 ESCENARIO

- La aplicación de los cuestionarios se realizó durante el horario escolar y en el salón de clases correspondientes a cada grupo.

4.9 DISEÑO DE INVESTIGACION

Es de tipo expost-facto , transeccional, descriptivo, estratificado y no probabilístico.

- Expost-facto, no hay manipulación de variables porque los hechos y las situaciones ya ocurrieron. (Sampieri, Fernández y Baptista, 1991)
- Transeccional porque las observaciones y/o mediciones se realizan en un momento único en el tiempo. (Sampieri, Fernández y Baptista, 1991)
- Descriptivo porque en el planteamiento de hipótesis solamente se mide la variable y se reportan los resultados. (Sampieri, Fernández y Baptista, 1991)
- No probabilístico caracterizado por el criterio deliberado para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra. (Sampieri, Fernández y Baptista, 1991)

4.10 INSTRUMENTO DE MEDICION

El instrumento es un cuestionario autoaplicable que consta de dos partes:

PRIMERA PARTE: IDENTIFICACION Y CONSUMO DE DROGAS

- Se inicia con preguntas de identificación personal, como son el sexo, edad, grado escolar y si actualmente trabajan. Posteriormente continua con siete secciones de preguntas referentes al consumo de drogas. Extraídas de un cuestionario autoaplicable de opción múltiple que emplea la Dirección General de Educación Extraescolar de la S.E.P. y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) para la Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA) en la población estudiantil de la República Mexicana, con la finalidad de valorarla prevalencia y hábito de consumo que se da entre ellos y por otro lado conocer otros factores que asocian al consumo de drogas.
1. Las primeras seis secciones corresponden a un cuestionario de índole internacional autoaplicable estandarizado en México, como en otros países pertenecientes a la O.M.S.; compuesto con preguntas sobre el consumo de drogas.

Medina-Mora, Castro, Campillo-Serrano y Gómez-Mont (1981) realizaron una investigación con la finalidad de averiguar la validez y fiabilidad de los datos obtenidos en el instrumento. La confiabilidad se realizó mediante el método de doble consulta; el cuestionario incluía preguntas sobre:

- a) Características sociodemográficas, como edad, sexo, educación, residencia urbana, rural y educación de los padres;
- b) Uso de drogas durante toda la vida, en los últimos doce meses y los últimos treinta días con respecto a cada droga (tabaco, alcohol, marihuana, anfetaminas y otros estimulantes, cocaína, alucinógenos, disolventes, tranquilizantes, sedantes, opio, heroína y otros opiáceos), así como se les preguntaba a que edad comenzaron a consumirlas;
- c) Se les preguntó a los estudiantes si contestarían sinceramente a la pregunta de si habían consumido cannabis, opio o heroína.

Dicho estudio consistió en la aplicación del cuestionario en dos ocasiones con un intervalo de cuatro semanas (método de doble consulta) a dos poblaciones estudiantiles de cuya tasa (alta y baja, respectivamente) de uso de drogas ya se tenía confirmada, y la información obtenida en el cuestionario se comprobó por medio de entrevistas. Indicando que la población estaba constituida por 474 estudiantes de nivel medio básico, y superior de enseñanza en México, y para el análisis de la confiabilidad, se contemplaron a 335 (el 70,7%), sujetos a quienes se les aplicó el cuestionario en dos ocasiones.

Reportando las siguientes cifras sociodemográficas:

- Las edades de los estudiantes estuvieron comprendidas entre los 11 y 21 años o más, pero el grupo más numeroso (35%) era el de los 13 ó 14 años.
- Los dos sexos estaban igualmente representados.
- Alrededor del 42% había cursado de 7 a 9 años de estudios y un 35% de 10 a 12 años.
- El 74% aproximadamente no tenía ninguna otra actividad profesional y el 56% no había trabajado durante el año anterior.

Con respecto al porcentaje de las respuestas en que se admitía que alguna vez sí se habían consumido drogas, se encontraron pequeñas diferencias entre la primera y segunda aplicación. Encontrando que la diferencia fue alrededor del 1% para la mayoría de las drogas, excepto en los tranquilizantes, en el que se observó una diferencia del 3%, y en el del alcohol del 2%. (Ver anexo B)

Así, como también, realizaron otra investigación para el análisis de validez , aplicando el cuestionario a una muestra de 47 estudiantes de quienes se sabía por estudios anteriores (Salinas y Gómez, 1975, en Medina-Mora y cols., 1981) que constitulan un grupo con una elevada proporción de consumidores de drogas; con antecedentes de delincuencia, cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 18 años, de ambos sexos, de bajos niveles socioeconómicos y con tres a cinco años de estudio;

e independientemente se le aplicó a otro grupo de 49 estudiantes con similares características sociodemográficas, pero que se tenía la certeza de que era escaso el consumo de drogas entre ellos (Castro y Chao, 1976, en Medina-Mora, et al., 1981), haciendo una comparación entre los resultados de las dos aplicaciones. (Ver anexo B)

Concluyendo que con pequeñas modificaciones, el cuestionario puede utilizarse en poblaciones como las estudiadas con una confianza en la validez y la fiabilidad de sus resultados. Añadiendo que el cuestionario resultó altamente válido y fiable para el análisis de grupo.

2. La última sección está conformada por una escala con reactivos que miden la percepción de riesgo hacia el consumo de drogas. Es decir, como los sujetos consideran el peligro de que la gente consuma drogas dependiendo del tipo, la frecuencia y la cantidad.

López, et al., (1993), realizaron una investigación, con la finalidad de describir la manera en que jóvenes usuarios y no usuarios perciben el riesgo de consumir drogas y el contexto de tolerancia social que les rodea. Para dicho estudio encuestaron , a 2,165 alumnos de secundaria, 963 de preparatoria y 472 que asistían a escuelas técnicas. Del total 1,795 eran hombres y 1805 mujeres; los sujetos fueron seleccionados por Marco de muestreo (MM), basándose en los

registros oficiales de la S.E.P. del ciclo 1989-1990 (Distrito Federal, y los municipios de Naucalpan y Netzahualcóyotl). Para lo cual emplearon el cuestionario anteriormente descrito, incluyéndole una escala de percepción de riesgo y otra escala de tolerancia social.

La escala de percepción de riesgo, contiene una serie de preguntas acerca de como el encuestado considera que la gente consume drogas. Contemplándose tres opciones para su respuesta:

- a) No es peligroso.
- b) Es peligroso .
- c) Es muy peligroso.

En base a los resultados que se obtuvieron sobre el consumo de drogas, se clasificaron a los encuestados en: no usuario, monousuario y poliusuario, así como también por sexo (masculino y femenino). Posteriormente se compararon las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas (percepción y tolerancia).

Con los grupos se realizaron dos tipos de análisis generales:

- Los grupos con respecto a cada reactivo de las escalas por separado y posteriormente, se compararon en relación al puntaje global de cada escala.
- Para analizar cada reactivo por separado emplearon la prueba de Mann-Whitney para muestras grandes en el caso de comparación sexo (hombres-mujeres), y la prueba de Kruskal-Wallis con comparaciones entre los tres grupos.
- Para el análisis de las escalas de Percepción de Riesgo y Tolerancia Social utilizaron la prueba t para la comparación entre hombres y mujeres y entre usuario-no usuario, el Análisis de Varianza. (Ver anexo B)

Señalando que todas las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

De lo cual se desprende que la utilización de estas secciones, son confiables para emplearlas en la presente investigación. (Ver Anexo C)

Para analizar la información que los sujetos están proporcionando al contestar las secciones, se codifica cada opción elegida por el sujeto, dándole una puntuación numérica, para posteriormente darle un tratamiento estadístico. (Ver anexo D)

**SEGUNDA PARTE: SOBRE ACTITUD HACIA LA ATENCION PREVENTIVA
DE LA FARMACODEPENDENCIA**

- Se emplea una encuesta de actitudes validada con base en la técnica de Likert.
- Para el análisis de confiabilidad para cada ítem, se llegó a rechazar 46 de 98 ítems, por lo que la escala quedó reducida a 52 ítems. (Ver anexo E)

El cálculo de la confiabilidad, se realizó por el método de división por mitades, para el cuál se utilizó el modelo Spearman-Brown, dando un resultado de $.85 > .75$ y por consiguiente se puede tener confiabilidad en el instrumento. (CIJ, 1994; Proyecto de Opinión Pública y Farmacodependencia, 1990 en Noriega, 1994)

Dicha encuesta fue elaborada por el Departamento de investigación de CIJ, con la finalidad de analizar la estructura y contenidos de los públicos acerca de la farmacodependencia y de su atención preventiva. (CIJ, 1994)

Al emplear la escala de Likert para la medición de actitudes. Cada reactivo es una afirmación, la cual puede ser respondida en un continuo de:

- Totalmente de acuerdo (5 puntos)
- De acuerdo (4 puntos)
- Más o menos de acuerdo (3 puntos)
- En desacuerdo (2 puntos)
- Totalmente en desacuerdo (1 punto).

De esta forma, la evaluación consiste en la sumatoria de las opciones elegidas por los sujetos, ordenadas en los siguientes rangos de puntuación total, respecto a la actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia:

Muy favorable	260 a 227 puntos
Favorable	226 a 192 puntos
Ambivalente favorable	191 a 157 puntos
Ambivalente no favorable	156 a 122 puntos
No favorable	121 a 87 puntos
Muy desfavorable	86 a 52 puntos
No califica	menos 51 puntos

Sin embargo, la escala contiene reactivos con carga positiva y otros con valor negativo, por lo que se hace necesario que los reactivos con valor negativo se recodifiquen en orden inverso. (Ver anexo F)

Los 52 reactivos de la escala exploran cinco dimensiones:

- **“Posición y percepción de riesgo:** Una actitud favorable implicaría, por ejemplo reconocer que la farmacodependencia es un problema de salud, que conlleva serios riesgos, pero que es susceptible de resolverse.
- **Atención a los riesgos del narcotráfico:** Una actitud favorable indicaría que enfrentar el narcotráfico es condición necesaria pero no suficiente para prevenir el uso de sustancias psicoactivas.
- **Magnitud:** Una actitud favorable consideraría el consumo como un problema que afecta a todos los sectores sociales, sin distinción de edad, sexo, posición económica.
- **Prevención y participación comunitaria:** Una actitud favorable acusaría la inclinación a atacar conjuntamente el problema en su dimensión colectiva.
- **Tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente:** Una actitud favorable indicaría que el usuario de drogas puede reintegrarse tanto en lo familiar como en lo social. (CIJ, 1994)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Es importante aclarar que cada dimensión se mide por diferentes reactivos dentro de la escala. (Ver anexo G)

4.11 PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se llevo a cabo en la investigación fue el siguiente: En primera instancia se procedió a conseguir la autorización por parte de los Directivos de la escuela, para poder aplicar la encuesta a los diferentes grupos de nivel secundaria. Así como también obtener información acerca de la población escolar, con la finalidad de saber cuantos grupos habia por grado escolar, cuantos alumnos por grupo, el rango de edad. Una vez obtenida la autorización, se continuó con la programación de la aplicación de las encuestas. Las fechas se programaron de acuerdo al horario que tiene cada grupo con respecto a la asignatura de Orientación Educativa. Aplicándose las encuestas en días diferentes. Antes de iniciar la aplicación, se hizo la presentación con cada grupo, pidiéndoles de manera cortés la contestación del cuestionario. Explicándoles de que el cuestionario es anónimo, por lo que sus respuestas no tienen valor académico, sino para una investigación relacionada con el tema de Farmacodependencia. Se proporcionó a cada estudiante un lápiz y el cuestionario; y se leyeron las instrucciones:

"Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas pero por favor contesta con cuidado. Debes contestar todas las preguntas con una cruz en el círculo que corresponda a tu respuesta.

Por favor sigue cuidadosamente las siguientes indicaciones:

- Utiliza solamente el lápiz que se te dio.
- Pon una X en los círculos de tus respuestas.
- Si borras alguna respuesta trata de que se note lo menos posible."

Se les dijo que si no entendían alguna pregunta o no tenían la certeza de como contestarla, la hicieran saber, y con gusto se les aclararía. Por último se les indicó que podían responder el cuestionario.

Posteriormente se procedió a codificar los puntajes obtenidos en los cuestionarios aplicados, para darles un tratamiento estadístico. (Ver anexo D y F)

4.12 ANALISIS ESTADISTICO

Con el objeto de darle un tratamiento estadístico a los datos que se obtuvieron de los cuestionarios aplicados, se recurre al empleo del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión Windows). El cual contiene diferentes programas para análisis descriptivo (distribución de frecuencias, rangos, medias, varianzas, etc). Así como, programas para análisis estadístico inferencial mediante la aplicación de pruebas paramétricas y no paramétricas. Con la finalidad de aceptar o rechazar las hipótesis de nulidad planteadas en la investigación. (Nie, Hull,1980 en Noriega, 1994)

Considerando de que el paquete estadístico contiene diferentes programas para hacer análisis estadístico inferencial se eligen las pruebas estadísticas:

- No paramétrica: Análisis de varianza de una clasificación por rangos de ~~Kruskal-Wallis~~ para 3 muestras independientes. A un nivel de significación de .05 ($\alpha = .05$) y una muestra total de 51 sujetos implicados en el estudio (N= 51).
- Paramétrica: Análisis de varianza de un solo factor para 3 muestras independientes. A un nivel de significación de .05 ($\alpha = .05$) y una muestra total de 51 sujetos implicados en el estudio (N= 51).

La primera parte del cuestionario se va a someter a la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, contemplando que a cada reactivo se le haga el análisis. Para la segunda parte, se empleará el análisis de varianza de un solo factor para tres muestras independientes, verificando la homogeneidad de la varianzas a través de la prueba de Levene, para que posteriormente se sometan los resultados a la prueba de Sheffe con el propósito de que se conozca si algún grupo marca la diferencia estadísticamente significativa a un nivel de significación de .05 ($\alpha = .05$).

CAPITULO 5

RESULTADOS

Para obtener los resultados de la presente investigación se empleó el paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS), (Nie, Hull, 1980 en Noriega, 1994). Utilizándose diferentes programas para categorizar, ordenar y resumir los datos arrojados en el estudio, en frecuencias absolutas y relativas, rangos y porcentajes para poder hacer un análisis descriptivo de la población encuestada, así como el análisis de varianza, con la finalidad de observar las diferencias entre las medias muestrales, es decir, describir si existen diferencias significativas, en la actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia y en cada una de sus dimensiones evaluadas comparándolas en los tres grupos: alumnos de primer año de secundaria, segundo año y tercero. A continuación se presenta un cuadro en el que se resume los datos de identificación que arrojó el análisis:

CUADRO 5.1

DATOS REFERENTES A LA POBLACION ENCUESTADA

GRADO ESCOLAR	alumnos	%	Rango de edad	Hombres	Mujeres	sin trabajar	con trabajo
PRIMERO	n = 17	33.3	12 a 15 años	11	6	16	1
SEGUNDO	n = 10	19.6	13 a 16 años	9	1	8	2
TERCERO	n = 24	47.1	14 a 17 años	19	5	20	4
TOTAL	N = 51	100.0	12 a 17 años	39	12	44	7

La población encuestada estuvo integrada por 51 (100%) alumnos cuyas edades fluctuaron entre los 12 y 17 años, de los cuales 17 (33.3%) cursan el primer grado de secundaria, 10 (19.6%) el segundo grado y 24 (47.1%) el tercer grado. Del total de la población encuestada 39 fueron hombres y 12 mujeres, 44 reportan que solamente estudian, y 7 estudian y trabajan.

Para fines de este estudio, los sujetos se clasificaron por grado escolar, y en base a esa categoría se obtuvieron los resultados del análisis de varianza de un solo factor y posteriormente se aplicó la prueba de Scheffe, ya que el análisis de varianza, solo permite establecer si hay diferencia entre los grupos, pero no establece cuál de los grupos marca la diferencia. Estas dos pruebas solamente se llevaron a cabo en los datos recaudados de la escala de actitudes, con la finalidad de someter a prueba las hipótesis de nulidad planteadas en la investigación.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados del análisis de varianza, en relación a cada una de las dimensiones que comprende la escala de actitud.

CUADRO 5.2

**RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DE LA ACTITUD
HACIA LA ATENCION PREVENTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA
EN LOS TRES GRUPOS.**

(n=51)

DIMENSION	F	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIGNIFICACION	MEDIAS	
ACTIUD HACIA RIESGO	1.00224	2/51	0.3674 > .05	38.7059 36.9000 39.6250 38.7843	PRIMERO SEGUNDO TERCERO TOTAL
ATENCION AL NARCOTRAFICO	0.9545	2/51	0.3922 > .05	22.9412 22.9000 24.2500 23.5490	PRIMERO SEGUNDO TERCERO TOTAL
MAGNITUD	7.0769	2/51	0.0020 < .05	39.2353 44.2000 43.9167 42.4118	PRIMERO SEGUNDO TERCERO TOTAL
PREVENCION Y PARTICIPACION	4.0284	2/51	0.02410 < .05	43.4706 45.6000 47.1667 45.6275	PRIMERO SEGUNDO TERCERO TOTAL
TRATAMIENTO Y REHABILITACION	1.6619	2/51	0.2005 > .05	43.0000 43.5000 46.1667 44.5882	PRIMERO SEGUNDO TERCERO TOTAL

De acuerdo a los datos que se mostraron en el cuadro anterior acerca de las dimensiones que comprende la escala se infiere lo siguiente:

- En las puntuaciones de la actitud hacia la posición y riesgo de la farmacodependencia, las variaciones que hay entre las medias de primero ($\bar{x} = 38.7059$), segundo ($\bar{x} = 36.9000$) y tercero ($\bar{x} = 39.9000$), en relación a la media total (38.7843), no son estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis de nulidad planteada en la investigación, porque se obtuvo un valor de F (1.0024) a un nivel de significancia de .3674 > al .05 con 2 grados de libertad y una muestra poblacional de 51 sujetos. Es decir, que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la actitud hacia esta dimensión.
- Con respecto a la actitud hacia la atención del narcotráfico, no hubo diferencias estadísticamente significativas, porque se obtuvo una F = .9545 a un nivel de significancia de .3922 > .05, por lo tanto se acepta hipótesis nula. No obstante que la media más alta en los grupos fue la de tercero ($\bar{x} = 24.2500$), en comparación a la de primero ($\bar{x} = 22.9412$) y a la de segundo ($\bar{x} = 22.9000$).

En relación a la actitud hacia la magnitud, **si se observaron diferencias estadísticamente significativas** obtuviéndose una F = 7.0769 a un nivel de significancia de .0020 < .05, por lo que se **acepta hipótesis alterna** y se rechaza hipótesis nula. Marcando las diferencias el segundo grado con una

media ($\bar{x} = 44.2000$) y el tercero ($\bar{x} = 43.9167$), en comparación a la del primero ($\bar{x} = 39.2353$).

En referencia a la actitud hacia la prevención y participación, **si se hallaron diferencias estadísticamente significativas**, ya que se obtuvo una $F = 4.0284$ y un nivel de significación de $.02410 < .05$, por consiguiente se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alterna. Marcando la diferencia el grupo de tercer grado con una media ($\bar{x} = 47.1667$), en comparación con el segundo ($\bar{x} = 45.600$) y el primero ($\bar{x} = 43.4706$).

- En la dimensión que mide la actitud hacia el tratamiento y rehabilitación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, obtuyéndose una $F = 1.6619$ y un nivel de significancia de $.2005 > .05$, por lo que se acepta hipótesis nula. La puntuación más alta la obtuvo el grupo de tercero ($\bar{x} = 46.1667$), le siguió segundo ($\bar{x} = 43.5000$) y después primero ($\bar{x} = 43.0000$).

El siguiente cuadro contiene los resultados que se obtuvieron con respecto al 95 % de confiabilidad dentro de las medias para cada una de las dimensiones que comprende la escala.

CUADRO 5.3

**RESULTADOS SOBRE EL 95% DE CONFIABILIDAD
PARA LAS MEDIAS
(n=51)**

DIMENSION ACTIUD HACIA	95 % CONFIABILIDAD PARA LAS MEDIAS	MEDIAS	GRUPOS
POSICION Y RIESGO	36.1952 a 41.2166	38.7059	PRIMERO
	33.4701 a 40.3299	36.9000	SEGUNDO
	37.3878 a 41.8622	39.6250	TERCERO
	37.3576 a 40.2110	38.7843	TOTAL
NARCOTRAFICO	21.2134 a 24.6510	22.9412	PRIMERO
	19.8010 a 25.9990	22.9000	SEGUNDO
	22.9605 a 25.5395	24.2500	TERCERO
	22.5889 a 24.5091	23.5490	TOTAL
MAGNITUD	36.8825 a 41.5881	39.2353	PRIMERO
	40.2000 a 47.7013	44.2000	SEGUNDO
	42.3322 a 45.5011	43.9167	TERCERO
	41.0733 a 43.7502	42.4118	TOTAL
PREVENCION Y PARTICIPACION	41.1347 a 45.8064	43.4706	PRIMERO
	42.3270 a 48.8730	45.6000	SEGUNDO
	45.6638 a 48.6695	47.1667	TERCERO
	44.4041 a 46.8508	45.6275	TOTAL
TRATAMIENTO Y REHABILITACION	39.9691 a 46.0309	43.0000	PRIMERO
	37.9563 a 49.0437	43.5000	SEGUNDO
	44.0880 a 48.2453	46.1667	TERCERO
	42.9156 a 46.2609	44.5882	TOTAL

Conforme a los datos mostrados en el cuadro (5.3), se puede observar que en la categoría "MAGNITUD", la media de segundo (**44.2000**) y de tercero (**43.9167**), están por arriba del rango de la media de la población total (41.0733 a 43.7502). Así como en "PREVENCION Y PARTICIPACION", la media de tercero (**47.1667**) está

por arriba del rango de la media total (44.401 a 46.8508). Lo cual quiere decir que en relación hacia la actitud de la magnitud, los grupos segundo y tercero con un 95% de confiabilidad marcan la diferencia estadísticamente significativa, con respecto a la actitud hacia la prevención y participación los alumnos de tercero son los que establecen la diferencia.

A continuación se muestran los resultados obtenidos por medio de la prueba paramétrica de Análisis de varianza y la prueba de Scheffe sobre la puntuación total obtenida por cada uno de los grupos en la escala de actitud.

CUADRO 5.4

PUNTUACION EN LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA ATENCION PREVENTIVA DE LA FARMACODEPENDENCIA (n=51)

GRADO ESCOLAR	muestra	media	grados de libertad		F	nivel de significación
PRIMERO	17	107.3529	inter	intra	3.6086	0.0347 < .05
SEGUNDO	10	193.1000	2	51		
TERCERO	24	201.1250 *****				
TOTAL	51	194.9608				

De acuerdo a los resultados mostrados en el cuadro (5.4) se puede observar en una de la columnas, se obtuvo una prueba F con un valor de 3.6086 con una

probabilidad a un nivel de significancia de $.0347 < \alpha < .05$ (región de rechazo), con 2 grados de libertad inter y 51 intra. De lo cual se puede inferir que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sobre la actitud que tienen hacia atención preventiva de la farmacodependencia, por lo que se rechazan hipótesis nulas. Marcando la diferencia el grupo de tercero con una media de $\bar{x} = 201.1250$, en comparación al grupo de segundo ($\bar{x} = 193.1000$) y primero ($\bar{x} = 187.3529$), que están por debajo de la puntuación media ($\bar{x} = 194.9608$) que obtuvo la población encuestada (51 alumnos).

El cuadro que a continuación se presenta, contiene los resultados que se obtuvieron con respecto al 95 % de confiabilidad para las medias de los grupos, en relación a las puntuaciones totales en la escala.

CUADRO 5.5 RESULTADOS SOBRE EL 95% DE CONFIABILIDAD

PARA LAS MEDIAS EN LA ESCALA DE ACTITUD (n=51)

GRADO ESCOLAR	95 % CONFIABILIDAD PARA LAS MEDIAS	MEDIAS
PRIMERO	178.0307 a 196.6752	187.3529
SEGUNDO	178.5898 a 207.6102	193.1000
TERCERO	178.5898 a 206.6071	201.1250
TOTAL	190.1268 a 199.7948	194.9610

Según los datos que se muestran en el cuadro (5.5) se puede observar que la puntuación media del grupo de tercero (201.1250) está por arriba del rango de las puntuaciones de la media de la población total (190.1268 a 199.7948). Así como el grupo de primero (187.3529), pero su puntuación está por debajo. Esto significa que **sí hay diferencias estadísticamente significativas**, con un 95% de confiabilidad para establecerlas.

A continuación se presentan los rangos de puntuación total por intensidad de la actitud.

CUADRO 5.6 RANGOS DE PUNTUACION POR INTENSIDAD DE ACTITUD

MUY FAVORABLE	260 a 227 puntos
FAVORABLE	226 a 192 puntos
AMBIVALENTE FAVORABLE	191a 157 puntos
AMBIVALENTE DESFAVORABLE	156 a 122 puntos
NO FAVORABLE	121 a 87 puntos
MUY DESFAVORABLE	86 a 52 puntos
NO CALIFICA	menos de 51 puntos

La información que presenta este cuadro (5.6) proporciona los rangos de puntuación que corresponden al grado de intensidad de la actitud. Con lo cual se puede inferir qué tipo o grado de intensidad de actitud tiene cada grupo hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, de acuerdo a la puntuación media que obtuvieron en la escala.

En el siguiente cuadro se muestra el tipo de actitud que prevalece en cada uno de los grupos de acuerdo a la información que se presentó en los cuadros anteriores (5.4, 5.5 y 5.6).

CUADRO 5.7

**INTENSIDAD DE LA ACTITUD HACIA LA ATENCION PREVENTIVA
DE LA FARMACODEPENDENCIA**

(n=51)

GRADO ESCOLAR	MEDIAS	RANGO	INTENSIDAD DE LA ACTITUD
PRIMERO	187.3529	191 A 157 puntos	Ambivalente favorable
SEGUNDO	193.1000	226 a 192 puntos	Favorable
TERCERO	201.1250	226 a 192 puntos	Favorable
TOTAL	194.9608	226 a 192 puntos	Favorable

Según los datos presentados en el cuadro (5.7) se puede inferir que:

- La población encuestada (TOTAL), tiene una actitud favorable a la atención preventiva de la farmacodependencia, por lo tanto se acepta hipótesis de trabajo y se rechaza hipótesis nula.

- **Uno de los grupos marca la diferencia estadísticamente significativa**, en relación a la actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, por consiguiente se rechaza hipótesis nula y **se acepta hipótesis alterna**. Tomando como referencia de que el tercer grado tuvo una media ($\bar{x} = 201.1250$) estando por arriba de la media del segundo ($\bar{x} = 193.1000$) y del primero ($\bar{x} = 187.3529$) y la media de la población encuestada ($\bar{x} = 194.9608$), se puede inferir que los alumnos de tercer grado tienen una actitud más favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, en comparación a los otros grupos.

Otro aspecto que se investigó, fue la prevalencia sobre el consumo de drogas, por el tipo y la cantidad de veces. Es decir cuantos sujetos reportan haber consumido determinada droga y cuantas veces la han probado en su vida.

Los datos que se recolectaron de los cuestionarios se sometieron a un análisis descriptivo para obtener las frecuencias relativas y absolutas sobre el consumo de cada droga y la frecuencia con que se ha consumido. También se sometió la información a un análisis inferencial por medio de la prueba no paramétrica de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al consumo por tipo de droga.

(Ver Anexo H)

A continuación se presenta de manera resumida, los resultados que se obtuvieron del análisis descriptivo, en relación al número de sujetos que reportaron haber consumido drogas o no, en un lapso determinado.

CUADRO 5.8

RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE EL CONSUMO POR TIPO DE DROGA DE ACUERDO AL LAPSO EN QUE SE CONSUMIO

(n=51)

DROGAS	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	SUJETOS PORCENTAJE
TABACO	7 13.7	22 43.1	6 11.8	16 31.4	SUJETOS PORCENTAJE
ALCOHOL	5 9.8	26 51.0	7 13.7	13 25.5	SUJETOS PORCENTAJE
MARIGUANA	45 88.2	4 7.8	2 3.9	0 0	SUJETOS PORCENTAJE
ANFETAMINAS	49 96.1	2 3.9	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
COCAINA	47 92.2	4 7.8	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
COCAINA "CRACK"	50 98.0	1 2.0	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
ALUCINOGENOS	47 92.2	4 7.8	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
INHALABLES	50 98.0	1 2.0	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
TRANQUILIZANTES	46 90.2	4 7.8	1 2.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
SEDANTES	47 92.2	2 3.9	2 3.9	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
HEROINA	51 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE

De acuerdo a los datos mostrados en este cuadro (5.8), se puede observar que el mayor consumo de drogas entre los alumnos, es de tabaco y alcohol, ya que en los últimos treinta días, el 31.4% (16 sujetos) de la población encuestada refiere haber fumado y el 25.5 % (13 sujetos) reporta haber tomado, en comparación a las demás drogas, que no hay registros.

En cuanto a los últimos doce meses, sigue predominando el consumo hacia el alcohol y tabaco, ya que se tiene que el 13.7 % (7 sujetos) menciona haber tomado y el 11.8 % (6 sujetos) fumado, en relación a las otras drogas, que únicamente el 3.9% (2 sujetos) reporta haber fumado marihuana, el 2 % (1 sujeto) reporta haber utilizado tranquilizantes y el 3.9 % (2 sujetos) refiere haber utilizado sedantes.

Con respecto, a la columna "alguna vez" , se puede observar que el mayor porcentaje se presenta para el consumo del alcohol con el 51% (26 sujetos) y tabaco 43.1% (22 sujetos), la marihuana, la cocaína, los alucinógenos y los tranquilizantes tienen el mismo porcentaje 7.8 % (4 sujetos), las anfetaminas y los sedantes 3.9 % (2 sujetos), el "crack y los inhalables con el 2 % (1 sujeto) y la única droga que no han probado es la heroína.

En el rubro de "nunca", se tiene que tan solo hay un porcentaje de 13.7 % (7 sujetos) se abstiene de fumar, para el alcohol 9.8% (5 sujetos), en comparación con la marihuana que tiene un 88.2% (45 sujetos), tranquilizantes 90.2% (46

sujetos), para las anfetaminas, cocaína y sedantes tienen el mismo porcentaje 92 % (47 sujetos), el crack e inhalables con el 98% (1 sujeto) y la heroína que no la han consumido 100% (51 sujetos).

El cuadro que sigue muestra la cantidad de veces con que se ha consumido cierto tipo de droga.

CUADRO 5.9 RESULTADOS SOBRE LA CANTIDAD

POR TIPO DE DROGA

"PREVALENCIA EN LA POBLACION ENCUESTADA"

(n=51)

DROGAS	NUNCA	1 ó 2 VECES	3 A 5 VECES	6 a 10 VECES	
MARIGUANA	44 86.3	3 5.9	2 3.9	2 3.9	SUJETOS PORCENTAJE
ANFETAMINAS	49 96.1	2 3.9	0 0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
COCAINA	46 90.2	3 5.9	0 0	2 3.9	SUJETOS PORCENTAJE
COCAINA "CRACK"	50 98.0	1 2.0	0 0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
ALUCINOGENOS	47 92.2	4 7.8	0 0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
INHALABLES	50 98.0	1 2.0	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
TRANQUILIZANTES	45 88.2	5 9.8	1 2.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE
SEDANTES	45 88.2	4 7.8	1 2.0	1 2.0	SUJETOS PORCENTAJE
HEROINA	51 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	SUJETOS PORCENTAJE

En cuanto a la información proporcionada en este cuadro (5.9), se hizo un análisis, de las frecuencias y porcentajes en el rubro de "Nunca", de cada una de las categorías que se refieren a las drogas (exceptuando alcohol y tabaco), comparándolas con las que se obtuvieron en el cuadro 5.8 con la finalidad de identificar si coincidían los resultados, encontrándose algunas diferencias.

CUADRO 5.10

**RESULTADOS SOBRE LAS CATEGORIAS
QUE PRESENTAN DIFERENCIAS
(n=51)**

DROGAS	NUNCA LAPSO	NUNCA CANTIDAD (VECES)	
MARIGUANA	45 88.2	44 86.3	SUJETOS PORCENTAJE
COCAINA	47 92.2	46 90.2	SUJETOS PORCENTAJE
TRANQUILIZANTES	46 90.2	45 88.2	SUJETOS PORCENTAJE
SEDANTES	47 92.2	45 88.2	SUJETOS PORCENTAJE

Se puede observar en el cuadro (5.10) que en la primera sección se reportó 45 registros (88.2 %) que no se consumía la marihuana en el rubro "Nunca Lapso" y en la segunda sección "Nunca Cantidad" 44 (86.3%), para la cocaína se tenía 47 (92.2 %) en la columna de "Nunca Lapso" y en la columna "Nunca Cantidad" 46

Nº	TITULO DE VARIABLE	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso
11b	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe marihuana 1 ó 2 veces?	5 9.8%	21 41.2%	25 49.0%
11c	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente fume marihuana ocasionalmente?	4 7.8%	21 41.2%	26 51.0%
11d	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente fume marihuana regularmente?	20 39.2%	30 58.8%	1 2.0%
11e	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe cocaína 1 ó 2 veces?	6 11.8%	22 43.1%	23 45.1%
11f	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use cocaína regularmente?	1 2.0%	13 25.4%	37 72.6%
11g	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe inhalables 1 ó 2 veces?	7 13.7%	20 39.2%	24 47.1%
11h	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use inhalables regularmente?	0 0.0%	15 29.4%	36 70.6%
11i	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe heroína 1 ó 2 veces?	3 5.9%	21 41.2%	27 52.9%

N°	TITULO DE VARIABLE	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso
11j	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use heroína regularmente?	0 0.0%	10 19.6%	41 80.4%
11k	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe anfetaminas 1 ó 2 veces?	6 11.8%	29 56.9%	16 31.4%
11l	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use anfetaminas regularmente?	0 0.0%	12 23.5%	39 76.5%
11m	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana?	22 43.1%	27 52.9%	2 3.9%
11n	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 1 ó 2 copas todos los días?	14 27.5%	23 45.1%	14 27.5%
11°	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 4 ó 5 copas todos los días?	1 2.0%	19 37.3%	31 60.6%
11p	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 6 o más copas 1 ó 2 veces a la semana?	0 0.0%	18 35.3%	33 64.7%

Según los datos observados en cada una de las categorías anteriormente descritas, se puede mencionar que la población encuestada considera peligroso o

muy peligroso para la salud el que la gente use drogas, dependiendo de la frecuencia con que se consuma. Sin embargo, no considera muy peligroso para la salud el que las personas tomen 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana.

En el anexo I se muestran los resultados obtenidos en relación a la distribución de frecuencias de las respuestas de los sujetos de acuerdo al grado escolar que cursan. Así como también los resultados obtenidos a través de la prueba estadística no paramétrica: Análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis.

En base a los datos que arrojó la prueba, a continuación se presentan aquellas categorías en las que sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

CUADRO 5.12

**ANALISIS DE VARIANZA DE UNA CLASIFICACION
POR RANGOS
PARA 3 MUESTRAS INDEPENDIENTES
(n=51)**

Fumar 1 ó más cajetillas de cigarros al día	\bar{x}	grados de libertad	chi cuadrada corregida por ligas	nivel de significancia
PRIMERO	27.50	2 N=51	8.7401	0.0127 < .05
SEGUNDO	15.50			
TERCERO	29.31			
Fumar marihuana regularmente				
PRIMERO	19.32	2 N=51	7.1016	0.0287 < .05
SEGUNDO	30.50			
TERCERO	28.85			
Probar cocaína 1 ó 2 veces				
PRIMERO	19.38	2 N=51	6.0789	0.0479 < .05
SEGUNDO	28.50			
TERCERO	29.65			
Usar anfetaminas regularmente				
PRIMERO	18.50	2 N=51	12.0299	0.0024 < .05
SEGUNDO	29.45			
TERCERO	29.88			

De acuerdo a los datos presentados anteriormente se puede decir que si hay diferencias estadísticamente significativas al menos en uno de los grupos en la manera de considerar el peligro que es para la salud el que la gente:

- Fume 1 ó más cajetillas de cigarros, ya que se obtuvo una chi cuadrada corregida por ligas de **8.7401** a un nivel de significancia de **.0127 < al .05**, y de acuerdo a los valores de las medias, probablemente el grupo de segundo ($\bar{x} = 15.50$), es el que menos percibe el riesgo.
- Fume marihuana regularmente: los resultados arrojan una chi cuadrada corregida por ligas con un valor de **7.1016** a un nivel de medición de **.0287 < al .05**, y si se toman como referencia las medias obtenidas, el grupo de primer grado ($\bar{x} = 19.32$) es el que menos considera el peligro.
- Probar cocaína 1 ó 2 veces: el análisis reporta una chi cuadrada corregida por ligas con un valor de **6.0789** a un nivel de significancia de **.0479 < al .05**, y tomando en cuenta el valor de las medias, el grupo de primero ($\bar{x} = 19.38$) está por debajo de los grupos, se podría decir que es el que menos percibe el riesgo.
- Usar anfetaminas regularmente: los datos obtenidos en relación a esta categoría fueron una chi cuadrada corregida por ligas con un valor de **12.0299** a un nivel de significancia de **.0024 < al .05**, y con respecto a los valores de las medias, los alumnos de primer grado ($\bar{x} = 18.50$) tuvieron el puntaje más bajo, por lo que se puede mencionar que son los que menos consideran el riesgo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los alumnos de la escuela secundaria Colegio Latino-América, S.C, después de tres meses de que se les impartió el tema de la prevención de enfermedades que se relacionan con las adicciones a sustancias tóxicas, a través de la asignatura de orientación educativa. Se concluye que la población encuestada tienen una actitud favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, lo cual hace suponer que existe la posibilidad de que los alumnos comprenden que la farmacodependencia se considera como un problema de salud pública:

- Porque se puede presentar en cualquier clase social sin respetar la edad, sexo, ni distinción económica, que por sus diferentes causas y consecuencias de índole individual, familiar y social, se requiere de la participación activa de los integrantes de una sociedad para realizar actividades que:
 1. Reduzcan de los factores que se piensan que pueden incrementar el riesgo de consumo.
 2. Promuevan los factores que se piensan protegen al individuo del uso.
 3. Permitan al farmacodependiente rehabilitarse y reinsertarse a la sociedad.

CONCLUSIONES

Aunque la población presenta una dirección de favorabilidad de la actitud hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, la intensidad de la actitud no es la misma para los grupos, ya que la puntuación más alta la obtuvo el tercer grado de ($\bar{x} = 201.1250$), en comparación al grupo de segundo ($\bar{x} = 193.1000$) y primero ($\bar{x} = 187.3529$), que están por debajo de la puntuación media ($\bar{x} = 194.9608$) de la población encuestada (51 alumnos). Lo cual hace suponer que probablemente exista una relación entre la comprensión del mensaje preventivo, el grado escolar y la intensidad de la actitud.

A pesar de que la población encuestada presenta una actitud favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, hay un alto porcentaje de la población que consumió tabaco (34.1%) y alcohol (25.5%), en los últimos treinta días previos a la aplicación de los cuestionarios, sin reportarse consumo de otras drogas. Estos datos son relevantes para considerar que:

- La población encuestada prefiere consumir drogas que son permitidas socialmente que aquellas que no lo son. Esta preferencia puede estar influenciada por dos factores: legalidad del uso de estas drogas y la actitud de aceptación que existe por parte de la sociedad.
- Es un indicador que refleja lo que prevalece en nuestra sociedad, ya que en otros estudios similares a este, se ha reportado que el consumo de alcohol

CONCLUSIONES

y tabaco, son los mayores problemas de salud pública a los que se enfrenta el país, en lo que se refiere a adicciones por consumo de sustancias tóxicas (Gutiérrez, en CONADIC, 1994^a; Berenzon et al, en CONADIC, 1994^a; SSA, 1993, en Lemus 1996).

- Esto puede significar que aunque el adolescente tenga un conocimiento sobre los daños que ocasiona el consumo de estas drogas, existan factores psicosociales como la curiosidad, la aceptación del grupo social, la anticipación a la adultez, la imitación, la rebeldía, y el bombardeo publicitario que se hace sobre el consumo de estas drogas a través de los medios masivos de comunicación, que estén ejerciendo una presión social que favorezca el consumo del tabaco y el alcohol.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La principal limitación que se tiene en este estudio es que al no haber una aplicación del cuestionario antes de que se impartiera el tema sobre la prevención de las enfermedades a las adicciones por sustancias tóxicas, no se puede conocer si influye el mensaje preventivo que se les transmitió a través de la asignatura orientación educativa sobre la actitud que ellos presentan hacia la prevención de la farmacodependencia, por lo que se sugiere que en próximas investigaciones similares se contemple una aplicación previa.

Otro obstáculo que se presentó en ésta investigación fue el ausentismo por parte de algunos alumnos el día que se aplicaron los cuestionarios. Por lo que la población escolar que se pretendió estudiar quedó incompleta.

Sin embargo, los resultados obtenidos, pueden ser de gran utilidad para la escuela. Por una parte le permite al orientador evaluar los alcances que tuvo el programa, por otro lado, le sirven de referencia para reforzar, modificar e inclusive establecer nuevos lineamientos dentro del mismo, con el objeto de incidir más en aquellos aspectos que considere relevantes para tratar con los estudiantes, de una manera colectiva o individual; ya que ponen en evidencia que a pesar de que los alumnos tienen una actitud favorable hacia la atención preventiva de la farmacodependencia, hay un alto porcentaje de la población que durante los últimos treinta días previos a la aplicación del cuestionario consumió tabaco y alcohol.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Gutiérrez Alberto y Martin Campos María Teresa. Influencia de los estilos cognoscitivos y las actitudes en el proceso de enseñanza y en sus resultados, tesis unam, 1990.
2. Berenzon Shoshana, Medina-Mora Ma. Elena, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Villatoro Jorge y Rojas Estela. Las Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, Salud Mental Vol. 19, No 1, Marzo de 1996, México, pp. 1-5
3. Blanco García Yolanda, Orientación Educativa, Ediciones Castillo, México, 1994.
4. Bucher Richard E. y Landini Totugui Márcia. Conocimiento y uso de drogas entre alumnos de Brasilia. Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina, 1988, No 34 pp 113-126.
5. Castro Sariñana Ma. Elena. Rojas G. Ma L. Estela y De la Serna B. Janet, Estudio Epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. Salud Mental V. 11 No. 7 marzo de 1988, México.
6. Centros de Integración Juvenil, A.C. OPINION PUBLICA Y FARMACODEPENDENCIA: "Reporte Panorámico de la Investigación Abril de 1992 (Cuaderno temático perfil de investigación Vol. 4) México, 1994.

BIBLIOGRAFIA

7. Centros de Integración Juvenil, A.C. Epidemiología del abuso de drogas en la República Mexicana, panorama comparativo con los Estados Unidos de América (Cuaderno temático perfil de investigación Vol. 3) México, 1992.
8. Centros de Integración Juvenil, A.C. Manual de apoyo a maestros para acciones preventivas de la farmacodependencia en la Escuela, México, 1989.
9. Centros de Integración Juvenil, A.C., Proyecto: Información Pública Periódica. (Mecanograma interno, Depto. de Prevención de CIJ), México, 1987.
10. Centros de Integración Juvenil, A.C., Manual de capacitación para el voluntariado, México, 1982.
11. Collado, Ma. E., La evaluación de los programas preventivos: Perspectivas, Alcances y Limitaciones. (Mecanograma interno, Depto. de Investigación de CIJ), México, 1992.
12. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC). Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario, S.S.A, México, 1994(a)
13. CONADIC. Guía para el Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materia de Adicciones, Secretaria de Salud, México, 1994(b)
14. CONADIC, Las drogas y sus usuarios, Secretaria de Salubridad, 1992.
15. De la fuente Ramón. El alcoholismo y el abuso del alcohol: Visión de conjunto, Salud Mental Vol. 10 No. 4, diciembre de 1987, México, pp. 45-51

BIBLIOGRAFIA

16. DE LA SERNA, Janet et al. Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989. Anuario del I.M.P. pp. 183-187.
17. Downie N.M. y Heath R.W. Métodos estadísticos aplicados, Editorial Harla, México, 1973. Fenwick Elizabeth y Smith Tony. ADOLESCENCIA: "Guía Práctica para padres y adolescentes", Editorial Atlántida, Chile, 1993.
18. Gutiérrez Reynaga Reyna, Unikel Santocini Claudia, Villatoro Velázquez Jorge y Ortiz Castro Arturo. Alcohol y Tabaco como drogas de inicio, La Psicología Social en México, Vol. VI, México, 1996, pp. 549-553.
19. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar, Metodología de la investigación, McGraw-Hill, México, 1991.
20. Hernández Valverde Gabriel, González Jaimes Juan de Dios, Bernal Mariscal Irma Y. Manrique Soto Alejandro. Orientación Educativa: Educación Secundaria 3er. Curso, Editorial Santillana, S.A. DE C.V., México, 1994.
21. Horecko John E. Psicología de la adolescencia, Editorial Trillas, México, 1984.
22. Jiménez Alvarado Felipe, Atención oportuna a jóvenes de alto riesgo en farmacodependencia, tesis unam, 1994.
23. Lemus Navarrete Felipe, El trabajo de grupo con alumnos de secundaria como estrategia para prevenir la farmacodependencia, reporte laboral unam, 1996.

BIBLIOGRAFIA

24. López Becerra Claudia y Velázquez Carrasco Mayra G. Prevalencia y actitud frente al consumo de tabaco en una población de estudiantes de secundaria del D.F., tesis, unam, 1991.
25. López Lugo Karina Elsa, Villatoro Velázquez Jorge Ameth, Juárez García Francisco L., Medina-Mora Ma. Elena y Rojas Guiott Estela. Percepción de Riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D.F., Revista de Investigación Psicosocial Vol. 3 No. 1 México, 1993, pp. 79-94
26. López Lugo Elsa Karina, Medina-Mora Ma. Elena, Villatoro Velázquez Jorge, Juárez García Francisco y Berenzón Gorn Shoshana. Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes, La Psicología Social en México, Vol. VI, México, 1996, pp. 561-568
27. Luna Domínguez Pedro. Prevención de la farmacodependencia en México, tesis unam 1990.
28. Mariño Ma. Del Carmen y Medina-Mora Ma. Elena. Las características de una muestra de pacientes alcohólicos y sus problemas relacionados, La psicología Social en México, Vol. VI, México, 1996, pp. 575-580

BIBLIOGRAFIA

29. Medina-Mora Ma. Elena, Villatoro Velázquez Ameth, López Lugo Karina, Berenzon Gorn, Carreño García Silvia y Juárez García Francisco. Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes Mexicanos. Gaceta Médica de México Vol. 131 No. 34 México, Julio-Agosto 1995, pp. 383-393
30. Medina-Mora Ma.Elena, Campillo-Serrano C y Gómez-Mont F.A. Validez y fiabilidad de un cuestionario utilizado para estudiar el uso de drogas entre estudiantes mexicanos de enseñanza media. Separata del Boletín de Estupefacientes, Vol. XXXIII, Número 4, México, 1981, pp-65-75.
31. Mussen Paul Henry, Conger John Janeway y Kagan Jerome. Desarrollo de la personalidad en el niño. Editorial Trillas, México, 1971.
32. Nazar Beutelspacher Austreberta, Tapía Conyer Roberto, León Alvarez Graciela, Medina-Mora María Elena, Salvatierra Izaba. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Salud Pública. México. 1994. Vol. 36: No 6 pp 646-654
33. Noriega Chi, Araceli. Actitud hacia la farmacodependencia, en adolescentes no farmacodependientes y exfarmacodependientes, tesis UVM Tlapan, México, 1994.
34. Novales Castro Javier Jesús, Sumano Avendaño Enriqueta y Morales García Martha Nelda. Orientación Educativa. Editorial Patria, S.A. de C.V, México, 1994.

BIBLIOGRAFIA

35. Oerter Rolf. Moderna Psicología del desarrollo, Editorial Herder S.A, España, 1975.
36. Organización Panamericana de la Salud. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares No 11, E.U.A, 1985
37. Pick Susan, Aguilar José Angel, Rodríguez Gabriela, Reyes Jeanette, Collado María Elena, Pier Diana, Acevedo María del Pilar y Vargas Elvia. Planeando tu vida, Grupo Editorial Planeta, México, 1988.
38. Pick Susan y López Ana Luisa. Cómo investigar en ciencias sociales, Editorial Trillas, México, 1979
39. Ponce Anibal. Psicología de la adolescencia, UTEHA, S.A. de C.V., México, 1980.
40. Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones Dirección General de Epidemiología. México, 1993.
41. Siegel Sidney. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta, Editorial Trillas, México, 1975.
42. Villatoro Velázquez Jorge Ameth, Medina-Mora Ma. Elena, Fleiz Bautista Clara, Berenzon Gorn Shoshana López Lugo Karina Elsa, Rojas Guiott Estela y Carreño García Silvia. Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México, La Psicología Social en México, Vol. VI, México, 1996, pp. 569-574

BIBLIOGRAFIA

43. Zinser Otto. Psicología Experimental, Editorial MC-Graw Hill Interamericana de México, S.A. de C.V., México, 1992

ANEXOS

ANEXO A

TEMARIO
SUGERIDO POR
LA S.E.P.

PROGRAMA

UNIDAD: EL ADOLESCENTE Y LA SALUD

- Los cambios físicos, fisiológicos y emocionales en la adolescencia
- Las distintas transformaciones del hombre y la mujer
- Necesidad de una comprensión clara de las transformaciones de la adolescencia. Nuevas necesidades emocionales y físicas. El desarrollo de la seguridad personal.
- La función de las actividades físicas, recreativas y deportivas en el desarrollo sano del adolescente.
- Las adicciones a las sustancias tóxicas de efectos estimulantes o depresivos.
- Efectos fisiológicos, mentales y emocionales de las sustancias adictivas de uso común.

ANEXO A

TEMARIO SUGERIDO POR LA S.E.P.

- Las consecuencias sociales de las adicciones más comunes. Efectos de la dependencia en la familia y en el trabajo.
- Las adicciones y la ley. Sanciones penales. La explotación delictiva de las adicciones.
- Recursos e instituciones de prevención y curación de las adicciones.
- Las enfermedades transmitidas por vía sexual y su prevención.
- Las características del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Las formas de contagio del SIDA. Medidas de prevención.
- La incidencia del SIDA y sus efectos familiares, médicos y personales. Los derechos de los enfermos.
- Otras enfermedades transmitidas por vía sexual.
- Efectos y formas de prevención.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 1

(CONFIABILIDAD)

**Porcentajes de uso (aunque no sea más que una sola vez)
de estupefacientes, deducidos de dos respuestas a un mismo
cuestionario hechas con un intervalo de cuatro semanas**

(n=335)

SUSTANCIAS	PRIMERA %	SEGUNDA %
TABACO	44,7	45,6
ALCOHOL	42,9	41,1
CANNABIS	5,1	4,8
ESTIMULANTES	2,0	2,7
COCAINA	1,2	2,1
ALUCINOGENOS	0,3	0,3
DISOLVENTES	1,5	2,7
TRANQUILIZANTES	6,9	3,9
BARBITURICOS	1,5	0,6
OPIO	0,3	-
HEROINA	0,3	-
OTROS OPIACEOS	-	-
OTRAS DROGAS	1,5	1,5

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 2

(CONFIABILIDAD)

Respuestas incoherentes encontradas al comparar

los resultados de las dos consultas

(n= 294)

Preguntas	Número	%
SEXO	14	4,8
EDAD	86	29,3
AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIOS.	87	29,6
NIVEL DE URBANISMO	67	22,8
TIPO DE ESCUELA	50	17,0
TIPO DE TRABAJO	57	19,4
EDUCACION DEL PADRE	48	16,3
TABACO	31	10,5
ALCOHOL	28	9,5
CANNABIS	7	2,4
ESTIMULANTES	6	2,0
COCAINA	3	1,4

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 3**(CONFIABILIDAD)**

**Respuestas incoherentes encontradas al comparar
los resultados de las dos consultas**

(n= 294)

(CONTINUACION)

Preguntas	Número	%
ALUCINOGENOS	0	0
DISOLVENTES	4	1,4
TRANQUILIZANTES	13	4,4
BARBITURICOS	1	0,3
OPIC	1	0,3
HEROINA	1	0,3
OTROS OPIACEOS	0	0,3

**"LAS SUSTANCIAS ENUMERADAS DEBIAN MENCIONARSE AUNQUE
SOLO SE HUBIERAN CONSUMIDO UNA SOLA VEZ".**

**CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS**

En las dos consultas se preguntó a los estudiantes, en relación con cada una de las sustancias, e inclusive alcohol y tabaco:

1. Si la habían consumido alguna vez
2. Si la habían consumido durante el año anterior
3. Si la habían consumido durante el mes anterior
4. La edad que tenían cuando la consumieron por primera vez.

CUADRO 4

(CONFIABILIDAD)

PORCENTAJE DE RESPUESTAS COHERENTES

(n= 294)

RESPUESTAS	PORCENTAJE	PROMEDIO
ALGUNA VEZ	73 - 84%	80%
DURANTE EL AÑO ANTERIOR	70 - 78%	73%
MES ANTERIOR	61 - 78%	73%
A LA EDAD	61-77%	72%

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 5

(VALIDEZ)

Porcentaje de personas que habian consumido alguna vez drogas en dos grupos de población cuyos porcentajes de consumo de drogas habian sido ya previamente estimados

SUSTANCIAS	GRUPO DE GRAN CONSUMO (n= 47) %	GRUPO DE ESCASO CONSUMO (n=49) %
TABACO	79	12
ALCOHOL	72	12
CANNABIS	77	2
ESTIMULANTES	34	-
COCAINA	13	2
ALUCINOGENOS	11	-
DISOLVENTES	51	4
TRANQUILIZANTES	26	?
BARBITURICOS	30	2
OPIO	6	2
HEROINA	6	-
OTROS OPIACEOS	11	2

(CONTINUA EN LA SIGUIENTE PAGINA)

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 6

(VALIDEZ)

**COMPARACION DE LOS DOS PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA DE DATOS
SOBRE LA MISMA POBLACION (PORCENTAJE DE CONSUMIDORES, AUNQUE
SOLO HAYA CONSUMIDO UNA VEZ EN LA VIDA)**

(n= 47)

SUSTANCIAS	Questionario de respuesta individual	ENTREVISTAS
	%	%
TABACO	79	86
ALCOHOL	72	74
CANNABIS	77	63
ESTIMULANTES	34	26
COCAINA	13	12
ALUCINOGENOS	11	19
DISOLVENTES	51	58
TRANQUILIZANTES	26	26
BARBITURICOS	30	21
OPIO	6	7
HEROINA	6	9
OTROS OPIACEOS	11	10

(Comparación entre los resultados de los cuestionarios de respuesta individual y los resultados de las entrevistas)

Los puntajes se sometieron a un análisis de ji cuadrada y no hubo diferencias significativas entre los dos métodos.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 7

(CONFIABILIDAD Y VALIDEZ ESCALA DE PERCEPCION)

DISTRIBUCION DE TIPO DE USUARIO POR SEXO

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
NO USUARIO	1,521	84.7	1636	96.6	3157	87.7
MONOUSUARIO	173	9.6	173	9.6	303	8.4
POLIUSUARIO	101	5.6	39	2.2	140	3.9

CUADRO 8

PERCEPCION DE RIESGO DEL USO DE DROGA POR TIPO DE USUARIO

VARIABLE	NO USUARIO		MONOUSUARIO		POLIUSUARIO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
PROBAR MARIJUANA						
1 ó 2 VECES	177	5.7	47	16.0	41	29.9
OCASIONALMENTE	265	8.7	45	15.5	32	24.1
REGULARMENTE	59	1.9	9	3.1	15	11.0
PROBAR COCAINA						
1 ó 2 VECES	186	6.1	33	11.3	29	21.3
REGULARMENTE	42	1.4	8	2.8	8	6.1
PROBAR HEROINA						
1 ó 2 VECES	182	6.0	23	7.8	22	16.1
REGULARMENTE	58	1.9	9	3.1	7	5.2

ANEXO B

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
DEL
CUESTIONARIO ESTANDARIZADO
SOBRE EL USO DE DROGAS

CUADRO 9

(CONFIABILIDAD Y VALIDEZ ESCALA DE PERCEPCION)

PERCEPCION DE RIESGO, COMPARACION POR TIPO DE USUARIO

	\bar{x}	s	F	gl		Sig	Resultado
				inter	intra		
NO USUARIO (NU)	17.9	2.8	35.4	2	3,267	p <.01	NU>M>P
MONOUSUARIO (M)	17.3	2.9					
POLIUSUARIO (P)	15.9	3.6					

(\bar{x} = media; s = desviación estándar; F = razón F; gl = grados de libertad;

Sig = Nivel de significancia)

INSTRUCCIONES

ESTO **NO** ES UN EXAMEN, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS PERO POR FAVOR CONTESTA CON CUIDADO. DEBES CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS (CRUZ) EN EL CIRCULO QUE CORRESPONDE A TU RESPUESTA

POR FAVOR SIGUE CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES INDICACIONES

- UTILIZA SOLAMENTE EL LAPIZ QUE SE TE DIO
- PON UNA X EN LOS CIRCULOS DE TUS RESPUESTAS
- SI BORRAS ALGUNA RESPUESTA TRATA DE QUE SE NOTE LO MENOS POSIBLE

EJEMPLO

QUE DEPORTE PRACTICAS	
a) FUTBOL	<input type="radio"/>
b) BASQUETBOL	<input checked="" type="radio"/>
c) BEISBOL	<input type="radio"/>
d) NINGUNO	<input type="radio"/>

SI NO ENTIENDES ALGUNA PREGUNTA O NO ESTAS SEGURO DE COMO CONTESTARLA PREGUNTA AL ENCUESTADOR.

GRACIAS POR TU COOPERACION

ANEXO C

PRIMERA PARTE DEL
CUESTIONARIO

1. ¿Eres?

a)	Hombre	<input type="radio"/>
b)	Mujer	<input type="radio"/>

2. ¿Cuántos años tienes?

a)	12 años	<input type="radio"/>
a)	13 años	<input type="radio"/>
b)	14 años	<input type="radio"/>
c)	15 años	<input type="radio"/>
d)	16 años	<input type="radio"/>
e)	17 años	<input type="radio"/>

3. ¿Que grado estudias ?

a)	1°	<input type="radio"/>
b)	2°	<input type="radio"/>
c)	3°	<input type="radio"/>

4. Aparte de estudiar, ¿ Trabajas ?

a)	no	<input type="radio"/>
b)	si	<input type="radio"/>

ANEXO C

PRIMERA PARTE DEL
CUESTIONARIO

5. ¿Has consumido las siguientes sustancias o medicamentos?

	Nunca	Alguna vez	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
a) Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Anfetaminas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Cocaína "Crack"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Inhalables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Tranquilizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Sedantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Has usado durante los últimos treinta días alguna de las siguientes sustancias o medicamentos?

	No	1 a 5 días	6 a 19 días	20 días o más
a) Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Anfetaminas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Cocaína "Crack"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Inhalables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Tranquilizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Sedantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO C

PRIMERA PARTE DEL
CUESTIONARIO

7. ¿ Cuantas veces en tu vida has usado las siguientes sustancias o medicamentos?

	Nunca	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces
a) Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Anfetaminas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Cocaína "Crack"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Inhalables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Tranquilizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Sedantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Que tipo (s) de bebida (s) alcohólica acostumbras consumir?

	Nunca	Alguna vez	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
a) Cerveza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Vino (Blanco, Tinto, Rosado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bebidas preparadas "Coolers", (Vifareal, Sperrys, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Alcohol puro o aguardiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Pulque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO C

**PRIMERA PARTE DEL
CUESTIONARIO**

9. ¿Con que frecuencia consumes cualquier bebida alcohólica?

a) Nunca	<input type="radio"/>
b) Por lo menos una vez al año	<input type="radio"/>
c) Alrededor de una vez al mes	<input type="radio"/>
d) 2 ó 3 veces al mes	<input type="radio"/>
e) 1 ó 2 veces a la semana	<input type="radio"/>
f) 3 ó 4 veces a la semana	<input type="radio"/>
g) Casi todos los días	<input type="radio"/>

10. ¿ Con qué frecuencia acostumbras beber 5 ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, coolers, vodka, etc.)

a) No bebo alcohol	<input type="radio"/>
b) Todos los días	<input type="radio"/>
c) 1 ó 2 veces a la semana	<input type="radio"/>
d) Por lo menos 1 vez al mes	<input type="radio"/>
e) Menos de 1 vez al mes	<input type="radio"/>
f) Nunca he tomado esa cantidad	<input type="radio"/>

ANEXO C

PRIMERA PARTE DEL
CUESTIONARIO

11. ¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente haga lo siguiente ?

	No es Peligroso	Es Peligroso	Es muy Peligroso
a) Fumar 1 ó mas cajetillas de cigarros al día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Probar marihuana 1 ó 2 veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Fumar marihuana ocasionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Fumar marihuana regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Probar cocaína 1 ó 2 veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Usar cocaína regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Probar inhalables 1 ó 2 veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Usar inhalables regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Probar heroína 1 ó 2 veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Usar heroína regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Probar anfetaminas 1 ó 2 veces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Usar anfetaminas regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Tomar 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Tomar 1 ó 2 copas al día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Tomar 4 ó 5 copas todos los días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p) Tomar 6 ó más copas 1 ó 2 veces a la semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FINALIZA LA PRIMERA PARTE

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
1	¿Eres?	1	0-1	0= Hombre 1= Mujer
2	¿Cuantos años tienes?	2		La edad que se señala
3	¿Que grado estudias?	3	0-2	0= Primer año 1= Segundo año 2= Tercer año
4	A parte de estudiar trabajas?	4	0-1	0= No 1= Si
5a	¿Has consumido tabaco?	5	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5b	¿Has consumido alcohol?	6	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5c	¿Has consumido marihuana?	7	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5d	¿Has consumido anfetaminas?	8	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5e	¿Has consumido cocaína?	9	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5f	¿Has consumido cocaína "Crack"?	10	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5g	¿Has consumido alucinógenos?	11	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
5h	¿Has consumido inhalables?	12	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5i	¿Has consumido tranquilizantes?	13	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5j	¿Has consumido sedantes?	14	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
5k	¿Has consumido Heroína	15	0-3	0= Nunca 1= Alguna vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
6ª	¿Has usado marihuana durante los últimos treinta días ?	16	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6b	¿Has usado anfetaminas durante los últimos treinta días ?	17	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6c	¿Has usado cocaína durante los últimos treinta días ?	18	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6d	¿Has usado cocaína "crack" durante los últimos treinta días ?	19	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6e	¿Has usado alucinógenos durante los últimos treinta días ?	20	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6f	¿Has usado inhalables durante los últimos treinta días ?	21	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
6g	¿Has usado tranquilizantes durante los últimos treinta días ?	22	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6h	¿Has usado sedantes durante los últimos treinta días ?	23	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
6j	¿Has usado heroína durante los últimos treinta días ?	24	0-3	0= No 1= 1 a 5 días 2= 6 a 19 días 3= 20 días o más
7ª	¿Cuántas veces en tu vida has usado marihuana?	25	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7b	¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas?	26	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7c	¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?	27	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7d	¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína 'crack'?	28	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7e	¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos?	29	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7f	¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables?	30	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7g	¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes?	31	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
7h	¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes?	32	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
7i	¿Cuántas veces en tu vida has usado heroína?	33	0-3	0= Nunca 1= 1 ó 2 veces 2= 3 a 5 veces 3= 6 a 10 veces
8ª	¿Que tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s) acostumbras consumir? cerveza	34	0-3	0= Nunca 1= Alguna Vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
8b	¿Que tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s) acostumbras consumir? Vino (Blanco, Tinto Rosado)	35	0-3	0= Nunca 1= Alguna Vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
8c	¿Que tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s) acostumbras consumir? Bebidas preparadas "Coclers", (Vifareal, Sperrys, etc)	36	0-3	0= Nunca 1= Alguna Vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
8d	¿Que tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s) acostumbras consumir? Alcohol puro o aguardiente	37	0-3	0= Nunca 1= Alguna Vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
8e	¿Que tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s) acostumbras consumir? Brandy, vodka, tequila ron, whisky, etc	38	0-3	0= Nunca 1= Alguna Vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
8f	¿Que tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s) acostumbras consumir? Pulque	39	0-3	0= Nunca 1= Alguna Vez 2= En los últimos 12 meses 3= En los últimos treinta días
9	¿Con que frecuencia consumes cualquier bebida alcohólica?	40	0-6	0= Nunca 1= Por lo menos una vez al año 2= Alrededor de una vez al mes 3= 2 ó 3 veces al mes 4= 1 ó 2 veces a la semana 5= 3 ó 4 veces a la semana 6= Casi todos los días
10	¿Con que frecuencia acostumbras beber 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	41	0-5	0= No bebo alcohol 1= Todos los días 2= 1 ó 2 veces a la semana 3= Por lo menos una vez al mes 4= Menos de una vez al mes 5= Nunca he tomado esa cantidad
11 ^a	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente fume 1 o más cajetillas de cigarros al día?	42	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
11b	¿ Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe marihuana 1 ó 2 veces?	43	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11c	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente fume marihuana ocasionalmente?	44	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11d	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente fume marihuana regularmente?	45	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11e	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe cocaína 1 ó 2 veces?	46	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11f	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use cocaína regularmente?	47	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11g	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe inhalables 1 ó 2 veces?	48	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11h	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use inhalables regularmente?	49	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

Nº	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
11i	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe heroína 1 ó 2 veces?	50	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11j	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use heroína regularmente?	51	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11k	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente pruebe anfetaminas 1 ó 2 veces?	52	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11l	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente use anfetaminas regularmente?	53	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11m	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana?	54	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11n	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 1 ó 2 copas todos días?	55	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso
11º	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 4 ó 5 copas todos días?	56	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso

ANEXO D

CODIFICACION DE REACTIVOS
PRIMERA PARTE

N°	TITULO DE VARIABLE	COLUMNA	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
11p	¿Que tan peligroso consideras que es para la salud el que la gente tome 6 o más copas 1 ó 2 veces a la semana?	57	0-2	0= No es peligroso 1= Es peligroso 2= Es muy peligroso

ANEXO E

SEGUNDA PARTE
DEL
CUESTIONARIO

	Totalmente de acuerdo	En acuerdo	Más ó menos de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Una Persona no consumirá drogas por miedo de que se le castigue	()	()	()	()	()
2. Sólo los adultos pueden participar en actividades contra la drogadicción.	()	()	()	()	()
3. Una persona que dejó de consumir drogas no es digna de confianza.	()	()	()	()	()
4. La drogadicción debe considerarse como problema de salud.	()	()	()	()	()
5. Sólo el drogadicto necesita ir a consulta.	()	()	()	()	()
6. El narcotráfico es un problema exclusivamente nacional.	()	()	()	()	()
7. Conocer los daños que causan las drogas no impide su consumo.	()	()	()	()	()
8. El narcotráfico es un delito contra la salud	()	()	()	()	()
9. Sólo con la ayuda de la mayoría de las personas se evita el consumo de drogas.	()	()	()	()	()
10. Sólo en colonias de escasos recursos se presentan problemas de salud.	()	()	()	()	()
11. No sólo los vendedores de drogas son culpables de que exista consumo de drogas.	()	()	()	()	()

ANEXO E

SEGUNDA PARTE
DEL
CUESTIONARIO

	Totalmente de acuerdo	en acuerdo	Más ó menos de acuerdo	en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. Las personas que han dejado de consumir drogas pueden trabajar.	()	()	()	()	()
13. La drogadicción es producto de la pobreza.	()	()	()	()	()
14. Cualquier persona puede participar en actividades contra la drogadicción.	()	()	()	()	()
15. Las personas que han dejado de consumir drogas son iguales que las demás.	()	()	()	()	()
16. Los vendedores de drogas son los culpables de que haya drogadicción.	()	()	()	()	()
17. La drogadicción no es un problema de salud.	()	()	()	()	()
18. El drogadicto necesita que lo ayuden.	()	()	()	()	()
19. Sólo en las sociedades ricas existe droga.	()	()	()	()	()
20. La drogadicción afecta sólo a quien la padece.	()	()	()	()	()
21. Los problemas de salud se presentan en todas las colonias	()	()	()	()	()
22. La drogadicción en México es un problema.	()	()	()	()	()
23. Una persona que ha consumido drogas nunca dejará de consumirlas.	()	()	()	()	()
24. Cualquier persona puede ayudar a evitar el consumo de drogas.	()	()	()	()	()

ANEXO E

SEGUNDA PARTE
DEL
CUESTIONARIO

	Totalmente de acuerdo	en acuerdo	Más ó menos de acuerdo	en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
25. Cuando se ha consumido drogas no se puede volver a ser la misma persona.	()	()	()	()	()
26. Los adultos no consumen drogas.	()	()	()	()	()
27. No es necesario que un drogadicto esté en el hospital para que deje de consumir drogas.	()	()	()	()	()
28. También los adultos consumen drogas.	()	()	()	()	()
29. No es posible que trabajen las personas que han dejado de consumir drogas.	()	()	()	()	()
30. La drogadicción es un problema de salud que nos afecta a todos.	()	()	()	()	()
31. El narcotráfico es una actividad como cualquier otra.	()	()	()	()	()
32. Los individuos que se drogan dañan a otras personas.	()	()	()	()	()
33. Es necesario evitar el consumo de drogas.	()	()	()	()	()
34. Se debe tener confianza en las personas que han dejado de usar drogas.	()	()	()	()	()
35. La drogadicción tiene solución.	()	()	()	()	()
36. El narcotráfico es un problema internacional.	()	()	()	()	()
37. El drogadicto y su familia necesitan ir a consulta.	()	()	()	()	()

ANEXO E

SEGUNDA PARTE
DEL
CUESTIONARIO

	Totalmente de acuerdo	en acuerdo	Más ó menos de acuerdo	en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
38. En nuestro país el uso de drogas no es un problema.	()	()	()	()	()
39. Una persona que consume drogas debe estar en un hospital.	()	()	()	()	()
40. Las drogas no se consumirían si se conocieran los daños.	()	()	()	()	()
41. La drogadicción no tiene solución.	()	()	()	()	()
42. No hace falta evitar el consumo de drogas.	()	()	()	()	()
43. El consumo de drogas no es peligroso.	()	()	()	()	()
44. Cuando se ha consumido se puede dejarlas.	()	()	()	()	()
45. El drogadicto no necesita ayuda.	()	()	()	()	()
46. Los drogadictos me preocupan.	()	()	()	()	()
47. Las personas con más dinero son las únicas que pueden ayudar a evitar el consumo de drogas.	()	()	()	()	()
48. Es peligroso el consumo de drogas.	()	()	()	()	()
49. Las personas que se drogan sólo se causan daño a ellas mismas.	()	()	()	()	()
50. Cada persona con sus propios medios debe luchar contra las drogas.	()	()	()	()	()

ANEXO E

SEGUNDA PARTE
DEL
CUESTIONARIO

	Totalmente de acuerdo	en acuerdo	Más ó menos de acuerdo	en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
51. Los drogadictos no me preocupan ni me interesan.	()	()	()	()	()
52. aunque una persona sepa que va a ser castigada, usará drogas.	()	()	()	()	()

ANEXO F

CODIFICACION REACTIVOS

SEGUNDA PARTE

No	VARIABLE	COLUMNA	DIRECCION	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
1.	Una Persona no consumirá drogas por miedo de que se le castigue	58	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
2.	Sólo los adultos pueden participar en actividades contra la drogadicción.	59	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
3.	Una persona que dejó de consumir drogas no es digna de confianza.	60	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
4.	La drogadicción debe considerarse como problema de salud.	61	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
5.	Sólo el drogadicto necesita ir a consulta.	62	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
6.	El narcotráfico es un problema exclusivamente nacional.	63	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
7.	Conocer los daños que causan las drogas no impide su consumo.	64	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
8.	El narcotráfico es un delito contra la salud	65	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
9.	Sólo con la ayuda de la mayoría de las personas se evita el consumo de drogas.	66	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
10.	Sólo en colonias de escasos recursos se presentan problemas de salud.	67	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

ANEXO F

CODIFICACION REACTIVOS

SEGUNDA PARTE

No	VARIABLE	COLUMNA	DIRECCION	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
11.	No sólo los vendedores de drogas son culpables de que exista consumo de drogas.	68	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
12.	Las personas que han dejado de consumir drogas pueden trabajar.	68	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
13.	La drogadicción es producto de la pobreza.	70	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
14.	Cualquier persona puede participar en actividades contra la drogadicción.	71	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
15.	Las personas que han dejado de consumir drogas son iguales que las demás.	72	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
16.	Los vendedores de drogas son los culpables de que haya drogadicción.	73	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
17.	La drogadicción no es un problema de salud.	74	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
18.	El drogadicto necesita que lo ayuden.	75	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
19.	Sólo en las sociedades ricas existe droga.	76	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
20.	La drogadicción afecta sólo a quien la padece.	77	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

ANEXO F

CODIFICACION REACTIVOS

SEGUNDA PARTE

No	VARIABLE	COLUMNA	DIRECCION	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
21.	Los problemas de salud se presentan en todas las colonias	78	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
22.	La drogadicción en México es un problema.	79	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
23.	Una persona que ha consumido drogas nunca dejará de consumirlas.	80	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
24.	Cualquier persona puede ayudar a evitar el consumo de drogas.	81	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
25.	Cuando se ha consumido drogas no se puede volver a ser la misma persona.	82	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
26.	Los adultos no consumen drogas.	83	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
27.	No es necesario que un drogadicto esté en el hospital para que deje de consumir drogas.	84	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
28.	También los adultos consumen drogas.	85	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
29.	No es posible que trabajen las personas que han dejado de consumir drogas.	86	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
30.	La drogadicción es un problema de salud que nos afecta a todos.	87	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo

ANEXO F

CODIFICACION REACTIVOS

SEGUNDA PARTE

No	VARIABLE	COLUMNA	DIRECCION	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
31.	El narcotráfico es una actividad como cualquier otra.	88	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
32.	Los individuos que se drogan dañan a otras personas.	89	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
33.	Es necesario evitar el consumo de drogas.	90	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
34.	Se debe tener confianza en las personas que han dejado de usar drogas.	91	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
35.	La drogadicción tiene solución.	92	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
36.	El narcotráfico es un problema internacional.	93	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
37.	El drogadicto y su familia necesitan ir a consulta.	94	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
38.	En nuestro país el uso de drogas no es un problema.	95	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
39.	Una persona que consume drogas debe estar en un hospital.	96	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
40.	Las drogas no se consumirían si se conocieran los daños.	97	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

ANEXO F

CODIFICACION REACTIVOS

SEGUNDA PARTE

No	VARIABLE	COLUMNA	DIRECCION	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
41.	La drogadicción no tiene solución.	98	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
42	No hace falta evitar el consumo de drogas.	99	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
43.	El consumo de drogas no es peligroso.	100	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
44.	Cuando se ha consumido se puede dejarlas.	101	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
45.	El drogadicto no necesita ayuda.	102	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
46.	Los drogadictos me preocupan.	103	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
47.	Las personas con más dinero son las únicas que pueden ayudar a evitar el consumo de drogas.	104	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
48.	Es peligroso el consumo de drogas.	105	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
49.	Las personas que se drogan sólo se causan daño a ellas mismas.	106	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
50.	Cada persona con sus propios medios debe luchar contra las drogas.	107	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

ANEXO F

CODIFICACION REACTIVOS

SEGUNDA PARTE

No	VARIABLE	COLUMNA	DIRECCION	CODIGO	IDENTIFICADOR DE CODIGO
51.	Los drogadictos no me preocupan ni me interesan.	108	NEGATIVA	1-5	1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 4= En Desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo
52.	Aunque una persona sepa que va a ser castigada, usará drogas.	109	POSITIVA	5-1	5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Más o menos de acuerdo 2= En Desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo

POSICION Y RIESGO

- 4. La drogadicción debe considerarse como problema de salud.
- 17. La drogadicción no es un problema de salud.
- 32. Los individuos que se drogan dañan a otras personas.
- 35. La drogadicción tiene solución.
- 41. La drogadicción no tiene solución
- 43. El consumo de drogas no es peligroso.
- 46. Los drogadictos me preocupan.
- 48. Es peligroso el consumo de drogas.
- 49. Las personas que se drogan sólo se causan daño a ellas mismas.
- 51. Los drogadictos ni me preocupan ni me interesan.

ATENCION AL NARCOTRAFICO

- 6. El narcotráfico es exclusivamente nacional.
- 8. El narcotráfico es un delito contra la salud.
- 11. No sólo los vendedores de drogas son culpables de que exista consumo de drogas.
- 16. Los vendedores de drogas son los culpables de que haya drogadicción,
- 31. El narcotráfico es una actividad como cualquier otra.
- 36. El narcotráfico es un problema internacional.

ANEXO G DIMENSIONES DE LA ESCALA DE ACTITUD

MAGNITUD

10. Sólo en colonias de escasos recursos se presentan problemas de salud.
13. La drogadicción es producto de la pobreza.
19. Sólo en las sociedades ricas existe droga.
20. La drogadicción afecta sólo a quien la padece.
21. Los problemas de salud se presentan en todas las colonias.
22. La drogadicción en México es un problema.
26. Los adultos no consumen drogas.
28. También los adultos consumen drogas.
30. La drogadicción es un problema de salud que nos afecta a todos.
38. En nuestro país el uso de drogas no es un problema.

PREVENCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1. Una persona no consumirá drogas por miedo de que se le castigue.
2. Sólo los adultos pueden participar en actividades contra la drogadicción.
7. Conocer los daños que causan la drogas no impide su consumo.
9. Sólo con la ayuda de la mayoría de la personas se evita el consumo de drogas.
14. Cualquier persona puede participar en actividades contra la drogadicción.
24. Cualquier persona puede ayudar a evitar el consumo de drogas.

PREVENCION Y PARTICIPACION COMUNITARIA

- 33. Es necesario evitar el consumo de drogas.
- 40. Las drogas no se consumirían si se conocieran los daños.
- 42. No hace falta evitar el consumo de drogas.
- 47. Las personas con más dinero son las únicas que pueden ayudar a evitar el consumo de drogas.
- 50. Cada persona con sus propios medios debe luchar contra las drogas.
- 52. Aunque una persona sepa que va a ser castigada, usará drogas.

TRATAMIENTO Y REHABILITACION

- 3. Una persona que dejó de consumir drogas no es digna de confianza.
- 5. Sólo el drogadicto necesita ir a consulta.
- 12. Las personas que han dejado de consumir drogas pueden trabajar.
- 15. Las personas que han dejado de consumir drogas son iguales que los demás.
- 18. El drogadicto necesita que lo ayuden.
- 23. Una persona que ha consumido drogas nunca dejará de consumir las.
- 25. Cuando se ha consumido drogas no se puede volver a ser la misma persona.
- 27. No es necesario que un drogadicto esté en el hospital para que deje de consumir drogas.

TRATAMIENTO Y REHABILITACION

- 29. No es posible que trabajen las personas que han dejado de consumir drogas.
- 34. Se debe tener confianza en las personas que han dejado de usar drogas.
- 37. El drogadicto y su familia necesitan ir a consulta.
- 39. Una persona que consume drogas debe estar en un hospital.
- 44. Cuando se ha consumido drogas se puede dejarlas.
- 45. El drogadicto no necesita ayuda.

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

**PREVALENCIA DE CONSUMO
POR LAPSO
(n=51)**

CONSUMO DE TABACO	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5°
PRIMERO	1	10	0	6	17 33.3
SEGUNDO	2	5	1	2	10 19.6
TERCERO	4	7	5	8	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	7	22	6	16	51
PORCENTAJE	13.7	43.1	11.8	31.8	100

**PREVALENCIA DE CONSUMO
POR LAPSO
(n=51)**

CONSUMO DE ALCOHOL	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5b
PRIMERO	3	10	1	3	17 33.3
SEGUNDO	1	5	1	3	10 19.6
TERCERO	1	11	5	7	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	5	26	7	13	51
PORCENTAJE	9.8	51	13.7	25.5	100

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE MARIJUANA	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5c.
PRIMERO	16	1	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	19	3	2	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	45	4	2	0	51
PORCENTAJE	88.2	7.8	3.9	0	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE MARIJUANA	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7a
PRIMERO	16	1	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	18	2	2	2	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	44	3	2	2	51
PORCENTAJE	86.3	5.9	3.9	3.9	100

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE ANFETAMINAS	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5d
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	22	2	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	49	2	0	0	51
PORCENTAJE	96.1	3.9	0	0	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE ANFETAMINAS	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7d
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	22	2	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	49	2	0	0	51
PORCENTAJE	96.1	3.9	0	0	100

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE COCAINA	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5e
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	20	4	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	47	4	0	0	51
PORCENTAJE	92.2	7.8	0	0	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE COCAINA	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7c
PRIMERO	16	1	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	20	2	2	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	46	3	2	0	51
PORCENTAJE	90.2	5.9	3.9	0	100

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE COCAINA "CRACK"	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5f
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	50	1	0	0	51
PORCENTAJE	98	2	0	0	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE COCAINA "CRACK"	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7d
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	50	1	0	0	51
PORCENTAJE	98	2	0	0	100

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE ALUCINOGENOS	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5g
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	20	4	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL PORCENTAJE	47 92.2	4 7.8	0 0	0 0	51 100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE ALUCINOGENOS	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7e
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	20	4	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL PORCENTAJE	47 92.2	4 7.8	0 0	0 0	51 100

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO
POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE INHALABLES	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5h
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	50	1	0	0	51
PORCENTAJE	98	2	0	0	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE INHALABLES	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7f
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	50	1	0	0	51
PORCENTAJE	98	2	0	0	100

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5l
PRIMERO	14	2	0	0	33.3
SEGUNDO	9	1	0	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	46	4	0	0	51
PORCENTAJE	90.2	7.8	2	0	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7g
PRIMERO	13	3	1	0	17 33.3
SEGUNDO	9	1	0	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	45	5	1	0	51
PORCENTAJE	88.2	9.8	2	0	100

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE SEDANTES	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5j
PRIMERO	15	1	0	1	17 33.3
SEGUNDO	9	0	0	1	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	47	2	0	2	51
PORCENTAJE	92.2	3.9	0	3.9	100

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE SEDANTES	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7h
PRIMERO	13	3	0	1	17 33.3
SEGUNDO	9	0	1	0	10 19.6
TERCERO	23	1	0	0	24 47.1
PREVALENCIA TOTAL	45	4	1	1	51
PORCENTAJE	88.2	7.8	2	2	100

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR LAPSO

(n=51)

CONSUMO DE HEROINA	NUNCA	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 12 MESES	ULTIMOS 30 DIAS	reactivo 5k
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3%
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6%
TERCERO	24	0	0	0	24 47.1%
PREVALENCIA TOTAL	51	0	0	0	51
PORCENTAJE	100	0	0	0	100%

PREVALENCIA DE CONSUMO

POR CANTIDAD

(n=51)

CONSUMO DE HEROINA	NUNCA	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 a 10 veces	reactivo 7i
PRIMERO	17	0	0	0	17 33.3%
SEGUNDO	10	0	0	0	10 19.6%
TERCERO	24	0	0	0	24 47.1%
PREVALENCIA TOTAL	51	0	0	0	51
PORCENTAJE	100%	0	0	0	100%

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

ANALISIS DE VARIANZA

RESULTADOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

(n=51)

DROGAS	MEDIA	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
TABACO				
PRIMERO	26.47	2		
SEGUNDO	22.00		1.0555	.5899 > .05
TERCERO	27.33	N=51		
ALCOHOL				
PRIMERO	21.41	2		
SEGUNDO	26.55		3.0954	.2127 > .05
TERCERO	28.35	N=51		
MARIGUANA				
PRIMERO	24.44	2		
SEGUNDO	23.00		3.8257	.1477 > .05
TERCERO	28.35	N=51		
ANFETAMINAS				
PRIMERO	25.00	2		
SEGUNDO	25.00		2.2959	.3173 > .05
TERCERO	27.13	N=51		
COCAINA				
PRIMERO	24.00	2		
SEGUNDO	24.00		4.7872	.0913 > .05
TERCERO	28.25	N=51		
COCAINA "CRACK"				
PRIMERO	25.50	2		
SEGUNDO	25.50		1.1250	.5698 > .05
TERCERO	26.56	N=51		
ALUCINOGENOS				
PRIMERO	24.00	2		
SEGUNDO	24.00		4.7872	.0913 > .05
TERCERO	28.25	N=51		

ANEXO H

RESULTADOS

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA

SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

ANALISIS DE VARIANZA

RESULTADOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

(n=51)

DROGAS	MEDIA	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
INHALABLES				
PRIMERO	25.50	2	1.1250	.5698 > .05
SEGUNDO	25.50	N=51		
TERCERO	26.50			
TRANQUILIZANTES				
PRIMERO	28.06	2	2.0953	.3508 > .05
SEGUNDO	26.00	N=51		
TERCERO	24.54			
SEDANTES				
PRIMERO	27.00	2	.9212	.6309 > .05
SEGUNDO	26.65	N=51		
TERCERO	25.02			
HEROINA				
PRIMERO	26	2	.0000	1.0000
SEGUNDO	26	N=51		
TERCERO	26			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO

HACIA EL CONSUMO
DEL TABACO

(n= 51)

PERCEPCION DE RIESGO fumar 1 ó mas cajetillas de cigarros al día	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	0	9	8	17
SEGUNDO	0	10	0	10
TERCERO		11	13	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE		58.8	41.2	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICAN CIA
PRIMERO	27.50	2 N=51	8.7401	0.0127< .05
SEGUNDO	15.50			
TERCERO	29.31			

(CONTINUA EN LAS SIGUIENTES PAGINAS)

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO probar mariguana 1 ó 2 veces	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	3	5	9	17
SEGUNDO	0	5	5	10
TERCERO	2	11	11	24
SUBTOTAL	5	30	21	51
PORCENTAJE	9.8	41.2	49.0	100.0.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	25.88	2		
SEGUNDO	27.50	N=51	0.1660	0.9204 > .05
TERCERO	25.46			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO fumar marihuana ocasionalmente	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	1	7	9	17
SEGUNDO	0	6	4	10
TERCERO	3	8	13	24
SUBTOTAL	4	21	26	51
PORCENTAJE	7.8	41.2	51.0	100.0.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICAN CIA
PRIMERO	26.71	2 N=51	0.1971	0.9062 > .05
SEGUNDO	24.40			
TERCERO	26.17			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO fumar marihuana regularmente	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	0	11	6	17
SEGUNDO	0	6	4	10
TERCERO	0	7	17	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	0	39.2	60.8	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	19.32	2 N=51	7.1016	0.0287 < .05
SEGUNDO	30.50			
TERCERO	28.85			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO probar cocaína 1 ó 2 veces	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	4	9	4	17
SEGUNDO	0	5	5	10
TERCERO	2	8	14	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	11.8	43.1	45.1	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	19.38	2 N=51	6.0789	0.0479 < .05
SEGUNDO	28.50			
TERCERO	29.65			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO usar cocaína regularmente	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	0	6	11	17
SEGUNDO	0	4	6	10
TERCERO	1	3	20	24
SUBTOTAL	1	13	37	51
PORCENTAJE	2.0	25.5	72.6	100.01

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LICAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	23.85	2 N=51	2.7820	0.2488 > .05
SEGUNDO	22.70			
TERCERO	28.90			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO probar inhalables 1 ó 2 veces	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	3	8	6	17
SEGUNDO	1	5	4	10
TERCERO	3	7	14	24
SUBTOTAL	7	20	24	51
PORCENTAJE	13.7	39.2	47.1	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR D.G.S	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	22.88	2 N=51	1.8696	0.3927 > .05
SEGUNDO	24.95			
TERCERO	28.65			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO usar inhalables regularmente	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO		8	9	17
SEGUNDO		3	7	10
TERCERO		4	20	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	0	29.4	70.6	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	21.50	2	4.3426	0.1140 > .05
SEGUNDO	25.85			
TERCERO	29.25			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO probar heroína 1 ó 2 veces	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	2	8	7	17
SEGUNDO		6	4	10
TERCERO	1	7	6	14
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	5.9	41.2	52.9	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	22.47	2 N=51	3.2602	0.1959 > .05
SEGUNDO	23.60			
TERCERO	29.50			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO usar heroína regularmente	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	0	6	11	17
SEGUNDO		1	9	10
TERCERO	0	3	21	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	0.0	19.6	80.4	100.0.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	22.00	2 N = 51	3.9299	0.1402 > .05
SEGUNDO	28.45			
TERCERO	27.81			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO probar anfetaminas 1 ó 2 veces	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	3	11	3	17
SEGUNDO	1	6	3	10
TERCERO	2	12	10	24
SUBTOTAL	6	29	16	51
PORCENTAJE	11.8	56.9	31.3	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICAN CIA
PRIMERO	21.88	2 N=51	2.8421	0.2415 > .05
SEGUNDO	26.00			
TERCERO	28.92			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO usar anfetaminas regularmente	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO		9	8	17
SEGUNDO		1	9	10
TERCERO		2	22	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	0	23.5	76.5	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	18.50	2		
SEGUNDO	29.45	N=51	12.0299	0.0024 < .05
TERCERO	29.88			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO tomar 1 ó 2 copas de bebidas alcohólicas 1 ó 2 veces a la semana				TOTAL
	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	
PRIMERO	8	8	1	17
SEGUNDO	5	5	0	10
TERCERO	9	14	1	24
SUBTOTAL	22	27	2	51
PORCENTAJE	43.2	52.9	3.9	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICAN CIA
PRIMERO	25.32	2 N=51	0.6250	0.7316 > .05
SEGUNDO	23.75			
TERCERO	27.42			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO tomar 1 ó 2 copas al día	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	7	6	4	17
SEGUNDO	5	5	0	10
TERCERO	9	14	1	24
SUBTOTAL	21	25	5	51
PORCENTAJE	27.5	45.0	27.5	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	22.74	2 N=51	1.7341	0.4202 > .05
SEGUNDO	29.70			
TERCERO	26.77			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO tomar 4 ó 5 copas casi todos los días	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	1	7	9	17
SEGUNDO		4	6	10
TERCERO	0	8	16	24
SUBTOTAL	1	19	31	51
PORCENTAJE	2	37.2	60.8	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICANCIA
PRIMERO	23.65	2 N=51	1.0049	.6050 > .05
SEGUNDO	26.00			
TERCERO	27.67			

ANEXO I

RESULTADOS
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y ANALISIS DE VARIANZA
SOBRE LA PERCEPCION HACIA EL CONSUMO
DE DROGAS

PERCEPCION DE RIESGO tomar 6 ó mas copas 1 ó 2 veces a la semana	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso	TOTAL
PRIMERO	0	8	9	17
SEGUNDO	0	5	5	10
TERCERO	0	5	19	24
SUBTOTAL	0	30	21	51
PORCENTAJE	0	35.3	64.7	100.0

ANALISIS DE VARIANZA	MEDIAS	GRADOS DE LIBERTAD	CHI CUADRADA CORREGIDA POR LIGAS	SIGNIFICAN CIA
PRIMERO	23.00	2 N=51	4.093	.1292 > .05
SEGUNDO	22.25			
TERCERO	29.69			